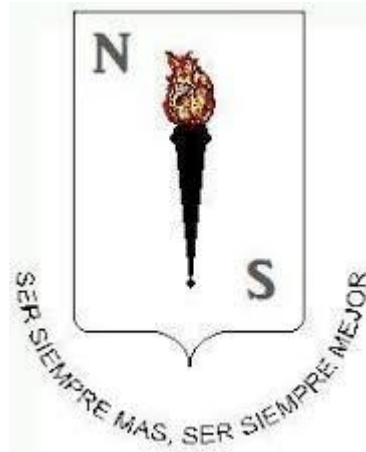


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

TRIAGE OBSTÉTRICO, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y PRINCIPALES  
URGENCIAS EN EL EMBARAZO EN LA PERSPECTIVA DE JEAN FARRE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE ALVARADO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

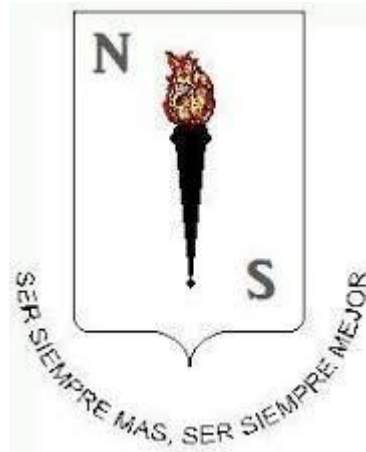
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

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

CLAVE: 8722



TESIS

TRIAGE OBSTÉTRICO, INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA Y PRINCIPALES  
URGENCIAS EN EL EMBARAZO EN LA PERSPECTIVA DE JEAN FARRE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MARÍA ALEJANDRA AGUIRRE ALVARADO

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2019

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fuerza, la paciencia, la salud y la sabiduría para dar lo mejor de mí durante estos cuatro años de arduo trabajo, para que mis desvelos y sacrificios valieran la pena y verlos reflejados en la culminación de mi formación académica.

A ti amor; Armado Rangel, mi compañero de vida, amigo y confidente, por confiar en mí, por apoyarme y darme la fuerza para no abandonar este sueño, que aunque fue largo al fin llegamos a la meta, eres uno de los pilares más fuerte que me sostienen, por ti hoy esto fue posible; a mi amorcito Sophia Rangel Aguirre, por ser paciente inconscientemente y esperar a que mami terminara sus estudios para poder estar juntas de lleno, la presencia de ambos me motivo cada día.

A Eva, mi madre por darme valor y fortaleza, por estar para mí en los momentos más duros y darme ánimos cuando sentía que no podía más.

Ángeles, mi tía y Leonila mi abuela, por darme acompañarme y por apoyarme, A mi padre, parte de esto fue gracias a su apoyo económico.

A mi asesor de tesis, sus consejos se ven reflejados en mi trabajo, su dedicación y su labor docente guiaron mis pasos cuando no tenía la más mínima idea de lo que hacía.

Por ultimo a todas mis compañeras con las que hicimos equipo de trabajo tanto en escuela como en hospital y algunas formamos lazos de amistad, de quienes aprendí y al mismo tiempo enseñe algo de lo que la institución sembró en mí y mis pacientes que fueron un libro abierto al conocimiento, muchos de ellos dejaron grandes enseñanzas que permanecerán en mi memoria

## DEDICATORIA

A mi hija Sophia, porque desde que llegaste mis logros serán los tuyos y todo lo que haga en adelante será inspirada en ti, llegaste justo antes de terminar para motivarme y con tu presencia darme las ganas de seguir de no desistir, y aunque fue duro separarme de ti unos meses hoy ese gran sacrificio se puede decir que valió la pena. Te amo princesa todo es por ti.

A mi amigo incondicional, mi compañero, mi complemento, Amando Rangel; por no dejar que abandonara mi sueño, esto mi amor, fue en gran parte gracias a ti, por motivarme día con día, por acompañarme en los momentos que más lo he necesitado, por no desistir de este difícil, pero no imposible, caminar para cumplir una meta que es un logro para ambos. Ya sabes.

A mi Madre Eva Alvarado, por darme la vida, estar siempre a mi lado apoyándome incluso en las más grandes adversidades, por ser mi amiga y un pilar en mi vida, a mis hermanos, porque quiero ser un ejemplo, que sigan mis pasos, se inspiren en lo bueno y eviten lo malo que pude haber hecho a lo largo de mi carrera.

A mis hermanos y todas aquellas personas que no dudaron de mí, que me brindaron su confianza y que tuvieron una palabra de aliento cuando llegue a desanimarme.

## ÍNDICE

ÍNDICE .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. MARCO TEÓRICO .....	4
2.1 VIDA Y OBRA .....	4
2.2 INFLUENCIAS .....	4
2.3 HIPÓTESIS .....	5
2.4 JUSTIFICACIÓN .....	6
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	7
2.6 OBJETIVOS .....	8
2.6.1 GENERAL.....	8
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	8
2.7 MÉTODO .....	9
2.7.1 INVESTIGATIVO .....	9
2.7.2 DESCRIPTIVO .....	9
2.8 VARIABLES .....	10
2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS .....	11
2.10 GRAFICADO .....	13
3. CONCEPTUALIZACIÓN.....	23
3.1 CONCEPTOS DESTACADOS.....	23
3.2 GENERALIDADES DEL EMBARAZO.....	24
3.3 NORMA OFICIAL MEXICANA .....	29
3.4 ORIGEN.....	29
3.4.1 TRIAGE GENERAL .....	30
3.5 HISTORIA .....	30
4. PRINCIPALES URGENCIAS DEL EMBARAZO .....	32

4.1. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.....	32
4.2 HEMORRAGIA ANTEPARTO. ....	35
4.3. HEMORRAGIA POSTPARTO .....	40
4.4. INFECCIONES OBSTÉTRICAS GRAVES .....	42
4.4.1 ABORTO SÉPTICO .....	42
4.5. PARO CARDIORRESPIRATORIO EN EL EMBARAZO.....	47
5. APLICACIONES DEL TRIAGE .....	54
5.1 TRIAGE OBSTÉTRICO .....	54
5.2. CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE .....	56
5.3. CÓDIGO MATER.....	61
5.4 RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA (ERIO).....	65
6. MORBI-MORTALIDAD MATERNA POR URGENCIAS OBSTETRICAS EN DONDE SE APLICA EL TRIAGE .....	73
6.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA .....	73
6.2 ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO .....	77
6.3 ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD EN MICHOACÁN.....	78
6.4 ATENCIÓN PRENATAL OPORTUNA .....	79
6.5 DISMINUCIÓN CON APLICACIÓN DEL TRIAGE ATENCIÓN EN LA SALA DE URGENCIAS .....	85
7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DEL TRIAGE OBSTÉTRICO.....	86
7.1 OBJETIVO .....	86
7.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	86
7.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CÓDIGO MATER.....	88
7.4 MONITOREO Y EVALUACIÓN .....	90
7.5 ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD CON APLICACIÓN DE TRIAGE .....	91
8 SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA, PUÉRPERA Y NEONATO .....	92

8.1 SEGUIMIENTO A LA EMBARAZADA QUE ABANDONA EL HOSPITAL POR MEJORÍA .....	92
8.1.1 ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD.....	92
8.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	94
8.2.1 PACIENTE INMUNODEPRIMIDA.....	94
8.2.2. CARACTERÍSTICAS A VALORAR EN LA MADRE Y EL FETO .....	94
8.2.3 INFORMACIÓN A LA PACIENTE.....	95
8.3 ABORTO O PARTO PREMATURO .....	95
8.3.1 ABORTO.....	95
8.3.1.1 COMPLICACIONES .....	96
8.3.1.2 PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA PROPÓSITO .....	97
8.3.2 PARTO PREMATURO.....	99
8.3.3 DATOS DE ALARMA.....	100
8.3.1 RECOMENDACIONES.....	100
8.4 PUERPERA Y NEONATO .....	101
8.4.1. PUERPERIO FISOLOGICO .....	102
8.4.2 PUERPERIO QUIRÚRGICO .....	108
8.4.3 RECIÉN NACIDO .....	110
9 CONCLUSIÓN.....	116
10. BIBLIOGRAFÍA .....	119
10.1.- BÁSICA.....	119
10.2. COMPLEMENTARIA .....	121
11 GLOSARIO.....	124





## 1. INTRODUCCIÓN

Cada día nos encontramos en la práctica de enfermería con casos de muertes maternas todos ellos o sino todos, la mayoría relacionados con una mala atención en las unidades hospitalarias tanto del sector público como del privado, ¿habrá acaso algún procedimiento para atender a la paciente obstétrica? La respuesta a esta interrogante la daré en el desarrollo de este tema, Existe desde el 2002 en nuestro país un TRIAGE específico para la paciente obstétrica, denominado TRIAGE OBSTETRICO, que tiene el fin clasificar de acuerdo a la gravedad la atención en la sala de urgencias, que como el triage general usa un mecanismo de semaforización usando los colores verde amarillo y rojo, donde verde no se considera como urgente amarillo con tiempo de espera de 30 minutos o más y rojo requiere atención inmediata o de emergencia.

¿Por qué es importante hablar de la atención obstétrica? Es importante hablar de ella y tener información porque con esto reducimos la tasa de mortalidad de una de las poblaciones más vulnerables como lo es la diada materno-fetal. Interviene en la atención a las mujeres embarazadas, aplicado tanto en el control prenatal como en la atención perinatal, el trabajo de parto e incluso el puerperio inmediato.

Para la licenciada en enfermería y obstetricia es relevante para el desempeño de sus actividades conocer los protocolos de atención a la mujer en la etapa del embarazo, que es la paciente con la que se encuentra en mayor contacto y con quien desempeña un gran número de actividades.

Este consiste en detectar en la mujer embarazada signos y síntomas de alarma que pueden comprometer tanto la vida del feto como la propia de la madre para propiciar una atención oportuna y prevenir enfermedades como preclamsia, eclampsia y la complicación más grave de estos que es el síndrome de HELLP, siendo las enfermedades hipertensivas del embarazo las más comunes a presentarse.

Este protocolo se encuentra acompañado del CODGO MATER, que es la activación de un mecanismo de alerta al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

Uno de los objetivos de esta investigación es proporcionar información acerca del protocolo para que la licenciada en enfermería y obstetricia tenga el conocimiento y actúe de manera favorable cuando se presente una situación que comprometa la vida de la madre o del feto.

No es importante solo conocer los protocolos ya mencionados, es también parte indispensable conocer que es el embarazo que si bien no se considera una enfermedad conlleva cambios físicos, orgánicos y psicológicos en la mujer, es un proceso donde se ve comprometida en la madre su integridad ya que es capaz de desencadenar una patología grave y en algunos casos la muerte y he considerado importante mencionar algunos de los cambios en los principales aparatos.

Al hablar de las urgencias obstétricas se debe tener el conocimiento de cuáles son las más comunes a presentarse en el periodo de la gestación, algunas anomalías del embarazo, como actuar al estar frente a una y como reconocerla. Saber atenderlas propicia practicar una buena atención médica y de calidad para la paciente obstetra.

Las estadísticas de morbi-mortalidad materna por patologías que se diagnostican en etapa avanzada en el embarazo a nivel país y estado si bien ha disminuido considerablemente aún no se encuentra proporcional a los avances científicos y médicos y a la evolución del sistema de salud en nuestro país, la lucha por mitigar día a día las complicaciones maternas aún sigue vigente y es responsabilidad de los que conformamos el cuerpo de salud atenderlas de la manera más específica posible y a su vez detectar cuáles son las causas más frecuentes de las muertes ocurridas en los diferentes niveles. La importancia de un adecuado control prenatal influye favorablemente en la disminución de la mortalidad materna, todas las acciones llevadas a cabo durante el embarazo propician la reducción eficaz de patologías propias del embarazo. El cuidado del neonato donde la madre padeció alguna enfermedad debe ser específico, esto porque muchas de las ocasiones la patología de la madre causa complicaciones serias en el recién nacido.

La enfermera obstetra tiene un papel importante en la aplicación del triage forma parte del ERIO y su función no puede ser remplazada por ningún otro miembro del equipo de salud, sus funciones inician con la detección de signos de alarma en la obstetra y termina en la educación y labor de enseñanza que realiza para capacitar

a la paciente para mejorar su autocuidado y ella misma percibir cuando esa en peligro su vida o la de su hijo.

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 VIDA Y OBRA

Dominique Jean Larrey nació en Beaudéan, cerca de Bagnères de Bigorre (Hautes Pyrenées) el 8 de julio de 1766.

Médico francés. Acompañó a Napoleón en muchas de sus campañas, en calidad de jefe de los servicios sanitarios del ejército. Sus numerosos trabajos favorecieron el desarrollo de la cirugía en la guerra. Está considerado como uno de los cirujanos más notables de todos los tiempos. Creó el transporte por ambulancia e introdujo los principios de la sanidad militar moderna realizando los primeros Triage en los campos de batalla.

### 2.2 INFLUENCIAS

Bajo la orden del General Napoleón Bonaparte "Los soldados que no tengan la capacidad de recuperarse, deben dejarse en el frente de batalla"

La necesidad de contar con un método o protocolo para brindar atención médica de acuerdo a la importancia o la severidad de la afección de los pacientes fue el móvil para realizar el triage.

En la obstetricia la mala calidad de atención médica respecto a la embarazada y el consecutivo aumento de las muertes maternas generó una preocupación a los prestadores del cuerpo de salud, iniciando en Canadá con un grupo de enfermeras que desarrollaron el protocolo de atención de Triage Obstétrico.

Su método se basó en las normas del Triage general realizando las modificaciones propias para la atención obstétrica, no conformes con esto la creación del código mater que es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

## 2.3 HIPÓTESIS

- ¿Cuáles son las causas por las que se pueden presentar las urgencias en el embarazo los pasos a seguir en el Triage obstétrico por parte del personal de enfermería?

Dentro de la atención en la sala de urgencias a las pacientes embarazadas se pueden presentar diversas afecciones desde las agudas, como puede ser la infección de vías urinarias hasta la que forman parte del grupo de las enfermedades hipertensivas del embarazo que se consideran graves, el método utilizado para su atención es el Triage Obstétrico el cual debe ser conocido como por todo el personal de la atención a la salud, donde el primer es el de la enfermera es aquí donde surge la importancia de que la enfermera reconozca las acciones y la importante participación que ejerce en la atención de urgencia.

- ¿Cómo actuar cuando se presente una situación de urgencia obstétrica y de que manera solucionarla de manera asertiva?

El protocolo que se mencionara a lo largo de esta investigación se basa en las acciones tomadas para que la salud que se encuentra deteriorada en la paciente mediante la actuación de médicos y enfermeras mejore, contiene las acciones principales que se va a desempeñar para corregir las deficiencias de salud que atañen a la paciente obstétrica y que comprometen la vida de la diada, materno fetal, mediante la atención oportuna y la detección de enfermedades al realizar el primer contacto se consigue un poco más de tiempo para actuar y evitar que se comprometa no solo la función, sino también la vida.

## 2.4 JUSTIFICACIÓN

¿Por qué para el personal de enfermería es necesario conocer que es el Triage Obstétrico y su manejo?

Se pretende analizar las principales urgencias en el embarazo y qué consecuencias tiene para la madre y el feto.

Para reducir las muertes maternas con la atención de urgencia a tiempo y la implementación del Triage.

Para reafirmar e incluso enseñar el protocolo de Triage obstétrico al personal enfermero.

## 2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro país, al encontrarse en vías de desarrollo nos encontramos con graves problemáticas de salud, para las cuales no siempre estamos prevenidos.

El grupo de la población que muchas veces se encuentra vulnerable ante los diversos tipos de enfermedades encontramos al de la paciente obstétrica, la cual si bien, no es considerada como enferma, se enfrenta a cambios orgánicos y psicológicos ante el inicio de la etapa del embarazo.

El embarazo por sí solo no es sinónimo de enfermedad, pero como ya lo mencioné la paciente se encuentra en una difícil etapa donde no está exenta de presentar algún tipo de patología que ponga en riesgo la vida de la madre como del feto.

Por esta razón, es indispensable que los que conformamos el grupo de atención a la salud contemos con protocolos adecuados para brindar una atención eficaz y oportuna cuando se presente alguna emergencia con la paciente embarazada, por tal motivo, me di a la tarea de recopilar en esta investigación el protocolo que debería ser utilizado en todas las instituciones hospitalarias para la atención de la paciente obstétrica; Triage Obstétrico.

Un gran número tanto de médicos como enfermeras no son del todo conscientes de la importancia que este protocolo tiene y la diferencia que hace entre la vida y la muerte de uno o ambos componentes de la diada materno-fetal, la atención eficaz y el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma en una paciente obstétrica a tiempo mejoran el pronóstico de cualquier patología.

La importancia de conocer el Triage Obstétrico en la LEO es muy significativo puesto que en la mayoría de los casos la enfermera es el primer contacto y es quien detecta signos y síntomas de alarma en la paciente, por tanto la encargada de otorgar la prioridad con la que será atendida principalmente en la sala de urgencias.

En el Triage Obstétrico intervienen no solo médicos y enfermeras puesto que en la activación del código madre intervienen otros miembros del cuerpo de salud que ejercen una función específica y que va encaminada a brindar una atención más adecuada y de mayor calidad para salvaguardar la vida de la futura madre y del feto, el equipo multidisciplinario trabajara en conjunto comunicándose entre ellos para llevar a flote el óptimo control de la situación de emergencia.



## 2.6 OBJETIVOS

### 2.6.1 GENERAL

Que el personal de atención médica esté capacitado para actuar en las principales urgencias que se pueden presentar durante el periodo del embarazo, así mismo que este esté familiarizado con lo que es el Triage obstétrico y con su aplicación correcta y oportuna.

### 2.6.2 ESPECÍFICOS

- Conocer cuáles son las urgencias durante el embarazo y cómo actuar cuando se presenten.
- Presta un mejor servicio mediante la adecuada atención de las urgencias obstétricas más comunes.
- Que el personal de salud sepa que es el TRIAGE OBSTETRICO y cómo aplicarlo.

## 2.7 MÉTODO

Para realizar el presente trabajo me apoye de algunos métodos que me han sido útiles para la organización y esquematización de la información obtenida relacionada con el Triage Obstétrico y la participación de enfermería.

### 2.7.1 INVESTIGATIVO

Para poder recabar la información acudí al método investigativo, para obtener toda la información necesaria para explicar lo que es el Triage Obstétrico este tiene importancia para la L.E.O. puesto que el trato diario se da con pacientes obstétricas que significan una gran responsabilidad porque se habla de dos vidas.

### 2.7.2 DESCRIPTIVO

El Descriptivo, que se refiere a la amplia visión de lo que es el Triage, su aplicación, los métodos, las personas que interfieren, y el protocolo que se sigue para su realización.

## 2.8 VARIABLES

### VARIABLE:

- Los profesionales de salud médicos y enfermeras al ignorar el protocolo del triage obstétrico, se les debe capacitar para que lleven a cabo las acciones que marca dicho protocolo y se de una atención efectiva a las paciente.
- Al realizarse al personal de salud una encuesta sobre la aplicación del triage obstétrico la mayoría no conoce de qué se trata, por lo que se dará una capacitación para que conozcan en qué consiste y cómo aplicarlo.
- La paciente que llegue al servicio de urgencias con una tensión arterial de 160\100 milímetros de mercurio con un embarazo de 37 semanas de gestación no recibe atención inmediata, tiene mayor riesgo de llegar a una eclampsia en comparación con la paciente que lleva un control con antihipertensivos.
- Al otorgar la atención adecuada con forme al triage obstétrico se evitará un mayor número de muertes maternas que si se ignoran los datos de alarma en el embarazo.

## 2.9 ENCUESTA Y RESULTADOS

Sea tan amable de responder con un SI o un NO a las siguientes interrogantes de acuerdo a sus conocimientos.

1. ¿Es de su conocimiento que existe una clasificación para la atención obstétrica llamada Triage Obstétrico?	SI	NO
2. ¿Conoce cuáles son sus lineamientos para la atención?	SI	NO
3. ¿Considera importante que el personal de salud conozca este protocolo?	SI	NO
4. ¿Este protocolo debe contar con un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica?	SI	NO
5. ¿Sabe quiénes conforman el ERIO?	SI	NO
6. ¿Cree usted que la atención en urgencias a una paciente embarazada debe ser inmediata?	SI	NO
7. ¿Sabe en qué consiste el método de semaforización del Triage Obstétrico?	SI	NO
8. ¿La paciente que presenta signos de alarma que comprometen su integridad debería esperar media hora o más para su atención?	SI	NO
9. ¿Cree estar capacitado/a para la atención de una urgencia obstétrica?	SI	NO
10. ¿Conoce los signos y síntomas que comprometen la integridad de la diada materno-fetal?	SI	NO
11. ¿La participación de enfermería es importante en la atención de la embarazada?	SI	NO
12. ¿Está de acuerdo en que la enfermera es el primer contacto con la paciente y es quien debe detectar los signos síntomas de alarma?	SI	NO
13. ¿conoce las funciones del personal de enfermería en la atención de la paciente obstétrica?	SI	NO
14. ¿Sabe que es el código mater?	SI	NO

15. ¿Es necesaria la activación del Código Mater al detectar una urgencia obstétrica?	SI	NO
16. ¿Considera que es importante que el medico ginecólogo se presente de inmediato para atender a la paciente?	SI	NO
17. De estar comprometida la vida de la madre y el feto, ¿Cree usted que se deba dar prioridad a la madre?	SI	NO
18. ¿El manejo de una urgencia obstétrica debe ser intra hospitalario y con vigilancia estrecha?		
19. ¿Posterior al manejo intrahospitalario de una urgencias obstétricas la vigilancia de la madre debe ser con consultas continuas?		
20. ¿Es de importancia que la futura madre conozca los síntomas de alarma en su embarazo?		

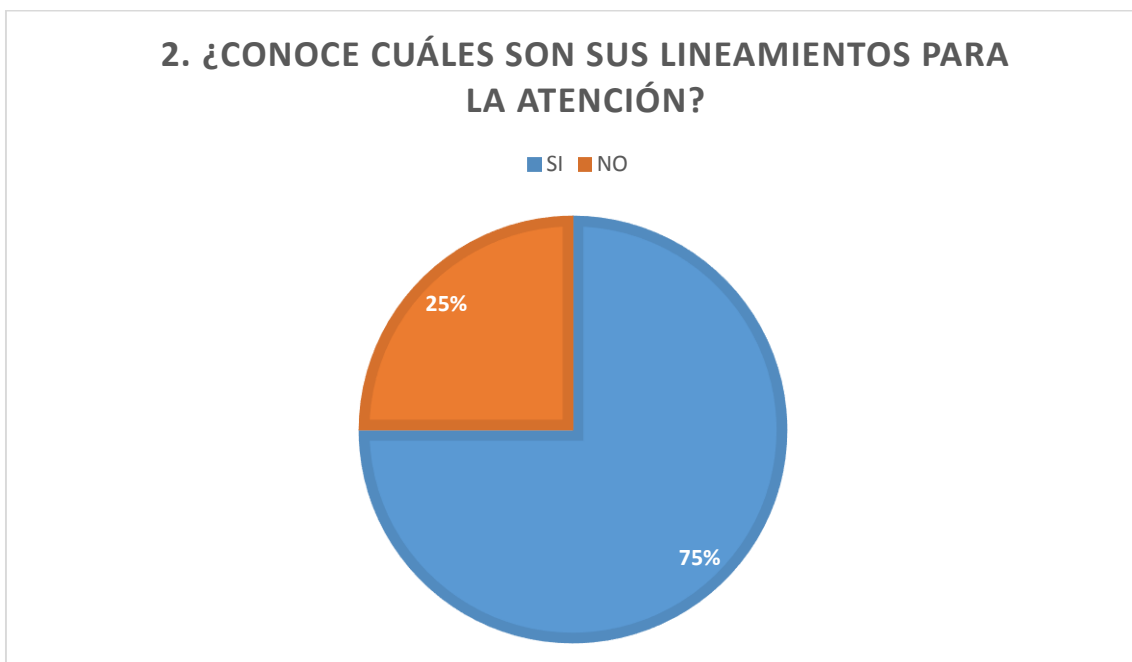
Esta encuesta ha sido realizada a un total de 40 personas relacionadas con la atención médica: médicos, enfermeras y estudiantes de enfermería que laboran en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud y la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, con el fin de analizar qué tan familiarizado está el personal con el triage obstétrico, si tienen el conocimiento de que existe y los lineamientos con los que se rige, este número para darnos un 100 por ciento y darnos cuenta si en dicho nosocomio se está preparado para atender satisfactoriamente una urgencia obstétrica.

Analizare mediante graficas el resultado obtenido, así mismo dando a cada una de las preguntas justificación de los resultados obtenidos y breve explicación del mismo.

## 2.10 GRAFICADO



El 90 por ciento del personal conoce de la existencia del Triage Obstétrico, mientras que solo un Diez por ciento desconoce su existencia.



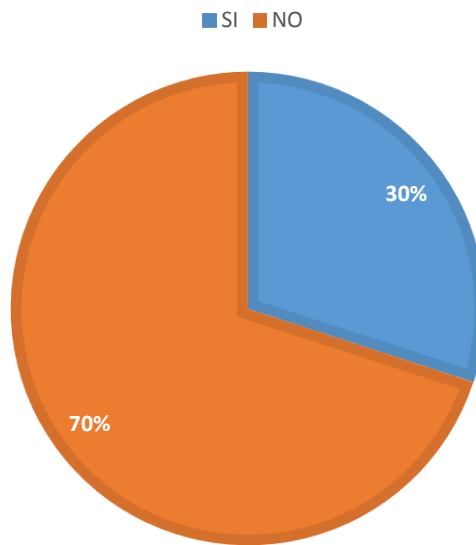
El 75 por ciento de los entrevistados además de conocer el Triage Obstétrico conocen cuáles son los lineamientos que lo rigen, mientras que un 25 por ciento equivalente a la cuarta parte no conoce cómo se estructuran sus lineamientos.



El 92 por ciento cree necesario que se conozca este protocolo de atención por parte del personal de salud mientras que el ocho por ciento no lo considera necesario.

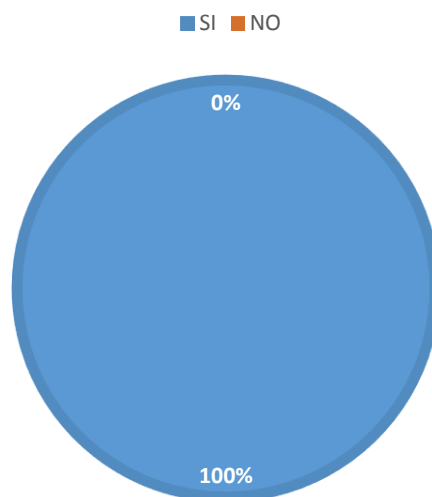


### 5. ¿SABE QUIÉNES CONFORMAN EL ERIO?



Respecto a las gracias 4 y 5 la mayoría de la población encuestada considera que es importante el ERIO pero no sabe quiénes son los que lo conforman solo 30 por ciento saben quiénes lo conforman, lo cual no debería ser así puesto que son las primeras personas a las que se debe notificar de una urgencia obstétrica.

### 6. ¿CREE USTED QUE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS A UNA PACIENTE EMBARAZADA DEBE SER INMEDIATA?

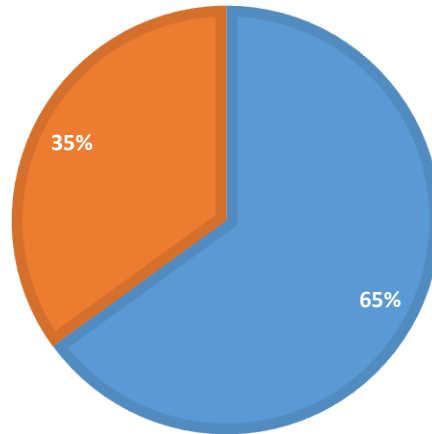


La pregunta seis el 100 por ciento de los encuestados consideran que la atención debe ser inmediata en la mujer embarazada.



**7. ¿SABE EN QUÉ CONSISTE EL MÉTODO DE SEMAFORIZACIÓN DEL TRIAGE OBSTETRICO?**

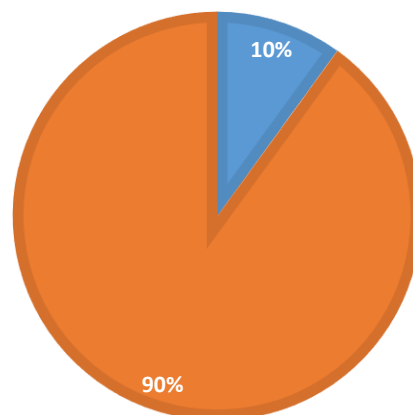
■ SI ■ NO



Poco más de la mitad de la población conoce el método de semaforización en el triage mientras que un 35 por ciento lo desconoce

**8. ¿LA PACIENTE QUE PRESENTA SIGNOS DE ALARMA QUE COMPROMETEN SU INTEGRIDAD DEBERÍA ESPERAR MEDIA HORA O MÁS PARA SU ATENCIÓN?**

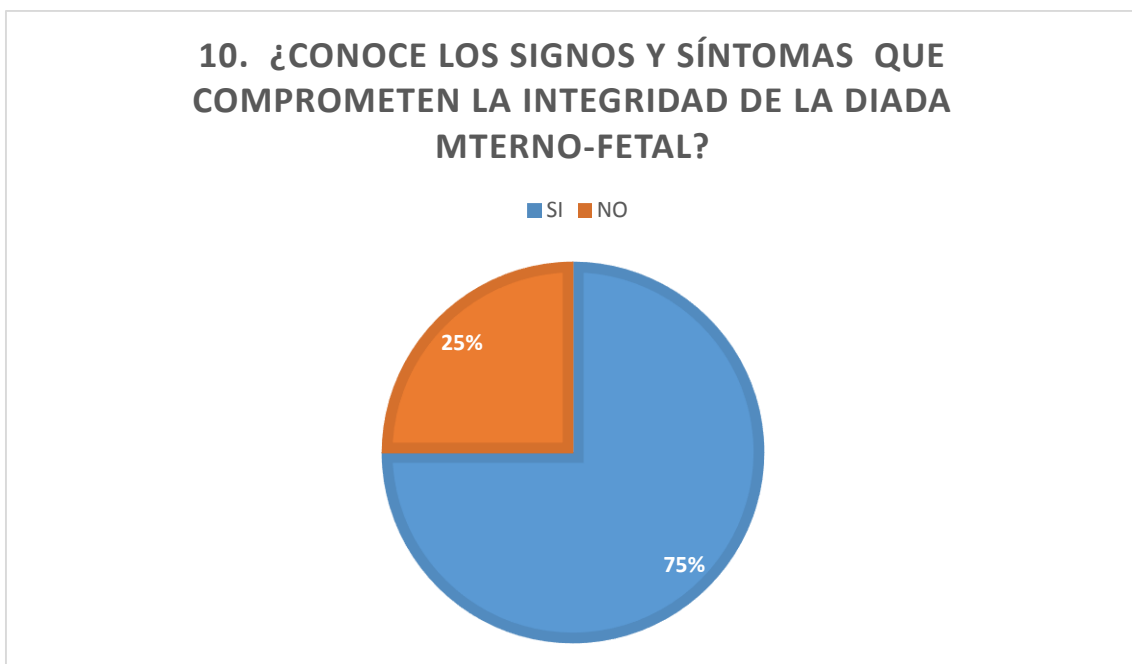
■ SI ■ NO



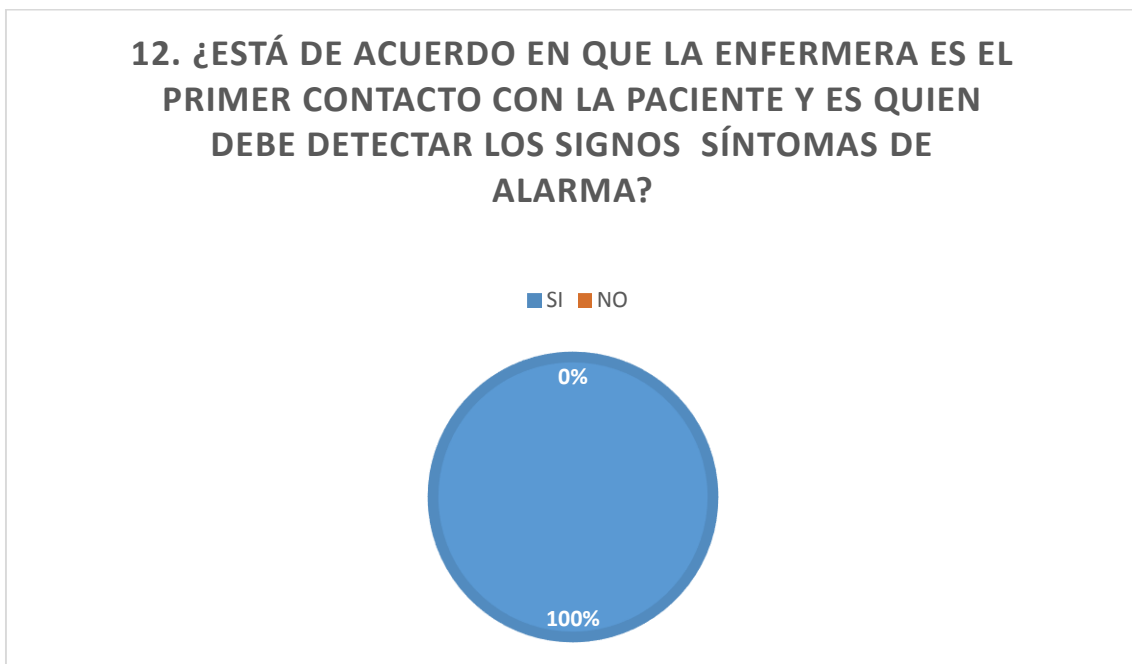
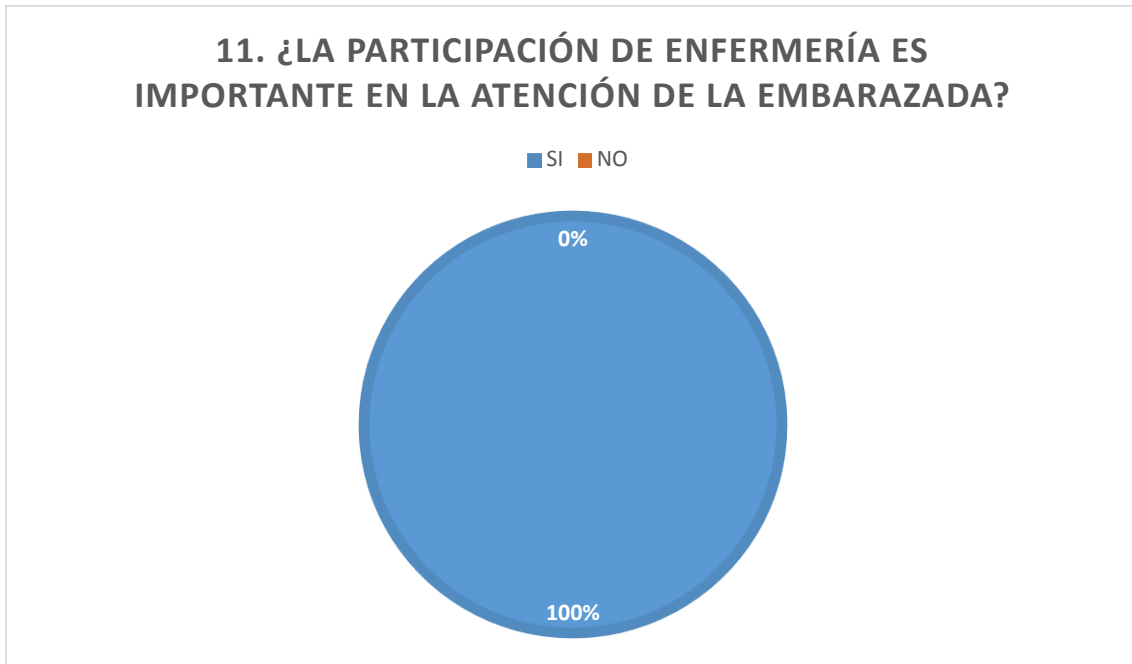
Respecto al tiempo de espera que debe tener una paciente obstétrica la mayoría de la población dijo que debe ser menos de media hora, inmediato



Aquí podemos considerar que solo poco menos de la mitad no cree poder atender una urgencia obstétrica esto debido a la poca información que existe del triage.

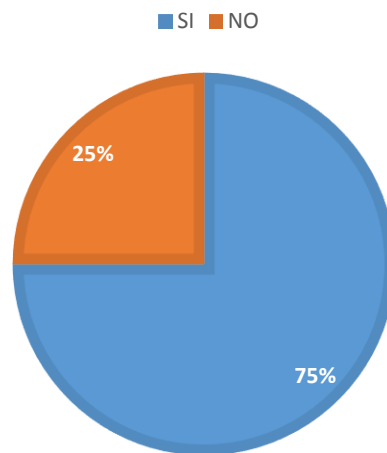


Respecto a la detección oportuna de signos de alarma la mayoría de la población de salud sabe reconocerlos a tiempo para atender a la paciente oportunamente.



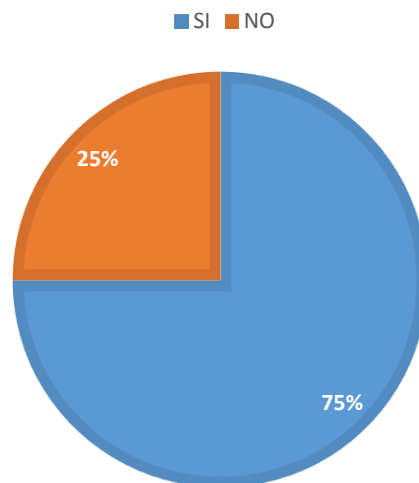
Todos los encuestados dijeron que la participación de enfermería es muy importante ya que es el primer contacto con la paciente.

### 13. ¿CONOCE LAS FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LA PACIENTE OBSTÉTRICA?

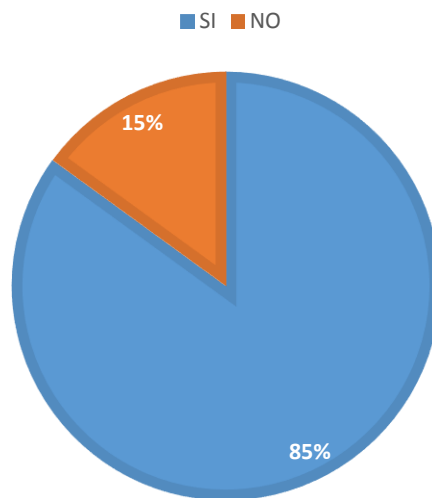


En relación a las funciones de enfermería solo la cuarta parte no las conoce y teniendo como mayoría la población que si las conoce encontramos a las propias enfermeras

### 14. ¿SABE QUE ES EL CÓDIGO MATER?

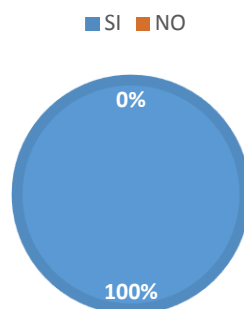


**15. ¿ES NECESARIA LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO MATER AL DETECTAR UNA URGENCIA OBSTÉTRICA?**



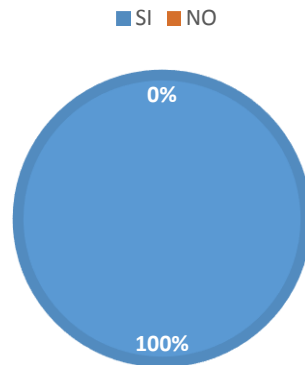
Las dos preguntas anteriores muestran que más del 50 por ciento sabe que es el Código Mater y la importancia de su activación.

**16. ¿CONSIDERA QUE ES IMPORTANTE QUE EL MEDICO GINECÓLOGO SE PRESENTE DE INMEDIATO PARA ATENDER A LA PACIENTE?**



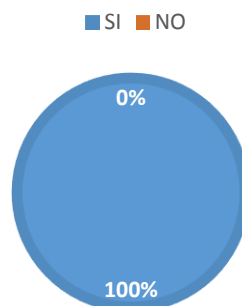
La importancia de que el ginecólogo obstetra asista ante una urgencia obstétrica es afirmativa para el 100 por ciento de la población.

**17. DE ESTAR COMPROMETIDA LA VIDA DE LA MADRE Y EL FETO, ¿CREE USTED QUE SE DEBA DAR PRIORIDAD A LA MADRE?**



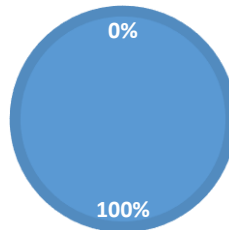
El personal de salud considera que salvar a la madre es prioridad 1 por encima de la del feto o producto.

**18. ¿EL MANEJO DE UNA URGENCIA OBSTÉTRICA DEBE SER INTRAHOSPITALARIO Y CON VIGILANCIA ESTRECHA?**



**19. ¿POSTERIOR AL MANEJO  
INTRAHOSPITALARIO DE UNA URGENCIAS  
OBSTÉTRICAS LA VIGILANCIA DE LA  
MADRE DEBE SER CON CONSULTAS  
CONTINUAS?**

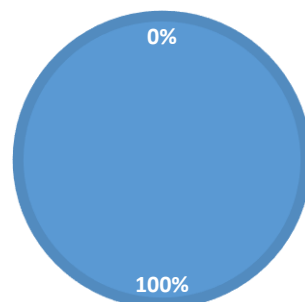
■ SI ■ NO



Con referencia al manejo debe ser estrecho en la estancia de hospitalización y al egreso continuar con atención médica ya sea terapéutica o preventiva para evitar complicación grave

**20. ¿ES DE IMPORTANCIA QUE LA FUTURA  
MADRE CONOZCA LOS SÍNTOMAS DE  
ALARMA EN SU EMBARAZO?**

■ SI ■ NO



El 100 por ciento de la población coincide en que se debe educar a la futura madre para que conozca los signos y síntomas de alarma durante su embarazo.

### 3. CONCEPTUALIZACIÓN

#### 3.1 CONCEPTOS DESTACADOS

Para una mejor comprensión del tema a presentar en esta investigación, es necesario comenzar a describir algunos de los conceptos que se mencionarán constantemente en el desarrollo del mismo y que tienen gran importancia debido a que el presente trabajo se basa en su mayoría en la explicación y estudio del concepto que se menciona principalmente.

Beneficiarán para que se tenga una mejor comprensión, así mismo aportarán conocimientos para la captación y la familiarización con el protocolo del TRIAGE OBSTETRICO.

Como ya se mencionó anteriormente en este primer capítulo se reúnen los conceptos principales pero también se mencionaran algunos de los complementarios para entrelazar las ideas y descripciones de los primordiales, así mismo se mencionarán generalidades y un poco de historia acerca de mi tema principal.

**Triage obstétrico:** protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

**Código Mater:** es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

**Urgencia obstétrica:** complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal. Complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.



**Embarazo:** periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

**Obstetricia:** rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

**Muerte materna:** es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Es la muerte de una mujer durante el embarazo parto o puerperio.

**Enfermería:** La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

### 3.2 GENERALIDADES DEL EMBARAZO

El embarazo es un proceso fisiológico pasajero que inicia con la unión del ovulo y el espermatozoide y termina con el nacimiento de un nuevo ser, capaz de producir patologías severas.

La duración del embarazo se puede contar en días, semanas o meses. Así un embarazo dura 280 días, o 40 semanas, o 9 meses aproximadamente. Capaz de producir patología severa incluso la muerte.

Una forma sencilla para calcular la fecha probable del nacimiento (aunque no es totalmente exacta) es contar 9 meses desde el primer día de la última regla y añadirle una semana.

### 3.2.1 CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL EMBARAZO

Los cambios gestacionales en el organismo materno son amplios y se producen para conseguir un ambiente adecuado para el desarrollo de la gestación sin comprometer la salud de la mujer ni del feto.

#### 3.2.1.1 CARDIOVASCULARES

El corazón materno se desplaza de su eje hacia arriba y hacia la izquierda debido a la elevación diafragmática que produce el crecimiento uterino conforme avanza la gestación.

El volumen sanguíneo aumenta durante la gestación hasta un 40%; este aumento se debe tanto al incremento del volumen plasmático como al volumen eritrocitario.

La presión arterial disminuye desde el primer trimestre de la gestación llegando a valores mínimos alrededor de la semana 28, a partir de ésta aumenta de nuevo gradualmente para llegar al final del embarazo a valores cercanos a los previos.

La medición de la presión arterial se hará preferentemente en posición lateral izquierda.

Durante el tercer trimestre puede aparecer el síndrome de la vena cava superior o síndrome de hipotensión supina. Consiste en un cuadro vagal (hipotensión, mareo, palidez, repercusión fetal) producido porque, en posición supina, el útero comprime la vena cava reduciendo el flujo sanguíneo de retorno al corazón y comprometiendo el gasto cardíaco materno.

La PVC permanece sin cambios, pero hay una elevación de la presión venosa femoral y una disminución de las resistencias vasculares periféricas, por lo que es frecuente observar en la mujer gestante la aparición de venas varicosas, hemorroides y edemas.

El gasto cardíaco aumenta a expensas del incremento de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico. Es normal un aumento de hasta 20 latidos por minuto en la frecuencia cardíaca materna.

Por otro lado, existe una redistribución del flujo, que estará aumentado a nivel renal, pulmonar, uteroplacentario, en piel y mamas. El flujo cerebral, hígado y estructuras musculoesqueléticas permanece sin cambios.

### 3.2.1.2 HEMATOLÓGICOS

La eritropoyesis está incrementada en la gestación como respuesta al aumento en los requerimientos de oxígeno, pero el hematocrito (porcentaje de glóbulos rojos) y la hemoglobina se encuentran disminuidos debido al mayor aumento del volumen plasmático. Es lo que se llama hemodilución o anemia fisiológica de la gestación.

Existe una ligera leucocitosis, que puede aumentar durante el parto.

La gestación produce un estado de hipercoagulabilidad desde el primer trimestre.

### 3.2.1.3 RESPIRATORIOS

El sistema respiratorio también debe adaptarse a las mayores necesidades de oxígeno que supone la gestación.

Al final del embarazo se han producido cambios en los diámetros torácicos, existe una elevación del diafragma, el perímetro torácico está aumentado en 6 cm y los ángulos subcostales se amplían.

El consumo de oxígeno aumenta entre un 15-20% al final de la gestación, esto se compensa por un aumento en la ventilación a expensas del volumen corriente o total. La frecuencia respiratoria no cambia durante el embarazo.

Esta hiperventilación fisiológica se acompaña de alteraciones en los valores de gases, la pO<sub>2</sub> está aumentada y la pCO<sub>2</sub> disminuida, por lo que existe una alcalosis respiratoria.

Los altos niveles de estrógenos producen edema, hiperemia y dilatación vascular en la mucosa del tracto respiratorio (rinofaringe, laringe, tráquea y bronquios) por lo que no es rara la congestión nasal y la epistaxis.

### 3.2.1.4. DEL APARATO DIGESTIVO

Se pueden producir náuseas y vómitos, normalmente matutinos y en el primer trimestre, debidos a la presencia de la gonadotropina coriónica humana (HCG).

En algunos casos los vómitos se vuelven incoercibles e impiden la ingesta de forma prolongada, entonces se habla de hiperémesis gravídica.

También puede suceder que haya cambios en el gusto y en el olfato que pueden alterar el apetito.

Las encías se vuelven hipertróficas e hiperémicas, y sangran más fácilmente (gingivitis gravídica).

Pueden aparecer épulis del embarazo que son angiogranulomas rojos o blanquecinos localizados en las encías.

La secreción de saliva puede estar aumentada y es más ácida (ptialismo).

Debido a la relajación del músculo liso del cardias que produce la progesterona, y a la presión del útero grávido sobre el estómago y el intestino se puede producir reflujo gastroesofágico y pirosis.

Por todo ello la mujer embarazada tiene mayor riesgo de aspiración del contenido gástrico durante la inducción anestésica. Además también se da una disminución del ácido clorhídrico en el estómago, por eso algunas embarazadas con úlcera refieren una mejoría sintomática.

Como el tono y la motilidad del tracto gastrointestinal están disminuido por acción de la progesterona, se favorece el estreñimiento. Y debido a éste y a la elevación de la presión venosa femoral comentada anteriormente pueden aparecer hemorroides.

Durante la gestación también se produce un enlentecimiento del vaciamiento de la vesícula biliar, lo que hace más susceptible a la mujer embarazada de sufrir una colestasis intrahepática.

### 3.2.1.5 EL APARATO URINARIO

Anatómicamente existe un incremento del tamaño renal debido al aumento en su vascularización y se produce una dilatación de todo el sistema colector (pelvis, cálices y uréteres).

Aumenta el volumen de orina residual en la vejiga y disminuye la eficacia del esfínter uretral. Estos cambios se atribuyen a la influencia de la progesterona y a la compresión del útero grávido.

Aumenta la tasa de filtración glomerular, por lo que disminuyen la urea y la creatinina en sangre. No es raro encontrar glucosuria sin hiperglucemia.

Por todo ello, en la gestante habrá:

- Mayor riesgo de infecciones urinarias, que cobran mayor importancia durante el embarazo por estar estrechamente relacionadas con el parto prematuro.
- Polaquiuria, sobre todo en el primer y tercer trimestre de la gestación.
- Incontinencia urinaria, de esfuerzo, sobre todo al final de la gestación.

#### 3.2.1.6 DERMATOLÓGICOS

Por aumento de la vascularización a nivel de la piel y por los altos niveles estrogénicos se puede encontrar angiomas o arañas vasculares, varicosidades superficiales, eritema palmar.

Por aumento de la MSH se produce una hiperpigmentación de la piel: es frecuente que la piel aparezca pigmentada en determinadas zonas como la línea umbilicopubiana (línea negra), en la aréola, pezones, vulva.

En la cara toma el nombre de cloasma gravídico o máscara del embarazo (hiperpigmentación en mejillas, frente y nariz).

También pueden aparecer estrías, que son rosadas, blanquecinas o de color púrpura; aparecen con más frecuencia en abdomen, caderas, mamas y cara interna de los muslos. Normalmente aumenta el crecimiento del pelo, pero existe gran variabilidad individual.

La actividad de las glándulas sudoríparas también aumenta, por lo que habrá mayor transpiración corporal.

#### 3.2.1.7 DEL SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

En el sistema músculo-esquelético también se producen varios cambios significativos como los siguientes:

Hiperlordosis lumbar, debida al cambio del centro de gravedad.

Aumento de la movilidad de las articulaciones sacroilíacas y sacrococcígea, y la sínfisis del pubis, que se debe a la progesterona y a la relaxina.

Diástasis de rectos, que es la separación de los músculos rectos en la línea media del abdomen.

Todos estos cambios van progresando conforme avanza el embarazo.

### 3.3 NORMA OFICIAL MEXICANA

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación de servicios.

Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida

### 3.4 ORIGEN

El procedimiento tiene su origen en el siglo XVII (1799) por iniciativa del cirujano francés Dominique Jean Larrey, durante las campañas de guerra de Napoleón Bonaparte, pero es hasta la primera guerra mundial que adquiere aceptación universal, y actualmente es un término coloquial en medicina y una necesidad en cuanto la atención médica. En el área de la salud se entiende como un proceso dinámico mediante el cual se determina el orden de las prioridades de atención. La clasificación se basa en el beneficio que podrá obtenerse con la atención médica y no sólo en la gravedad de los lesionados.

Durante una situación de emergencia o desastre en la que se observa la necesidad de atención a múltiples víctimas y siendo específico al tema que abordamos, para poder decidir qué paciente evacuar primero debe implantarse en forma inmediata un programa de triage que permita, en forma rápida, evaluar, seleccionar, y estratificar a los pacientes con base en su estado clínico y pronóstico. El Triage es dinámico e implica la continua valoración de los pacientes y su respuesta a los tratamientos recibidos, un paciente podrá de acuerdo a su valoración, pasar a otra prioridad de atención.

En una situación de desastre deberá realizarse Triage en por lo menos tres sitios diferentes: pre hospitalario, en la sala de urgencias y en el área de hospitalización. En cada sitio se proporcionará un diferente nivel de cuidado. Los servicios médicos pre hospitalarios deberán aplicar el mismo sistema que en el hospital a fin de mantener la congruencia en la toma de decisiones.

#### 3.4.1 TRIAGE GENERAL

Elegir o clasificar”

Originalmente se refería a la clasificación de los heridos y su ubicación en situaciones militares, desastres o catástrofes civiles.

Desde el mismo momento que el paciente ingresa al servicio de urgencias, se debe evaluar conforme al código internacional de colores conforme a la condición clínica de las víctimas o paciente.

- PRIORIDAD I            Tiempo de atención INMEDIATA
- PRIORIDAD II        Tiempo de atención NO MAYOR A 15 min.
- PRIORIDAD III      Tiempo de atención HASTA 2 HORAS
- PRIORIDAD 0        No requieren atención médica

#### 3.5 HISTORIA

La palabra “triage”, proviene del verbo francés “Trier”, que significa clasificar o seleccionar y fue de uso común en algunas labores agrícolas. En el contexto médico fue utilizada inicialmente durante las Guerras de Coalición en el siglo XVIII, por indicación de Napoleón Bonaparte al jefe médico de sus tropas Dominique Jean Larrey, en ella se establecía que debían trasladarse del campo de batalla a los

hospitales, únicamente a los soldados que tuvieran posibilidades de recuperación, para lo cual se entrenó al personal militar sanitario.

Debido a la eficacia del triage, su aplicación continuó durante los conflictos bélicos posteriores y aún hoy en día sigue vigente, el objetivo de esta metodología de selección, fue la pronta y oportuna atención a los soldados y civiles heridos, de acuerdo con la severidad de las lesiones y los recursos existentes, se categorizaba la urgencia identificando a aquellos que se clasificaban como no recuperables y distinguiéndolos de los recuperables. Para optimizar el recurso técnico médico en condiciones de escasez y gran demanda de atención (situación bélica y de desastres naturales o civiles). Una selección errónea favorecía el compromiso severo de un órgano, una extremidad o incluso la muerte.

En la cotidianidad de la prestación del servicio de urgencias, la afluencia cada vez mayor de pacientes incluso con problemas poco graves, impulsó a los servicios de salud a clasificar la gravedad e identificar aquellos que requerían atención inmediata y los que podían esperar de manera segura; la experiencia obtenida en el campo de batalla, se adaptó a los tiempos de paz.

En la actualidad, en la atención de las emergencias médicas se continúa aplicando el Triage, valorando las necesidades del paciente para la determinación del sitio apropiado para el tratamiento definitivo.

En obstetricia, la estrategia del Triage fue utilizada desde 1999 en Canadá, con la participación de personal de enfermería; otros países que lo han implementado son Inglaterra, España, Chile, El Salvador y México. Donde empezó a implementarse en el Instituto de Salud del Estado de México en el año 2002, como una respuesta a la saturación de los servicios de urgencias obstétricas y habiendo probado su factibilidad en unidades médicas de esta entidad federativa.

Son pocos los antecedentes documentados de los inicios de la aplicación del Triage Obstétrico, sin embargo cabe señalar que en el año 2002 empezó a implementarse en el ISEM Instituto de Salud del Estado de México con el programa CERO RECHAZO con lo que el módulo de valoración inmediata atendido por enfermeras tenía la finalidad de garantizar la atención médica de urgencia casi inmediata.



#### 4. PRINCIPALES URGENCIAS DEL EMBARAZO

Es importante enumerar algunas de las urgencias que llegan a presentarse durante el embarazo, las que son motivo de aplicación del triage obstétrico en la sala de urgencias de cualquier hospital.

Se abordaran de forma superficial y se mencionara la forma como se procede ante cualquiera de estas, sino son tratadas de la forma correcta y no se les otorga la importancia que merece cada urgencia se da una negligencia médica pudiendo esta desencadenar la cronicidad del padecimiento, un daño a un órgano, aparato o sistema y en el peor de los casos la muerte materna e incluso fetal.

##### 4.1. ESTADOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO

Constituyen un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación cuyo nexo común es la presencia de hipertensión arterial

###### 4.1.1. PRECLAMPSIA

Se define como la presencia de hipertensión inducida por el embarazo con tensión arterial diastólica (TAD) mayor o igual de 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica (TAS) mayor o igual a 140 mmHg, en otros casos se definirá por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o de 15 mmHg o más en la TAD habitual, todo esto asociado con proteinuria y en ocasiones edema o lesión de órgano blanco.

El valor de tensión arterial diastólica es el mejor predictor de resultados maternos perinatales, sin embargo el accidente cerebro vascular se correlaciona con TAS > a 160 mmHg.

La toma de la presión debe hacerse a la paciente con 20 minutos de reposo, sentada, con el brazo en un ángulo de 45 grados y a nivel del corazón. La tensión arterial sistólica corresponde a la aparición de los latidos. La presión diastólica corresponde a la atenuación, apagamiento o en su defecto desaparición de la auscultación de los latidos.

La preclamsia se clasifica en severa o no severa.

La categorización de severa se establece cuando cumpla cualquiera de los siguientes criterios:

- TAD igual o mayor a 110 mm Hg, o TAS igual o mayor a 160 mm Hg.

- Proteinuria de 5 g o más en 24 horas (3+ en prueba cualitativa).
- Oliguria menor de 0,3 cc/kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día)  
Creatinina aumentada.
- Síntomas de inminencia de eclampsia: fosfenos, cefalea, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales.
- Eclampsia.
- Respiratorio Edema pulmonar y cianosis.
- Hematológico
- Trombocitopenia (menor de 150.000 por cc).
- Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis (HELLP).8 Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT)
- Razón Internacional Normalizada (INR) aumentado.
- Aspartato Amino Transferasa (AST) > 40 UI/L, Alanino Amino Transferasa (ALT) > 40 UI/L, Láctico Dehidrogenasa (LDH) > 600 UI/L y Bilirrubinas aumentadas. Dolor en cuadrantes superior derecho.

#### 4.1.2. ECLAMPSIA

Es la presencia de convulsiones y/o coma en una mujer que sufre preeclampsia. El inicio de los síntomas pueden ser anteparto, intraparto o postparto durante las primeras 4 semanas del puerperio.

Síntomas premonitorios de eclampsia son la cefalea occipital o frontal, visión borrosa, fotofobia, dolor epigástrico o en cuadrante superior derecho abdominal y alteración del estado de conciencia.

##### 4.1.2.1 TRATAMIENTO

Para realizar un tratamiento adecuado se deben tener conocimientos básicos en las siguientes áreas:

##### 4.1.2.1.1 REANIMACIÓN BÁSICA Y AVANZADA

La prioridad es el soporte cardiorrespiratorio.

Colocar cánula de Mayo o similar, para evitar mordedura de lengua y mantener vía aérea libre y asegurar la ventilación.

Oxigenoterapia (5 Litros/minuto) para mantener saturación mayor del 95%, aún estabilizada la paciente.

Derivación a centro de atención de alta complejidad, que les permita una vigilancia continua de presión arterial, saturación de oxígeno, diuresis y balance horario de líquidos.

Después del parto, las pacientes deben ser monitorizadas durante un periodo no menor a 48 horas, la redistribución de líquidos durante el puerperio aumentan el riesgo de edema pulmonar e HTA.

#### 4.1.2.1.2 MANEJO OBSTÉTRICO

Finalización del embarazo según las condiciones obstétricas, maternas y fetales. Las pacientes no deben ser llevadas a cesárea de emergencia si hay inestabilidad materna, la primera meta es buscar la recuperación de la gestante. Si después de 10 minutos de la convulsión hay bradicardia persistente a pesar de los esfuerzos de reanimación, se debe proceder a la interrupción de la gestación. Durante el parto, no existe contraindicación para analgesia obstétrica (técnica epidural o combinada) si no hay coagulo Patía o trombocitopenia severa con menos de 75 mil plaquetas.

#### 4.1.2.1.3 PREVENCIÓN DE CONVULSIONES

Sulfato de magnesio endovenoso.

No monitorizar niveles de magnesio porque no existe un punto de corte establecido para definir el rango terapéutico y su correlación con los resultados clínicos.

En nuevos episodios convulsivos después de recibir el sulfato de magnesio, administrar un nuevo bolo de 2 gramos en un periodo de 3 a 5 minutos. El sulfato de magnesio debe ser administrado al menos 48 horas después del parto y/o de la última convulsión.

Manejo antihipertensivo

Monitorización continua invasiva de TA. El objetivo de tratar la hipertensión es controlar la pérdida de la autorregulación cerebral sin llevar a hipoperfusión del sistema uteroplacentario.

Vasodilatadores endovenosos y antihipertensivos orales:

Meta del tratamiento en embarazo: TAS entre 140 a 150 mmHg y la TAD entre 90 y 100 mmHg.

Meta del tratamiento en puerperio: menor a 140/90 mmHg.

Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas

Esquema de manejo de la eclampsia en el embarazo o en las primeras 4 semanas del puerperio.

1. Asegurar vía aérea.
2. Iniciar soporte con oxígeno de 5 L/min para saturación de oxígeno mayor a 95%.
3. Asegurar 2 accesos venosos con catéter 16 o 18.
4. Iniciar cristaloides 1 cc/k/h (como volumen total administrado incluido el goteo de sulfato de magnesio).
5. Colocar sonda vesical.
6. Iniciar sulfato de magnesio.
7. Iniciar tratamiento antihipertensivo con combinación de vasodilatador endovenoso más antihipertensivo oral hasta lograr tensión arterial diastólica (TAD) de 90 mmHg antes de finalizar el embarazo.
8. Tomar exámenes: hemograma con recuento de plaquetas, pruebas hepáticas (LDH, Transaminasas, AST y ALT) y Creatinina.
9. Remitir a nivel de alta complejidad en ambulancia con médico o personal de enfermería o paramédico que realice: 1. Toma de presión arterial cada 5 a 10 minutos durante el transporte. 2. 3. Bolo de sulfato de magnesio 2g al 20% a pasar en 20 minutos en 150 cc Solución salina isotónica, si presenta nuevo episodio convulsivo.

#### 4.2 HEMORRAGIA ANTEPARTO.

Es el sangrado activo o retenido que sufre la paciente antes de iniciar el trabajo de parto o de que suceda la expulsión del feto.

Causa de esta condición es:

#### 4.2.1 EMBARAZO ECTÓPICO

Se define como la implantación del embarazo fuera de la cavidad endometrial, ocurre aproximadamente en 1% de los embarazos. Contribuye con un 10 a 15% a la mortalidad materna en países desarrollados cuando se asocia a rotura tubárica.

Existen factores de riesgo para embarazo ectópico, pero más de la mitad se presentan en mujeres sin factores de riesgo conocidos.

##### 4.2.1.1 FACTORES DE RIESGO

Antecedente de cirugía tubárica

Antecedente de embarazo ectópico

Exposición a dietilestilbestrol en útero

Historia de enfermedad pélvica inflamatoria

Historia de infertilidad

Ligadura tubárica

Uso actual de DIU

##### 4.2.1.2. DIAGNÓSTICO.

Clínico y paraclínico

Se sospechará un embarazo ectópico en mujeres con dolor abdominal y prueba de embarazo positiva con o sin hemorragia vaginal. La triada clásica de amenorrea, sangrado y dolor abdominal se presenta en menos del 50% de los casos. Toda paciente con sospecha o diagnóstico de embarazo ectópico deberá ser asistida en una institución que brinde cuidados ampliados de emergencia obstétrica.

Como apoyo al diagnóstico están la prueba de embarazo cuantitativa, fracción Beta de Gonadotropina Coriónica Humana (B-GCH), la ecografía, la culdocentesis y la laparoscopia.

Las pacientes con embarazo ectópico roto se presentan con signos de choque, incluyendo hipotensión, taquicardia, signos de irritación peritoneal. Sin embargo, la mayoría de las pacientes se presentan antes de la ruptura, con manifestaciones inespecíficas; los signos y síntomas incluyen sangrado vaginal (el cual es

típicamente intermitente y pocas veces excede el volumen de un flujo menstrual normal), dolor pélvico o dolor abdominal tipo cólico.

#### Ecografía transvaginal

La ecografía transvaginal puede identificar una masa anexial no quística. Con B-hCG positiva y ausencia de saco gestacional intrauterino se debe buscar obligatoriamente un embarazo ectópico, aunque, hasta 35% de los embarazos ectópicos pueden no mostrar anomalías anexiales

Embarazo tubárico: Masa anexial, signo de anillo tubárico, signo de anillo de fuego, hemorragia pélvica.

Embarazo intersticial: Saco gestacional localizado excéntricamente, saco gestacional rodeado por miometrio delgado (< 5 mm), signo de línea intersticial.

Embarazo ovárico: Nivel de B-hCG sérico > 1000 mUI/l, trompas de Falopio normales; saco gestacional, vellosidades coriónicas o quiste atípico dentro del ovario; niveles de B-hCG normales después del tratamiento.

Embarazo cervical: Flujo trofoblástico alrededor del saco gestacional dentro del cérvix, línea endometrial normal, saco gestacional dentro del cérvix con actividad cardíaca, útero con forma de “reloj de arena”, actividad cardíaca por debajo del orificio cervical interno.

Embarazo abdominal: Ausencia de saco gestacional intrauterino, saco gestacional localizado dentro de la cavidad peritoneal, hemorragia abdominal o pélvica.

#### 4.2.1.3. TRATAMIENTO

El tratamiento del embarazo ectópico puede ser expectante, quirúrgico (laparotomía, laparoscopia) o médico.

#### 4.2.2. ABRUPTO PLACENTAE.

El abrupción placentaria o desprendimiento prematuro de placenta se define como el desprendimiento o la separación total o parcial del sitio de implantación de una placenta normo inserta antes del nacimiento del feto y después de la semana 22 de gestación. Puede presentarse con sangrado entre las membranas y la decidua a

través del cérvix o permanecer confinado al útero con sangrado por detrás de la placenta.

Se presenta aproximadamente en el 1% de las gestaciones, con una mortalidad fetal de 1 en 500 a 750 nacimientos y una tasa de mortalidad perinatal de 119 por 1000 nacimientos especialmente por prematuréz.

Corresponde al 30% de las hemorragias de la segunda mitad de la gestación, asociado a una razón de mortalidad materna de 1%. Está asociado, pero no limitado, a un incremento en la incidencia de coagulación intravascular diseminada, falla renal, necesidad de transfusiones e histerectomía.

#### 4.2.2.1. CLASIFICACIÓN.

Se han descrito los siguientes grados de abrupcio placentae:

- Grado 0: Asintomático. El diagnóstico es retrospectivo y por anatomía patológica.
- Grado I: Es leve, representa aproximadamente el 48% de los casos. La paciente se presenta con sangrado vaginal leve o ausente (hemorragia oculta), ligera sensibilidad uterina, frecuencia cardíaca y tensión arterial maternas normales, no asociado a coagulopatía ni alteraciones del estado fetal.
- Grado II: Es moderado y representa el 27% de los casos. La presentación del cuadro clínico es sangrado vaginal moderado o ausente (hemorragia oculta), sensibilidad uterina moderada a grave con posibles contracciones tetánicas (hipertonía uterina), taquicardia materna y cambios ortostáticos en la presión arterial, sufrimiento fetal e hipofibrinogenemia (50 – 250 mg/ dl).
- Grado III: Es intenso y representa el 24% de los casos. La paciente manifiesta sangrado vaginal abundante o ausente (hemorragia oculta), útero hipertónico muy doloroso, choque materno, hipofibrinogenemia (<150 mg/dl), coagulopatía y muerte fetal.

#### 4.2.2.2 TRATAMIENTO

El manejo del abrupcio placentae depende de la presentación del cuadro clínico, de la edad gestacional y del grado del compromiso materno fetal. El objetivo principal del manejo del desprendimiento prematuro de placenta es evitar la morbi-mortalidad materna (atonía uterina, útero de Couvelaire, choque hemorrágico o

hipovolémico, coagulación intravascular diseminada, necrosis tubular y cortical renal síndrome de Sheehan) y morbi-mortalidad fetal (hipoxia fetal, anemia, restricción de crecimiento intrauterino (RCIU), alteraciones SNC, muerte fetal), por lo tanto debe realizarse en niveles con disponibilidad de sangre y cirugía.

#### 4.2.3 PLACENTA PREVIA

El término placenta previa se refiere a la placenta que cubre o esta próxima al orificio cervical interno (OCI) y se encuentra implantada en el segmento inferior del útero después de la semana 22 de gestación.

Tradicionalmente la placenta previa ha sido catalogada en 4 tipos:

- Placenta previa completa: la placenta cubre completamente el OCI.
- Placenta previa parcial: la placenta cubre parcialmente el OCI
- Placenta previa marginal: la placenta está cercana al OCI, pero no lo cubre.
- Placenta inserción baja: se extiende en el segmento uterino pero no sobre el OCI.
- La placenta previa complica aproximadamente el 0,3 al 0,5% de los embarazos, con una tasa de mortalidad materna relacionada de 0,3% de los casos. La tasa de mortalidad perinatal se incrementa 3 a 4 veces frente a embarazos normales.

##### 4.2.3.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y PARACLÍNICO.

La presentación clínica clásica de placenta previa es sangrado sin dolor en la segunda mitad del embarazo. Algunas pacientes pueden presentar sangrado con dolor probablemente secundario al inicio de actividad uterina.

La mayoría de las pacientes con placenta previa son diagnosticadas por ecografía durante el segundo trimestre de la gestación.

La ecografía transvaginal de mayor precisión que la transabdominal, tiene una sensibilidad de 87,5%, especificidad de 98,8%, valor predictivo positivo de 93,3% y valor predictivo negativo de 97,6%, lo que convierte este método en el estándar de oro para el diagnóstico.

Las pacientes con diagnóstico de placenta previa al final del embarazo, tienen una mayor probabilidad de persistencia de esta localización al momento del parto. Las



pacientes con diagnóstico alrededor de la semana 20 de gestación deben ser evaluadas para confirmar el diagnóstico.

#### 4.2.3.2. TRATAMIENTO

##### Manejo expectante

La alta tasa de mortalidad perinatal en placenta previa relacionada con parto pre término, puede disminuirse mediante el manejo conservador expectante y el nacimiento tan cercano al término como sea posible.

#### 4.3. HEMORRAGIA POSTPARTO

La Hemorragia posparto (HPP) se define como la pérdida de sangre mayor a 500 cc luego de un parto vaginal o mayor a 1000 cc después de una cesárea.

La HPP masiva está definida como el sangrado mayor a 1000 cc en las primeras 24 horas del puerperio.<sup>1-3</sup> Con el fin de establecer medidas más objetivas se ha propuesto la definición de HPP masiva, ante un descenso mayor o igual al 10% del hematocrito o si el sangrado se asocia a una inestabilidad hemodinámica.

La prevalencia de HPP de 500 cc es de 6 a 10% y para HPP mayor de 1000 de 2 a 3 %.<sup>4</sup>

##### 4.3.1. FACTORES DE RIESGO

Placenta previa

Abruptio placentae

Cesárea de emergencia

Enfermedad Von Willebrand

Corioamnionitis

Cesárea electiva

Embarazo gemelar

Peso fetal mayor de 4500 gramos

Polihidramnios

Multiparidad

Síndrome HELLP

Parto instrumentado fórceps

Inducción del trabajo de parto

Obesidad

Antecedente de HPP

Cesárea previa

Trabajo de parto prolongado

Edad mayor de 40 años

#### 4.3.2 CLASIFICACIÓN

La hemorragia posparto se clasifica como temprana o tardía. La hemorragia temprana es la que se presenta durante las primeras 24 horas del periodo posparto generalmente en las 2 primeras horas siendo la más frecuente y grave; las causas son atonía uterina, retención de restos placentarios, anomalías placentarias y laceraciones del tracto genital. La hemorragia tardía es la que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas del posparto, con una frecuencia entre el 5 y 10% de los partos, las causas más comunes son retención de restos placentarios, infecciones, laceraciones y la enfermedad trofoblástica.

##### 4.3.2.1 ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA

Tono 70%

Sobre distensión Uterina Parto prolongado/precipitado (Ej.: inducido). Embarazo múltiple. Macrosomía. Polihidramnios. Gran Multípara. Hidrocefalia severa.

Fatiga Muscular Uterina. Trabajo de parto prolongado. Corioamnionitis.

Trauma 20%

Desgarros vaginales/ cervicales/perineal. Parto instrumental. Episiotomía.

Extensión del desgarro en la cesárea. Mal posición fetal. Manipulación brusca durante la extracción fetal. Ruptura uterina. Cirugía uterina previa. Inversión uterina.

Excesiva tracción del cordón. Gran múltipara.

Tejidos 9%

Retención de Restos Placenta o membranas. Anormalidades Placentarias.

Localización: Placenta previa. Invasión: acreta, percreta, increta. Congénitas: Útero bicórneo. Adquiridas: Cirugía previa, leiomioma

Trombos 1%

Coagulopatías congénitas. Hemofilia. Enfermedad Von Willebrand. Hipofibrinogemia.

Coagulopatías adquiridas embarazo. HTA. Muerte fetal. Enfermedad hepática. Síndrome HELLP.

Púrpura trombocitopénica idiopática.

Coagulación intravascular diseminada.

Muerte fetal intrauterina. Toxemia. Abruption placentae Embolismo amniótico Sepsis

Coagulopatía dilucional. Transfusiones masivas. Anticoagulación. Historia de TVP y TEP. Uso de Aspirina, Heparina.

Las pacientes con factores de riesgo para HPP no deben analizar el embarazo en un hospital sin banco de sangre.

#### 4.4. INFECCIONES OBSTÉTRICAS GRAVES

Infección del útero y/o de los anexos que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido. La gran mayoría derivan de prácticas de “aborto no seguro”, este término no es sinónimo de “ilegal” o “clandestino”. En el Aborto séptico la infección inicialmente está limitada al útero, sin embargo, rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematológica.

##### 4.4.1 ABORTO SÉPTICO

El aborto se define como la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero materno, con un peso igual o inferior a 500 gramos o antes de las 22 semanas.

El aborto se sospecha cuando una mujer en edad fértil presenta la siguiente sintomatología: retraso menstrual con metrorragia con coágulos y/o restos ovulares, en la primera mitad del embarazo, que puede acompañarse de dolor tipo

cólico. Útero aumentado de tamaño, doloroso a la palpación y cuello con eventuales modificaciones.

El aborto séptico es la infección del útero y/o de los anexos, que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido. La gran mayoría de los abortos sépticos se derivan de prácticas de “aborto no seguro”, por lo cual la Organización Mundial de la Salud lo define como “un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado por personas con falta de destrezas necesarias o en un ambiente que carece de los estándares mínimos o ambos.

En el aborto séptico la infección inicialmente está limitada al útero, sin embargo, rápidamente evoluciona a formas más graves por extensión a órganos vecinos o en forma hematógena.

#### 4.4.1.1. CLÍNICA DEL ABORTO SÉPTICO

- Temperatura mayor a 37.5 °C, se puede acompañar de malestar general, astenia, adinamia, escalofríos y mialgias.
- Metrorragia fétida y/o restos ovulares con fetidez (expresión clínica de la endometritis).
- Útero doloroso a la palpación y reblandecido (expresión clínica de la miometritis).
- Dolor a la movilización lateral del cuello (expresión clínica de parametritis).
- El cuello generalmente se encuentra entreabierto y es posible evidenciar laceraciones, cuerpos extraños o restos ovulares. Se debe evaluar así mismo lesiones de órganos vecinos (vejiga e intestino).
- La diseminación de la infección lleva a cuadros más graves en donde se agrega: o Dolor a la palpación de las regiones anexiales (salpingitis).
- Aparición de tumoraciones o colecciones a nivel parauterino, (absceso tubo-ovárico).
- Dolor a la palpación del hemiabdomen inferior (peritonitis).
- Evaluación paraclínica
- Exámenes complementarios: Grupo sanguíneo ABO y Rh,

Hemograma: valorando el grado de anemia.

Aumento de la leucocitosis (mayor a 14.000). La leucopenia es un indicador de gravedad en el marco de una sepsis. En caso de alteraciones de la crisis puede observarse plaquetopenia.

- VES y Proteína C reactiva.
- Azoemia, creatinemia, uricemia, ionograma.
- Funcional y enzimograma hepático.
- Crisis sanguínea completa (tiempo de protrombina, tiempo de Tromboplastina parcial, Tiempo de Trombina, fibrinógeno y Productos de degradación del fibrinógeno (PDF).
- Glucemia. Hemocultivos. Para aerobios y anaerobios.
- Gasometría valorando la saturación y las alteraciones del equilibrio ácido - base.
- Examen de orina y urocultivo.

#### 4.4.1.2. TRATAMIENTO DEL ABORTO SÉPTICO

- Reposo en decúbito dorsal o semisentada.
- Suspender la vía oral, si persisten restos ovulares es necesario su evacuación por legrado aspirativo o instrumental.
- Controles de parámetros vitales:
  2. Estado neurológico.
  3. Pulso.
  4. Presión arterial.
  5. Frecuencia respiratoria.
  6. Coloración de piel y mucosas.
  7. Perfusión periférica (relleno capilar, cianosis central o periférica, frialdad periférica).
  8. Diuresis. Colocar sonda vesical conectada a bolsa colectora para su control.
- Realice 1 vía venosa periférica de grueso calibre (catéter calibre 16 o 18). Aporte de cristaloides: Suero Ringer – Lactato o fisiológico a razón de 1 litro

cada 4 horas. Se valorará la reposición tratando de mantener la presión arterial, la perfusión periférica y la diuresis a más de 30 ml/h.

- Comuníquese inmediatamente al hospital de referencia, de forma de coordinar el traslado y recepción de la paciente.
- El traslado debe realizarse en ambulancia especializada en traslados críticos con médico, obstétrica o enfermera con entrenamiento en el manejo de estas complicaciones.

#### 4.4.2. SEPSIS OBSTÉTRICA Y SHOCK SÉPTICO

El diagnóstico de sepsis se debe sospechar ante la existencia de 2 o más de los siguientes signos:

- Temperatura mayor a 38° C o menor a 36° C.
- Pulso > 90 latidos/minuto.
- Frecuencia respiratoria mayor a 20/min o la existencia de una PaCO<sub>2</sub> menor a 32 mmHg.
- Recuento leucocitario mayor a 12000/mm<sup>3</sup> o menor a 4000/mm<sup>3</sup> (o más de un 10% de formas leucocitarias inmaduras).
- Falla de órganos a distancia cuya sintomatología depende de los órganos afectados pudiendo ocurrir alteraciones de la coagulación o de la función hepática, renal, respiratoria o neurológica.
- La presencia de hipotensión arterial (sistólica menor de 90 mmHg o caída de 40 mmHg de su nivel previo), cianosis, hipo-perfusión periférica, oliguria y alteración del estado de conciencia (agitación, obnubilación) debe hacer plantear la existencia de un shock séptico de alta mortalidad.
- Controles de parámetros vitales: Será el mismo que se describió para el aborto séptico.

##### 4.4.2.1. EVALUACIÓN PARACLÍNICA

A los exámenes indicados en el caso de aborto séptico se agregarán:

Electrocardiograma.

Radiografía de tórax.

Ecografía abomino-pélvica.

Otros estudios imagenológicos (Tomografía axial computarizada, Resonancia nuclear magnética) o de laboratorio se solicitarán según el caso.

#### 4.4.2.2. CONDUCTA ANTE UNA SEPSIS

- Ingresar a la paciente a una unidad de cuidados intensivos de un hospital con disponibilidad de sala de operaciones, para ser valorada por un equipo multidisciplinario y proceder a identificar y remover los focos sépticos, esta decisión no debe ser demorada, muchas veces en pacientes graves retardar la histerectomía lleva a la imposibilidad de revertir el shock séptico. En estos casos estará indicada la histerectomía total con revisión de los pedículos ováricos para detectar trombosis de esos vasos.
- Mantener una oxigenación adecuada mediante uso de máscara de oxígeno o catéter nasal. Eventualmente puede requerir asistencia ventilatoria. De ser posible se debe monitorizar la saturación de O<sub>2</sub> con oxímetro de pulso manteniendo la misma por encima de 92 a 94%. La oxigenación dependerá de la ventilación, la perfusión periférica y el grado de anemia. En caso de insuficiencia respiratoria aporte oxígeno con máscara de flujo libre o catéter nasal a 6 lt/min. En casos de shock séptico intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria.
- Realice 2 vías venosa periféricas de grueso calibre (catéter calibre 16 o 18). Permite el aporte de medicación y fluidos. En caso de agravación el colapso venoso puede dificultar su realización, por lo cual contar con un acceso vascular adecuado es de gran importancia.
- Mantener una adecuada volemia mediante la reposición con cristaloides: Suero Ringer – Lactato o fisiológico a razón de 1 lt/ cada 4 horas. Se valorará la reposición tratando de mantener la presión arterial sistólica por encima de 90 mmHg y una perfusión periférica normal y la diuresis en más de 30 ml/h.

A posteriori, se valorará la necesidad de coloides y aportes de derivados sanguíneos. Debe ser corregida la anemia a la brevedad, debiendo recurrirse a la transfusión sanguínea.

- La medición de la presión venosa central está indicada. En caso de edema pulmonar puede estar indicado el uso de diuréticos (Furosemida de 20 a 60 mg IV.).

- Mejorar la función cardíaca con el uso de inotrópicos con Dopamina 3 - 10 µg/kg/min en infusión IV continua, si no mejora la presión arterial por depresión miocárdica administrar Dobutamina 2 - 20 µg/kg/min en infusión IV continua; si la presión sigue sin mejorar debido a vasodilatación administrar Norepinefrina 2 a 8 µg/kg/ min en infusión IV continua.<sup>3 -9, 14-15</sup> o Corrección de las alteraciones del medio interno: acidosis, disionias, hiperglucemia, etc. o Inicio de un plan antibiótico adecuado a la causa de la sepsis, asociado, intenso y de amplio espectro, ver medidas farmacológicas en el aborto séptico.

En caso de coagulopatía se debe valorar el uso de anticoagulantes. Heparina de alto peso molecular IV o SC 5.000 UI, seguida de 700 a 2000 UI por hora o Enoxaparina 20 a 40 miligramos sub cutáneos cada 24 horas (en ambos casos se controlará con Tiempo Parcial de Tromboplastina Activado (TTPA) cada 4 horas hasta elevarlo en 1,5 a 2 veces de su valor medio, alcanzado este nivel se continuará con controles diarios de TTPA).

Reposición de sangre, plasma, factores de la coagulación y plaquetas

#### 4.5. PARO CARDIORRESPIRATORIO EN EL EMBARAZO

El paro cardíaco en el embarazo presenta un escenario único en el que están incluidos dos pacientes: la madre y el feto. El manejo de este escenario requiere de un equipo multidisciplinario incluyendo especialistas en anestesia, obstetricia, neonatología, cardiología y en ocasiones cirugía cardíaca. Los protocolos de soporte vital básico y soporte cardíaco avanzado deben ser implementados, sin embargo, dados los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren en el embarazo, algunas modificaciones en los algoritmos son fundamentales.

Se ha publicado recientemente una revisión sistemática sobre la parada cardíaca en la gestante,<sup>(5)</sup> en ella se hace hincapié en la falta de estudios relativos a este tema. Sin embargo, los cinco estudios que incluye esta revisión arrojan algunos hallazgos importantes:

- La impedancia transtorácica no cambia con la gestación, por lo que la desfibrilación eléctrica se debe aplicar con la misma energía que en las paradas cardíacas en pacientes no gestantes.



- Aunque las compresiones torácicas son posibles con la desviación lateral de la gestante, la fuerza de la compresión disminuye a medida que aumenta el ángulo de inclinación.

Las estrategias más importantes respecto a la parada cardiorrespiratoria (PCR) en la gestante que se incluyen en estas guías clínicas son:(3)

- Coordinación de equipos multidisciplinares durante y después de la PCR.
- Evitar retrasos en la toma de decisiones habituales como la desfi brilación y la administración de fármacos.
- Realización de maniobras encaminadas a evitar la compresión aorto-cava, preferiblemente con desplazamiento uterino manual hacia el lado izquierdo.
- Considerar la posibilidad de una vía aérea difícil. La persona más experta debe abordarla.
- Es importante conseguir un acceso intravenoso, pero siempre supradiafragmático.
- Debería existir un cronómetro o un reloj, con el fin de documentar los 4 minutos justo posteriores a la PCR, ya que es necesario tomar la decisión de una cesárea perimortem urgente. Ésta debe realizarse a los 5 minutos del inicio de una PCR si no hay una recuperación de la circulación espontánea en los primeros 4 minutos con las maniobras habituales de RCP.
- Considerar la causa subyacente entre las más frecuentes (ver más adelante).

#### 4.5.1 PRINCIPALES CAUSAS DE PARO CARDIORRESPIRATORIO DURANTE EL EMBARAZO

- Hemorragia obstétrica.
- Síndrome preeclampsia - eclampsia.
- Síndrome de Embolia de líquido amniótico.
- Miocardiopatía periparto.
- Hipermagnesemia.
- Diabetes.
- Shock séptico o anafiláctico.

- Traumatismos.
- Embolia pulmonar.
- Complicaciones de la anestesia.
- Cardiopatías o vasculopatías.
- Endocrinopatías.
- Colagenopatías.
- Malpraxis (administración de fármacos o complicaciones quirúrgicas)

#### 4.5.2 FISIOLÓGIA MATERNA

Los cambios fisiológicos más importantes son los relacionados con el ABC clásico de la RCP (vía aérea, respiración y circulación), por lo que habrá que tenerlos en cuenta antes de iniciar una RCP con probabilidades de éxito.

A - Vía aérea: Es conocido que la vía aérea difícil es más frecuente en la paciente gestante, (1:300) ya que las intubaciones fallidas ocurren con más frecuencia en esta población, incluso fuera del entorno de la PCR. Los cambios fisiológicos durante el embarazo incluyen hiperemia de la vía aérea superior, hipersecreción y edema. Estos cambios hacen la mucosa más friable, con mayor facilidad para la hemorragia (especialmente con las manipulaciones repetidas) y dificultan la visualización de las estructuras. Además, la vía aérea es de menor calibre, por lo que se recomienda un tubo endotraqueal de menor tamaño y no usar la vía nasal.

B - Respiración: Durante el embarazo hay una reducción de la capacidad residual funcional y un aumento del consumo de oxígeno, que hacen que la gestante se desature rápidamente, ya que si a esto unimos el aumento del shunt o cortocircuito intrapulmonar, la hipoxia es muy mal tolerada en la gestante. Así, se recomienda, que antes de intubar, se optimice la oxigenación, evitando la vasoconstricción de la arteria uterina secundaria a la hiperventilación y que comprometería de forma adicional al feto. Por otra parte, existe un riesgo mayor de aspiración broncopulmonar. Sin embargo, la American Heart Association (AHA), ya no recomienda la aplicación sistemática de presión cricoidea en la guías de RCP, ya que puede dificultar la laringoscopia y la intubación.

En resumen, desde el punto de vista de la respiración se recomienda:

Oxigenar bien, monitorizar y evitar la desaturación.

Evitar la hiperventilación.

Considerar el riesgo de aspiración.

C - Circulación: Lo más importante desde este punto de vista es evitar la compresión aorto-cava. La compresión de la cava inferior reduce la precarga y el volumen sistólico. Este fenómeno comienza a ocurrir de forma evidente desde la semana 20ª de gestación. Por ello, siempre que se afronte una RCP en una gestante, se debe hacer un desplazamiento uterino manual a la izquierda. Esta maniobra facilita las compresiones torácicas, la desfibrilación y aumenta la probabilidad de una RCP con éxito.

#### 4.5.3 CONDUCTA

Abordaje inicial ante un paro cardiorrespiratorio en una embarazada.

Manejo del paro cardiorrespiratorio en la embarazada

Pedir ayuda

Posición de la paciente: Coloque la paciente inclinada lateralmente en un ángulo entre 15 y 30 grados o en posición supina sobre una superficie rígida o en el suelo. Desplace el útero lateralmente para liberar la presión sobre la vena cava inferior.

Circulación

Iniciar compresiones torácicas con una relación estándar (15 compresiones torácicas cada 2 ventilaciones). Realizar las compresiones torácicas 3 cm más arriba del punto esternal tradicional (dado los cambios en la posición cardíaca por el embarazo).

Realice 2 vías venosas de grueso calibre. No utilizar venas de extremidades inferiores ya que el retorno venoso está afectado por la compresión del útero grávido.

Vía Aérea: Hiperextienda el cuello si no hay trauma cervical.

Desplace la mandíbula hacia abajo.

Aspire las secreciones. Retire dentaduras postizas y otros elementos de la boca. Inserte un tubo orofaríngeo.

Respiración: Comience ventilación con presión positiva intermitente (boca a boca, de boca a nariz o de boca a tubo orofaríngeo).

Cuando disponga de bolsa autoinflable y una máscara administre oxígeno al 100%.

Presione el cricoides hasta que la vía aérea haya sido protegida con un tubo traqueal adecuado (reduce riesgo de aspiración).

Introduzca un tubo oro - traqueal, para ello coloque una almohada para elevar y extender el cuello.

Realice un adecuado pre oxigenación (con máscara, durante 30-60 segundos, con oxígeno al 100 % y flujo de 12 lt/min). Esto permite llenar los alvéolos con oxígeno al 100% y ayuda a tolerar más tiempo la apnea mientras se realiza la laringoscopia.

La maniobra la debe realizar el personal más adiestrado posible. Luego proporcione soporte ventilatorio para producir oxigenación y ventilación efectivas.

Comprobar la excursión torácica simétrica y la ventilación pulmonar.

Fije el tubo y proporcione O<sub>2</sub> al 100 %.

Desfibrilación: Colocar una paleta sobre el esternón y la otra en la cara lateral izquierda del tórax (una descarga de 200 Joules) y se reinician inmediatamente las compresiones torácicas (en caso de ser necesario continuar con dos descargas una de 300 y la siguiente de 360 Joules).

Los choques de desfibrilación no transfieren corrientes significativas al feto. Desconecte monitores maternos y fetales antes de proceder.

De ser posible realice control electrónico de parámetros vitales: Frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, ECG, oximetría pulso y CO<sub>2</sub>.

Evaluar posible causa y actuar en consecuencia:

Hipovolemia: reposición inmediata.

Hipoxia: ventilación.

Alteraciones medio interno: corrección acidosis, niveles K o Ca. Hipertermia. Neumotórax. Accidente coronario. Embolia pulmonar (trombótica o de líquido amniótico).

Intoxicación por:

Sulfato de magnesio: administración de glucomato de calcio.

Bupivacaína. Proceda a cardioversión eléctrica, uso de bretilio o lidocaína. O sobredosis drogas o envenenamiento (tratamiento según agente específico).

Recordar

Las drogas vaso activas (adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina, etc.) pueden afectar la circulación útero placentaria, pero su uso durante la reanimación cardiopulmonar, a las dosis recomendadas se justifica ante la necesidad de mejorar condición hemodinámica y mantener con vida a la madre.

La mejor manera de reanimar con éxito al feto es la reanimación efectiva de la madre.

Recuerde la bioseguridad durante la reanimación. Utilice máscara y guantes. Maneje con cuidado el material corto – punzante.

#### 4.5.3.1 CONDUCTA OBSTÉTRICA

La misma está vinculada a la edad gestacional, la cesárea de emergencia está indicada ante un feto vivo y viable.

Frente a un paro de causa rápidamente reversible (reacción a drogas, producto de la anestesia, hipoxia por broncoespasmo) la cesárea puede no estar indicada; en cambio si la causa es irreversible se debe proceder a la cesárea de emergencia.

El tiempo transcurrido entre el inicio del paro materno y la realización de la operación cesárea es de gran importancia para el pronóstico materno y fetal; los mejores resultados se obtienen cuando la extracción del feto se hace en los primeros 5 minutos.

La cesárea en pacientes en paro cardiorrespiratorio no requiere anestesia y debe priorizar la rápida extracción fetal. Esto implica el abordaje por incisión mediana, una rápida apertura de la pared, incisión uterina vertical y la rápida extracción fetal con corte inmediato del cordón.

Se ha publicado recientemente una revisión sistemática sobre la parada cardíaca en la gestante,(5) en ella se hace hincapié en la falta de estudios relativos a este

tema. Sin embargo, los cinco estudios que incluye esta revisión arrojan algunos hallazgos importantes:

- La impedancia transtorácica no cambia con la gestación, por lo que la desfibrilación eléctrica se debe aplicar con la misma energía que en las paradas cardíacas en pacientes no gestantes.
- Aunque las compresiones torácicas son posibles con la desviación lateral de la gestante, la fuerza de la compresión disminuye a medida que aumenta el ángulo de inclinación.

Las estrategias más importantes respecto a la parada cardiorrespiratoria (PCR) en la gestante que se incluyen en estas guías clínicas son:(3)

- Coordinación de equipos multidisciplinares durante y después de la PCR.
- Evitar retrasos en la toma de decisiones habituales como la desfibrilación y la administración de fármacos.
- Realización de maniobras encaminadas a evitar la compresión aorto-cava, preferiblemente con desplazamiento uterino manual hacia el lado izquierdo.
- Considerar la posibilidad de una vía aérea difícil. La persona más experta debe abordarla.
- Debería existir un cronómetro o un reloj, con el fin de documentar los 4 minutos justo posteriores a la PCR, ya que es necesario tomar la decisión de una cesárea perimortem urgente. Ésta debe realizarse a los 5 minutos del inicio de una PCR si no hay una recuperación de la circulación espontánea en los primeros 4 minutos con las maniobras habituales de RCP.

#### 4.5.3.2 ATENCIÓN DESPUÉS DE LA RCP

Debe ajustarse a los estándares de la ACLS. El uso de la hipotermia sólo se recomienda en la gestación precoz y en caso necesario, individualizarse. Debe mantenerse la desviación uterina a la izquierda para evitar la compresión aortocava, en caso de no haber practicado ya una cesárea perimortem. Incluso el útero no gestante, puede tener un volumen aún suficiente para producir compresión aorto-cava, por lo que en caso necesario, se debe proceder a la desviación lateral izquierda del útero puerperal.

## 5. APLICACIONES DEL TRIAGE

Para que la selección de Triage sea satisfactoria es necesario que el personal de salud conozca los pasos para su aplicación así mismo, personal que interviene y los recursos con los que debe contar, Para dar inicio forman parte del Triage obstétrico:

### 5.1 TRIAGE OBSTÉTRICO

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

Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de tococirugía.

Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.

El Triage, no es un procedimiento administrativo más, es la oportunidad de garantizar la organización sistemática y confiable de los servicios de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, cuando la demanda es importante y se requiere proporcionar atención médica con oportunidad de acuerdo al estado de salud de la paciente.

Su aplicación objetiva y lógica, permite la planificación de la atención inmediata, la satisfacción de la demanda y la contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y deberá adaptarse a las características normativas, de estructura, equipamiento y en general de recursos con los que cuenta la institución y la unidad en particular, con base en su marco normativo, estructural y funcional.

#### 5.1.1 PROPÓSITOS

Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.

Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.

Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.

Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.

Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.

Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio.

#### 5.1.2 CRITERIOS A VALORAR EN LA PACIENTE

- La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
- Interrogatorio: Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.

Signos vitales Cambios leves en sus cifras:

- Tensión arterial está entre 159/109 mm Hg y 140/90 mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mm Hg, correlacionar con frecuencia cardíaca.
- Frecuencia cardíaca, con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.
- Índice de Choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica.
- Temperatura de 37.5 o C a 38.9o C.



## 5.2. CLASIFICACIÓN DEL TRIAGE

La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo.

Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.

Elementos para la evaluación:

- 1) Observación de la usuaria.
- 2) Interrogatorio.
- 3) Signos vitales.

Para la priorización de los pacientes el triage se encuentra clasificado con el método de semaforización lo que hace que la atención se dé según la importancia de atención, dicha semaforización es la siguiente:

### 5.2.1. CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)

Elementos Criterios de valoración Observación

La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.

Interrogatorio\* Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acufenos, fosfenos.

Signos vitales Con cambios graves en sus cifras:

- En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardiaca.
- Índice de choque > 0.8. Frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica.

- Frecuencia cardiaca, menor de 45 o mayor de 125 latidos por minuto (lpm), siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.
- Temperatura mayor a 39oC, o menor a 35oC.
- La frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto.

#### CÓDIGO AMARILLO (URGENCIA CALIFICADA)

- Elementos Criterios de valoración.
- Observación La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
- Interrogatorio\* Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.

Signos vitales Cambios leves en sus cifras:

- Tensión arterial está entre 159/109 mm Hg y 140/90 mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mm Hg, correlacionar con frecuencia cardiaca.
- Frecuencia cardiaca, con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.
- Índice de Choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardiaca entre la tensión arterial sistólica.
- Temperatura de 37.5 o C a 38.9o C.

#### 5.2.3. CÓDIGO VERDE (URGENCIA NO CALIFICADA)

Elementos Criterios de valoración

##### 5.2.3.1 OBSERVACIÓN

La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación.

No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.

#### 5.2.3.2 INTERROGATORIO

Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.

#### 5.2.3.3 SIGNOS VITALES

Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.

#### 5.2.4 RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRIAGE

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

##### 5.2.4.1. ÁREA FÍSICA

Se requiere de un área con adecuada iluminación, señalizada, con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía. Cada unidad deberá implementarla de acuerdo a su estructura física y recursos disponibles, ya que el Triage obstétrico, más que un área es un concepto de selección, que facilita la atención de las pacientes que acuden a urgencias y contribuye al manejo inmediato de aquellas en situación de emergencia. La señalización debe permitir la rápida identificación para el acceso de las usuarias al área de Triage obstétrico, aún en los casos en que exista barrera del lenguaje.

##### 5.2.4.2. RECURSOS HUMANOS

Formación académica: licenciada/o en Enfermería, Licenciada/o en Enfermería y Obstetricia, Enfermera/o Perinatal, Médica/o General, Médica/o Especialista en

Ginecología y Obstetricia. Todo el personal designado debe estar capacitado en Triage obstétrico.

#### 5.2.4.3. RECURSOS MATERIALES

Escritorio, sillas, estetoscopio biauricular, baumanómetro y termómetro.

#### 5.2.4.4. RECURSOS HUMANOS

De acuerdo al ámbito de operación y a la estructura institucional de los servicios de salud público o privado, se definen las siguientes responsabilidades y funciones, las cuales deberán estar acordes con los manuales de organización y procedimientos específicos.

1. Directivos del hospital: Directora/or, Subdirectora/or Médica/o, Subdirectora/or Administrativa/o, Jefa/e de Obstetricia, Jefa/e de Enfermería, Asistente de Dirección.

Participa en la planeación, implementación, capacitación, evaluación, supervisión y control de la prestación del servicio.

Gestiona recursos necesarios (humanos y materiales).

La Jefa o Jefe del Servicio de Obstetricia:

Coordina las acciones del personal asignado al Triage.

Supervisa el proceso de atención.

2. El personal de Triage obstétrico:

Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención.

Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código rojo, activa el Código Mater, para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).

Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del Triage y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención.

En caso de código verde, completa el llenado del formato de Triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos.

Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.

Registra en los censos de control las intervenciones realizadas en el Triage.

Participa en la planeación de los recursos para la operación del Triage obstétrico.

Establece coordinación con el personal participante en el otorgamiento del servicio.

Entrega la información requerida para el correcto monitoreo del servicio.

Participa en reuniones de capacitación e inducción al puesto a otros integrantes del Triage.

Se capacita continuamente.

### 3. Personal administrativo y de vigilancia:

Recibe a la paciente en el acceso general o en urgencias de la unidad médica.

Facilita el libre paso de la paciente al área de Triage.

Orienta respecto de la ubicación de la Unidad de Triage.

Apoya la movilidad de la usuaria si es necesario.

### 4. Camilleros: P Apoya en el traslado de la paciente.

## 5.2.4.5. PROCEDIMIENTO DE OPERACIÓN DEL TRIAGE

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

Personal administrativo o de vigilancia

1. Recibe a la paciente, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia.
2. Si la paciente deambula, orienta respecto a la ubicación del servicio de Triage obstétrico.
3. Orienta al familiar respecto de la ubicación del área de admisión para su registro.

4. Si la paciente no puede deambular buscará de manera expedita un medio de transporte adecuado (silla de ruedas o camilla) que facilite el ingreso de la paciente al área de Triage.
5. Camilleros: Apoyan en el traslado de la paciente.
6. Responsable del Triage

Recibe a la paciente obstétrica en el área de Triage.

Valora a la paciente y determina la transferencia al área correspondiente dependiendo del código asignado.

Rojos: activa Código Mater.

Amarillo: entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico.

Verde: orienta y pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo a turno de llegada.

7. Registra las acciones y datos requeridos en el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico y en el censo de pacientes.
8. Integra el formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico al expediente clínico.
9. Fin del proceso.

### 5.3. CÓDIGO MATER

El Código Mater es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

Es un proceso vital que debe ser simple, confiable, fácil de recordar, llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no propiciar errores en el llamado, especificar el lugar de donde se está dando la alerta (Triage, choque, urgencias, tóco cirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos.

#### 5.3.1 OBJETIVO

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

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

### 5.3.2 RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL CÓDIGO MATER

Equipo de “voceo”, alerta sonora y/o alerta luminosa. Debe permitir la comunicación de la emergencia en un solo evento y a todo el equipo multidisciplinario.

Procedimiento para la activación Cada unidad establecerá el protocolo de llamado de acuerdo a las características estructurales y a los recursos con los que cuente, estando obligados a difundir entre todo el personal el procedimiento establecido.

El responsable de la activación de “alerta” o Código Mater es cualquier médica o médico, enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en la paciente obstétrica clasificados como código rojo (Anexos 1 y 4), no importando el área de la unidad en donde se encuentre la paciente.

Monitoreo y evaluación Se establecerá con dos indicadores:

- Porcentaje de activaciones de Código Mater.
- Porcentaje de activaciones de Código Mater por área de atención obstétrica.

### 5.3.3. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA

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

El equipo interdisciplinario incluye personal médico, paramédico o de apoyo de diferentes especialidades y/o servicios, que colegiadamente participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente para atender la gestación como entidad nosológica, sino también de los estados morbosos que repercuten a otros aparatos y sistemas generados por complicaciones obstétricas o por patología concomitante y/preexistente, que determinan la vía y el momento idóneo para la interrupción del embarazo y evalúan

las condicionantes de salud del binomio madre-hijo y/o las características del producto de la gestación.

Un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), está conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación de una alerta visual y/o sonora que se conoce como Código Mater, con el objeto de agilizar la estabilización de la paciente mediante una adecuada coordinación y comunicación entre los integrantes.

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

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

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

En cada unidad hospitalaria, de acuerdo a sus recursos y a su normatividad se establecerá una “alerta” denominada Código Mater (en el IMSS Código rojo), que podrá dispararse desde cualquier sitio del hospital, en donde se presente la emergencia obstétrica (admisión de la unidad de toco cirugía, urgencias obstétricas o generales, labor, expulsión, recuperación, quirófano, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, etc.).

Los hospitales deben examinar sus recursos al momento de elegir a los miembros del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). El personal directivo médico en conjunto con el administrativo y la jefatura de enfermería, deberán evaluar su plantilla y la factibilidad de cumplir con estos requerimientos para dar cobertura 24 horas los 365 días del año. En caso de que no se cubra con esta expectativa, el personal directivo médico valorará las mejores opciones para integrar este equipo de trabajo.



Continuamente se deben realizar simulacros, que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de programas de mejora continua.

#### 5.3.4. OBJETIVOS

Objetivo general: Proporcionar atención médica oportuna, integral y de calidad a mujeres derechohabientes y no derechohabientes, con emergencia obstétrica, por equipos multidisciplinarios de alta competencia y con criterios uniformes, que coadyuven a la disminución de la complicación de la morbilidad obstétrica y a la reducción de la mortalidad materna.

##### Objetivos específicos

- Establecer diagnóstico, tratamiento integral, inicial o de sostén, oportuno, en la paciente con emergencia obstétrica.
- Proporcionar atención inmediata a pacientes con emergencia obstétrica, como resultado de complicaciones obstétricas o de enfermedades concomitantes o intercurrentes.
- Asegurar la participación de equipos multidisciplinarios competentes, en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Agilizar el manejo inicial de la paciente con emergencia obstétrica y su estabilización, para reducir riesgos en su manejo definitivo.
- Asegurar la participación de todos los niveles del sistema hospitalario para contar con los recursos necesarios en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Coordinar la atención médico quirúrgica, de referencia, y el traslado oportuno y seguro de toda paciente que atienda el equipo de respuesta inmediata.

#### 5.3.5. POLÍTICAS

- El personal directivo estatal, delegacional y jurisdiccional realizará la difusión del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, descrito en este lineamiento y vigilará, supervisará y evaluará su implantación y cumplimiento de acuerdo a los criterios aquí descritos en su ámbito de competencia.
- La Directora o Director de la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, será el responsable, con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del Equipo de Respuesta Inmediata

Obstétrica, señalado en este lineamiento, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.

- El personal directivo de los cuerpos de gobierno de las unidades hospitalarias, será el responsable de apoyar la capacitación, proporcionar asesoría y/o adiestramiento en servicio y realizar simulacros y su seguimiento, al personal involucrado, en la aplicación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, señalado en este lineamiento.
- Deberá identificarse un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica por turno, considerando; matutino, vespertino, nocturno, sextos y séptimos días y jornada acumulada (es decir, deberán funcionar las 24 horas, los 365 días del año).
- El personal de salud otorgará atención médica a la paciente respetando los derechos humanos y las características interculturales e individuales de la paciente. P El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio.
- Cada integrante del equipo deberá tener funciones definidas y referidas en los protocolos de la unidad.
- La atención se otorgará con profesionalismo, humanismo, con apego a las normas de seguridad y a las Guías de Práctica Clínica vigentes.
- Se propiciará el desarrollo profesional de los miembros del equipo a través de la capacitación permanente y continua.
- Se mantendrá informado al familiar o responsable de la paciente obstétrica sobre el estado de salud de la misma, al término de la intervención del equipo (ERIO) y durante la atención.

Ámbito de aplicación El ERIO, será de observancia obligatoria para el personal médico, paramédico y administrativo de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, públicas y privadas de acuerdo con la infraestructura autorizada en su institución.

#### 5.4 RECURSOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA (ERIO)

La operación y funcionamiento del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, se adecuará considerando el marco normativo de las instituciones que conforman el

sector salud en sus diferentes apartados de recursos humanos, equipo e infraestructura médica, para lo cual se deberán de efectuar las gestiones correspondientes, a fin de que cuenten con:

**Área física** Cualquier área en donde se encuentre la paciente con emergencia obstétrica. Cuando el criterio de activación se presenta en el servicio de urgencias, el área de choque es ideal para el manejo de la paciente.

Dependiendo de las condiciones de la paciente se deberá valorar el riesgo-beneficio de iniciar las maniobras en el lugar o transferirla al área más cercana y adecuada.

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

Con base en los hallazgos los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), determinarán la conducta más adecuada para la resolución definitiva del problema, apegada a las Guías de Práctica Clínica.

Se deben designar suplentes del equipo primario, para cubrir cualquier ausencia de alguno de los integrantes o responder a un segundo llamado que ocurra en forma simultánea.

Los miembros del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), deben asumir el papel de docentes al participar en la formación de todo el personal.

Integrantes del equipo:

1. Subdirectora/o Médica/o Asistente de Dirección y Jefa/e o Subjefe/e de Enfermeras.
2. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia.
3. Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología (en su caso una Médica o Médico Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetra con especialización en Medicina Crítica).
4. Personal Médico Especialista en Neonatología o en Pediatría.
5. Personal Médico Especialista en Cirugía General.

6. Personal de Enfermería.
7. Personal de Trabajado Social.
8. Personal de Laboratorio.
9. Personal de Banco de Sangre o servicio de transfusión.
10. Personal de Rayos X.
11. Camilleros.

#### 5.4.1. RECURSOS MATERIALES

En el área de choque:

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

Caja roja.

En todas las demás áreas:

- Carro rojo con desfibrilador.
- Caja roja.

#### 5.4.2. RESPONSABILIDADES Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

Las funciones descritas a continuación podrán variar y se adecuarán a cada institución, dependiendo su estructura física y marco normativo propio; además la descripción de funciones se aplicará dependiendo de cada caso en específico, de la morbilidad o emergencia obstétrica que se atiende o factor preexistente o intercurrente que se presente en el momento y con base en el manual de procedimiento específico de cada institución y servicio.

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

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

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

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

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

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

Verifica la asistencia completa del personal involucrado en el equipo.

Gestiona la disponibilidad de todos los insumos requeridos.

Realiza monitoreo y evaluación del proceso.

Participa en la selección de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). 2. Líder del Equipo: Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos (en su caso un Médico/a Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetricia con Especialización en Medicina Crítica).

Debe ser la persona mejor capacitada del equipo en protocolos de reanimación. Dirige y participa activamente en la atención médica de la paciente.

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

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

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

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

Informa al familiar o responsable de la paciente, del estado de salud al término de la intervención del equipo (ERIO).

Registra las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) en el formato correspondiente, mismo que será incorporado al expediente clínico.

Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia

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

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

Efectúa exploración de la pelvis genital.

Maneja la condición del embarazo de acuerdo al diagnóstico (conservador y/o resolutivo o del estado puerperal).

#### 4.- Personal Médico Especialista en Anestesiología

Conoce las condiciones materno-fetales y adecúa manejo anestésico.

Efectúa intubación oro o naso traqueal en caso necesario.

Realiza procedimiento anestésico de urgencia.

Participa activamente en la reanimación hemodinámica.

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

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

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

#### 6. Personal Médico Especialista en Cirugía General

Evalúa la participación conjunta con el Gineco-obstetra para la resolución definitiva del problema.

#### 7. Enfermería\*

##### A. Enfermera /o brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico)

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

Da asistencia para intubación.

Efectúa aspiración de secreciones.

Efectúa fijación de cánula endo-traqueal.

Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.

Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.

Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.

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

B. Enfermera/o brazo derecho (circulatorio)

Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos.

Toma de muestras de laboratorio.

Toma de glucometría capilar.

Realiza prueba multirreactiva de orina.

Ministra medicamentos.

Efectúa vendaje de miembros pélvicos.

Da vigilancia del estado neurológico.

Ministra hemoderivados.

Coloca pantalón anti choque, en su caso

C. Enfermera/o circulante

Prepara medicamentos.

Provee material de curación.

Prepara soluciones.

Maneja el carro rojo y caja roja.

D. Enfermera/o administrativa

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

Realiza registros clínicos (datos completos).

Efectúa control de tiempos.

Coloca la pulsera de identificación.

En caso de no contar con suficiente personal o si por protocolo en la unidad deciden incluir en el equipo tres o incluso dos enfermeras, las actividades deberán ser reestructuradas

Efectúa ficha de identificación.

Requisita la hoja de evaluación inicial.

Registra los censos del servicio.

8. Personal de Laboratorio de Análisis Clínicos P Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter “urgente”.

9. Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión

Agiliza la tipificación y abastecimiento oportuno de hemocomponentes.

10. Personal de Imagenología

Realiza rastreo abdominal y pélvico.

Efectúa algún otro estudio de imagen requerido de acuerdo a la patología de la paciente.

11. Trabajadora/or Social

Realiza vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.

Informa al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente.

Consentimiento informado.

12. Camilleros

Traslado de pacientes.

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

Actividad Descripción Obstétrica



Ante la alarma sonora o visual acude al área de llamado en un tiempo menor a tres minutos.

Evalúan a la paciente y determinan

Responsable de Triage médico o enfermera que detecta la emergencia

Activación de del Sistema de “alerta” o Código Mater

Inicia manejo inmediato

Presenta en forma breve y concisa a la paciente

Equipo de Respuesta Inmediata

La emergencia.

Inician su intervención de acuerdo a las funciones definidas.

Mejoran estabilidad de la paciente.

Determinan continuidad del manejo.

Coordinadora/or del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Registra las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Líder del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, el personal de enfermería y demás personal médico requerido

Entregan a la paciente de manera personalizada y con la documentación correspondiente, misma que podrá incluirse como nota del expediente clínico, registrando la información que se sugiere en el formato correspondiente.

Monitoreo y evaluación Se emplea el siguiente indicador:

Promedio de tiempo de respuesta del ERIO.

## 6. MORBI-MORTALIDAD MATERNA POR URGENCIAS OBSTETRICAS EN DONDE SE APLICA EL TRIAGE

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

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

Por lo anterior se implementó en algunas Unidades de Salud, el *Triage Obstétrico* el cual es un sistema de clasificación que permite identificar rápidamente la presencia de alguna complicación, catalogar su gravedad y establecer acciones inmediatas.

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

Para adentrar se mencionaran algunos datos importantes relacionados con la morbi-mortalidad como conceptos generales y estadísticas relacionadas con México y Michoacán.

### 6.1 MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA

Para iniciar describiré dos conceptos que serán fundamentales en el desarrollo de este capítulo:

- MORBILIDAD MATERNA

Es una complicación grave que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer o requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte.

- MORTALIDAD MATERNA

La Organización Mundial de la Salud la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después Muerte materna en México 3 Editorial Alfíl. Fotocopiar sin autorización es un delito. E de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales”.

#### 6.1.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD

La población femenina en estado de embarazo se ve amenazada durante las 40 semanas aproximadamente por factores que pueden desencadenar patologías e incluso la muerte, el adecuado control prenatal disminuye este echo considerablemente pero desgraciadamente no todas las mujeres en el periodo de gestación tiene los recursos para recibir esta atención por lo cual ponen en riesgo tanto su vida como la del feto, afortunadamente gracias a la aplicación de trige obstétrico en las salas de urgencia se ha logrado disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad de madre e hijo.

Dentro de las principales causas de morbi-mortalidad de la paciente obstétrica logramos distinguir tres grupos importantes que son:

Enfermedad específica, falla orgánica y manejo instaurado.

##### 6.1.1.1 ENFERMEDAD ESPECÍFICA:

a. Eclampsia

b. Choque séptico

c. Choque hipovolémico

a. Eclampsia: presencia de una o más convulsiones generalizadas, estado de coma o ambos, en el contexto de la preeclampsia y en ausencia de otros trastornos neurológicos, que tienen su causa desencadenante en un vaso espasmo cerebral con isquemia local, encefalopatía hipertensiva con hipoperfusión, edema vasógeno y daño endotelial.

b. Choque séptico: corresponde a la hipotensión inducida por la sepsis a pesar de la adecuada administración de líquidos, asociada a los signos de disfunción multiorgánica. Se define hipotensión como la disminución de la presión sistólica por

debajo de 90 mmHg o como una presión arterial media menor de 60 mmHg que no tenga otra causa. 28

c. Choque hipovolémico: es un estado fisiopatológico disparado por una falla en la entrega adecuada de oxígeno a las células y perpetuado por la respuesta celular a la hipoxia, con presencia de un cuadro clínico asociado a hipotensión severa, taquicardia, alteración de la conciencia, ausencia de pulsos periféricos, secundario a sangrado.

#### 6.1.1.2 FALLA ORGÁNICA

Consiste en las afecciones de uno o más órganos del cuerpo humano que implica riesgo para la función y la vida, dentro de la cuales se logran distinguir:

d. Cardíaca

e. Vascular

f. Renal

g. Hepática

h. Metabólico

i. Cerebral

j. Respiratoria

k. Coagulación

Las cuales consisten a grandes rasgos en:

d. Cardíaca: edema pulmonar que requiera diuréticos endovenosos.

e. Vascular: ausencia de pulsos periféricos o hipotensión por 30 minutos o más asociada a choque séptico o de cualquier etiología; hipovolemia secundaria a hemorragia.

f. Renal: deterioro agudo de la función renal medular que se correlaciona con incremento de la creatinina basal de un 50 % en 24 horas o elevación de la creatinina sérica, oliguria que no responde al reemplazo de líquidos y a diuréticos endovenosos, trastorno del equilibrio ácido-básico y electrolitos.

g. Hepática: alteración importante de la función hepática, que se manifiesta por ictericia en piel y escleras, pudiendo existir o no hepatomegalia, asociada a transaminasas en niveles moderadamente elevados.

h. Metabólica: aquella que se corresponde a comorbilidades adjuntas como la cetoacidosis diabética; crisis tiroidea, entre otras y que se puede manifestar aparte de las alteraciones propias de la enfermedad de fondo por hiperlactacidemia  $>1$  mmol/l, hiperglicemia glicemia plasmática  $> 7,7$  mmol/l, sin necesidad de padecer diabetes.

i. Cerebral: coma, convulsiones, confusión, desorientación en persona, espacio y tiempo, signos de focalización.

j. Respiratoria: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, necesidad de soporte ventilatorio.

k. Coagulación: CID, trombocitopenia.

#### 6.1.1.3 MANEJO INSTAURADO

Es el manejo que recibe una paciente para su recuperación respecto a lo anterior que se da con medidas como:

l. UCI

m. Cirugía

n. Transfusión

l. Ingreso a UCI: paciente que ingresa a unidad de cuidado intensivo excepto para monitoria hemodinámica secundaria a cirugía electiva.

m. Cirugía: se refiere a procedimientos, cualquier intervención quirúrgica de emergencia después del parto, la cesárea o el aborto.

n. Transfusión sanguínea aguda: administración de tres unidades o más de hemoderivados en una paciente con compromiso hemodinámico producido por pérdidas sanguíneas agudas.

#### 6.1.2 MORBILIDAD MATERNA Y PRINCIPALES CAUSAS

Los factores de riesgo para la morbilidad materna durante la atención prenatal, que coinciden en mencionar la mayor parte de los estudios, son: la obesidad, la

hipertensión crónica, la diabetes, la hipertensión pulmonar primaria o secundaria, la cardiopatía congénita, la cardiopatía reumática, la cardiopatía isquémica, la insuficiencia renal crónica, la fibrosis quística, el lupus eritematoso sistémico, además de la edad avanzada, el embarazo múltiple y operación cesárea, entre otros. La preexistencia de una enfermedad crónica eleva el riesgo de una morbilidad materna extremadamente grave en 5,8 veces, situación que se presenta en 3,6 casos por cada mil nacimientos. La comorbilidad eleva el riesgo de la morbilidad materna extremadamente grave de 4,1 a 4,9 % de los nacimientos.

Dentro de las más frecuentes se citan las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), que es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica; las infecciones (generalmente tras el parto), que suelen ser consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada; la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); los partos prolongados y las complicaciones de un aborto en condiciones de peligro.

## 6.2 ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO

México al ser un país en desarrollo desgraciadamente tiene un alto índice de mortalidad debido a una serie de factores que perjudican el acceso a la salud para ciertos grupos de la población, siendo los más afectados las personas de bajos recursos, los grupos indígenas y las mujeres en situación de calle.

El acceso deficiente a la salud es lo que condiciona que un gran número de mujeres se pueden sin la atención médica necesaria fue por esta razón por la que los servicios de salud implementaron la aplicación del triaje Obstétrico que permite evaluar la gravedad de la paciente y de esta forma brindar la atención oportuna para prevenir la mortalidad materna.

En México se recolectó información de 832 muertes maternas (29 por 100 000 nacidos vivos), obteniendo como resultados que las principales causas de morbilidad y letalidad fueron por diagnóstico de preeclampsia leve y severa, eclampsia, placenta previa, hemorragia postparto, corioamnionitis y sepsis puerperal.

En el año 2005 fallecieron 536 000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con las 576 000 fallecidas en 1990. El 99 % de estas muertes se registraron en países en desarrollo.

En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos.

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención.

Del 2011 al 2012 se modificaron las causas de muerte materna y actualmente se ha incrementado el porcentaje de las causas obstétricas indirectas como fue la influenza en 2009.

Las causas obstétricas indirectas (neumonías), la enfermedad hipertensiva del embarazo y el aborto, son cada vez más relevantes con una tendencia al incremento, en relación a la hemorragia obstétrica y la infección puerperal. La anticoncepción es un aliado para evitar las causas indirectas en pacientes con enfermedades crónicas incluyendo cáncer.

En los últimos años se han planteado estrategias para acelerar la reducción de muerte materna, sin embargo el resultado aún no es suficiente, por ello se ha realizado un análisis de su comportamiento durante los últimos tres años (2010-2012) en donde se observó que la mayoría de las defunciones solo ocurren en el 21% del total de los municipios.

El 61% de la mortalidad se encuentra en 10 entidades federativas que son: Estado de México, Veracruz, Chiapas, Puebla, Distrito Federal, Guerrero, Oaxaca, Jalisco, Chihuahua y Baja California, concentrándose en municipios urbanos. Aquí se encuentra el reto para incorporar nuevas estrategias focalizadas que permitan en estas entidades lograr una mayor disminución que impacte en la RMM nacional, involucrando a todas las instituciones del Sistema de Salud e instituciones privadas.

### 6.3 ESTADÍSTICAS DE MORTALIDAD EN MICHOACÁN

De acuerdo con datos de la Dirección General de Epidemiología (DGE) de la Secretaría de Salud federal (SSA), en Michoacán ya se han registrado 2 muertes

maternas en lo que va del año 2016 y con esta cifra se mantiene en las primeras posiciones por esta afectación a nivel nacional.

Michoacán, expone que las 2 defunciones maternas no fueron atendidas en los servicios de la Secretaría de Salud de Michoacán (SSM), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ni del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de manera que se les clasificó en “sin atención y otras”.

La Secretaría de Salud de Michoacán a través de su Departamento de Salud Reproductiva corroboró que se dieron 2 muertes de madres en el estado en clínicas privadas, una en Ciudad Hidalgo y la otra en el municipio de Yurécuaro.

El ya citado documento detalla además que las principales causas de las muertes maternas registradas en el país fueron: enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria que complican el embarazo, parto y puerperio con un total de 12 casos; hemorragia obstétrica con 3 casos; enfermedad del sistema respiratorio que complica el embarazo parto y puerperio con 1 casos.

“En la primera semana del 2016 se registraron 14 defunciones, en tanto que para el mismo corte de 2015 se registraron 13 defunciones. Lo descrito representa un incremento de una defunción (7.6%) en el 2016 con respecto al 2015”, se lee en el informe que, asimismo, puntualiza que Michoacán ha tenido un aumento del 13.2 por ciento en mortalidad materna en lo que va de este 2016 en relación al promedio del periodo 2006-2015.

#### 6.4 ATENCIÓN PRENATAL OPORTUNA

Lo ideal es que los cuidados prenatales se inicien antes de la concepción. Hoy en día es más frecuente que las parejas programen sus embarazos, lo cual permite que consulten antes al especialista, con el objetivo de reducir los riesgos que sean modificables.

Sin embargo, aún existe una proporción significativa de embarazos que no son planeados, en los cuales las consecuencias negativas de muchos comportamientos, enfermedades y medicamentos podrían afectar el desarrollo de un embarazo precoz y a menudo dañar al feto, antes de que la mujer se dé cuenta que está embarazada. Se debe obtener la historia médica personal y reproductiva completa; la historia de salud de la pareja y las conductas de riesgo psicosocial.



Se debe realizar un examen físico general (IMC, presión arterial), un examen ginecológico, PAP. Hay que desarrollar también exámenes de laboratorio según corresponda (Hematocrito-Hb, Urocultivo, Grupo Rh y Coombs, VDRL, VIH). El control preconcepcional incluye una serie de intervenciones destinadas a identificar y modificar los riesgos médicos, de comportamiento y psicosociales con el objetivo de cuidar la salud de la mujer u obtener un resultado perinatal, a través de la prevención y el manejo. Se debe considerar historia familiar, historia genética, estado nutricional, ingesta de ácido fólico, factores ambientales, exposición ocupacional y teratógenos. Sumado a esto, hay que evaluar tabaquismo, consumo de alcohol, uso de drogas, uso de medicamentos, estado inmunológico, depresión, violencia familiar, intervalo entre gestaciones y conductas de riesgo de ETS. Pacientes con patologías crónicas como diabetes y epilepsia deben ser aconsejadas para optimizar el control de su enfermedad antes del embarazo, el cual no debe recomendarse hasta obtener un control óptimo.

Los objetivos del control prenatal son:

1. Evaluar el estado de salud de la madre y el feto
2. Establecer la Edad Gestacional
3. Evaluar posibles riesgos y corregirlos
4. Planificar los controles prenatales
5. Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural

#### 6.4.1 CONCEPTO

Es el conjunto de acciones de salud que reciben las gestantes en nuestro país a través del Sistema Nacional de Salud, y tiene la cobertura más ancha de esa pirámide en la atención primaria de salud (médicos y enfermeras de la familia). Su propósito es lograr una óptima atención en salud para todas las gestantes, y que permita obtener un recién nacido vivo, sano, de buen peso y sin complicaciones maternas.

El control del riesgo obstétrico antes, durante y después del parto es vital, y debe evaluarse dinámicamente de manera que se puedan modificar o eliminar todos los riesgos que favorezcan la aparición de futuras complicaciones.

La atención prenatal será precoz, periódica, continua, completa, dispensarizada, integral, regionalizada, en equipo y con la participación activa de la comunidad.

La evaluación inicial se realiza en base a un formulario que hemos adaptado y sugerimos su uso para la evaluación inicial.

#### 6.4.2 COMPONENTES

A continuación se mencionan tres componentes indispensables para el control prenatal

##### 6.4.2.1. HISTORIA OBSTÉTRICA:

- Muerte fetal o neonatal previa.
- Tres o más abortos sucesivos.
- Peso de nacimiento previo bajo 2 500 gramos, o sobre 4 500 gramos.
- Parto prematuro previo menor de 35 semanas.
- Anomalía congénita mayor.
- Hospitalizaciones por hipertensión, preeclampsia o eclampsia en el último embarazo.
- Cirugía uterina previa.

Complicaciones del embarazo actual:

- Gestación múltiple.
- Edad materna menor de 16 años o, mayor de 40.
- Isoinmunización por factor Rh.
- Sangramiento vaginal.
- Presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg al momento del control.
- Masa pélvica.

Patologías médicas generales:

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus insulino dependiente.

- Patología renal o cardíaca.
- Abuso de sustancias, incluido el alcohol.
- Cualquiera otra patología o condición médica.

La respuesta positiva para cualquiera de estas preguntas califica a la embarazada como de “alto riesgo”, requiriendo una atención específica para la condición de riesgo que presenta.

La vigilancia prenatal óptima se inicia a partir de una captación precoz del embarazo con el objetivo de modificar los factores de riesgo susceptibles de ser modificados. Es necesario suministrar a toda gestante una atención preventiva y continua a su salud e incrementar la capacidad de autocuidado para mejorar su propia imagen antes, durante y después del embarazo. La atención prenatal reduce el riesgo de morbilidad y mortalidad materna.

#### 6.4.2.2. EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

Grupo sanguíneo y Factor Rh

Urocultivo

VDRL

HIV

Hemoglobina y hematocrito

Glicemia

Albuminuria

Papanicolaou

Ecografía

Grupo sanguíneo y Factor Rh. Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo y Factor Rh debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar repeticiones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y se añada Coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará

de acuerdo a normativa respectiva (ver "Enfermedad Hemolítica Perinatal"). Si la madre es Rh positivo con Coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

Urocultivo. En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.

V.D.R.L. Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema pálido* (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas

H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar determinaciones de glicemia al inicio y si se considera pertinente en cada consulta del control prenatal.

Albuminuria. La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con las técnicas establecidas en el laboratorio que pueden ser automatizadas o con la "coagulación"

de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia

Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvicouterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa). La experiencia del Servicio sobre 36.524 muestras de Papanicolaou reveló que 688 de ellos (1,9%) presentaban alteraciones citológicas, como carcinoma invasor (8 casos) y cáncer in situ (24 casos). Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres. Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados. - Ecografía. Ver "Ultrasonografía en Perinatología"

#### 6.4.2.3. EDUCACION MATERNA

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales: - Signos y síntomas de alarma - Nutrición materna - Lactancia y cuidados del recién nacido - Derechos legales - Orientación sexual - Planificación familiar - Preparación para el parto

## 6.5 DISMINUCIÓN CON APLICACIÓN DEL TRIAGE ATENCIÓN EN LA SALA DE URGENCIAS

Los programas gubernamentales, como los dirigidos a resolver las emergencias obstétricas. Esto se observó en el elevado porcentaje de mujeres que tuvieron atención prenatal y en el inicio de ésta –durante el primer trimestre–, pero en especial, en el mayor porcentaje de mujeres con síntomas de complicaciones que contaron con atención médica en el parto, en relación con quienes no presentaron síntomas.

Las mujeres tuvieron un bajo número de gestas e hijas/os, hubo ligeras diferencias entre ambos grupos; aquellas con síntomas de morbilidad, presentaron menos gestas, menos hijas e hijos y un porcentaje significativamente mayor de abortos. Además, se observaron casi tres puntos porcentuales más de usuarias de anticonceptivos, de manera primordial la obstrucción tubárica bilateral (33.3%) y el dispositivo intrauterino (23.7%), aunque los porcentajes de estos métodos fueron similares a los de las mujeres sin complicaciones.

Por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades. Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos).

## 7 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN DEL TRIAGE OBSTÉTRICO

La enfermera deberá de participar de las actividades propias del Triage de una manera específica para ello a continuación se describen las intervenciones y el objetivo de ellas en la atención de la paciente obstétrica.

### 7.1 OBJETIVO

Proporcionar atención oportuna de calidad por equipos interdisciplinarios con criterios uniformes en todos los casos de emergencia obstetricia y así evitar que se retrase la atención de la diada materno-fetal que empeoraría su pronóstico por la demora en su atención.

### 7.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Como es sabido las enfermeras juegan un papel de suma importancia en el área de la salud, son las encargadas de desempeñar un sin fin de actividades por lo que no se podía quedar atrás su intervención en la aplicación del Trage Obstétrico de modo que mencionare las acciones correspondientes a enfermería en dicho protocolo.

Por ser el personal de primer contacto junto con el médico gineco-obstetra es quien vocea o activa el código mater con indicación previa. Durante la activación de un código mater aproximadamente colaboran cuatro enfermeras; cada una tiene funciones destinadas diferentes.

1.- Participar en el manejo oportuno y adecuado en la atención de la paciente obstétrica, así como realizar la clasificación de acuerdo al triage obstétrico establecido.

Toma y valoración de signos vitales, monitoreo de glucosa en sangre, detección de proteínas en orina, así como realizar los procedimientos necesarios para la correcta clasificación inicial de las pacientes de acuerdo a los signos y síntomas encontrados.

Realizar una cuidadosa y puntual exploración física, para coadyuvar a determinar tempranamente el diagnóstico médico; así como valorar el ingreso hospitalario, tratamiento ambulatorio o en su caso referencia a otra unidad.

Conocer y aplicar al 100% el Triage Obstétrico.

Realizar el registro del 100% de las pacientes que son atendidas en el módulo de valoración inmediata.

Respetar la normatividad de ingreso del paciente a urgencias como:

a.- Respetar módulo de Valoración inmediata para solicitar el 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 signos vitales, interrogar sobre datos indicativos de alarma obstétrica.

f.- de acuerdo a los datos recabados realizar Triage Obstétrico, colocar distintivo de color correspondiente. Color rojo, notificar de inmediato al médico gineco-obstetra. g.- Brindar apoyo emocional a la paciente, explicar las acciones a seguir y en su caso ingresarla al servicio de Admisión de toco cirugía.

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

1. Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención.
2. Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código rojo, activa el Código Mater, para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).
3. Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del Triage y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención.
4. En caso de código verde, completa el llenado del formato de Triage y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos.
5. Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.
6. Registra en los censos de control las intervenciones realizadas en el Triage.



7. Participa en la planeación de los recursos para la operación del Triage obstétrico.
8. Establece coordinación con el personal participante en el otorgamiento del servicio.
9. Entrega la información requerida para el correcto monitoreo del servicio.
10. Participa en reuniones de capacitación e inducción al puesto a otros integrantes del Triage.
11. Se capacita continuamente.

### 7.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN CÓDIGO MATER

Código mater es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sepsis).

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

A Identificar (signos de alarma):

Hipertensión o hipotensión arterial

Convulsiones tónico-clónicas

Alteraciones del sensorio o estado de coma

Sangrado transvaginal o de otra vía.

taquicardia – taquipnea, cianosis, hipertermia > 38.5 °C

Signos y síntomas de Choque

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

Preeclampsia-eclampsia

Sangrado obstétrico

Sépsis

C Trasladar de acuerdo al caso al servicio de Admisión de tococirugía, Unidad de choque o cuidados intensivos obstétricos.

Enfermería\*

A. Enfermera /o brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico)

1. Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y oximetría.
2. Da asistencia para intubación.
3. Efectúa aspiración de secreciones.
4. Efectúa fijación de cánula endo-traqueal.
5. Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.
6. Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.
7. Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.
8. Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

B. Enfermera/o brazo derecho (circulatorio)

1. Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos
2. Toma de muestras de laboratorio.
3. Toma de glucometría capilar.
4. Realiza prueba multirreactiva de orina.
5. Ministra medicamentos.
6. Efectúa vendaje de miembros pélvicos.
7. Da vigilancia del estado neurológico.
8. Ministra hemoderivados.
9. Coloca pantalón antichoque, en su caso

C. Enfermera/o circulante

1. Prepara medicamentos.
2. Provee material de curación.

3. Prepara soluciones.

4. Maneja el carro rojo y caja roja.

D. Enfermera/o administrativa

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

2. Realiza registros clínicos (datos completos).

3. Efectúa control de tiempos.

4. Coloca la pulsera de identificación.

\* En caso de no contar con suficiente personal o si por protocolo en la unidad deciden incluir en el equipo tres o incluso dos enfermeras, las actividades deberán ser reestructuradas 37 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Efectúa ficha de identificación.

Requisita la hoja de evaluación inicial.

Registra los censos del servicio.

#### 7.2.1 RUTA CRÍTICA

1. ingresa la paciente por sus propios medios o por personal de ambulancia.

2. Es valorada por personal de Triage obstétrico, quien activa código mater mediante alarma sonora o voceo por 5 veces consecutivas.

3. inicia tratamiento de acuerdo a guías clínicas.

4. traslado para manejo complementario bien a quirófano o la Unidad de toco-Cirugía, Unidad de Choque o Cuidados intensivos obstétricos.

5. retroalimentación permanente del sistema, mediante capacitación continua, evaluación crítica de resultados y revisión periódica de la evidencia científica

#### 7.4 MONITOREO Y EVALUACIÓN

El aseguramiento de la calidad de las acciones derivadas del Triage obstétrico, depende en mucho del control administrativo. Es prioritario para el cuerpo de

gobierno, el establecimiento de criterios de evaluación y de la implementación de supervisiones que garanticen el cumplimiento de los objetivos. (Anexo 9. Indicadores de Triage obstétrico, Código Mater y ERIO). El tablero se conforma con los siguientes indicadores. P Promedio de pacientes obstétricas atendidas en urgencias. P Porcentaje de pacientes clasificadas como urgencia no calificada (código verde). P Porcentaje de pacientes con emergencia obstétrica (código rojo). P Promedio de tiempo de espera en Triage obstétrico. P Porcentaje de eficacia en la clasificación del Triage obstétrico. P Porcentaje de pacientes reclasificadas. P Porcentaje de apego al protocolo entrega-recepción.

#### 7.5 ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD CON APLICACIÓN DE TRIAGE

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

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

El director, Dr. Efraín Bermúdez torres ha respaldado la implementación desde su inicio a la actualidad, aunque la aplicación del Código mater ha presentado modificaciones importantes en cuanto a sus políticas en función de los resultados deseados y los compromisos que se asumen, los siguientes son dos ejemplos de esto.<sup>16</sup> del año 2007 al 2009 el Compromiso fue: “disminuir la muerte materna Hospitalaria”.

## 8 SEGUIMIENTO DE LA EMBARAZADA, PUÉRPERA Y NEONATO

Como toda intervención médica en los pacientes diversos se debe dar un seguimiento específico de acuerdo a la gravedad del problema de salud que padecen, en el caso de la embarazada no es la excepción puesto que aquí el manejo es de dos vidas, lo que implica una responsabilidad mayor, dicho seguimiento se debe adaptar a las necesidades y las posibilidades económicas de cada paciente

### 8.1 SEGUIMIENTO A LA EMBARAZADA QUE ABANDONA EL HOSPITAL POR MEJORÍA

El alta por mejoría suele ser el alta más común en las pacientes obstétricas, esta se da cuando la paciente que se vio afectada por alguna patología logra ser controlada con atención médica especializada, cuidados de enfermería y tratamiento farmacológico, donde se nota que sus deficiencias se controlaron y puede regresar a su medio social para realiza sus actividades de la manera más normal posible.

Cuando una paciente que curso con una enfermedad hipertensiva del embarazo o una amenaza de aborto se debe brindar un seguimiento específico para evitar que se vuelva a presentar y ponga de nuevo en peligro la integridad de la madre y del feto.

#### 8.1.1 ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE SALUD

Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

Proporcionar información completa acerca de:

La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

Los esquemas de vacunación.

La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción post-evento obstétrico (APEO).

La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puérpura

En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

## 8.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Se reconocen como embarazos de Alto Riesgo aquellos casos en los que, por coincidir durante la gestación, en el parto o en el neonato circunstancias biomédicas, psicológicas y sociales o de otra índole, se acompañan de una morbimortalidad materna y perinatal superior a la de la población general. En estos casos es de suma importancia identificar tempranamente los factores de riesgo y valorar su importancia relativa frente al resultado perinatal, para realizar la intervención pertinente y disminuir así las consecuencias adversas de los mismos.

### 8.2.1 PACIENTE INMUNODEPRIMIDA

Inmunodepresión o trastornos por inmunodeficiencia ocurren cuando se presenta disminución o ausencia de la respuesta inmunitaria del cuerpo.

El sistema inmunitario está compuesto de tejido linfoide en el organismo, incluyendo la médula ósea, el timo, los ganglios linfáticos, las amígdalas y partes del bazo y del tracto gastrointestinal. Además, hay proteínas y células en la sangre que son parte del sistema inmunitario. El sistema inmunitario ayuda a proteger al organismo de sustancias dañinas, llamadas antígenos.

### 8.2.1 COMPLICACIONES

- Desarrollo de la enfermedad
- Enfermedad frecuente o persistente
- Aumento del riesgo de ciertos cánceres o tumores
- Infecciones oportunistas

### 8.2.2. CARACTERÍSTICAS A VALORAR EN LA MADRE Y EL FETO

La frecuencia de cada visita y las exploraciones complementarias vendrán determinadas por el tipo de enfermedad y por la severidad de la misma.

Algunos aspectos que se tendrán en cuenta en la valoración de la paciente son:

- Peso, tensión arterial, frecuencia cardíaca
- Latidos cardíacos fetales, movimientos fetales, altura o tamaño uterino y detección de actividad uterina.
- El examen vaginal (“tacto”) se indica siempre en la primera consulta (además de la exploración con espéculo), y cuando esté indicado valorar cambios en el cuello si la paciente presenta actividad uterina (contracciones).

- Periódicamente y de acuerdo a la presunción del riesgo se realizarán ecografías para evaluar el desarrollo y bienestar fetal, estimar el peso y el volumen del líquido amniótico y otros parámetros según cada caso particular.
- Si el riesgo se deriva de una enfermedad preexistente o concurrente con el embarazo se deberá hacer el seguimiento específico. Si la paciente es hipertensa crónica se indican exámenes para valorar función renal, fondo de ojo y monitoreo de tensión arterial; si es diabética, determinaciones seriadas de glucosa en sangre y orina además de otros exámenes para evaluar el control metabólico y ecografías para valorar anatomía y desarrollo fetal.

### 8.2.3 INFORMACIÓN A LA PACIENTE

Pronóstico de su gestación, influencia de la gestación en su enfermedad de base, posibles complicaciones que pueden esperarse y su frecuencia aproximada, posible prevención y/o tratamiento de las complicaciones, frecuencia de consultas y de exámenes especiales o ecografías que se prevea necesitar, signos de alarma previsibles por los que deberá acudir al hospital antes de las visitas programadas

La vía y momento de finalización del embarazo dependerá en cada caso concreto de las particularidades del mismo, teniendo siempre en cuenta la existencia de dos pacientes (al menos) y la interdependencia entre ellos y procurando siempre su bienestar

### 8.3 ABORTO O PARTO PREMATURO

Aborto es la interrupción de un embarazo antes de las 22 semanas, con un producto de la concepción eliminado con peso menor a 500 gr. Si es menor de 12 semanas, se denomina precoz y si ocurre entre las 12 a 22 semanas, se denomina tardío

#### 8.3.1 ABORTO

Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes que el feto alcance 500 gramos de peso. Puede ser espontáneo o inducido.

Aborto espontáneo: Es la interrupción del embarazo en forma espontánea, sin el empleo de medicamentos o intervención quirúrgica, después de la implantación y antes de que el producto de la concepción sea viable de manera independiente.

Los abortos espontáneos y recurrentes pueden deberse a causas cromosómicas, endocrinas, anomalías autoinmunes y trombóticas. Las causas más importantes de



las pérdidas gestacionales espontáneas reconocidas clínicamente son las anomalías cromosómicas. Al menos el 50% de las pérdidas se deben a esta causa, pudiendo ser la frecuencia incluso mayor. Entre ellas encontramos las trisomías 13, 18 y 21, monosomía X y polisomías de los cromosomas sexuales. Las trisomías autosómicas son la mayor causa de los cariotipos anormales en abortos espontáneos. Se han observado trisomías en todos los cromosomas, excepto en el cromosoma Y. La trisomía más frecuente es la del cromosoma 16. La mayoría de trisomías tienen relación con la edad materna, pero el efecto es variable según el cromosoma afectado.

En las poliploidías existen más de dos complementos cromosómicos haploides. La triploidía ( $3n = 69$ ) y la tetraploidía ( $4n = 92$ ) son frecuentes en los abortos. Los abortos triploides  $69,XXY$  o  $69,XXX$ , son resultado de procesos de dispermia. Los hallazgos histológicos son: un saco gestacional muy grande, degeneración quística de las vellosidades coriónicas, hemorragias intracorioriales y trofoblasto hidrópico o degeneración pseudomolar. Aparecen defectos del tubo neural y onfalocele, dismorfia facial y defectos de las extremidades. Existe una asociación entre triploidía y mola, denominada mola parcial, aunque es más frecuente la mola completa, cuyo cariotipo es  $46XX$ , y es el resultado de la duplicación paterna de cromosomas. Los casos de tetraploidía son muy raros y no progresan más allá de las 3 semanas de vida embrionaria.

El aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo.

#### 8.3.1.1 COMPLICACIONES

Hemorragia

Infección Enfermedad Inflamatoria Pélvica

Obstrucción Tubárica: Esterilidad , Embarazo Ectópico, Dolor Pélvico Crónico

Aborto incompleto

Desgarro de cuello uterino

Hemorragia

Perforación uterina

Sepsis

Hematómetra agudo

Embolia gaseosa

Shock neurogénico o Reacción vagal

Reacción anestésica

Alergias, toxicidad a la lidocaína

Amenorrea post AMEU.

### 8.3.1.2 PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA

#### PROPÓSITO

Brindar atención integral y resolver la hemorragia de la primera mitad del embarazo y sus complicaciones mediante las técnicas de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino Instrumental (LUI) con anestesia local o anestesia general.

Iniciar la atención de la emergencia con:

- Evaluación clínica de la usuaria e identificación de complicaciones.
- Determinar el tipo de manejo.
- Determinar el procedimiento y la técnica de evacuación uterina.

**RESULTADO ESPERADO** Usuaria con tratamiento especializado de acuerdo a su diagnóstico.

**RESPONSABLES** Médicos especialistas y/o generalistas entrenados y capacitados para el manejo de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.

**CAPACIDAD RESOLUTIVA MÍNIMA** Primer nivel de atención:

- En caso de hemorragia con compromiso del estado general, canalizar vena con Abbocath Nº 18 y administrar solución fisiológica 1000 ml, con una ampolla de 10 UI de Ocitocina a goteo continuo.
- Referir a la mujer a un centro con mayor capacidad resolutive (referencia acompañada). Segundo y tercer nivel de atención:

- Canalizar vena con Abbocath N° 18 y administrar solución fisiológica, 500 ml con una ampolla de 10 UI de Ocitocina a goteo continuo.
- Si la mujer presentara dolor, agregar analgésicos al frasco de solución fisiológica.
- Solicitar inmediatamente exámenes complementarios de laboratorio para realizar eventual transfusión sanguínea, descartar infección y si es necesario y se cuenta con el equipamiento, solicitar ecografía ginecológica.
- Efectuar evacuación uterina por AMEU o LUI de acuerdo a la norma.

Evaluación clínica de la mujer: La evaluación de la mujer es de suma importancia antes de iniciar la evacuación uterina, para lo cual se deben considerar los siguientes pasos:

Elaborar la historia clínica.

Detectar y atender otras patologías.

Evaluar estado emocional de la mujer que permita determinar el tipo de manejo del dolor. \* De acuerdo al diagnóstico del estado emocional de la usuaria se podrá utilizar, si se recurre al AMEU, además del bloqueo para cervical, la sedo analgesia administrando un analgésico o ansiolítico vía oral, media hora antes del procedimiento si es que no se habían administrado antes junto con la oxicítica. (Recuerde que el manejo conductual del dolor, es una herramienta fundamental a tener en cuenta).

Indagar antecedentes de reacciones alérgicas a sustancias y medicamentos.

Realizar un examen físico general y solicitar exámenes complementarios.

Realizar palpación bimanual para determinar el tamaño real del útero, su posición y el grado aproximado de dilatación cervical.

Diagnóstico clínico: Aborto completo o incompleto, en curso o diferido (retenido), inminente, séptico, embarazo molar, anembrionado y retención de restos placentarios.

Identificar complicaciones: infección o sepsis, perforación uterina, laceración cervical, lesión intraabdominal, alteraciones hemodinámicas (shock) y alteraciones hematológicas.

Informar a la mujer sobre su condición física, el procedimiento y el propósito del mismo.

Cumplir con las medidas para la prevención de infecciones. Determinar la técnica de evacuación uterina

AMEU

LUI

### 8.3.2 PARTO PREMATURO

Se define como aquel que tiene lugar a partir de la semana 20.1 y la 36.6 de gestación o con peso igual o mayor de 500 gr y que respira o manifiesta signos de vida.

#### 8.3.2.1 FACTORES DE RIESGO

Antecedente de parto/s pretérmino/s anterior/es. –

Antecedente de feto/s muerto/s.

Antecedente de rotura prematura de membranas de pretérmino.

Antecedente de aborto en segundo trimestre (>17 semanas).

Embarazo doble o múltiple.

Polihidramnios.

Infecciones urinarias: bacteriuria asintomática, pielonefritis, infecciones bajas.

Vaginosis bacteriana.

Factores uterinos: malformaciones, miomatosis, incompetencia ístmico-cervical, conización cervical.

Infecciones de transmisión sexual.

Edad materna 40 años.

Índice de masa corporal materno inicial bajo (< percentilo 10).

Metrorragia del primer o segundo trimestre.

Tabaquismo, alcoholismo y abuso de sustancias tóxicas.

Estrés físico, jornadas laborales extenuantes y prolongadas.

Estrés psicológico, abuso, violencia familiar.

Traumas físicos o emocionales graves.

Reproducción asistida (embarazo único o múltiple).

Intervenciones quirúrgicas abdominales durante el embarazo.

Bajo nivel socioeconómico.

Etnia afroamericana.

#### 8.3.2.2. NIVELES DE PREVENCIÓN

- **NIVEL PRIMARIO:** se refiere a todas aquellas acciones que se realicen a fin de eliminar o disminuir los factores de riesgo en la población general sin antecedentes de nacimiento pretérmino. Las intervenciones se desarrollan en etapa preconcepcional o en el embarazo.
- **NIVEL SECUNDARIO:** son acciones de diagnóstico y prevención tempranas de enfermedades recurrentes en personas con riesgo demostrado. Es decir, aquellas pacientes que ya presentaron un embarazo con un NP o que presentan otros factores de riesgo.
- **NIVEL TERCIARIO:** son las acciones destinadas a reducir la morbilidad y la mortalidad después de que se ha producido el daño. Es decir, una vez que se ha desencadenado una amenaza de PP o un trabajo de PP.

#### 8.3.3 DATOS DE ALARMA

- Sangrado abundante o con presencia de abundantes coágulos mayor a una toalla femenina nocturna en una hora.
- Dolor abdominal tipo cólico que no mejora con analgésicos y/o que limiten tu actividad física normal.
- Fiebre mayor a 38°C
- Secreción vaginal o sangrado de mal olor.

#### 8.3.1 RECOMENDACIONES

Evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.

Puede presentar dolor abdominal leve.

El sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.

Identificación de señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.

No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina (tampones) hasta que cese el sangrado.

Puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad puede ocurrir entre 7 a 14 días (el retorno de la menstruación puede presentarse dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).

Fecha de retorno para su control.

Verificar la comprensión de las características del método anticonceptivo elegido en caso de haber optado por alguno; asegurarle la provisión y la externación con el método.

Informar, dónde y cómo obtener servicios y métodos anticonceptivos.

Orientar a la mujer sobre los riesgos, en caso de desear un embarazo inmediatamente.

Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a su aborto.

#### 8.4 PUERPERA Y NEONATO

Puerperio: Es el período de tiempo que va desde el alumbramiento de la placenta hasta aproximadamente 6 semanas después. Durante este tiempo, el cuerpo va a empezar a recuperarse ya que se producen una serie de cambios tanto psíquicos como psicológicos.

Neonato: se llama neonato al bebé recién nacido, con una edad menor a 30 días que va desde el momento de su nacimiento ya sea extraído por parto vaginal o cesárea.

#### 8.4.1. PUERPERIO FISIOLOGICO

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

Dentro de los datos a valorar que pudieran significar alarma o preocupación se encuentra:

##### 8.4.1.1 SIGNOS SINTOMAS POST PARTO

Los primeros días es normal que se sienta débil y cansada, por eso debe tomarse las cosas con calma, procure descansar y no dude en buscar ayuda en su pareja y familiares.

En los genitales puede notar molestias sobre todo si tiene algún punto, mantenga una buena higiene y cámbiese de compresa frecuentemente. Recuerde que la zona de los puntos (desgarro o episiotomía) debe estar en todo momento limpia y seca y que no es conveniente que la lave más de una vez al día a no ser que se manche con heces.

El útero debe volver a su tamaño, esto puede ser doloroso si no es su primer hijo, son los entuertos.

A través de la vagina va a expulsar los loquios que son restos de sangre y moco procedentes del útero, irán disminuyendo progresivamente.

Es normal que después del parto se sienta algo triste y con ganas de llorar, desaparecerá en pocas semanas, es debido al cambio tan brusco de niveles de hormonas en su cuerpo.

Tras el alta hospitalaria deberá ponerse en contacto con su matrona para que le haga el seguimiento de su recuperación y con el Servicio de Pediatría para que le realicen a su hijo alrededor de su quinto día de vida las pruebas metabólicas o prueba del talón.

Durante este período también pueden aparecer complicaciones, por eso debe cuidarse y consultar con su médico ante cualquier duda o signo de alarma, por ejemplo, fiebre de 38°C o mayor, loquios malolientes, dolor o inflamación en las mamas, dolor, inflamación y/o supuración de GUÍA de cuidados en el EMBARAZO

los puntos del periné, sangrado vaginal aumentado con coágulos o restos de membranas, molestias al orinar, dolor en las piernas, dolor de cabeza intenso y/o alteraciones visuales, etc.

Involución uterina y regeneración del endometrio: proceso de involución más rápido. Al finalizar el parto pesa 1 Kg, 20 cm de longitud, 12 cm de dimensiones laterales y 4-5 cm de espesor. Sus fibras musculares lisas se contraen, trombosan los vasos (mecanismo homeostático eficaz). A los 5 días pesa unos 500 gr encima de pubis), a los 10 días unos 300gr (intrapélvico) y a los 15 días 80-100 gr, tiene unos 10 cm de longitud y 6-7 de ancho.

Palpación abdominal, desciende 1cm al día. El número de células no disminuye mucho, sino que lo hace el tamaño.

DECIDUA: 2 capas. La superficial se vuelve necrótica (loquios), mientras que la adyacente al miometrio (base de regeneración del nuevo endometrio).

VASOS: embarazo, agrandamiento de venas y arterias importante. En puerperio se obliteran por cambios hialinos, volviendo a su tamaño.

REGENERACIÓN: es rápida (1 semana o diez días), excepto en el lugar donde asentaba la placenta (zona más delgada 6 semanas). Tras parto como palma de mano (vasos trombosados trombo) y al final de la 2ª semana 3-4 cm. Cuando es deficiente hemorragia puerperal tardía. Reacción leucocitaria en endometrio (fisiológica) no confundir con endometritis franca.

LOQUIOS Son las secreciones procedentes de la cavidad uterina (hematíes, restos de decidua, células epiteliales y bacterias...). Cronológicamente se dividen:

- Loquios rojos o “loquia rubra”: 2-3 primeros días (hematíes, vermix, lanugo, restos de membranas).
- Loquios marrones o “loquia fusca”: 4-5 días siguientes (hematíes, leucocitos, células deciduales y exudado rico en proteínas).
- Loquios amarillos o “loquia flava”: 3-4 días siguientes (piocitos).
- Loquios blancos o “loquia alba”: hasta el día 20, serosidad blanquecina. Es frecuente loquios rojos durante 14-15 días, así como al levantarse al 4-5º día se produzca recrudescencia de los loquios rojos (partillo de los tocólogos franceses)



Cantidad: 225 gr, siendo menor en la mayoría. La máxima eliminación entre las 17-90 horas postparto, caída de estrógenos.

Si olor rojizo > 2 semanas retención de restos de placenta, una involución imperfecta de la región placentaria o ambos.

#### 8.4.1.2 CARACTERÍSTICAS A VALORAR

Se debe realizar al menos una visita al día y vigilar:

- Constantes: pulso, T° y TA. En la 1ª hora, cada 15 minutos
- Involución de las heridas: episiotomía (dehiscencias, hematomas y signos de infección) y heridas del canal del parto.

Enfermería: 2 lavados/día con antiséptico desde la parte anterior a la posterior.

Contraindicadas las irrigaciones vaginales y los baños de inmersión. Debe hacerlo enfermería y no la matrona. Calor húmedo con baños de asiento tibios.

- Mamas y su excesiva ingurgitación: puede ser indicación para sacar leche, poner bolsa de hielo y si no se desea lactar (evitar succión+ inhibidor de PRL).

Pezones: limpieza y preocupación contra las fisuras. Lavado de areolas con agua y jabón antes y después de lactar. Grietas gotitas de leche en el pezón y limpiar con agua tibia. Vaselina última medida.

- Involución uterina: derivados de cornezuelo de centeno si retraso.
- Cantidad y aspecto de los loquios
- Entuertos: analgesia.
- Diuresis: si no presente (> 6-8 horas postparto) sondaje c/6 horas o sonda permanente.
- Hábito intestinal: 2-3 día laxante, enema.
- Profilaxis tromboembólica:

Correcto tratamiento de varices durante el embarazo.

Levantamiento precoz en puerperio, gimnasia y respiración profunda.

Más frecuente en pierna izquierda.

Anticoagulante profiláctico: predisposición, inmovilización, varices acentuadas, trombosis previas o fiebre puerperal.

- Depresión: transitoria. Acúmulo de diversos factores:

Reducción de tensión emocional.

Molestias del puerperio.

Cansancio.

Ansiedad (dudas de capacidad de cuidar al niño al dejar el hospital).

Temor de dejar de ser atractiva

Importante anticiparse al diagnóstico y dar confianza a la madre.

- Otras

Vendaje abdominal (innecesario).

Cinturón ordinario: si abdomen demasiado flácido o péndulo.

Ejercicios: restablecen tono de pared y pueden realizarse en cualquier momento tras el parto vaginal y tan pronto como haya desaparecido la mayor parte del dolor tras cesárea.

Bebidas y comidas: 2 horas tras parto, si no necesita anestésicos.

Madre lactante: dieta rica en calorías y proteínas. Hierro durante el mes siguiente al parto.

Inmunizaciones: D-negativa no inmunizada y niño Dpositivo 300microgr de globulina inmune anti-D tras parto.

**MOMENTO DEL ALTA, REPARICIÓN DE LA MENSTRUACIÓN Y**

**REVISIÓN POSTNATAL.**

No más de 36-48 horas hospitalizada tras parto vaginal. Si cesárea no complicada, al 3-4º día. Al alta se recomienda:

Instrucciones sobre los cambios fisiológicos y posibles complicaciones

Ejercicios: para más rápida y mejor involución, especialmente de los músculos abdominales.

Flexiones de piernas.

Levantamiento del tronco.

Ejercicios de bicicleta en decúbito supino. Abrir piernas de la puérpera y otra persona se opone.

Lavados perineales: 1-2 veces al día.

A partir del primer día puede permitirse la ducha, pero no el baño de inmersión (hasta pasada la cuarentena, así como tampoco las relaciones sexuales).

Preparados vitamínicos y de hierro.

Relaciones sexuales: pasada la cuarentena. Aparición de dispareunia, que puede reducirse si se sutura la episiotomía con atención y también en relación con la hipotrofia vaginal de la lactancia (por disminuir estrógenos).

Menstruación: 6-7 semanas tras parto si no existe lactancia. Si existe puede no reaparecer hasta que no deje de lactar, pero es variable (la ovulación es menos frecuente).

Seguimiento del RN: alta precoz RN a término, normal y estabilidad de constantes. Estudios de laboratorio normales (Coombs directo, B, Hb, Hto y glucosa, pruebas serológicas maternas para sífilis y VHB). Se debe poner primera dosis de VHB y realizar screenig de fenilcetonuria e hipotiroidismo.

Realizar al llegar a casa la mayoría de las actividades habituales.

Mayor parte de cuidados del RN deben corresponder a la madre ayudada del padre.

Control postnatal y exploración de la mujer a las 2-6 semanas postparto.

Algunos centros lo recomiendan a las 3 semanas y también consideran el momento adecuado para intentar métodos anticonceptivos.

- Evaluación del estado general de salud
- Adaptación de la madre al RN.

- Evaluación del estado físico.
- Evolución de la lactancia natural.
- Exploración física (general, mamaria, abdominal y genital ).

#### 8.4.1.3 INFECCIÓN DE LA RAFIA

Es la infección de la herida perineovaginal (episiorrafia) debida, generalmente, a contaminación. Se resuelve con medidas de asepsia y antisepsia, cura local y antibioticoterapia. Debe ser objeto de vigilancia pues, en raras ocasiones, la presencia de gérmenes muy patógenos puede provocar una sepsis grave.

#### Infecciones de la mama

Son más frecuentes en el puerperio debido al período de lactación. Van desde la infección del pezón hasta los abscesos mamarios. Estos últimos requieren tratamiento antimicrobiano enérgico y, en muchas ocasiones, incisión y drenaje.

#### 8.4.1.3 ASISTENCIA EN EL PUERPERIO

Se debe realizar al menos una visita al día y vigilar:

- Constantes: pulso, T<sup>a</sup> y TA. En la 1<sup>a</sup> hora, cada 15 minutos
- Involución de las heridas: episiotomía (dehiscencias, hematomas y signos de infección) y heridas del canal del parto. 2 lavados/día con antiséptico desde la parte anterior a la posterior. Contraindicadas las irrigaciones vaginales y los baños de inmersión. Debe hacerlo enfermería y no la matrona. Calor húmedo con baños de asiento tibios.
- Mamas y su excesiva ingurgitación: puede ser indicación para sacar leche, poner bolsa de hielo y si no se desea lactar (evitar succión+ inhibidor de PRL).  
Pezones: limpieza y preocupación contra las fisuras. Lavado de areolas con agua y jabón antes y después de lactar.  
Grietas: gotitas de leche en el pezón y limpiar con agua tibia. Vaselina última medida.
- Involución uterina: derivados de cornezuelo de centeno si retraso. • Cantidad y aspecto de los loquios.
- Entuertos: analgesia.

- Diuresis: si no presente (> 6-8 horas postparto) sondaje c/6 horas o sonda permanente.
- Hábito intestinal: 2-3 día laxante enema.
- Profilaxis tromboembólica: Correcto tratamiento de varices durante el embarazo. Levantamiento precoz en puerperio, gimnasia y respiración profunda. Más frecuente en pierna izquierda. Anticoagulante profiláctico: predisposición, inmovilización, varices acentuadas, trombosis previas o fiebre puerperal.
- Depresión: transitoria. Acúmulo de diversos factores: Reducción de tensión emocional.
- Molestias del puerperio. Cansancio. Ansiedad (dudas de capacidad de cuidar al niño al dejar el hospital). Temor de dejar de ser atractiva Importante anticiparse al diagnóstico y dar confianza a la madre.
- Otras - Vendaje abdominal (innecesario).  
Cinturón ordinario: si abdomen demasiado flácido o péndulo. 8  
Ejercicios: restablecen tono de pared y pueden realizarse en cualquier momento tras el parto vaginal y tan pronto como haya desaparecido la mayor parte del dolor tras cesárea.  
Bebidas y comidas: 2 horas tras parto, si no necesita anestésicos.  
Madre lactante: dieta rica en calorías y proteínas. Hierro durante el mes siguiente al parto.  
Inmunizaciones: D-negativa no inmunizada y niño Dpositivo300microgr de globulina inmune anti-D tras parto.

#### 8.4.2 PUERPERIO QUIRÚRGICO

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto por cesárea hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

El manejo es similar al puerperio quirúrgico con la diferencia que en este existen los cuidados de la herida quirúrgica.

#### 8.4.2.1 GENERALIDADES

Infección de la herida quirúrgica Es la que ocurre en la cesárea. De ser localizada, su control es similar al de la rafia pero, por su contigüidad con los planos abdominales, puede ser expresión de una infección más profunda capaz de complicar el estado general de la paciente y llegar a la sepsis grave.

#### 8.4.2.2 LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se le animará a levantarse y tratar de ir al baño durante las primeras 24 horas después de la cirugía. Esto le ayudará a iniciar el proceso de curación y le ayudara a acostumbrarse a moverse con su incisión. Recuerde que debe moverse lentamente, ya que podría experimentar mareos o dificultad para respirar.

Orinando después que se retira el catéter a veces puede ser doloroso. Pregúntele a su enfermera o asistente para sugerir maneras más fáciles.

Si se utilizaron grapas de la incisión lo más probable es que sean removidos antes de que salga del hospital.

Hable con su médico sobre cómo tratar con el dolor después de la cirugía. Si el medicamento es algo que usted piensa que podría querer, obtenga una receta y la información sobre los efectos secundarios tanto como para usted – y el bebé, si está amamantando. Si prefiere evitar los medicamentos, hable con su médico acerca de las alternativas que son seguros para usted y su bebé.

Su útero comenzará el proceso de la “involución” que es el encogimiento del útero a su talla del preembarazo. Usted comenzará a experimentar un flujo pesado de sangre de color rojo brillante. Esto se llama loquios y puede durar hasta 6 semanas. Tendrá que tener toallas menstruales extra-absorbentes que el hospital debería proporcionarle después del parto. No use tampones durante este tiempo.

Los paseos suaves alrededor del hospital o meciéndose en una silla pueden ayudar a apresurar la recuperación y ayuda con el gas que se puede desarrollar después de la cirugía abdominal.

Medición horaria de signos vitales durante las primeras cuatro horas y posteriormente cada 8 horas hasta el alta de la paciente.

Vigilancia de la diuresis durante las primeras 12 horas y del inicio de la micción espontánea, después de retirar la sonda vesical.

Administración de líquidos por vía oral después de 8 horas; una vez iniciado el peristaltismo intestinal se indicará dieta blanda.

Deambulación paulatina a partir de las 12 horas de postoperatorio.

- Estrecha vigilancia de la hemorragia transvaginal.
- Reforzamiento de la orientación-consejería en salud reproductiva a través de comunicación interpersonal.
- Vigilar sangrado de herida quirúrgica.
- Retiro de puntos de sutura totales a los 7 días.

#### 8.4.3 RECIÉN NACIDO

El modelo actual de atención y vigilancia de la salud del recién nacido se encuentra sustentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2- 2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

En este contexto la atención del recién nacido vivo implica asistencia en el momento del nacimiento, así como su control a los 7 y 28 días, observando los siguientes parámetros:

- a) Reanimación neonatal: En toda unidad de salud con atención obstétrica y neonatal, se aplicarán los criterios y procedimientos técnicos médicos de la Estrategia Nacional de Reanimación Neonatal.
- b) Manejo del cordón umbilical.
- c) Prevención de Enfermedad hemorrágica del recién nacido y oftalmopatía purulenta: La prevención de enfermedad hemorrágica empleando vitamina K y la prevención de la oftalmía purulenta con antibióticos de uso local.
- d) Identificación del recién nacido de riesgo y de defectos al nacimiento: Considera la realización de exámenes físico y antropométrico completos para la detección de malformaciones congénitas y del recién nacido con bajo peso, así como la

determinación de la edad gestacional. La atención inmediata al neonato con defectos al nacimiento, debe ser prioritaria y proporcionada en cualquier unidad de salud de los sectores público, privado o social. Es recomendable investigar rutinariamente en el recién nacido de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoinmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil D<sub>μ</sub> y la prueba de antiglobulina directa (prueba de Coombs).

e) Inmunizaciones: Con la aplicación de las vacunas BCG y hepatitis B.

f) Nutrición y apego: Promoción de la lactancia materna exclusiva dentro de los 30 minutos posteriores al nacimiento y el alojamiento conjunto madre/hijo.

Toda intervención temprana nos permite detectar oportunamente alteraciones en el recién nacido que son causa de discapacidad y de reducción de años de vida saludables.

Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el recién nacido prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado. Como estrategias para la atención de los recién nacidos prematuros, el Centro Nacional ha promovido la capacitación para el uso de CPAP y Surfactante pulmonar para la atención de los recién nacidos prematuros con riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en unidades de segundo nivel de atención, y la elaboración del lineamiento técnico para la detección oportuna y manejo de la retinopatía del prematuro.

Prevención del retraso mental así como de alteraciones endocrinológicas producidas por hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, e hiperplasia de glándulas suprarrenales. Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, en apego al lineamiento técnico de Tamiz Neonatal, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Errores Innatos del Metabolismo.

Recién Nacido con Peso Bajo La atención de estos recién nacidos promueve que sean alimentados con leche materna impulsando la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no



pueden ser alimentados por la madre, en forma adicional. De fundamental importancia es la capacitación y entrenamiento de los padres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de peso bajo.

#### 8.4.3.1 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO.

- Contacto piel con piel

"Si el bebé comienza el llanto y tiene buen tono, se pone encima de la madre para favorecer el contacto piel con piel y comenzar el amamantamiento", comenta el Dr. José Beceiro, de la Unidad de Neonatología del Servicio de Pediatría, del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares (Madrid).

- Limpieza de nariz y boca, según el centro

Tradicionalmente, y aún sigue siendo así en muchas maternidades y hospitales, el ginecólogo o la matrona limpia con suavidad la boquita del recién nacido para eliminar las secreciones bucofaríngeas, es decir, flemas y mocos, y ayudarle a tomar sus primeras bocanadas de oxígeno.

Pero hoy en los centros donde se realiza un parto menos medicado, esta práctica o "la aspiración de secreciones, el lavado gástrico, el paso de sondas.... no se hace de forma rutinaria", explica Ana Ferrer, Supervisora de Partorio del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, de Alcalá de Henares (Madrid). "El recién nacido a término expulsa espontáneamente el líquido pulmonar en el curso del parto".

- Corte del cordón umbilical

El siguiente paso es cortar el cordón umbilical. El ginecólogo o la matrona primero lo pinzará con un instrumento quirúrgico (aún no le colocarán la pinza de plástico) y luego romperá el nexo que os ha mantenido unidos. En algunos hospitales esta actuación se hace enseguida, minutos después del nacimiento, y en otros se espera a que el cordón deje de latir. "Los únicos procedimientos que se realizarán al recién nacido durante este tiempo de contacto piel con piel, son su identificación y la adjudicación de la puntuación del test de Apgar. La correcta identificación del recién nacido tras su nacimiento es necesaria desde el momento de la ligadura del cordón umbilical", puntualiza Ana Ferrer.

- Test de Apgar

Ahora toca la realización del test de Apgar, la prueba clínica que mide la vitalidad del recién nacido en sus primeros minutos de existencia. Lo que el neonatólogo valora son cinco valores del bebé. Su tono muscular, el esfuerzo respiratorio, la frecuencia cardíaca, la respuesta a los estímulos externos y la coloración de la piel.

- Peso y medida del bebé

Luego se le pesa y mide y se toma las medidas del perímetro cefálico, aunque en los centros en los que se practica un parto más humanizado, esta práctica se retrasa hasta que la madre no sube a la habitación, alrededor de dos horas después, "para no interferir con el contacto piel con piel tras el nacimiento", añade el doctor Beceiro

- Vitamina K inyectada y colirio.

También se administra una profilaxis de vitamina K intramuscular "para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido, que puede provocar sangrados graves en algunos casos", afirma el neonatólogo. También se le aplica un colirio en los ojitos para prevenir la infección ocular gonocócica, que puede contraer al pasar por el canal del parto.

- Lavado de recién nacido, solo por encima

La imagen de un bebé todo sonrosado y limpio que suelen aparecer en las películas es muy poco real. Los bebés nacen un poco sucios pero hoy no se les lava. "En las primeras horas de vida la limpieza debe ser superficial y en todo caso no debe interferir con el contacto piel con piel con la madre", señala el doctor Beceiro. "El neonato se coloca sobre el abdomen o el pecho de la madre en decúbito prono y se seca y estimula con toallas precalentadas para evitar la pérdida de calor", detalla la supervisora de partos, Ana Ferrer.

#### 8.4.3.2 CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO POR CESÁREA.

En las cesáreas realizadas bajo anestesia general o donde exista sospecha de compromiso fetal deben estar presentes el neonatólogo y una reanimadora.

2. Proteja al recién nacido de hipotermia acorde con las buenas prácticas establecidas.

3. Debe favorecerse el contacto piel a piel, que facilita la percepción de su infante, mejora su conducta, la lactancia y reduce el llanto neonatal.

4. Debe ofrecerse ayuda adicional para establecer la lactancia tan pronto ocurra el nacimiento.

Y los mismos que al recién nacido en los casos anteriores.

#### 8.4.3.3 SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO

El niño puede presentar los siguientes síntomas:

**Cambios en su temperatura corporal:** La temperatura de tu bebé no debe estar por encima de 38 grados centígrados ya que podría tratarse de una fiebre, ni debe estar por debajo de 36 grados centígrados, que podría ser una hipotermia. Recuerda que arroparlo demasiado puede contribuir al aumento de la temperatura.

**Piel de color azul:** Si notas que tu bebé presenta una tonalidad azul alrededor de su boquita, sus manos o sus pies y este signo no se relaciona con el clima en el ambiente y no tiene relación con un baño frío, debes consultar de inmediato al médico, más aun si notas que el bebé tiene dificultad para respirar.

**Llanto inconsolable:** todos los bebés lloran por hambre, frío, calor, incomodidad (pañal mojado) o dolor. Ningún RN llora por capricho o porque “se acostumbró a brazos”. Cualquier bebé que llora más de 1 hora y se comprueba que no es por hambre, frío, calor o pañal mojado, debe ser revisado. **Aumento en las deposiciones:** Puede suceder que el bebé aumente las deposiciones y sean acuosas, algunas veces con presencia de moco o sangres, acompañados de malestar o vómito; en este caso se trata de una diarrea a la que debes prestarle atención para evitar una deshidratación.

**Disminución en las deposiciones:** Es decir estreñimiento, esto es disminución en las deposiciones, de consistencia dura y que le ocasionan malestar. No debes suministrarle laxante por ningún motivo al bebé, la recomendación es llevarlo a consulta.

**No come:** Un bebé que no quiere comer después de 5 horas de su última toma es porque tiene algún problema que amerita revisión. No existen los bebés “mañosos” pues comer es un instinto a esta edad.

Vómitos: Si notas que el bebé constantemente está vomitando mayores cantidades, que ya no es sólo leche (tiene un olor a vinagre por tratarse de bilis), notas que su abdomen se ve hundido o inflamado y empieza a presentarse pérdida de peso, consulta de inmediato al médico.

Labios morados: Este signo se conoce como cianosis. Es importante mencionar que a menudo las manos y los pies pueden ponerse morados sin que esto represente peligro alguno siempre y cuando los labios estén rosaditos. Los labios morados pueden presentarse súbitamente o lentamente y en cualquier caso amerita que el bebé sea revisado

Piel de color amarillo (Ictericia): Si el color de la piel es excesivamente amarilla por más de 4 días deberías llevarlo al médico

No orina: Un bebé que no orina por más de 12 horas puede tener algún problema importante ya sea por deshidratación o por afección del riñón.

## 9 CONCLUSIÓN

Con la presente investigación concluyo que el Triage obstétrico tiene una importancia considerable debido a que su aplicación oportuna puede salvar la vida de dos personas, la mujer embarazada que acude a sala de urgencias al tomar los signos vitales y hacer el interrogatorio se deben analizar los síntomas que menciona el protocolo como tensión arterial elevada, sangrado transvaginal, entre otras, parte importante abarca la activación del Código Mater donde se informara al ERIO de la posible complicación grave de un embarazo.

Conocer qué hacer cuando una mujer embarazada, presenta alguna urgencia médica hace la diferencia entre salvar la vida y no intervenir, es una gran responsabilidad puesto que se debe ante todo tomar en cuenta que no es una sola persona la que estamos tratando y que no se le pueden administrar todo tipo de medicamentos cada uno para cada padecimiento como los son hemorragias, trastornos hipertensivos o complicaciones anteparto.

Las intervenciones médicas oportunas reducen las muertes maternas que en nuestro país al ser tercermundista suelen ser muy comunes, desgraciadamente desde mi experiencia en las instituciones médicas públicas debido a la gran demanda de pacientes no se interviene a la embarazada y ocasiona que se pierda la vida del binomio en el peor de los casos.

A pesar de que el personal de salud todos los días realiza el Triage Obstétrico no conocen del todo el protocolo ni los componentes que incluye, de acuerdo con la encuesta realizada al personal de salud médicos enfermeras y estudiantes de enfermería.

Algunas de las ocasiones no se le da a la paciente el seguimiento adecuado cuando llega a presentar problemas graves durante el embarazo ni la información para que por sí sola detecte los síntomas anormales que puede presentar cuando corre peligro, a la paciente que presenta patología durante el embarazo se debe dar un seguimiento estricto con consultas más frecuentes y realizando estudios de laboratorio.

Dicho protocolo no solo está en pro de la atención materna sino también de la óptima atención del neonato que es uno de los principales móviles del cuerpo de salud, al cual se le debe brindar atención específica y oportuna.

Otras causas de la aplicación del Triage obstétrico también incluyen tratamiento del aborto, sepsis, hemorragias posparto y los padecimientos asociados a la gestación. Desafortunadamente aun no todo el personal conoce de la existencia del Triage Obstétrico y solo algunos independientemente de conocer el Triage Obstétrico conocen cuales son los lineamientos que lo rigen, mientras que la cuarta parte no conoce cómo se estructuran sus lineamientos, necesario que se conozca este protocolo de atención por parte del personal de salud, considerando también importante conocer el ERIO debido a que muchos no saben quiénes son los que lo conforman solo, lo cual no debería ser así puesto que son las primeras personas a las que se debe notificar de una urgencia obstétrica tener presente el Código Mater y la importancia de su activación.

La atención en base al Triage debe ser inmediata en la mujer embarazada bajo el método de semaforización, Respecto al tiempo de espera con dicho método debe tener una paciente obstétrica la mayoría de la población dijo que debe ser menos de media hora, inmediato.

Podemos considerar de acuerdo a los resultados de la encuesta aplicada que solo poco menos de la mitad del personal no cree poder atender una urgencia obstétrica esto debido a la poca información que existe del triage pero la detección oportuna de signos de alarma debe reconocerse a tiempo para atender a la paciente oportunamente, en su mayor parte por enfermería ya que es el primer contacto con la paciente, respecto a sus funciones consisten en las necesidades de la paciente y la situación en la que se encuentre, también se debe considerar la educación a la futura madre para que ella detecte los síntomas de alarma.

Considero que en las instituciones tanto particulares y específicamente en las públicas el personal en general que labora en él debe dar más importancia a las pacientes embarazadas, para esto se debe capacitar para reconocer y saber manejar las emergencia obstétricas no solo al personal médico también al personal de enfermería que juega un papel muy importante ya que es el primer contacto con la paciente y debe reconocer cuando una consulta se vuelve prioridad o cuando no lo es de urgencia.

Las muertes maternas y fetales pueden disminuir porque si el personal está capacitado para actuar deberá estarlo también para educar, concientizar y

persuadir a la población de que el control prenatal la salud reproductiva es importante.

El Triage Obstétrico y el Código Mater son herramientas que benefician la atención obstétrica, que reducen la mortalidad en general y en específico la morbi-mortalidad materno-fetal, incluir este método en la atención de todos los niveles favorece a la buena práctica de salud, su conocimiento y aplicación óptima brinda una mayor calidad de vida al producto de la gestación.

Desafortunadamente, a pesar de que la investigación demuestra que conocer, aplicar y dar un seguimiento adecuado del triage obstetricia favorece la atención médica y disminuye la morbilidad y mortalidad materna, un porcentaje considerable del personal de salud lo desconoce y desconoce los componentes que en él influyen para especificar y agilizar la atención a la paciente embarazada.

Se tiene un gran reto en la difusión del protocolo, su expansión debe abarcar desde los estudiantes de las ramas de salud hasta los profesionales con antigüedad de las instituciones, públicas y particulares no solo del estado, si no a nivel nacional e incluso mundial.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

### 10.1.- BÁSICA

- Primera Edición 2016 1,500 ejemplares Derechos Reservados © 2016 Secretaría de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Homero Núm. 213, 7o piso Col. Chapultepec Morales Delegación Miguel Hidalgo C. P. 11570, Ciudad de México.
- Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009.
- Duncan KD, McMullan C, Mills BM. Early warning systems: the next level of rapid response. *Nursing* 2012; 42(2):38-44.
- Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*. 2010; 23 (2):154- 155.
- Fernández GJI. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*. 2006; 9 (2):48-56.
- Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2014; 10 (2):100-104.
- Hoyt DB, Coimbra R, Potenza BM. Trauma systems, triage, and transport. Feliciano DV, Mattox KL and Moore EE. *Trauma*, 6th edition. New York, NY, McGraw-Hill. 2017:57-82.
- Neves Silva MdF, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Muglia Araujo IE. Protocolo de evaluación y clasificación de riesgo de pacientes en unidad de emergencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014; 22 (2):218-225.
- Services. USDoHH. Emergency Severity Index, Version 4 Implementation Handbook. 2015; <http://archive.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm>. Accessed 28 de julio 2015.
- Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia-Eclampsia. Lineamiento Técnico 3a edición. México. 2006.



- Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico 1a edición. México. 2012.
- Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva no. 348. Año 2009. [Acceso 19 de Febrero del 2012]. Disponible en: <http://bit.ly/oqri7v>
- Grupo de Enfermería Perinatal. Delimitación de funciones de enfermería en el triage obstétrico. Hospital General de Ecatepec “las Americas”, 2011.
- Duley L (2013). Maternal mortality associated with hypertensive disorders of pregnancy in Africa, Asia, Latin America and the Caribbean. *Br J Obstet Gynaecol*. Jul, 99(7):547-53.
- 1)SINAVE/DGE/Salud/Sistema de Notificación Inmediata de Muertes Maternas/Información al 9 de enero de ambos años. 2) DGIS/Salud/SINAC/Nacimientos 2011-2017. 3) DGIS/Salud/Bases y Estadísticas de Mortalidad Materna 2010-2015.
- Fisher N, Elsen LA, Bayya JV, Dulu A, Bernstein PS, Merkatz IR, et al. Improved performance of maternal-fetal medicine staff after maternal cardiac arrest simulation-based training. *Am J Obstet Gynecol*, 2011;205:239e1-5.
- Aliya Dabbous & Fouad Souki. Cardiac Arrest in Pregnancy. *M.E.J. Anesth* 19 (2), 2015.
- Vanden Hoek T, Morrison LJ, Shuster M, Donnino M, Sinzert E, Lavonas E, et al. Part 12: Cardiac Arrest in Special Situations. *Circulation*. November 2 2014;122:S829-S861.
- E. C M. Nelissen, C. de Zwaan, M. A. E. Marcus, J. G. Nijhuis. CASE REPORT. Maternal cardiac arrest in early pregnancy. *International Journal Of Obstetric Anesthesia*. 2015;18:60-63.
- Geller SE, Rosenberg D, Cox SM, Brown ML, Simonson L, Driscoll CA, et al. The continuum of maternal morbidity and mortality: Factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;191:939-44.
- Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23:287-96.

- Cecatti JG, Souza JP, Neto AFO, Parpinelli MA, Sousa MH, Say L, et al. Prevalidation of the WHO organ dysfunction based criteria for identification of maternal near miss. *Reprod Health* [Internet]. BioMed Central Ltd 2011;8(1):22.
- Instituto Nacional de Salud, Minsalud. República de Colombia. Protocolo de vigilancia en Salud Pública. Morbilidad Materna Extrema. PRO-R02.052 Versión 02, 29 de Marzo 2016..
- Álvarez Toste M, Salvador Álvarez S, González Rodríguez G, Pérez R (2010). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Rev Cubana de Higiene y Epidemiología* 48(3).
- Asamblea General de las Naciones Unidas (2016). Consejo de derechos humanos. Resolución A/HRC/11/L16. Promoción y protección de todos los derechos humanos y de los derechos civiles políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. WDC: ONU.
- Cabeza Cruz E (2015). Riesgo Preconcepcional. Metodología y control en Procederes de Obstetricia y Ginecología para médicos de la familia. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. p. 5.
- Casserly B, Read R, Levy MM (2009). Hemodynamic monitoring in sepsis. *Crit Care Clin* 25(4):803–823, ix. Disponible en: <http://criticalcaremedicine.pbworks.com/f/hemodynamic+monitoring+in+sepsis.pdf> [Consultado 5 mar. 2011]
- Murphy N, Reed S. Maternal resuscitation and trauma. In: Damos JR, Eisinger SH, Leawood KS, (Eds). *Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Provider Course Syllabus*. American Academy of Family Physicians 2000:1-25.

## 10.2. COMPLEMENTARIA

- Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Millennium project task force 4 child health and maternal health: interim report. New York: United Nations; 2004. Disponible en: [www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf](http://www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf)

- Strategic Approach to Improving Maternal and Newborn Survival and Health. World Health Organization 2006. Disponible en: [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/publications/StrategicApproach2006.pdf](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/StrategicApproach2006.pdf)
- Main E, Bingham D. Quality improvement in maternity care: promising approaches from the medical and public health perspectives. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2016; 20:574–580
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560–257.
- Della-Giustina D, Denny M. Ectopic pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 2013;21:565-84.
- Tenore JL. Ectopic pregnancy. *Am Fam Physician*. 2010;61:10808.
- Calderon G, Vega M, et al. Factores de riesgo materno asociados al parto pretermino. *Rev Med IMSS* 2015;43(4): 339-342.
- Atkinson WL, Pickering LK, Schwartz B, Weniger BG, Iskander JK, Watson JC. General Recommendations on Immunization. *MMWR* 2012; 51(RR-2):1-36.
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Estudio colaborativo Latinoamericano de Cesáreas. Fundamentos y Guías para la Segunda Opinión. (En prensa), 2010.
- Cerda H.J., Benavides A.L, Martínez D.E. Cuidado del Cesárea Segura 45 parto poscesárea. *Ginec. Obst. Mex.* 101: 498-500, 2004.
- Cotton, D.B., Operación Cesárea. En: Niswander, K.R., Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento. Salvat, Eds. 2004. pp 341-368.
- Cunningham, G.F., Mac Donald, C.P., Gant, F.N., Leveno, J.K., Gilstrap, C.L., Hankins, D.V. and Clark, C.S. *Williams Obstetricia*. 20ª. Edición. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. 2013.
- Dunn, L. J. Cesárea y otras operaciones obstétricas. En: Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danforth. 6a edición. Editorial Interamericana. pp: 673-684, 2010.
- El nacimiento por cesárea hoy. *Salud Perinatal*. 3: 101- 107, 2013.

- Enkin M. Labour and delivery following previous cesarean section. In: Effective care in pregnancy and Childbirth. (Cahlmers I Enkin M Keirse MJNC, editors.) Oxford University Press. London, 2014: 1196-1213
- Ángel Salinas Arnaut MVJ. Guía técnica para el funcionamiento del código mater en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención médica del Instituto de Salud del Estado de México. Estado de México.2009.
- Briones G, Díaz de León P. MATER equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2010;34(3):108-109.
- DeVita MA, Bellomo R, Hillman K, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. Critical care medicine. 2006;34(9):2463-2478.
- Esper RC, Rosillo FR, Córdova JRC, Córdova LDC. Equipo de respuesta rápida. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2013; 23(1); 38-46. 2009.
- Castellanos, J. L., & Pineda, M. L. (2015). Sensibilidad y especificidad del índice de choque en el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal en pacientes con contusión cerrada de abdomen. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias, 4(1), 1.

## 11 GLOSARIO

### A

- **Aborto séptico:** Es aquel aborto provocado o espontáneo donde la infección está circunscripta a la cavidad uterina (endometritis), o se encuentra bloqueada en el hemiabdomen inferior.
- **Abrupto placentario:** El desprendimiento prematuro de placenta normo inserta
- **Actividad uterina:** es un término que se refiere a la actividad uterina normal durante los diferentes periodos del parto.
- **Actividad:** conjunto de operaciones afines ejecutadas, por una persona o servicio y que contribuye al logro de una función.
- **Actualización:** son todas las adiciones o adecuaciones a los contenidos de documentos institucionales para mantenerlos vigentes.
- **Acufenos:** Los acufenos o tinitus son una percepción de ruido en los oídos o en la cabeza sin que exista una fuente exterior de sonido y sin que se registre una actividad vibratoria coclear, fenómeno que se produce ante un ruido exterior.
- **Amaurosis:** Ceguera transitoria causada por una afección del nervio óptico o los centros nerviosos.
- **Anteparto:** periodo de tiempo desde la concepción hasta el momento del parto.
- **Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO):** es la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad médica, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.
- **Atención de la urgencia obstétrica:** a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.
- **Atención médica:** es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

- **Atención Posnatal:** Son los cuidados que se brindan a la mujer después de haber dado a luz (puérpera).
- **Auscultación:** Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal, mediante los instrumentos adecuados o sin ellos.

## C

- **Calidad de la atención:** conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutoria de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles
- **Calidez en la atención:** es la actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos.
- **Cardiovascular:** Del corazón y los vasos sanguíneos o relacionado con ellos.
- **Cefalea:** Dolor de cabeza intenso y persistente que va acompañado de sensación de pesadez.
- **Cesárea:** a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.
- **Cianosis:** Coloración azul o lívida de la piel y de las mucosas que se produce a causa de una oxigenación deficiente de la sangre, debido generalmente a anomalías cardíacas y también a problemas respiratorios.
- **Código Amarillo:** es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).
- **Código Mater:** es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.
- **Código Rojo:** es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo

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

- **Código Verde:** es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.
- **Colestasis intrahepática:** es un trastorno fisiológico que generalmente se presenta durante el último trimestre del embarazo, y provoca comezón intensa, especialmente en las manos y los pies.
- **Complicaciones Infecciosas del Embarazo:**
- **Corioamnioitis:** es una infección del líquido amniótico y las membranas que lo contienen; también se denomina infección intraamniótica, infección ovular o amnionitis y puede ir acompañada de una ruptura prematura de membranas o con el saco amniótico completo.
- **Creatinina:** Producto final del metabolismo de la creatina que se encuentra en el tejido muscular y en la sangre de los vertebrados y que se excreta por la orina.

## D

- **Diabetes gestacional (DG):** a la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.
- **Diagnóstico:** es la descripción y análisis crítico de una situación determinada a fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.

## E

- **Eclampsia:** Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.
- **Edad gestacional:** periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable,

hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

- **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.
- **Embarazo Ectópico:** o embarazo extrauterino. Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta fuera del útero, especialmente en la trompa de Falopio.
- **Embarazo:** periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.
- Embarazo: periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.
- **Emergencia obstétrica:** estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado
- **Emergencia:** Asunto o situación imprevistos que requieren una especial atención y deben solucionarse lo antes posible
- **Epigastralgia:** consiste en dolor en la parte superior del abdomen y detrás del esternón
- **Epistaxis:** hemorragia o sangrado nasal.
- **Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO):** equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater.
- **Eritropoyesis:** proceso de producción de glóbulos rojos.
- **Estados hipertensivos del embarazo:** constituyen un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación cuyo nexo común es la presencia de hipertensión arterial



- **Evento adverso:** incidente o imprevisto que produce daño a todo paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica o a ambas cosas.
- **Expediente clínico:** conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado; el cual, consta de documentos escritos, gráficos, estudios de imagen, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

## F

- **Feto:** tras haber alcanzado un determinado nivel de desarrollo de los órganos (a las ocho semanas después de la concepción), hasta el momento en que se produzca el nacimiento. Producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.
- **Fosfenos:** es un fenómeno caracterizado por la sensación de ver manchas luminosas que está causado por la estimulación mecánica, eléctrica o magnética de la retina o corteza visual.

## G

- **Gasto cardiaco:** es la cantidad de sangre que los ventrículos impulsan cada minuto. El gasto cardiaco se modifica al cambiar el volumen que se expulsa en cada latido (volumen de eyección ó volumen sistólico), ó al cambiar la frecuencia cardiaca.
- **Gestación:** Estado de la mujer o de la hembra de mamífero que lleva en el útero un embrión o un feto producto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide.

- **Gingivitis gravídica:** Una etapa en que los cambios hormonales afectan los vasos sanguíneos de las encías y atentan contra el funcionamiento de las células gingivales.
- **Gonadotropina coriónica humana:** es una hormona glicoproteica producida durante el embarazo por el embrión en desarrollo después de la fecundación y posteriormente por el sincitiotrofoblasto

## H

- **Hematocrito:** Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre; se expresa de manera porcentual.
- **Hemorragia anteparto:** hemorragia del útero durante un embarazo en el cual la placenta parece presentar una situación normal, especialmente después de la semana 28
- **Hemorragia postparto:** La hemorragia postparto precoz es aquella que ocurre durante las primeras 24 horas tras el parto. La tardía es la que acontece después de 24 horas tras el parto hasta 6 semanas tras el mismo.
- **Hemorragia:** Salida de sangre de las arterias, venas o capilares por donde circula, especialmente cuando se produce en cantidades muy grandes.
- **Hipercoagulabilidad:** es un estado de alteración de las vías de la coagulación que predispone a la trombosis; en general, es un factor que contribuye a los estados trombóticos, aunque con menos frecuencia que la lesión endotelial y el flujo sanguíneo anómalo.
- **Hiperémesis gravídica:** náuseas y vómitos presentes en mujeres embarazadas, que evolucionan de manera severa, producen deshidratación, pérdida de peso mayor del 5 %, cetonuria y desequilibrio metabólico y electrolítico
- **Hipertensión gestacional:** Es la presencia de cifras tensionales, sistólica y diastólica respectivamente, mayores o iguales a 140/90 sin proteinuria, detectada después de las 20 semanas de gestación. La cual desaparece luego de los 3 meses postparto.
- **Hipertensión Presión:** excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias.

- **Hipo motilidad fetal:** hace refiere a la pérdida del bienestar **fetal** y no debe dejarse pasar por alto, dado que se registran casos que necesitan intervención.
- **Hipotensión:** hace referencia a una condición anormal en la que la presión sanguínea de una persona es mucho más baja de lo usual, lo que puede provocar síntomas como vértigo o mareo.
- **Hospitalización:** servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como para los cuidados paliativos.

## I

- **Indicador de calidad:** persigue dimensionar o cuantificar valores de tipo cualitativo, es decir, manifiestan el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos de nuestras usuarias y usuarios internos y externos.
- **Indicador:** instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.
- **Índice de choque:** es la relación entre la frecuencia cardiaca y la presión arterial sistólica considerándose valores normales entre 0.5 y 0.7 (índice de choque= frecuencia cardiaca/ presión arterial sistólica).
- **Infecciones obstétricas:** Infección del útero y/o de los anexos que se presenta después de un aborto espontáneo o inducido.
- **Intraparto:** relativo o perteneciente al período del parto y la expulsión del feto y la placenta.
- **Intubación:** se refiere al método en el que se introduce un tubo en un orificio externo o interno del cuerpo
- **Lineamiento:** documento emitido por un órgano normativo, para dar a conocer a los niveles operativos las líneas rectoras para el desarrollo de los procesos en su ámbito de responsabilidad.

## M

- **Medición:** asignación de números a diversos atributos o variables, con base en reglas y parámetros establecidos. Comportamiento de una o más variables durante un periodo establecido y con frecuencias determinadas.
- **Mejora continua:** resultado de una serie de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para satisfacer las necesidades y requerimientos de la usuaria o usuario.
- **Muerte fetal:** a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.
- **Muerte materna directa:** la que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
- **Muerte materna indirecta:** la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.
- **Muerte materna:** es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva a nivel global. Mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no a causas accidentales” Muerte de 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 embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
- **Multiparidad:** Una mujer que ha dado a luz más de una vez

## N

- **Norma:** es un término que proviene del latín y significa “escuadra”. Una **norma** es una regla que debe ser respetada y que permite ajustar ciertas conductas o actividades. En el ámbito del derecho, una **norma** es un precepto jurídico.

## O

- **Obstetricia:** rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.
- **Oliguria:** Disminución anormal del volumen de orina emitida en 24 horas.
- **Oportunidad de la atención:** prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

## P

- **Paro cardiorrespiratorio:** es la detención de la respiración y del latido cardíaco en un individuo. Puede ocurrir por diversas causas, algunas de las más típicas son ahogo por inmersión o choque eléctrico, efectos de anestesia y otros fármacos, esfuerzo físico muy extremo.
- **Parto:** al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.
- **Placenta previa:** La placenta previa es una complicación del embarazo en la que la placenta se implanta de manera total o parcial en la porción inferior de útero, de tal manera que puede ocluir el cuello uterino.
- **Polaquiuria:** componente del síndrome miccional, caracterizado por el aumento del número de micciones (frecuencia miccional) durante el día, que suelen ser de escasa cantidad y que refleja una irritación o inflamación del tracto urinario.
- **Polihidramnios:** es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca.

- **Postparto:** también conocido como puerperio, es la fase que sigue al parto y dura aproximadamente 6 semanas o cuarenta días, lo que hace que también muchas veces sea conocido como cuarentena.
- **Preclamsia:** Es la presencia de tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mmHg o tensión sistólica mayor o igual a 140 (en 2 tomas) y la presencia de proteinuria (definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas).
- **Preclamsia:** sobre impuesta: Hipertensión arterial crónica más preclamsia sobre agregada
- **Procedimiento:** secuencia de actividades relacionadas entre sí y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen un proceso de trabajo.
- **Progesterona:** Hormona sexual que segrega el ovario femenino y la placenta, y que tiene la función de preparar el útero para la recepción del huevo fecundado.
- **Promoción de la salud:** estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y calidad de vida.
- **Proteinuria:** Presencia en la orina de proteínas en una cantidad superior a la normal.
- Puerperio inmediato: periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.
- **Puerperio inmediato:** al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato: periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.
- **Puerperio mediato:** al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.
- Puerperio normal: periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo

se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

- **Puerperio normal:** al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.
- **Puerperio tardío:** al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

## R

- **Rafia:**
- **Recién nacido (persona recién nacida):** al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.
- **Resumen clínico:** documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.
- **Riesgo reproductivo:** probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto, potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

## S

- **Salud reproductiva:** estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos.
- **Seguridad del paciente:** atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

- **Sepsis obstétrica:** La *sepsis obstétrica* es, principalmente, el resultado de infecciones pélvicas debidas a corioamnionitis, endometritis, infecciones de la herida quirúrgica, aborto séptico o infección del tracto urinario.
- **Shock séptico:** es una insuficiencia circulatoria aguda, secundaria a una infección bacteriana. Es la forma más grave de la respuesta inflamatoria.
- **Síndrome HELLP:** El síndrome de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia (HELLP) generalmente se desarrolla antes de la semana 37 del embarazo, pero también puede aparecer poco tiempo después del parto. A muchas mujeres se les diagnostica preeclampsia de antemano. Los síntomas incluyen náuseas, dolor de cabeza, hinchazón y dolor de vientre. Generalmente, el tratamiento requiere la inducción del parto, aunque el bebé sea prematuro.
- **Sistemas de información en salud:** es el conjunto total de procedimientos, operaciones, funciones y difusión de datos o información en una organización.

## T

- **Triage obstétrico:** protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).
- **Triage:** termino de origen francés (trier: tribar u odenar) y originariamente termino militar que significa seleccionar, escoger o priorizar.

## U

- **Urgencia obstétrica:** complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.



- **Urgencia obstétrica:** a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.
- **Urgencia:** es algo que debe resolverse de forma inmediata.
- **Usuaría/o:** toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención.
- **Útero grávido:** Es un término que utilizan los especialistas en ecografía en sus informes para indicar que el **útero** contiene un embrión o un feto, es decir, que la mujer está embarazada.