



**RUTA INTEGRAL
DE ATENCIÓN EN
SALUD
PARA LA POBLACIÓN
MATERNO PERINATAL**



INTEGRANTES

Estudiantes de 7°

semestre de enfermería

Karen Daniela Contreras Delgado

Jennifer Astrid Vega Diaz

Willendy Traslaviña Ojeda

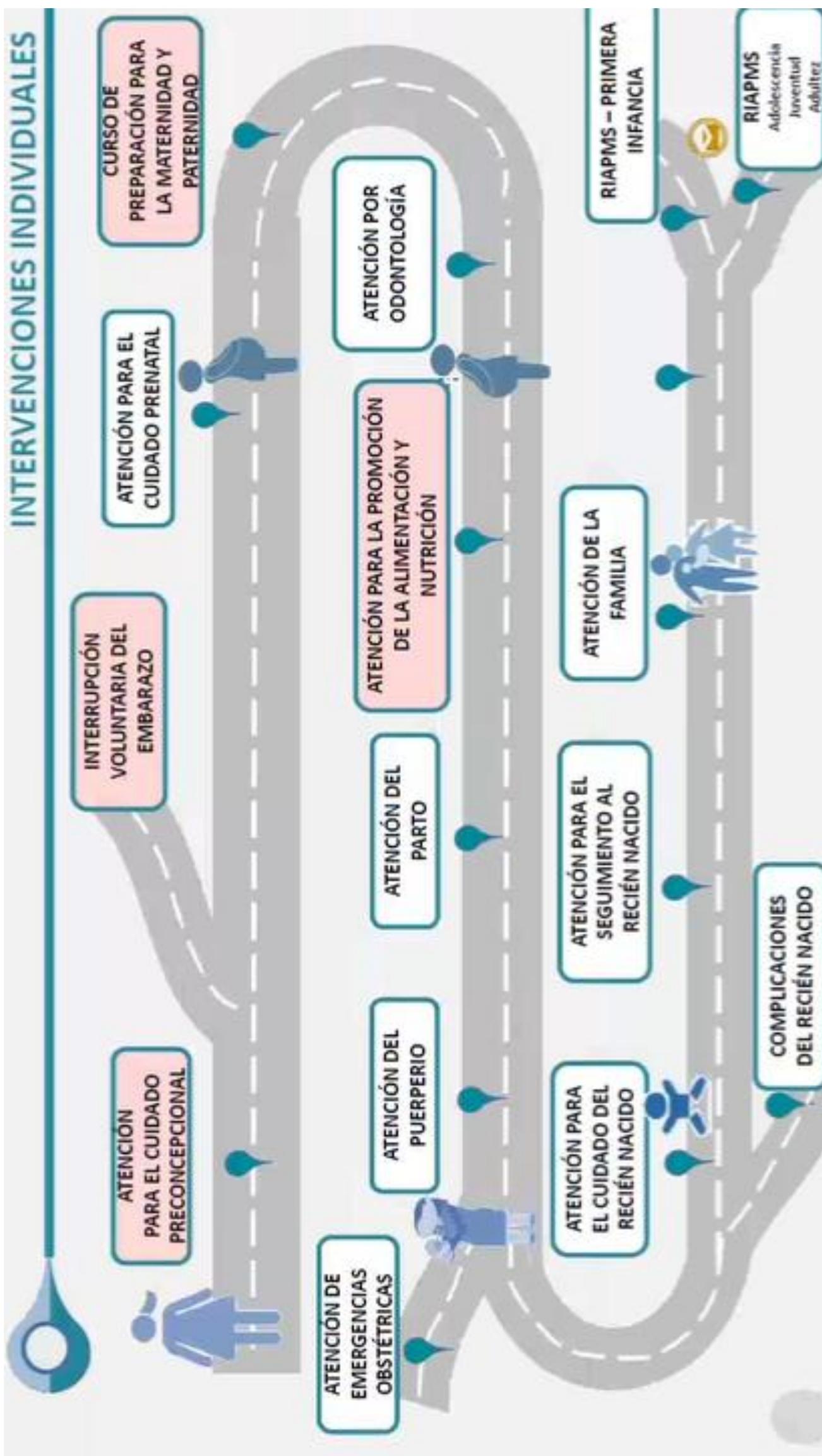
Brigitte Jaimes Ramirez

Yoeric Prada Fernandez



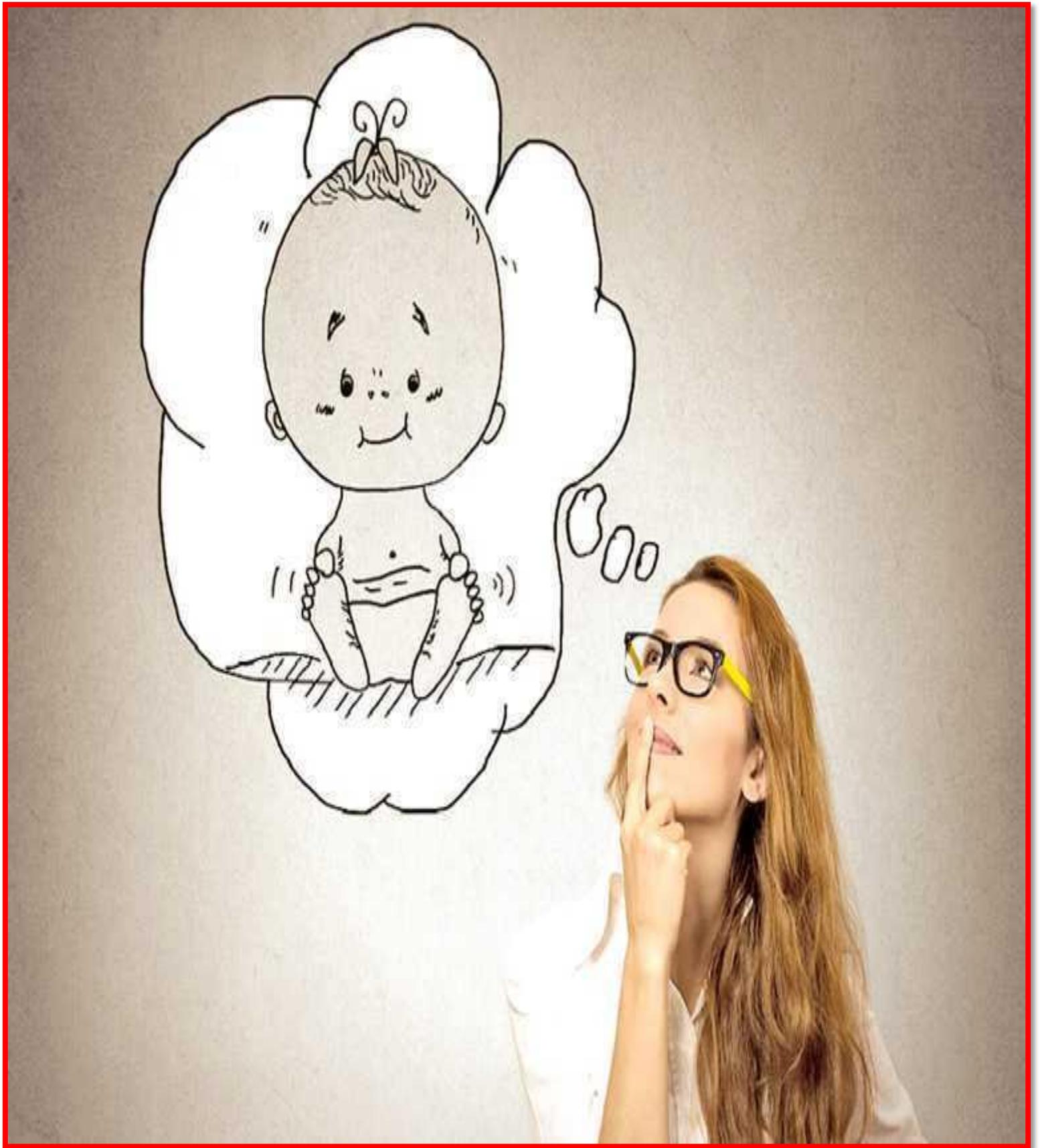
RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN

MATERNO PERINATAL



SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DEL 2018

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO



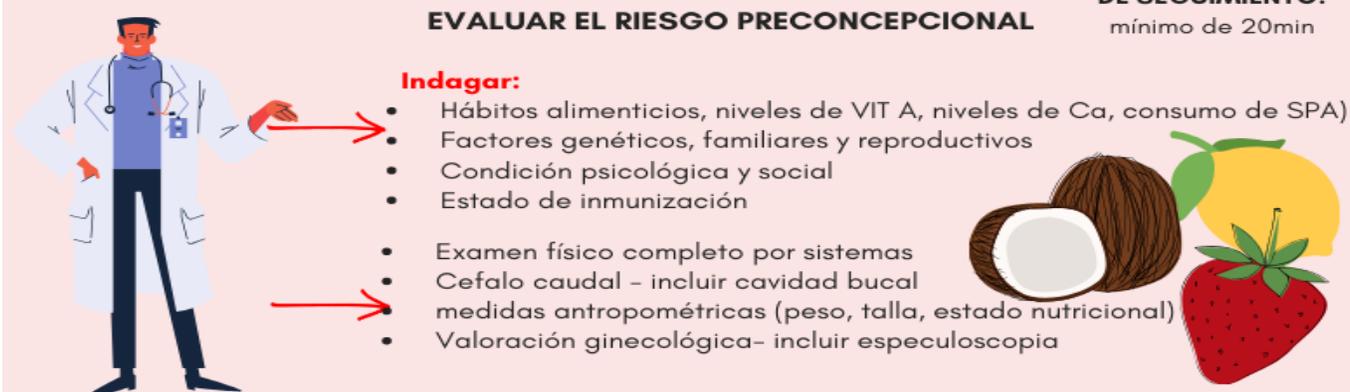
PRECONCEPCIONAL

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRECONCEPCIONAL

GARANTIZA: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LA MUJER QUE DESEA QUEDAR EMBARAZADA



EVALUAR EL RIESGO PRECONCEPCIONAL



Exámenes paraclínicos : en primera consulta o control

- Antígeno superficie hepatitis B
- Citología
- Glucemia en ayunas
- Hemoclasificación
- Hemograma
- Hemoparásitos
- VIH (prueba rápida)
- IgG G toxoplasma, rubéola, varicela
- Prueba treponémica rápida de sífilis
- Urocultivo con concentración mínima inhibitoria(CMI)



Suplementación con Micronutrientes



Sí la mujer tiene antecedentes de recién nacidos con defectos del tubo neural

0,4 MG X DÍA evita defectos del tubo neural

4 MG X DÍA DURANTE 3 MESES PREVIOS A LA GESTACIÓN

PLAN INTEGRAL DE CUIDADO PRIMARIO

- Parto prematuro previo:** educar sobre beneficios de la progesterona en el futuro embarazo
- Enfermedad tromboembólica venosa:** asesoría especializada
- Cesárea previa:** esperar al menos 18 meses antes del nuevo embarazo
- Abortos previos:** detectar anticuerpos antifosfolípidicos, cariotipo y evaluación de anatomía uterina por ginecologo
- Muerte fetal previa:** comunicar el riesgo elevado para futuros embarazos
- Período intergenésico <18 meses:** al menos de 18 meses para evitr complicaciones maternas y fetales
- Incompatibilidad Rh:** determinar grupo sanguíneo de la mujer y su pareja analizar paridad y antecedente de profilaxis con Ig anti-D: DEFINIR EL RIESGO DE INMUNIZACIÓN EN UNA GESTACIÓN POSTERIOR
- Preeclampsia:** analizar hipertensión residual y nefropatía
- Antecedente de recién nacido con peso <2500 gr:** dar tratamiento a las infecciones locales y sistémicas que la mujer o su pareja presentan
- Antecedente de recién nacido macrosómico:** control metabólico previo y durante la gestación a mujeres con DM
- Antecedente de hemorragia postparto:** evaluar la condición de anemia
- Antecedente de enfermedad trofoblástica gestacional:** evaluar la viabilidad del futuro embarazo
- Antecedente de depresión postparto:** valorar transtornos mentales y posible epilepsia
- Hombre transgénero:** atención por ginecología y endocrinología
- Infertilidad:** histerosalpingografía + espermograma

Planificación de la familia

Espaciamiento de los hijos

Prevención de gestación no deseada: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Nutrición

Vacunas: COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL MENOS 3 MESES ANTES DE LA GESTACIÓN

Importancia del control prenatal temprano

Derechos reproductivos

Riesgo de alteraciones genéticas durante la gestación



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA



DEL EMBARAZO



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

TALENTO HUMANO

ENFERMERÍA-MEDICINA GENERAL-GINECOLOGÍA-PSICOLOGÍA-
TRABAJO SOCIAL



PRIMERA CONSULTA

Es una consulta de asesoría en donde se dan a conocer las opciones frente al embarazo al terminar la IVE se dará oferta anticonceptiva post aborto antes del alta

1

CONSULTA INICIAL: ANAMNESIS

Confirmar el embarazo
Conocer la edad gestacional
Confirmar el embarazo intrauterino
Valorar dimensiones (física, social, mental y emocional)
Antecedentes médicos, familiares y personales



CONSULTA INICIAL: EXAMEN FÍSICO

Confirmar el embarazo
Estimar duración del embarazo: con examen pélvico bimanual o por paraclínicos
Identificar signos de embarazo de semana 6 y 8: reblandecimiento cervical y/o istmo, reblandecimiento y elongación del útero



CONSULTA INICIAL: EXAMEN FÍSICO

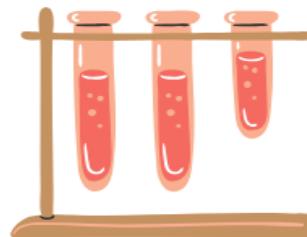
MENOR TAMAÑO DEL ÚTERO: embarazo menos avanzado (medir gonadotropina corionica humana, realizar ecografía transvaginal)

MAYOR TAMAÑO DEL ÚTERO:
embarazo múltiple
miomas
enfermedad trofoblástica gestacional

1

CONSULTA INICIAL: PARACLÍNICOS

Hemoclasificación
Cuadro hemático (ante sospecha de anemia y eventual hemorragia)
OFRECER prueba rápida de VIH, prueba treponemica rápida de sífilis
Exploración ecografica (no es necesaria si el IVE se realiza en el primer trimestre a excepción de la presencia de un embarazo ectópico)



ORIENTACIÓN Y ASESORÍA

Decisión y certificación ante las causales de sentencia C-355 del 2006



1. el embarazo representa riesgo para la vida de la madre
2. malformación fetal incompatible con la vida
3. embarazo producto de violación, incesto, inseminación artificial involuntaria

OBTENER EL CONSENTIMIENTO: TIEMPO MÍNIMO PARA REALIZAR EL IVE 5 DÍAS HÁBILES.

3

IVE FARMACOLÓGICO

MIFEPRISTONA(VO) +MISPROSTOL (VV,VSL, VO, VB)

Cuando se aplica después de la sem. 10: contar con aspiración al vacío y evacuación uterina en caso de retención de restos ovulares después de la expulsión

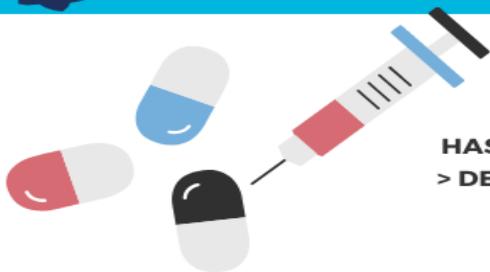
Cuando se aplica después de la sem. 20: realizar inducción de asistolia fetal antes de inducir el parto con inyección de cloruro de potasio - inyección de digoxina intramniótico o intrafetal (1 día antes + la MIFEPRISTONA)





INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

3



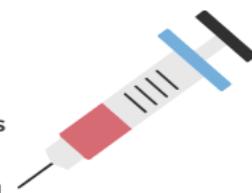
IVE NO FARMACOLÓGICO

HASTA LA SEMANA 15: aspiración al vacío manual o eléctrica
> DE LAS 15 SEMANAS: dilatación y evacuación (D y E) usando aspiración y pinzas

3

IVE NO FARMACOLÓGICO

PREPARACIÓN CERVICAL: dilatación cervical con dilatadores osmóticos o mecánicos
PREVENCIÓN DEL DOLOR: ibuprofeno 800mg media hora antes del IVE
PREVENCIÓN DE INFECCIÓN POST ABORTO: doxiciclina 100mg antes y 200mg después del procedimiento. Metronidazol en la lactancia materna o alergia a la doxiciclina.



4

RECUPERACIÓN POST ABORTO ABORTO EN PRIMER TRIMESTRE:

Anestesia local: recuperación en 30-60 min
Anestesia general: más tiempo



Mujer Rh (-) y pareja Rh (+)
administrar inmunoglobulina anti-D

HASTA sem. 11: 50mcg
>12 sem. :300mcg

Vigilar dolor (analgésicos y antiespasmódicos)
proporcionar apoyo y comodidad

4

ASESORÍA Y PROVISIÓN ANTICONCEPTIVA

REALIZAR ANTES DEL ALTA

En caso de que la mujer ya haya iniciado un método anticonceptivo: asignar cita para próximo control del método anticonceptivo



5



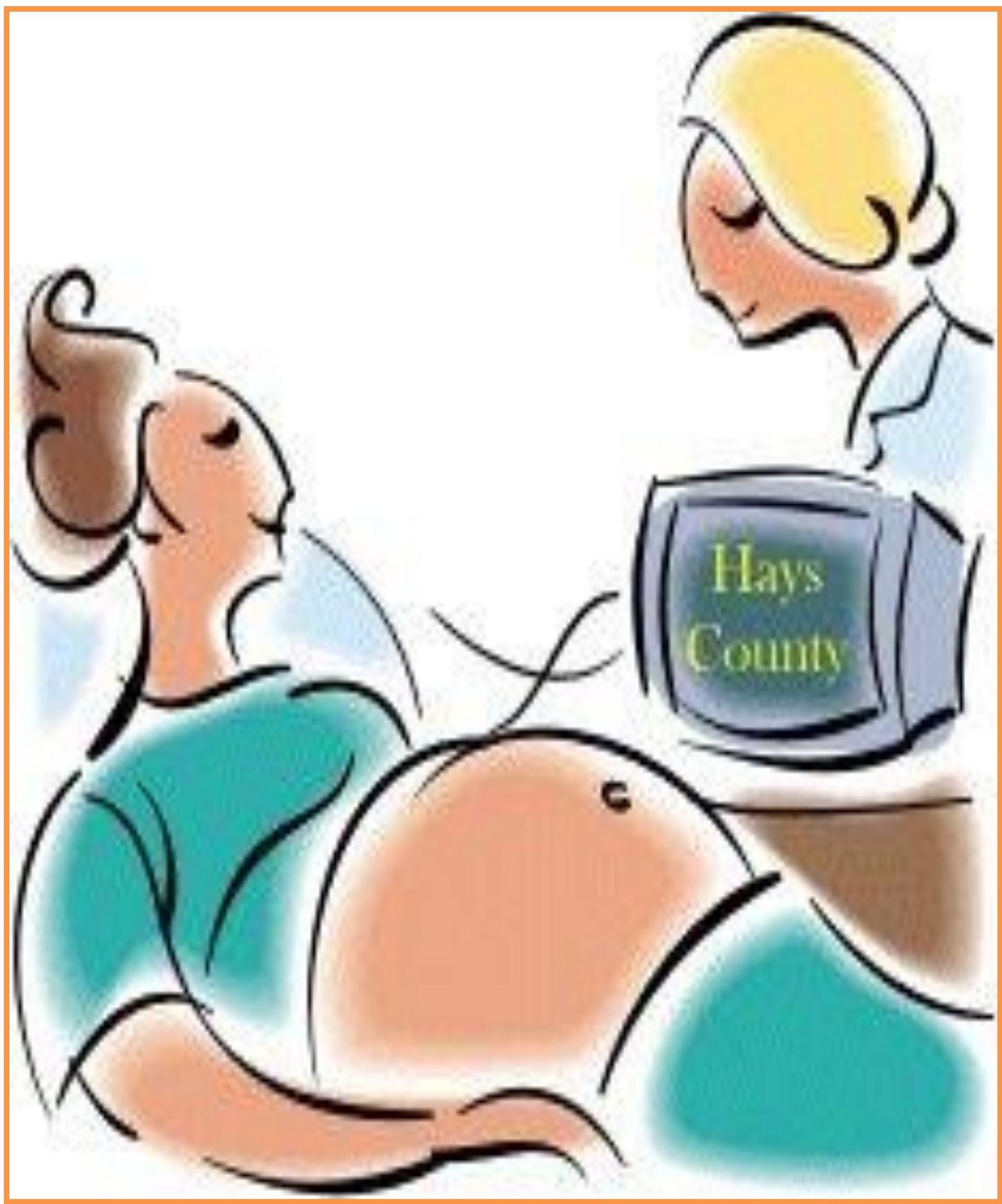
CONSULTA DE SEGUIMIENTO

Consultar en caso de persistencia de :

- 1.fiebre
- 2.dolor abdominal severo
- 3.sangrado >2 toallas higiénicas empapadas en 1 hora por más de 2 horas consecutivas.



ATENCIÓN PARA EL CUIDADO



PRENATAL

ATENCIÓN PARA EL CUIDADO PRENATAL



MEJORAR LA SALUD MATERNA, PROMOVER EL DESARROLLO FETAL, IDENTIFICAR E INTERVENIR LOS RIESGOS EN LA GESTACIÓN, GENERAR CONDICIONES ÓPTIMAS PARA UN PARTO SEGURO

1
2
3
4
5
6

INSCRIPCIÓN AL CONTROL PRENATAL

PRIMERA CONSULTA CON MÉDICO GENERAL

MEDICAMENTOS

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO

EXÁMENES PARACLÍNICOS

PREPARACIÓN PARA EL PARTO

RUTA PRENATAL

Lo ideal es que el control prenatal inicie después de la primera falta de menstrual y antes de la semana 10 de gestación



¿QUIÉN DA LA ASESORÍA?

Enfermería
Odontología
Medicina general
Nutricionista
Psicología
Trabajo Social



CONSULTAS

PRIMERA CONSULTA

Es realizada por médico general y se debe identificar el riesgo obstetrico: **BAJO O ALTO RIESGO**

DURACIÓN: <10sem.

30 minutos

>10,>26 sem. 40 minutos



DE SEGUIMIENTO

BAJO RIESGO: los realiza enfermería de manera mensual hasta la semana 36 , antes de la semana 36 pasa con médico y se remite a ginecología . El control a partir de la sem.36 hasta la 40 los realiza el médico cada 15 días.

ALTO RIESGO: los realiza medico, ginecologo perinatologo.

DURACIÓN: 20min

ATENCIONES QUE SE DAN

1. Asesorar sobre opciones durante el embarazo
2. Valorar estado de salud de la gestante
3. Identificar factores protectores y de riesgo biológicos y psicosociales
4. Detectar precozmente alteraciones
5. Brindar información en salud
6. Establecer el plan integral de cuidado



NO ENTIENDES EL SIGNIFICADO DE LA VIDA, HASTA QUE LA SIENTES DENTRO DE TI

Primera Consulta



1
2

Asesorar sobre opciones durante el embarazo (derecho al IVE)

Valorar estado integral de la gestante o identificación de factores de riesgo

ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES

patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxicos, alérgicos), valoración psicosocial, depresión postparto

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

menarquia, patrón de ciclos menstruales, FUM, métodos anticonceptivos, ITS, citología, presencia de flujo vaginal

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

No. de gestaciones, intervalos intergenésicos, abortos ectópicos, molas, placenta previa, abruptio, RPM, oligo y polihidramnios, No. de partos y cesáreas, hemorragia obstétrica

ANTECEDENTES FAMILIARES GESTACIÓN ACTUAL

EXAMEN FÍSICO

Completo por sistemas
Céfalocaudal-cavidad bucal
signos vitales

Tomar medidas antropométricas

Valoración ginecológica

Valoración obstétrica

PESO, TALLA, ALTURA UTERINA, VALOR ESTADO NUTRICIONAL



IMC <20KG/M2: ganancia de 12-18kg
IMC 20-24.9KG/M2: ganancia de 10-13kg
IMC 25-29.9KG/M2: ganancia de 7-10kg
IMC >30KG/M2: ganancia de 6-7kg

Examen genital (valorar cuello, tamaño, posición uterina y anexos),
Comprobar la existencia de la gestación
Descartar gestación extrauterina
Investigar patología anexial
Número de fetos
Situación y presentación fetal
Fetocardia
Movimientos fetales



Primera Consulta



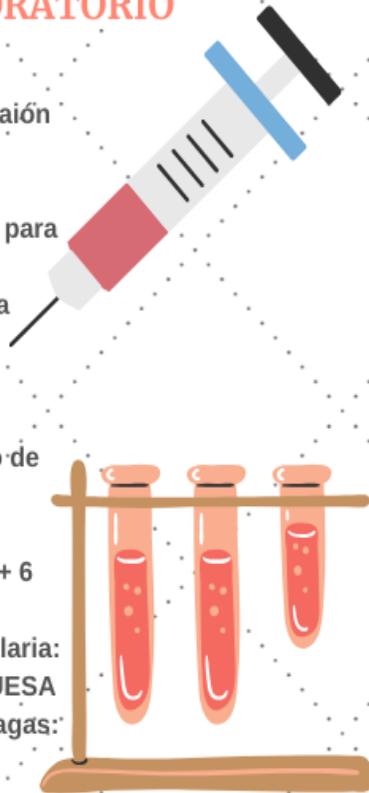
1
2

Asesorar sobre opciones durante el embarazo (derecho al IVE)

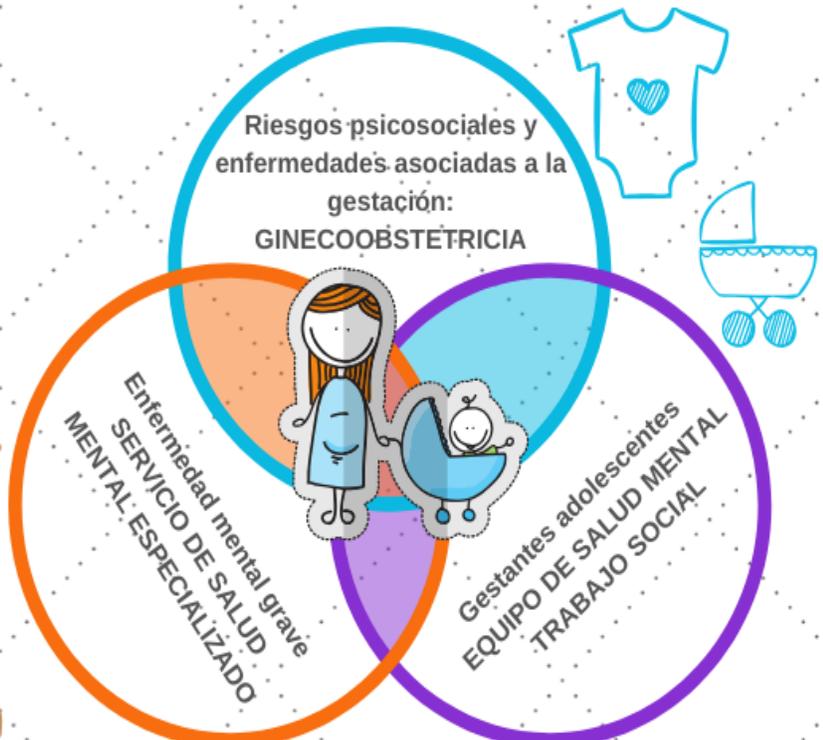
Valorar estado integral de la gestante o identificación de factores de riesgo

EXAMENES DE LABORATORIO

- Urocultivo y antibiograma
- Hemograma y hemoclasificación
- Glicemia
- Prueba rápida para VIH
- Prueba treponémica rápida para sífilis
- Antígeno de superficie para Hep.B
- Pruebas IgG rubéola y toxoplasma
- Prueba IgG y IgM para caso de toxoplasma
- Citología
- Ecografía entre la 10 sem. + 6 días y 13 sem. + 6 días
- En zonas endémicas de malaria: TAMIZAJE CON GOTA GRUESA
- En zonas endémicas de chagas: TAMIZAJE PRUEBA ELISA



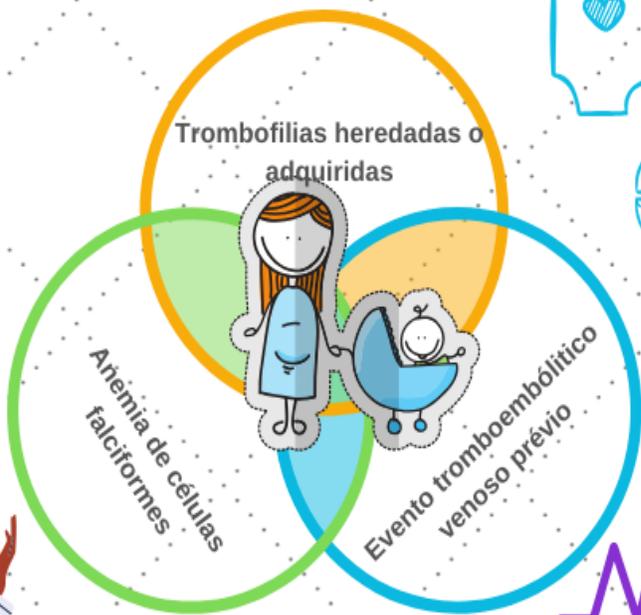
VALORACIÓN DEL RIESGO MATERNO



Primera Consulta



RIESGO DE EVENTO TROMBOEMBÓLITICO



PLAN DE MANEJO

1. MICRONUTRIENTES: **ÁCIDO FÓLICO:** hasta la semana 12 0.4mgxdía, alto riesgo de defectos del tubo neural: 4mgxdía. **CALCIO:** 1200mgxdía a partir de la sem. 14 para disminuir riesgo de preeclampsia. **HIERRO:** consumo rutinario, si hay Hb.> 14g/dl no se requiere.

2. VACUNACIÓN: toxoide tetánico diftérico del adulto (Td), influenza estacional a partir de la sem. 14, tetanos, difteria y tos ferina acelular (Tdap) a partir de la sem. 26

3. INFORMACIÓN EN SALUD: factores protectores en la gestación, servicio a los que tiene derecho, orientar en signos de alarma (HTA, cefalea, trastornos visuales y auditivos, epigastralga, edemas, etc), barreras lingüísticas, desparasitación en 2° y 3° trimestre con ALBENDAZOL 400MG UD VO

PRUEBA TREPONÉMICA RÁPIDA (+)

NO HACER PRUEBA DE SENSIBILIDAD A LA PENICILINA



ANTECEDENTES DE ALERGIAS EN HISTORIA CLÍNICA



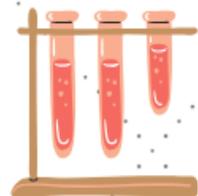
SÍ

NO



Desensibilizar con penicilina Vpotásica

Aplicar penicilina benzatinica 2.400.000 UI IM en el mismo momento en que da positivo le prueba



Control prenatal de seguimiento

PUEDEN SER REALIZADOS POR MEDICINA O ENFERMERÍA A GESTANTES SIN FACTORES DE RIESGO

Valoración integral del estado de salud de la gestante

Identificar factores protectores o riesgos biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación. Hacer énfasis en identificar riesgo de VIOLENCIA.

Identificar la aparición de signos de alarma. Aplicar escala de riesgo biológico y psicosocial de HERRERA Y HURTADO en cada trimestre.

En la sem. 18 hacer preguntas para identificar el riesgo de depresión postparto

Examen físico

Completo por sistemas
Céfalo caudal

EVALUAR: después de la sem. 20

TA >140/90mmhg en al menos 2 ocasiones separadas por al menos 4 horas
TA >160/110mmhg en una sola toma

PREECLAMPSIA

Examen físico

CURVA DE GANANCIA DE PESO cuando esta inadecuada a la sem. 28

CONTINUAR CONTROL A CARGO DE EQUIPO DISCIPLINARIO ESPECIALIZADO

ALTURA UTERINA
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

SITUACIÓN Y PRESENTACIÓN FETAL:
A PARTIR DE LA SEM. 36



Exámenes paraclínicos

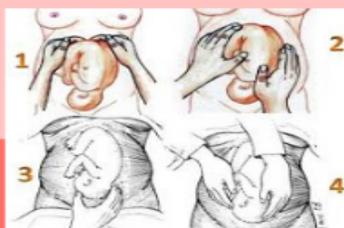
- Urocultivo de seguimiento
- Prueba inmunoglobulina (Ir) para toxoplasma
- Prueba de IgA para toxoplasmosis
- Prueba rápida para VIH(cada trimestre y en el momento del parto)
- Prueba treponémica rápida para sífilis(cada trimestre)
- Ecografía obstétrica cuando la altura uterina es < al percentil 10 o >al percentil 90.
- Ecografía obstétrica para detectar anomalías estructurales en sem. 18 y sem. 23+6días
- PTOG con 75gr de glucosa entre sem. 24 y 28
- Hemograma en sem. 28
- Tamización por estreptococo del grupo B con cultivo rectal y vaginal entre sem. 35-37
- En zona endémica de malaria: GOTA GRUESA
- Prueba de tamizaje ASSIST: consumo de SPA

Plan de cuidado

Micronutrientes
Vacunación
Ácido acetil salicílico de 75-100mg a partir de la sem. 12 hasta el día del parto (mujeres con riesgo o riesgo de preeclampsia)
Suministro de condones (prevención de ITS)
Asesoría formal anticonceptiva
Identificar pubalgia asociada a la gestación (remitir a terapia física)
Desparasitación en 2° y 3° trimestre con ALBENDAZOL 400mg UD VO
Información en salud (lactancia materna, anticoncepción)

Plan de parto en el último trimestre

Confirmar presentación fetal(maniobras de Leopold)
Identificar contextos rurales y étnicos
Informar sobre el trabajo de parto, analgesia intraparto y manejo prolongado
Signos para reconocer el inicio del trabajo de parto
Cuidados del recién nacido
Cuidados postnatales



Valoración del riesgo materno

En cada consulta de seguimiento y control se deberá identificar en base a:
Anamnesis
Examen físico
Exámenes paraclínicos

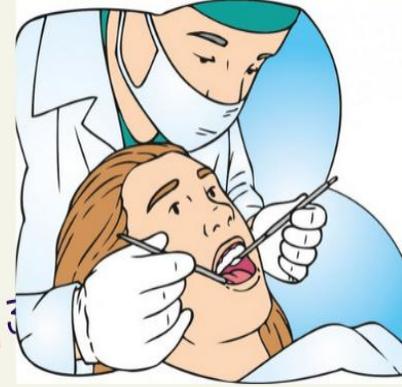
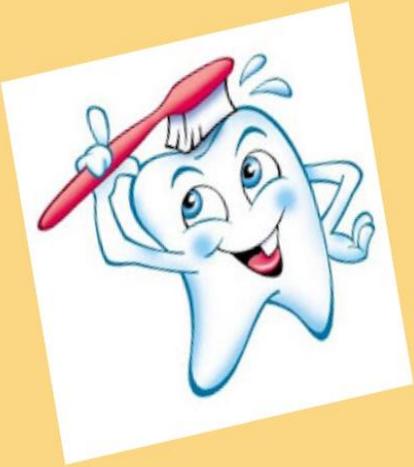
RECLASIFICAR de acuerdo con los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación.



ATENCIÓN POR ODONTOLOGÍA



ATENCIÓN EN SALUD BUCAL



TALENTO HUMANO

las acciones o actividades que incluye la atención en salud bucal para las mujeres gestantes deben ser realizadas por un profesional en odontología con la participación de auxiliares de salud oral.

DURACIÓN MÍNIMA RECOMENDADA Y FRECUENCIA

serán mínimo 2 consultas por profesional de odontología, cada una con una duración mínima de 30 minutos. se recomienda que las sesiones de odontología y salud bucal puedan ser realizadas en el mismo momento de contacto con la gestante a fin de disminuir oportunidades perdidas.



DESCRIPCIÓN

como parte de la atención en las mujeres adolescentes gestantes, la aplicación de fluor topico no presenta ninguna contraindicación, por lo tanto, debe aplicarse fluor de forma topica, con periodicidad de cada 6 meses, a fin de remineralizar las superficies y producir mayor resistencia a la caries dental, que puede generarse como comorbilidad.



INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS

los instrumentos, insumos y dispositivos necesarios para la atención están descrito en el procedimiento de atención por ortodoncia en el lineamiento de la ruta de promoción y mantenimiento de la salud.

CURSO DE PREPARACIÓN PARA



LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD

CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA MATERNIDAD Y LA PATERNIDAD

Las actividades que incluye el curso deben ser ejecutadas por un equipo interdisciplinario liderado por enfermería e idealmente compuesto por psicología, nutrición, terapia física, medicina general y especializada y de otros profesionales de acuerdo con la necesidad.

frecuencia y duracion minima: 7 sesiones que oscila entre 60 y los 90 minutos de duracion cada una, divididas:

- una sesion antes de la semana 14
- tres sesiones en el segundo trimestre
- tres sesiones en el tercer trimestre

la intencionalidad del cursode preparacion para la maternidad y la paternidad es el desarrollo de las siguientes capacidades:



comprenden los cambios físicos y psicológicos que implica la gestación, lo que les permite implementar practicas de cuidado de su salud.



comprende cuales son los derechos a la atencion en salud para las gestantes y para los recién nacidos.



practican de manera autonoma los ejercicios fisicos de relajacion que la preparan para el parto.



organiza y planea el proceso del parto (en caso de que viva sola o tenga personas mayores o discapacitadas).



reconocen signos de alarma para evitar y manejar riesgos.



reconocen las necesidades de los niños e implementan practicas que valoren su desarrollo.



se relacionan amorosamente con el bebe de forma que son capaces de interpretar sus señales y responder adecuadamente a ellas.



conocen los cuidados basicos del bebe y los implemetan en la cotidianidad de forma adecuada



reconocen las metas a lograr mediante la crianza lo que les permite generar practicas, basadas en derechos, que promueven la salud.



comprenden cuales son los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la atencion en salud para gestantes y para los recién nacidos.



reflexionan sobre su propia crianza y reconoce las implicaciones en la salud mental derivados de la forma en que se destruye el apego.



expresan sus necesidades de apoyo de forma asertiva.



ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN



DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

ATENCIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN



OBJETIVO

orientar a la gestante para garantizar una alimentación y nutrición adecuada para la madre y el feto.



TALENTO HUMANO

profesional en nutrición y dietética.



DURACIÓN MÍNIMA RECOMENDADA

30 minutos.



las gestantes debe recibir una alimentación equilibrada que proporcione los nutrientes adecuados para favorecer el crecimiento y desarrollo del niño(a)

ATENCIONES INCLUIDAS



ANAMNESIS

- NOMBRE
- DOCUMENTO DE IDENTIDAD
- EDAD
- DIRECCION
- ETNIA
- REGIMEN AL QUE PERTENECE
- TELEFONO
- CORREO ELECTRONICO



VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

EN LA I CONSULTA SE VALORARA: PARIDAD, EDAD GESTACIONAL, PESO GESTACIONAL, REVISIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO, DIAGNOSTICO MEDICO, VERIFICACIÓN DEL CONSUMO DE SUPLEMENTOS.

análisis y plan de cuidados

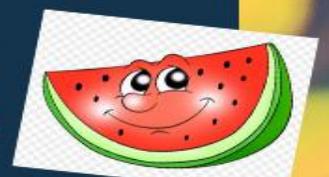
de acuerdo con el diagnostico nutricional se define el plan de manejo especifico y las recomendaciones nutricionales pendientes.

FRECUENCIA

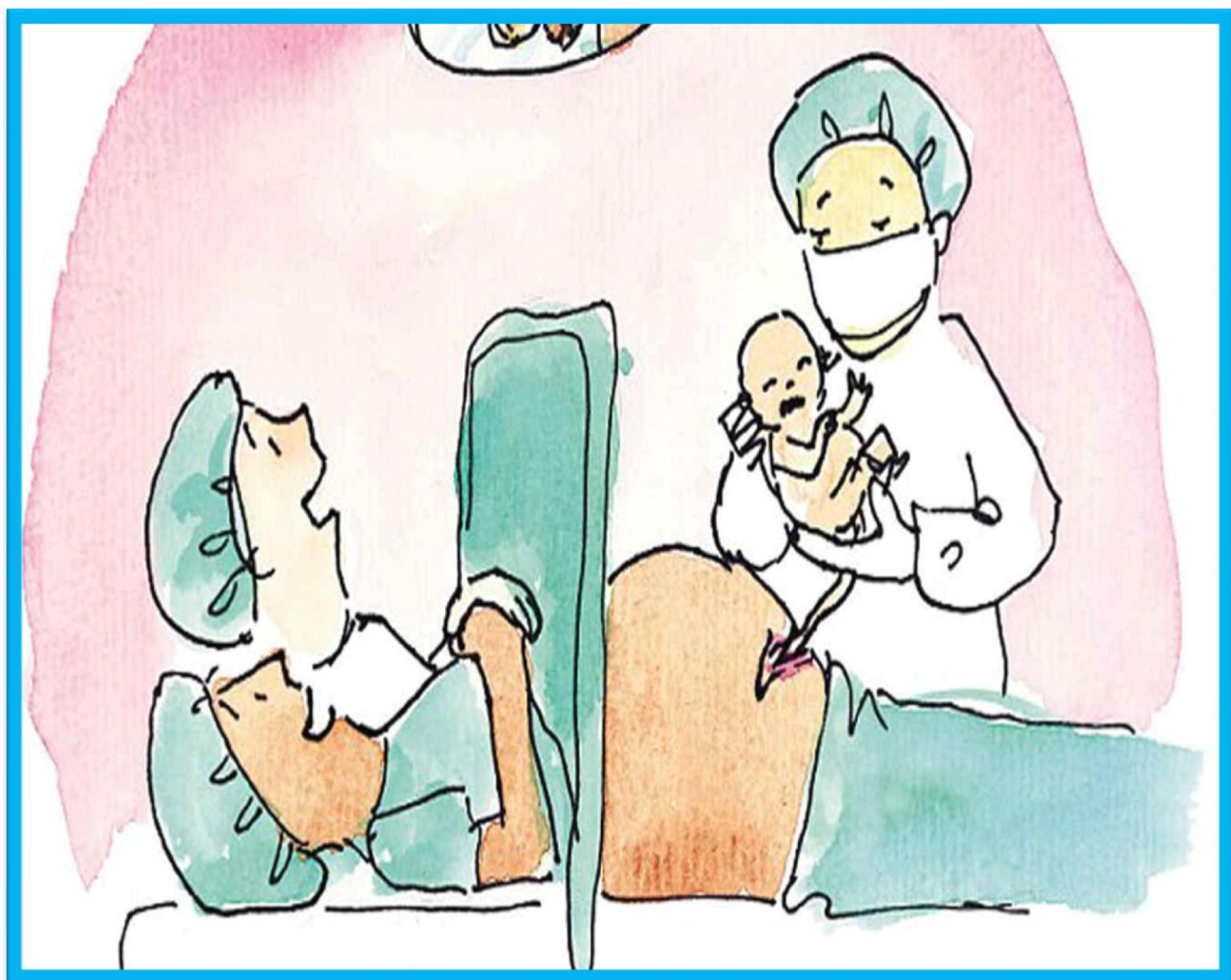
todas las mujeres gestantes debe recibir atención por nutrición al menos una vez, de preferencia al inicio de la consulta para cuidado prenatal.

RECOMENDACIONES

- socialice sobre las cantidades y tomas de alimentos durante el dia, frecuencia, texturas, temperaturas.
- oriente acerca del consumo de los suplementos de hierro, calcio y acido folico, asi como a los alimentos fuentes de estos micronutrientes y de fibra.



ATENCIÓN AL PARTO





ATENCIÓN AL PARTO

Conjunto de procedimientos para el acompañamiento y la asistencia de las mujeres en gestación y sus familias o acompañante para el proceso fisiológico del parto.



Brindar acompañamiento a las gestantes y familiares

Reducir y controlar complicaciones en el parto

Hasta el Alumbramiento

OBJETIVOS

Profesional de medicina

Profesional de enfermería

TALENTO HUMANO

Admisión a la gestante en trabajo de parto

Atención del primer periodo del parto

ATENCIÓN INCLUIDA

Atención del expulsivo



Atención del alumbramiento



ADMISIÓN COMPRENDE

Anamnesis

DURACION

Varia y va

Desde la Admisión

Exámenes paraclínicos

Examen físico



ATENCIÓN BRINDADA EN EL



PUERPERIO

ATENCIÓN BRINDADA EN

OBJETIVOS

- Proveer atención segura en el puerperio para detectar complicaciones a tiempo.
- Brindar información y asesoría sobre anticoncepción.

TALENTO HUMANOS

- Profesional Médico
- Profesional de Enfermería



EL PUERPERIO



- Diligenciamiento de escala de alerta temprana: OBSTETRIC EARLY WARNING SCORE.

- Kit de emergencia Obstétrica.

INSTRUMENTOS INSUMOS Y DISPOSITIVOS



ATENCIONES INCLUIDAS

- Puerperio Mediato
- Puerperio Inmediato





ATENCIÓN EN EL PUERPERIO

EN ESTE PERIODO SE RECONOCEN 2 ETAPAS:

PUERPERIO INMEDIATO

Periodo que comprende las 2 primeras horas post parto.



Aspectos:

- Signos vitales.
- Globo de seguridad.
- Sangrado genital.
- Revisar suturas vulvares.

Si no se producen alteraciones, se continúa con el procedimiento de rutina.

Si se producen alteraciones como hemorragias, se inicia procedimiento de manejo.



PUERPERIO MEDIATO

Periodo que comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas post parto.



Acciones:

- Vigilar y controlar involución uterina y aspecto de loquios.
- Detectar tempranamente complicaciones.
- Deambulación temprana.
- Alimentación adecuada a la madre.

Finalmente se incluye la consulta ambulatoria post parto que deberá llevarse a cabo entre el 3° y 5° días post parto.



ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTETRICAS



CÓDIGO ROJO

ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS O CÓDIGO ROJO



Acciones desarrolladas para la atención de emergencias obstétricas como: Hemorragia obstetrica post parto, Urgencias y emergencias hipertensivas en el embarazo y Sepsis; que requieren de cumplimiento de las medidas de prevención y atención precoz de las mismas.



Objetivo

Reducir la probabilidad de morir a causa de las principales complicaciones durante el embarazo, parto y post parto.



Talento Humano

Brinda seguimiento y apoyo a la gestante y sus familiares, estos son:

- Médico General
- Ginecología y Obstetricia
- Medicina Mterno Fetal
- Anestecilogia



Atenciones Incluidas

- Hemorragia obstetrica post parto
- Urgencias y emergencias hipertensivas en el embarazo
- Sepsis



Instrumentos e Insumos

Bomba de infusión, monitor de SV, carro de paro, doppler fetal, kit de emergencia obstetrica, laboratorios, transporte medico, dispositivos para indentificación de pacientes, de alergias y riesgo de caidas, entre otros equipos institucionales.

Hemorragia Obstétrica Post Parto



En primer lugar:

Se debe garantizar durante la atención del parto el manejo activo del alumbramiento, que este incluye:

- Al minuto después del nacimiento palpar el abdomen para descartar la presencia de otro feto y administrar un medicamento uterotónico: Oxitocina 10 UI, Intramuscular.
- Tracción controlada del cordón.
- Pinzamiento de acuerdo a los criterios definidos de acuerdo a la sección del alumbramiento.
- Verificar cada 15 minutos que el útero este contraído.

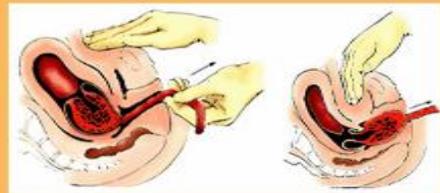
PARTO POR CESAREA

Se debe adicionar una infusión con 30 UI de Oxitocina en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas, inmediatamente después de la administración del bolo inicia de 5 UI de Oxitocina.



TRACCIÓN CONTROLADA DEL CORDÓN

No está recomendada en lugares donde la atención se realice por talento humano no capacitado.



PINZAMIENTO TEMPRANO DEL CORDÓN

Menor a 1 minutos, está recomendado en pacientes con sospecha de asfixia perinatal, desprendimiento de placenta, RPM, desgarro del cordón o paro cardiaco materno.



EN TODOS LOS CASOS

Determinar el tono uterino en el post parto para la identificación temprana de la atonía uterina.





MANEJO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

DEFINICIÓN

En primera instancia:

Se considera a toda gestante con criterio de hipertensión debe ser remitida como urgencia a un nivel superior de complejidad donde se puedan estudiar la afectación en órgano blanco y manejar complicaciones maternas y fetales.



A) PREECLAMPSIA SEVERA

Definido como:

Cuadro clínico con HTA r/c Gestación, > a 20 semanas o primeras 4 semanas del puerperio, con algunos de los siguientes criterios: TA: >160/110mmHg, presencia de signos premonitorios, compromiso de órgano blanco materno y compromiso fetal.



B) CRISIS HIPERTENSIVA

Caso en que:

Durante el embarazo o el puerperio, presente TA: >160/110mmHg, en una toma con o sin síntomas premonitorios de eclampsia. Y se debe: Asegurar examen físico completo, 2 accesos venosos permeables, oxígeno suplementario, sonda vesical, manejo antihipertensivo inmediato, ampollas de sulfato de magnesio y tomar laboratorios.



C) ECLAMPSIA

Definido como:

Caso de gestante con embarazo de 20 o más semanas en las primeras 3 semanas del puerperio con criterios de trastorno hipertensivo del embarazo que presenta convulsión o coma. Se debe: Iniciar con ampollas de sulfato de magnesio, iniciar manejo antihipertensivo inmediato, estabilizar y remitir con especialista.



SEPSIS

Y CHOQUE SÉPTICO



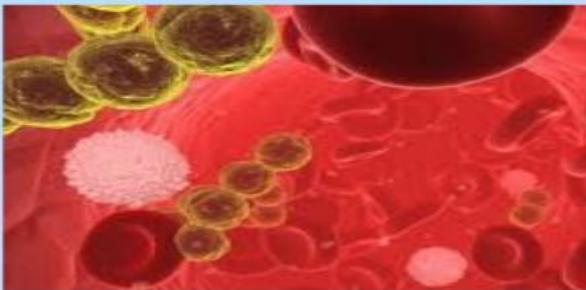
Para el diagnóstico de casos se tienen en cuenta las escalas qSOFA y SOFA, se la sieuinete manera:

SEPSIS PROBABLE

Con 2 o más criterios de qSOFA positivos y este datos va a obligar a la búsqueda de más criterios por medios clínicos y paraclínicos de la presencia o disfunción de uno o mas órganos blancos usan la escala SOFA que con 2 o más criterios Confirma la Sepsis.

qSOFA y criterios

- Estado de conciencia alterado, definido como una puntuación en la escala de Glasqow < 13.
- Frecuencia respiratoria >22 rpm.
- Presión arterial sistólica <100mmHg.



SOFA y criterios

- Respiratorio - PaO₂/FiO₂ (mmHg)
- Coagulación - Plaquetas 10(3)/mm(3)
- Hepático - Bilirrubina (mg/dL)
- Cardiovascular - Presión arterial
- SNC - Escala de Glasgow
- Renal - Creatinina o flujo urinario

Escala SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment)

	0	1	2	3	4
Respiración* PaO ₂ /FiO ₂ (mm Hg) o SaO ₂ /FiO ₂	>400	<400 221-301	<300 142-220	<200 67-141	<100 <67
Coagulación Plaquetas 10 ³ /mm ³	>150	<150	<100	<50	<20
Hígado Bilirrubina (mg/dL)	<1.2	1.2-1.9	2.0-5.9	6.0-11.0	>12.0
Cardiovascular* Tensión arterial	PAM ≥70 mmHg	PAM <70mm Hg	Dopamina ≤ 5 o dobutamina a cualquier dosis	Dopamina a dosis de 5.1-15 o Epinefrina ≤ 0.1 o Norepinefrina ≤ 0.1	Dopamina a dosis de >15 o Epinefrina > 0.1 o Norepinefrina > 0.1
Sistema Nervioso Central Escala de Glasgow	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal Creatinina (mg/dL) o flujo urinario (mL/d)	<1.2	1.2-1.9	2.0-3.4	3.5-4.9 ≤500	>5.0 <200

PaO₂: presión arterial de oxígeno; FiO₂: fracción de oxígeno inspirado; SaO₂: Saturación arterial de oxígeno periférico; PAM, presión arterial media; *PaO₂/FiO₂ es relación utilizada preferentemente, pero si no esta disponible usaremos la SaO₂/FiO₂; *Medicamentos vasoactivos administrados durante al menos 1 hora (dopamina y norepinefrina como ug/kg/min) para mantener la PAM por encima de 65 mmHg.

CHOQUE SÉPTICO

Definido como:

Sepsis asociada a signos de hipoperfusión (lactato >2mmol/L) e hipotensión (TAS <90mmHg o TAM <65mmHg) que no revierte con la administración de una reanimación inicial de cirtaloides de 30mL/Kg administrados en bolos de 300mL cada 15 minutos.



ATENCIÓN PARA EL CUIDADO



DEL RECIÉN NACIDO



SECUENCIA DE ATENCION

LIMPIEZA DE LAS VIAS AEREAS

- limpiar manualmente secreciones primarias de la boca y luego fosas nasales
- realizar succión solo en caso de meconio o depresión respiratoria

SECADO AL RECIEN NACIDO

- se debe colocar al recién nacido en el abdomen de la madre en contacto piel a piel se inicia cara cuello y resto del cuerpo.
- Se cubre con un campo seco y tibio y cubrir cabeza con gorro.



OBSERVACION DE LA RESPIRACION LLANTO Y TONO MUSCULAR

- Se estimula si el bebé se encuentra en apnea
- Reanimación con guía de soporte vital básico

PINZAMIENTO DEL CORDON Y CORTE

- Se debe realizar del segundo al tercer segundo
- Inmediato cuando existe abrupción de placenta o pérdida de sangre
- Todo instrumental para pinzar y cortar debe estar estéril

PRESENTACION DEL RECIEN NACIDO Y CONTACTO PIEL CON LA MADRE

- Se presenta al bebé con objeto de fortalecer vínculo
- Se continúa vigilando patrón respiratorio y estimular lactancia materna



LACTANCIA MATERNA

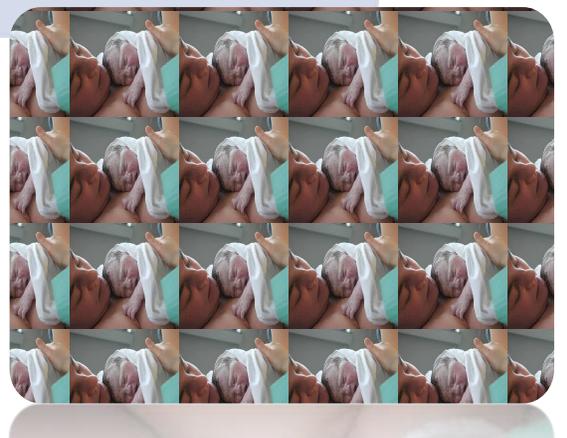
- Se debe iniciar en el primer contacto de la piel con la madre
- No se recomienda en madres con VIH y que estén en tratamiento con cáncer

VALORACION DE APGAR

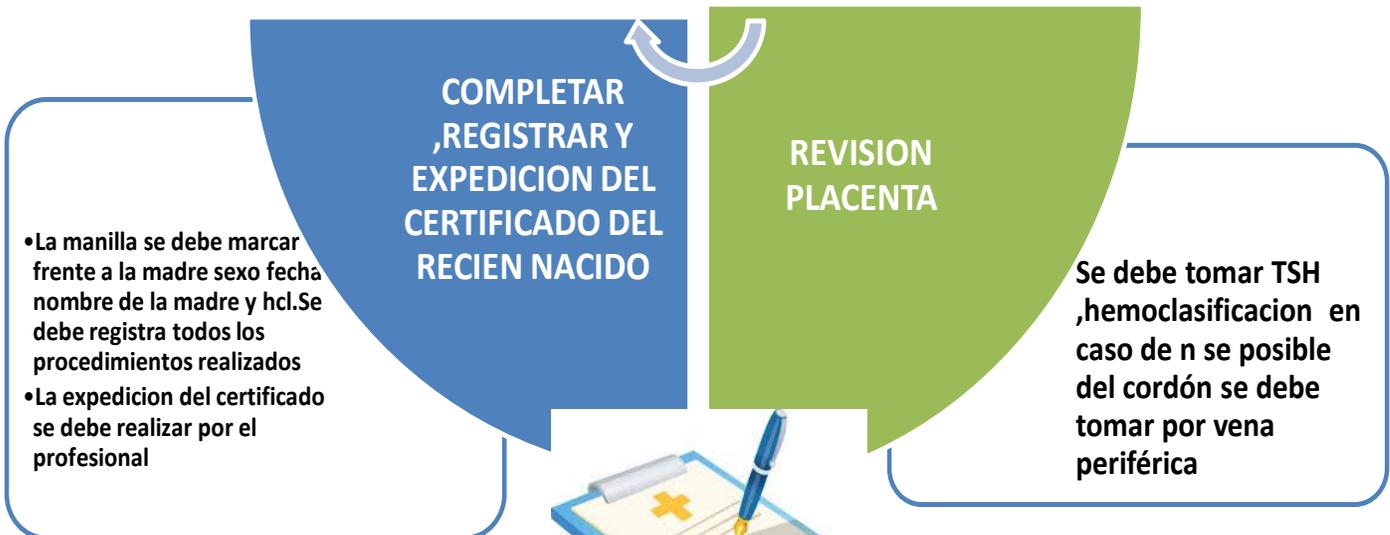
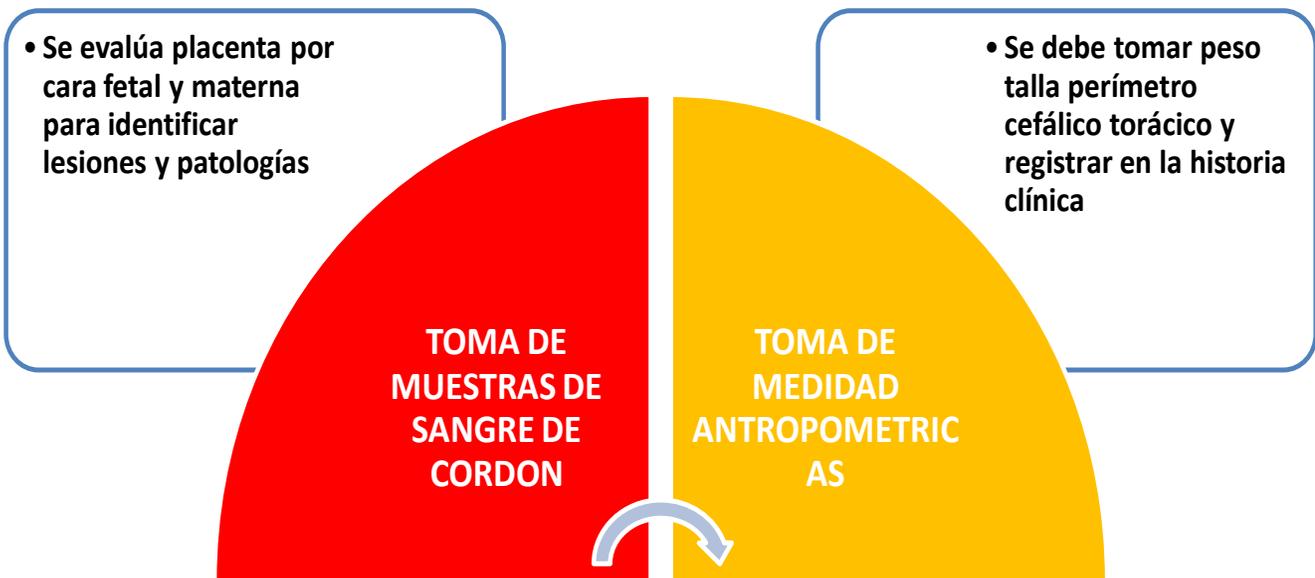
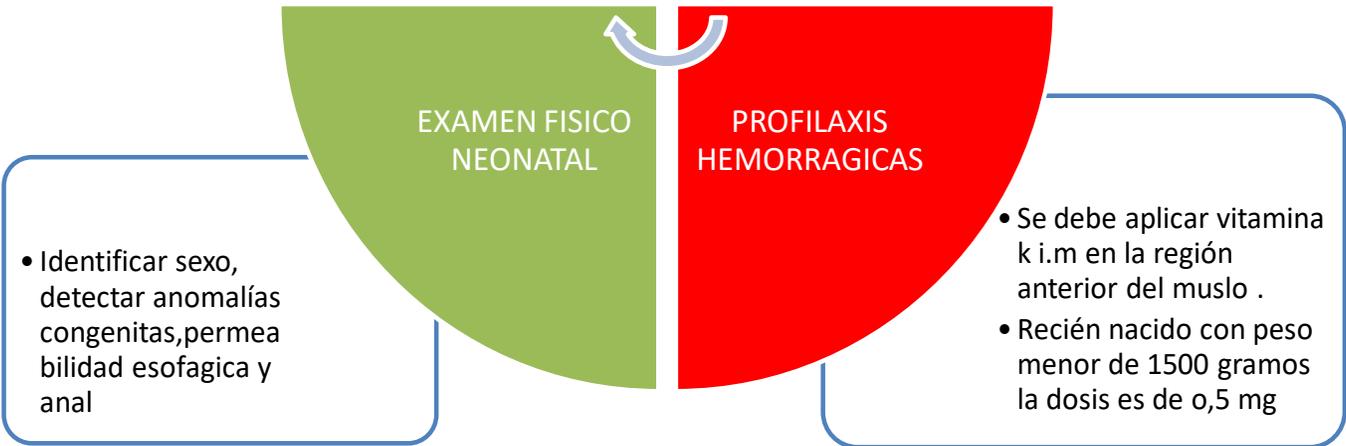
- Se debe valorar al segundo y a los 5 minutos para valorar vitalidad, color de piel llanto, y frecuencia cardíaca.

IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO

- Se debe marcar la manilla delante de la madre, con los datos de ella y sexo de la madre.



DENTRO DE LOS 60 Y 90 MINUTOS



CUIDADOS DURANTE LAS PRIMERAS

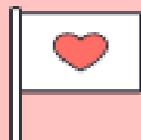


24 HORAS DE VIDA

ATENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES



PERINATALES Y
POSTPERINATALES



RECIEN NACIDO CON DEPRESION RESPIRATORIA

debe realizarse segun
esquema de reanimacion



RECIEN NACIDO MEGONIADO

se debe realizar con la guia
de manejo de recién nacido
con trastorno respiratorio,



RECIEN NACIDO DE MADRE DIABETICA

pinzamiento precoz del
cordón, evaluación medica
cada 8 horas, realizar
glucometria despues de las 2
y 4 horas de vida, tomar
glucemia y electrolitos.

RECIEN NACIDO CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO

se debe verificar
antecedentes con la historia
clinica tales como toxemias
, diabetes, insulin
dependientes, hipertension
, neumonia cronicatabaquismo
o alcohol

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON HIPERTENSION EN EL EMBARAZO

pinzamiento precoz del
cordón ante el riesgo de
poligobulina realizar evaluacin
medica cada 8 horas, tomar
ch, glucemia y electrolitos.

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE ISOINMUNIZADA

pinzamiento precoz del
cordón, control ventilatorio
precoz debido a la
hiperkalemia , evaluacin cada
8 horas, tomar ch, coombs
directo, extendido de sangre
periferica, bilirrubina , glicemia
y electrolitos.



RECIEN NACIDO HIJ DE MADRE CON RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA PR MAS DE 24 HORAS

realizar pinzamiento del
cordón inmediato, restriccion
para cateterismo
umbilical, estabilizacion
respiratoria, y hemodinamica

RECIEN NACIDO HIJO DE MADRE CON PLACENTA SANGRANTE

realizar pinzamiento
inmediato, estabilizacion
respiratoria hemodinamica
tomar ch , hemoclasificacion
funcion renal, y electrolitos



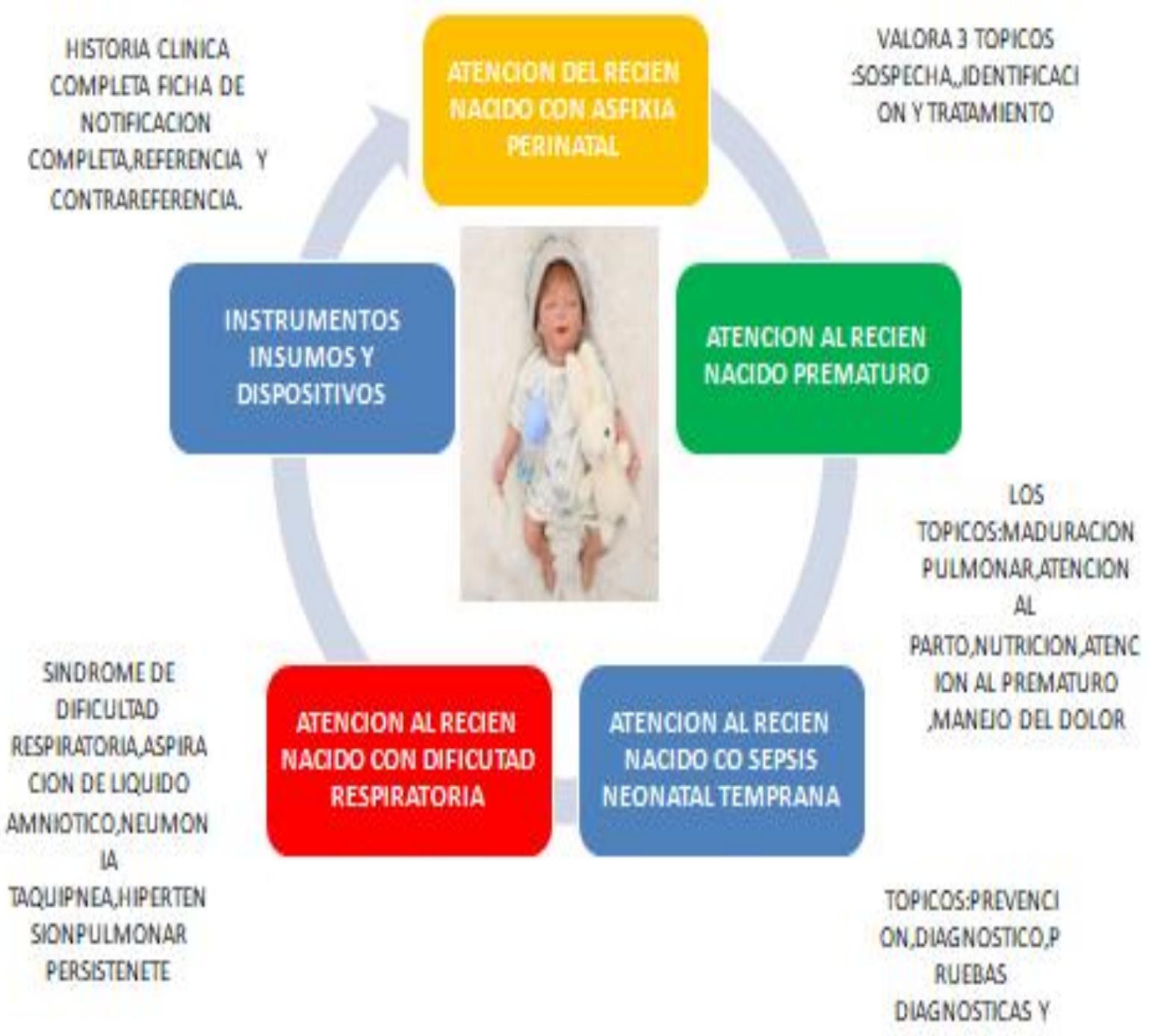
RECIEEN NACIDO
HIJO DE MADRE
CON HEPATITIS
B, VIH, SIFILIS
GESTACIONAL, TOXO
PLASMOSIS
GESTACIONAL, O
VIRUS DEL ZIKA

segun lineamientos tecnicos y
perativos de ruta de
enfermedades infeccisas



DETECCION DE
ANOMALIAS
CONGENITAS

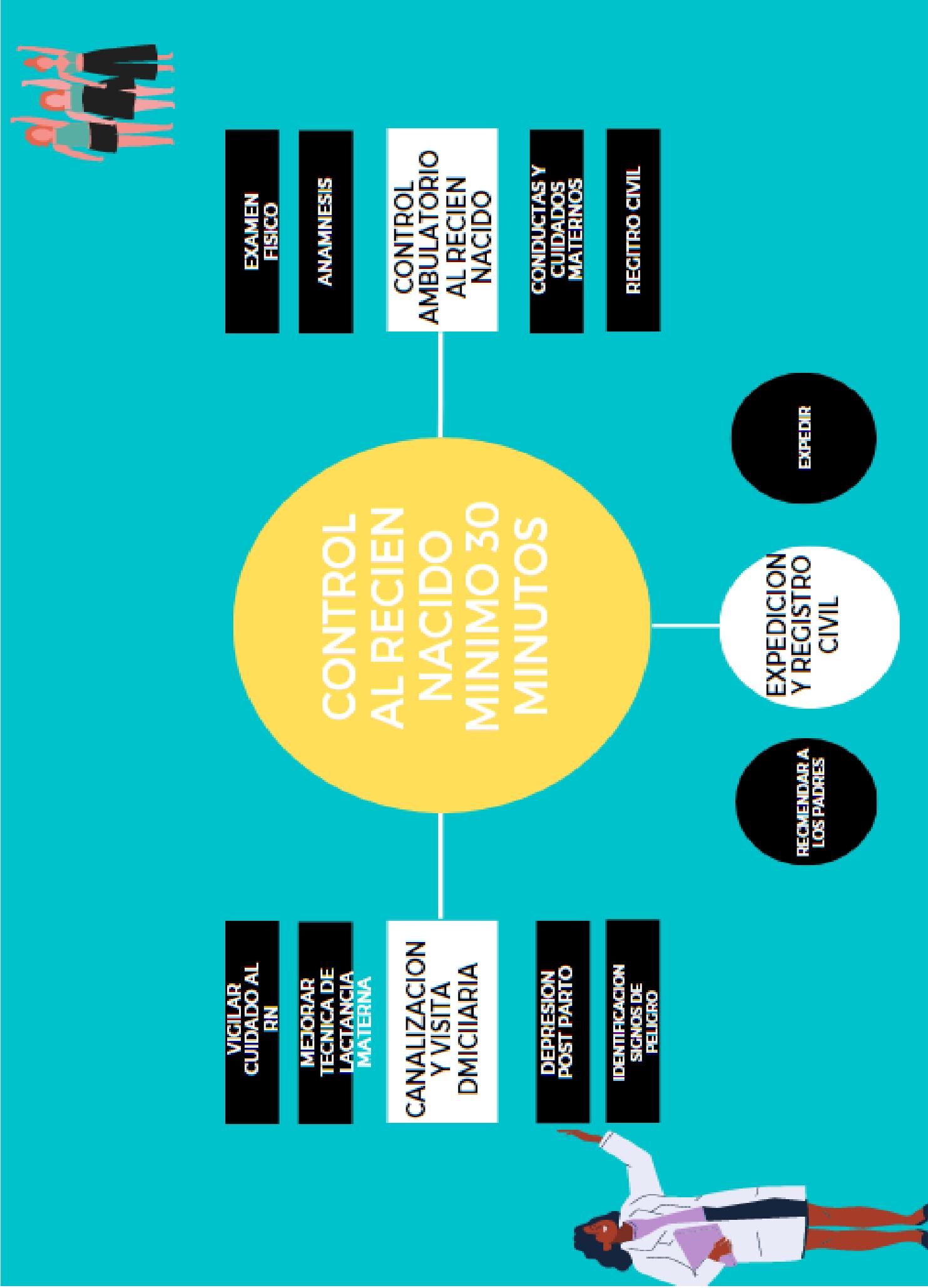
busqueda de factores durante
las primeras 24 horas ,se
realiza tamizaje visual y
auditivo



ATENCIÓN PARA EL SEGUIMIENTO



DEL RECIÉN NACIDO



ATENCIÓN DE LA FAMILIA.



VALORACIÓN DEL COMPONENTE FAMILIAR.

- Atención en la salud durante el curso de la vida.
- Orientación según la necesidad de la familia
- El talento humano sea el adecuado para la atención.

TODO ORIENTADO A LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA.



ASPECTOS QUE IMPLICA LA ATENCIÓN A LA FAMILIA.

1 IMPLICA:

Garantiza el reconocimiento como sujeto, acompañamiento y continuidad, procesos resolutivos, y direccionamiento permanente.

4 ELECCIÓN.

Elección de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud.

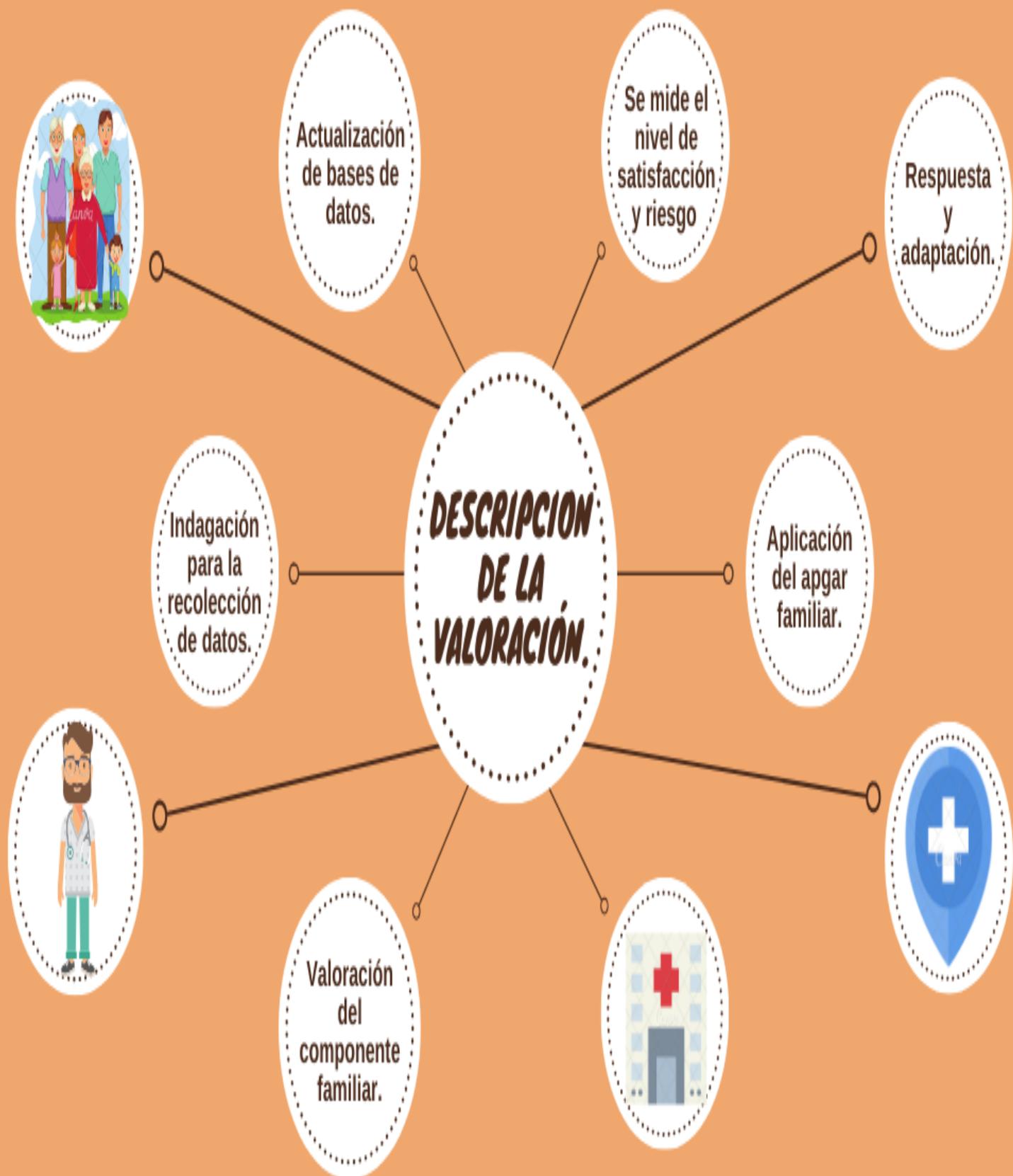
2 RECIBIRÁ ATENCIÓN:

Educación, factores protectores, identificación de riesgos, y situaciones familiares que afecten como individuo y núcleo familiar.

3 DESARROLLO

Marco promocional de la salud familiar, cumplimiento del marco legal, analizar las necesidades de la población y caracterización de la población afiliada.





Esta valoración implica conocer la estructura, las relaciones y dinámicas que se determinan al interior de la familia, las condiciones individuales de cada uno de sus integrantes que afectan a la familia como sistema abierto; las capacidades y recursos personales y familiares que inciden en la salud familiar.



COMPONENTE DE VALORACIÓN FAMILIAR.

Enfoca los criterios y necesidades durante la vida, teniendo diferentes escalas, factores y características que se aplican en las diferentes instituciones prestadoras de servicios

CLASIFICACIÓN

ESTRUCTURA Y
DINÁMICA
FAMILIAR

SITUACIONES
PARTICULARES
Y ESPECIALES

EXPECTATIVAS
DE LAS
FAMILIAS

ACCESO
SANITARIO
BÁSICO

CLASIFICACIÓN
DEL APGAR

R. ALTO: < A 9 PUNTOS
R. MEDIO: 10 A 12
PUNTOS
R. BAJO: 13 A 16 PUNTOS

FAMILIAS VALORADAS
EN BAJO RIESGO

FAMILIAS VALORADAS EN
BAJO RIESGO





es necesario que las personas asistan a los proceso de socialización de las rutas de atención, de esta manera se hace cumplimiento de los derechos que tienen los ciudadanos con relación a la atención en salud



ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES DE LA DINÁMICA FAMILIAR.



P

PROPOSITO

Profundizar y ampliar la información y dinámica de la familiar, tomando en cuenta un abordaje de la salud familiar.

O

ORIENTACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR

Orientar a las familias analizando las diferentes capacidades que presente el núcleo familiar,

P

PLAN DE CUIDADO

Fortalecimiento y desarrollo de capacidades de trabajar bajo ejes fundamentales, el cuidado y la promoción de la salud.

E

EDUCACIÓN

Socializan de los diferentes medios de educación y formación en salud, a todos los integrantes de las familias

Primera Infancia e Infancia.

ACOMPAÑAMIENTO DE PADRES Y CUIDADORES EN LAS DIFERENTES ETAPAS QUE COMPREDEN LA INFANCIA, TENIENDO EN CUENTA LAS NECESIDADES DE SALUD DE ESTA ETAPA DEL DESARROLLO.



Adolescencia.



REFORZAR CADA UNO DE LOS POTENCIALES QUE ELLOS PRESENTEN DURANTE ESTA ETAPA, EN PROCESOS COMO AUTONOMÍA Y CONSTRUCCIÓN DE SU PROPIA IDENTIDAD, ACOMPAÑAMIENTO SUS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y EMOCIONALES.



Juventud.

DESARROLLA HABILIDADES PARA DESARROLLOS DE SABERES Y PRACTICAS PARA TENER UNA VIDA SALUDABLE.



Adultes

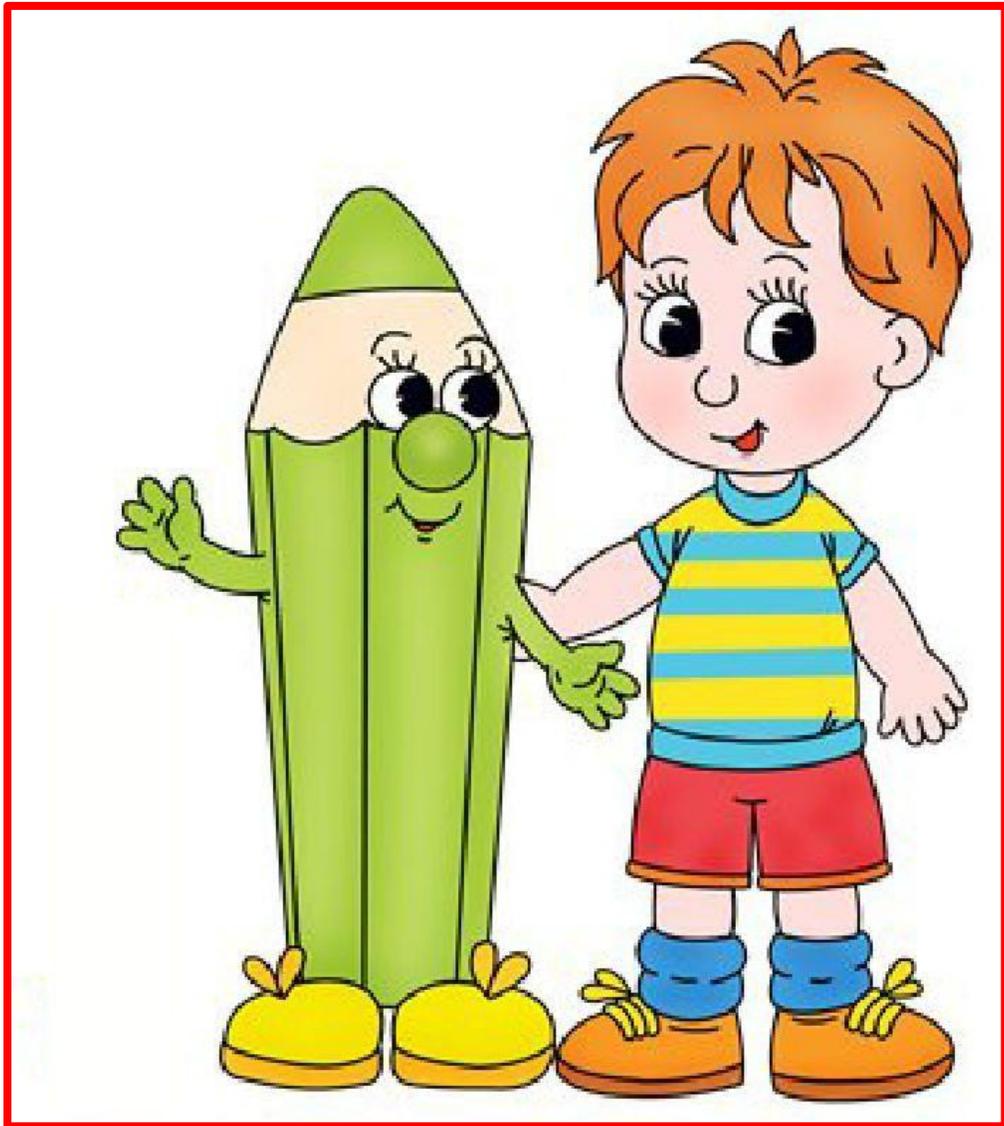
PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD, APORTAR UN GOCE A LOS DERECHOS DE LA SALUD,

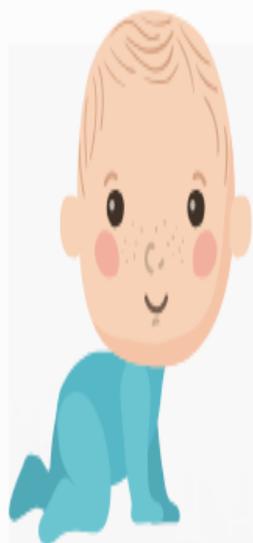


Vejes.

CAPACIDADES PARA QUE LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA PUEDAN MEJOR SU CALIDAD DE SALUD,

ATENCIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA.





PRIMERA INFANCIA

7 días hasta los 5 años 11 meses y 29 días.



en esta etapa se promueve el desarrollo cerebral, físico, mental y emocional, en esta etapa se promueven los controles médicos y por enfermería.

- médico general y pediatría: 1 m, 4-5 m, 12-18 m, 24-29 m, 3 a, 5 a,
- enfermería: 2-3 m, 6-8 m, 9-11 m, 18-23 m, 30-35 m, 4 a,
- Odontología: semestral partir de 1 año aplicación de flúor, limpiezas y sellantes.
- vacunación: aplicación del esquema ampliado de inmunización.

Durante en crecimiento, se le deben indicar a los padres los cambios físicos que va a ir presentando el bebe, con la finalidad de minimizar riesgos en el estado de salud, promocionando un mejor estado de salud.



INFANCIA 6 AÑOS A 11 AÑOS, 11 MESES Y 29 DIAS.

Cuenta con una valoración y promoción de la salud, valoración integral para prevenir cualquier enfermedad, promoviendo factores protectores.

valoración integral: 6 m, 8 m, 10 m.

valoración por enfermería: 7 m, 9 m, 11 m.

odontología: 2 veces al año.

educación para la salud: educación individual, educación dirigida a la familia, educación grupal.



ADOLESCENCIA, JUVENTUD Y ADULTEZ

.





12 a 17 años

ADOLESCENCIA

marcada por procesos de desarrollo psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales, valoración de riesgos que amenacen su salud, generar condiciones y procesos positivos de educación en salud.

valoración por medicina: 12 a, 14 a, 16 a.,

Enfermería: 13 a, 15 a, 17 a,

Odontología: 1 vez al año y demás procesos según necesidad y control anual.

Detección temprana: seroterapia, pruebas para vih, pruebas de embarazo.

educación: individual, familiar y grupal.



ADULTEZ

29 a 59 años

acompañamiento continuo, consolidar los aprendizajes y fortalecer capacidades de aprendizaje, aumentar el autoestima y el objetivo exitoso de logros.

valoración por medicina: 29 - 34 a, 35 - 39 a, 45 - 49 a, 50 -52 a, 53 - 55 a,

odontología: cada 2 años

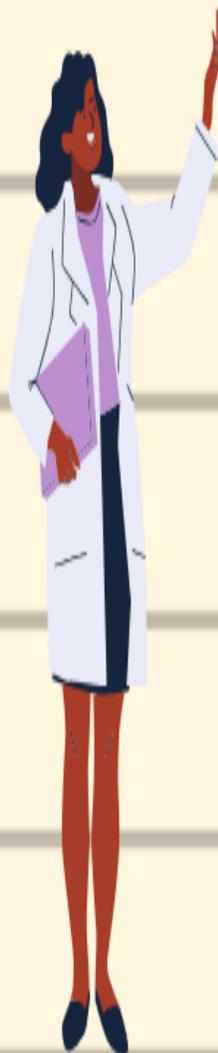
detección temprana de: vph, citología, colposcopia, mamografía, psa de próstata, biopsia de prostata, tamizaje de cancer de colon, tamizaje cardiovascular, pruebas para ets e its, suministro y asesoría en procesos de planificación, educación integral.



VEJEZ

De los 60 años en adelante se procede al mantenimiento de la salud , practicas relacionadas al cuidado de la salud, minimizar la exposición a riesgos y detección temprana de riesgos

- controles médicos cada 3 años o según la necesidad del paciente y sus patologías.
- odontología control anual
- tamizaje para vph y demas alteraciones relacionadas a la citologia
- tamizaje para cancer de mama, prostata, cuello uterino, pruebas para its y ets
- educación continua.



REFERENCIAS

BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 del 2018. Colombia. 2018. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
2. Imágenes tomadas de la plataforma: CANVA. Disponible en: <https://www.canva.com/>

