

# GOBIERNO DEL ESTADO DE TLAXCALA SECRETARIA DE SALUD



### CÓDIGO ORO.

# EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA MANUAL OPERATIVO

Elaboró:	Revisó:	Validó:	Autorizó:
C. Malinalli	C. Patricia Carro	C. Luis Alberto	C. Rigoberto
Corona Chávez.	Sánchez.	Ramírez Palacios	Zamudio Meneses
Jefe de oficina de	Jefe de Hospitales	Director de	Secretario de
Seguimiento y	y Unidades de	Servicios de	Salud.
Evaluación.	Atención Médica	Atención	
	Especializada.	Especializada a la	
		Salud.	



וטאו	UE CONTRACTOR CONTRACT	
l. li	ntroducción	3
II. C	Objetivo del Manual	6
III.	Políticas	7
V.	Propósitos del <i>Triage</i>	8
V. A	Antecedentes Históricos	8
VI.	MARCO JURÍDICO	9
VII.	ANTECEDENTES	16
i. C	DEFINICIÓN	17
ii.	Clasificación	18
iii.	Código ORO y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)	18
S	Sistema de Alerta	18
C	Objetivo	18
Á	Ámbito de aplicación	18
F	Recursos para la implementación del Código ORO	18
F	Procedimiento para la activación	18
N	Monitoreo y evaluación	19
iv.	Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)	19
	Definición	19
	cursos para la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrio	
Á	Área física	20
F	Recursos humanos	20
F	Recursos materiales	20
F	Responsabilidades y funciones del personal de salud	21
v. E	3ibliografía	33
vi.	Glosario	39



#### I. Introducción

La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica. En nuestro país persiste como un grave problema sanitario y constituye un reto enorme para el Sistema de Salud Pública.<sup>1-4</sup>

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, murieron alrededor de 303 mil mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La mayor parte de estas muertes se presentó en países con bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado.<sup>5</sup>

En México en el año 2018 ocurrieron 1.94 muertes maternas (muertes por día) y que incrementa en el preliminar del año 2021 a 2.83, las entidades federativas con una RMM por arriba de la nacional fueron: Nuevo León, Chihuahua, Coahuila, Ciudad de México, Guerrero, Durango, Estado de México, Quintana Roo, Tamaulipas, Puebla, Oaxaca, Yucatán y Sinaloa.

La mortalidad materna en el país ha disminuido paulatinamente, de una razón de muerte materna de 89 en 1990 a 33.9 para el 2021, lo anterior significa que, de 2,203 defunciones maternas presentadas en 1990, se redujo a 1036 para el 2021 (preliminar). Es necesario mencionar que el incremento observado en el año 2009 estuvo asociado con la pandemia nacional de Influenza AH1N1 (Figura 1). La tendencia general de nuestro país es hacia la reducción de la mortalidad materna, se requiere de alcanzar una disminución de 30.0 de la razón de muerte materna (RMM) para el 2018, según estimaciones y considerando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). 7-11 Sin embargo la pandemia por COVID -19 y sus efectos tuvieron un impacto considerable en esta razón.

Durante el año 2021 las principales causas de defunción son: COVID confirmado, COVID – 19 Virus no identificado que en suma alcanzaron el 44.9% (465); seguidos



por Edema proteinuria y trastorno hipertensivo en el embarazo, el parto y el puerperio con 11.6% (120), y hemorragia obstétrica con 10.3% (107), en cuanto a causas Indirectas correspondieron al 13.1% (136).

Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto de la gestación, por lo que requerirá cuidado obstétrico calificado. 12 El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reportó que para el año 2008, 84% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con la deficiente calidad de la atención obstétrica y el retardo en recibir un tratamiento adecuado a nivel hospitalario, en donde se ubica la tercera demora. 13

Con estos antecedentes, el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal para el mismo periodo, consideran en sus objetivos y estrategias, asegurar el acceso a los servicios de salud, garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país para fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios, además de acciones a favor de la salud materna y perinatal dirigidas a la promoción de la consulta pregestacional, la prevención del embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la planificación familiar post evento obstétrico, el control del embarazo con enfoque de riesgo, su referencia para evaluación médica especializada y la atención oportuna e interdisciplinaria de las emergencias obstétricas.<sup>14,15</sup>

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conjuntamente con las instituciones públicas y privadas, presentaron el siguiente lineamiento para su difusión e implementación, para proporcionar atención inmediata, al acudir la embarazada o puérpera, a los servicios de urgencias obstétricas en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel con el objeto de calificar y categorizar la atención, así como otorgar atención médica integral por equipos multidisciplinarios



de alta competitividad, en caso de presentarse alguna emergencia obstétrica, mismos que acudirán al sitio mediante el llamado de una "alerta".

Es fundamental trabajar de forma integral y multisectorial, a fin de poder actuar sobre los determinantes estructurales y de atención médica con estrategias específicas que mejoren la calidad de la atención y coadyuven a disminuir las complicaciones en la atención de la morbilidad severa del estado grávido-puerperal y así evitar muertes maternas.<sup>16</sup>

Con el presente documento, se pretende sistematizar los criterios generales para la implementación del *Triage* obstétrico con el objeto de garantizar la adecuada categorización de la atención de las mujeres en estado grávido-puerperal que solicitan atención en los servicios hospitalarios y la derivación oportuna al área donde se dará continuidad al manejo del Código Oro, como una estrategia para el llamado ante una emergencia obstétrica y del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para la atención segura y oportuna por personal calificado. <sup>17</sup>

De acuerdo al observatorio de mortalidad materna en Tlaxcala se han registrado 142 muertes maternas del año 2002 a 2013 en las cuales están incluidas las de causa directa e indirecta.

Estas acciones deberán aplicarse con sus adecuaciones, con base en la infraestructura instalada y el marco normativo institucional específico, en todos los servicios que prestan atención de urgencias obstétricas en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel que conforman el Sistema Nacional de Salud.



### II. Objetivo del Manual

### Objetivo general

Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del *Triage* obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención.

### Objetivos específicos

- Mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias.
- 2. Establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo con el nivel de gravedad y riesgos identificados.
- 3. Establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- 4. Contribuir a agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica.
- 5. Reducir la duración de los tiempos de espera.
- Contribuir a disminuir la ansiedad de la paciente y familiares al establecer comunicación sobre su situación de salud, el proceso para recibir atención y el tiempo aproximado de espera.
- 7. Optimizar los recursos disponibles en la atención de la emergencia obstétrica.
- 8. Reducir los ingresos innecesarios.



### III. Políticas

El personal directivo de las unidades hospitalarias realizará la difusión del *Triage* obstétrico, vigilará, supervisará y evaluará su implementación.

El director será el responsable con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del *Triage* obstétrico, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.

El personal de salud otorgará atención médica a la paciente, respetando sus derechos humanos y sus características individuales considerando la interculturalidad.

El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio madre-hijo. (Acción Esencial 2C)

El personal de salud (enfermera o médico) podrá realizar el *Triage* obstétrico previa capacitación. No deberá realizarlo personal médico ni de enfermería en formación.

Deberá funcionar las 24 horas, los 365 días del año.

Se deberá contar con un procedimiento bien definido de entrega-recepción de la paciente obstétrica desde el *Triage* a los diferentes servicios, a fin de garantizar la continuidad de la atención. (Acción esencial 2C)

El *Triage* obstétrico será de observancia obligatoria para el personal médico, paramédico y administrativo de las unidades médicas hospitalarias y en los servicios de módulo mater, urgencias- sala de choque, unidad de cuidados intensivos (UCIA), tococirugía y en todo lugar del hospital donde se active el ERI derivado de una urgencia obstétrica.

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

### IV. Propósitos del Triage

- Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.
- Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio.<sup>36</sup>

#### V. Antecedentes Históricos

Con fecha de 5 de noviembre de 1996, el Poder Legislativo presidido por el Gobernador Constitucional en turno el C. José Antonio Álvarez Lima, se emite la Ley que crea el Organismo Público Descentralizado denominado Salud de Tlaxcala, el cual tendrá por objeto acciones relativas a la planeación, programación, presupuestación, ejecución, organización y evaluación del sistema de salud del Estado conforme a lo estipulado en la Ley General y Estatal de Salud.

Las atribuciones del O.P.D. Salud de Tlaxcala será el de organizar y operar los servicios de salud a población abierta en coordinación con las autoridades municipales correspondientes, en materia de salubridad general y de regulación y control sanitarios en los municipios del Estado, así como organizar y coordinar el sistema Estatal de salud en términos de la Ley General y Estatal de Salud.

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Dentro de la formación de este organismo, se determina la constitución de este; conformado por una Junta Directiva y una Dirección General de la cual se desprenderán las cuatro direcciones que ahora conforman a esta entidad: Dirección de Administración, Dirección de Infraestructura y Desarrollo, Dirección de Atención Primaria a la Salud y Dirección de Atención Especializada a la Salud, Departamento de Asuntos Jurídicos, Departamento de Enfermería, Contraloría Interna y la Oficina de Comunicación Social.

Se realizó la modernización operativa y administrativa para fortalecer la capacidad para enfrentar los retos en el Estado, en la restructuración orgánica se consideraron criterios de agrupamiento existentes en el nivel federal, adaptándolos a las necesidades y demandas del sector salud en el Estado, para una mejor administración de los servicios de salud, se han realizado modificaciones y variaciones en la estructura orgánica conforme lo analizado en su momento.

Actualmente el presente Departamento de Hospitales y Unidades Especializadas depende de la Dirección de Atención Especializada a la Salud, considerada el manejo de unidades hospitalarias de segundo nivel y de unidades hospitalarias de especialidad, las unidades especializadas y la gestión de las ulteriores. Todo lo anterior establecido en el Reglamento Interior del Organismo Público Descentralizado, lo que garantiza certeza jurídica de la estructura orgánica, con la última sesión celebrada en octubre de dos mil dieciséis.

### VI. MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°.

Ley General de Salud: Artículos 3, 27, 61 y 64. Y sus reformas.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Artículo 39. Y sus reformas.

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Artículos 14, 18, 20, 21 y 22. Y reformas.

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Y sus reformas.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículo 40. Y sus reformas.

#### Normas SSA1:

- NOM-001-SSA1-2020, Que instituye la estructura de la Farmacopea de los Estado Unidos Mexicanos y sus suplementos y el procedimiento para su revisión, actualización, edición y difusión.
- NOM-048-SSA1-1993, Que establece el método normalizado para la evaluación de riesgos a la salud como consecuencia de agentes ambientales.
- 3. NOM-064-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los equipos de reactivos utilizados para el diagnóstico.
- 4. NOM-065-SSA1-1993, Que establece las especificaciones sanitarias de los medios de cultivo. Generalidades.
- 5. NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios
- NOM-073-SSA1-2015, Estabilidad de fármacos y medicamentos, así como remedios herbolarios.
- 7. NOM-092-SSA1-1994, Bienes y servicios. Método para la cuenta de bacterias aerobias en placa.
- 8. NOM-131-SSA1-2012. Productos y servicios, fórmulas para lactantes, de continuación para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.
- 9. NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos.
- NOM-138-SSA1-2016, Que establece las especificaciones sanitarias del alcohol etílico desnaturalizado, utilizado como material de curación, así como

# SESA SECRETARÍA DE SALUD SALUD

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

para el alcohol etílico de 96° G.L. sin desnaturalizar, utilizado como materia prima para la elaboración y/o envasado de alcohol etílico desnaturalizado como material de curación.

- 11. NOM -179-SSA1-2020. Agua para uso y consumo humano. Control de la calidad del agua distribuida por los sistemas de abastecimiento de agua.
- 12. NOM-210-SSA1-2014. Productos y servicios, métodos de prueba microbiológicos, determinación de microorganismos indicadores, determinación de microorganismos patógenos.
- 13. NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia.
- 14. NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X.
- 15. NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la Tecno vigilancia.
- 16. NOM-249- SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación. MODIFICACIÓN de emergencia de la Norma Oficial Mexicana NOM -249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación, publicada el 4 de marzo de 2011. D.O.F. 19-04-2021.
- 17. NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 18. NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-salud ambiental. Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

#### Normas SSA2:

1. NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.



- 2. NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- 3. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de las enfermedades bucales.
- NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. (modificación 2007)
- NOM 015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes Mellitus
- NOM 016-SSA2-2012. Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.
- 7. NOM-017-SSA2-2012. Para la vigilancia epidemiológica.
- 8. NOM-022-SSA2-2012, Para la prevención y control de la brucelosis en el ser humano.
- 9. NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de los servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- 10. NOM-027-SSA2-2007, Para la prevención y control de la lepra.
- 11. NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- 12. NOM-029-SSA2-1999, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano.
- 13. NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
- 14. NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.
- 15. NOM-032-SSA2-2014, Para la vigilancia epidemiológica, promoción, prevención y control de las enfermedades trasmitidas por vectores.



- 16. NOM-033-SSA2-2011, Para la vigilancia, prevención y control de la intoxicación por picadura de alacrán.
- 17. NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.
- 18. NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.
- 19. NOM-037-SSA2-2012, Para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias.
- 20. NOM-038-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo.
- 21. NOM-039-SSA2-2014, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.
- 22. NOM-041-SSA2-2002 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama.
- 23. NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de la salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- 24. NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- 25. NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- 26. NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.

#### **Normas SSA3:**

 NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica.



- 2. NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina.
- 3. NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis.
- 4. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- 5. NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la Anestesiología.
- NOM-008-SSA3-2017, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
- 7. NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad.
- NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
- 10. NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
- 11. NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de Registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.
- 12. NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos.
- 13. NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la cirugía mayor ambulatoria.
- 14. NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.



- 15. NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
- 16. NOM-030-SSA3-2013 Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria.
- 17. NOM-034-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Atención médica pre hospitalaria.
- 18. NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.
- 1) Guía de Práctica Clínica, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel.
- 2) Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal vigente.
- 3) Programa de Acción Específico Dirección General de Calidad y Educación en Salud vigente.

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

### VII. ANTECEDENTES

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.18,19

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.18

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.20.21

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. 22,23

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

# SESA SECRETARÍA DE SALUD SALUD

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Inglaterra, España, Chile, El Salvador y México. 24-27 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.28

### i. DEFINICIÓN

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.29

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 Oro para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.31,32

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 con el 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.33-35

# SESA SECRETARÍA DE SALUD SALUD

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

#### ii. Clasificación

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. (Anexo 1)

Elementos para la evaluación:

- Observación de la usuaria.
- · Interrogatorio.
- Signos vitales.

Una vez realizado el *Triage*, cuando la condición de la paciente lo permita, se debe continuar con el protocolo de atención en el embarazo, no olvidando documentar el estado serológico de la mujer al VIH y la sífilis.

### iii. Código ORO y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

#### Sistema de Alerta

El Código ORO 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. 46,47

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, UCIA, urgencias, tococirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos.

### 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 obligatoria en todas las áreas de la unidad hospitalaria donde se brinde atención obstétrica.

### Recursos para la implementación del Código ORO

Equipo de "voceo". Debe permitir la comunicación de la emergencia en un solo evento y a todo el equipo multidisciplinario.

#### Procedimiento para la activación

El responsable de la activación de "alerta" o Código Oro es cualquier médica o médico, enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en la paciente obstétrica clasificados como código oro (Anexo 1 y 2), no importando el área de la unidad en donde se encuentre la paciente.

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

### Monitoreo y evaluación

Se establecerá registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (Anexo 3).

### iv. Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

#### Definición

La atención del ERIO, 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 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 ORO, 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. 48,49

Continuamente se realizarán simulacros, que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de programas de mejora continua. 31,50

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

# Recursos para la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

#### Área física

Cualquier área del Hospital General Regional Lic. Emilio Sánchez Piedras 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 y cuando sea en el área de hospitalización será la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIA), para el manejo de la paciente. En caso de encontrarse en TRIAGE el área de atención será el área de CHOQUE.

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**

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.

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. Subdirector Médico y/o Jefe de Gineco Obstetricia y jefe o Subjefe de Enfermería
- 2. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia
- 3. Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología (en su caso un Médico Especialista en Medicina Interna)
- 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 Técnico de Rayos X
- 11. Camilleros
- 12. Personal de Servicios generales

#### **Recursos materiales**

En el área de choque/UCIA

- Mobiliario y equipo de acuerdo con las especificaciones del Apéndice Normativo "Q" de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (incluye carro rojo).
- Caja roja/rosa o caja BUO

# SESA SECRETARÍA DE SALUD SALUD

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

#### En todas las demás áreas

- · Carro rojo con desfibrilador
- · Caja roja/rosa o caja BUO

### Responsabilidades y funciones del personal de salud

- 1. Coordinador, subdirector Médico o cargo administrativo similar.
  - Establece comunicación para la aceptación de pacientes obstétricas al hospital, siempre en coordinación con el personal médico encargado del área. (estrategia SAER acción esencial 2C)
  - 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 incluyendo eventos adversos (Acción esencial 7)
  - 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 o Urgencias médico- quirúrgicas (en su caso un Médico/a Especialista en Medicina Interna).
  - 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 multiorgánico.
  - 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). (Derechos de los pacientes, Consentimiento bajo información)
  - Registra las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) en el formato correspondiente, mismo que será incorporado al

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

expediente clínico (Anexos 7 y 8). (NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente clínico)

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

- Maneja el problema de su área, desde la fase diagnóstica hasta el establecimiento del plan de manejo integral en conjunto con los demás integrantes del equipo, estableciendo prioridades del protocolo a seguir.
- Realiza el rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y líquido amniótico, en su caso).
- · Efectúa exploración de la pelvis genital.
- Maneja la condición del embarazo de acuerdo con el 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 neonatal acorde a lo estipulado en el PRN vigente.

### 6. Personal Médico Especialista en Cirugía General

 Evalúa la participación conjunta con el Gineco-obstetra para la resolución definitiva del problema ante requerimientos de Técnicas quirúrgicas avanzadas (TEQUIAV).

#### 7. Enfermería

- 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.
  - o Efectúa aspiración de secreciones.
  - Efectúa fijación de cánula endotraqueal.
  - o Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.
  - o Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.
  - Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.
  - o Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio

### MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

### correspondiente.

- · Enfermera/o brazo derecho (circulatorio)
  - Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos y toma de muestras de laboratorio.
  - o Toma de glucometría capilar y realiza prueba multireactiva de orina.
  - Ministra medicamentos. (Acción esencial 3F), en caso de ordenes verbales deberá apegarse a protocolo de Acción esencial 2B1, 2 B2.
  - Efectúa vendaje de miembros pélvicos.
  - o Da vigilancia del estado neurológico.
  - Ministra hemoderivados.
  - o Coloca pantalón antichoque, en su caso

#### Enfermera/o circulante

- o Prepara medicamentos.
- o Provee material de curación.
- Prepara soluciones.
- Maneja el carro y caja rojos. 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 y coloca la pulsera de identificación. (Acción Esencial 1B)
- Efectúa ficha de identificación y requisita la hoja de evaluación inicial. (acción esencial 1 A)
- Registra los censos del servicio.

### Otras actividades complementarias

- Personal de Laboratorio de Análisis Clínicos
  - Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter urgente.
- Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión
  - Agiliza la tipificación y abastecimiento oportuno de los hemo componentes, establece acciones ante posible protocolo multitransfusión (En caso de sangrado mayor a 1000ml asociado a evento obstétrico y que comprometa el estado hemodinámico)
- Personal de Imagenología
  - Realiza rastreo abdominal y pélvico.
  - Efectúa algún otro estudio de imagen requerido de acuerdo con la patología de la paciente.
- Trabajado Social
  - Realiza vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.
  - Informa al familiar responsable sobre condiciones generales de la paciente y realiza el enlace con médicos tratante para dar a conocer estado de salud y evolución de la paciente)
  - o Consentimiento informado. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente



clínico.

- Camilleros
  - o Traslado de pacientes. (Acción Esencial 6)
- Servicios Generales
  - Mantenimiento de condiciones de higiene que contribuyan a evitar riesgo de caídas. (Acción Esencial 6)

### Proceso de atención

El proceso inicia con la activación del Código Oro ante la presencia de una paciente con emergencia obstétrica (Código Oro) 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 ERI. (Anexo 2 y 3)



Codificación de pacientes (Anexo 1)

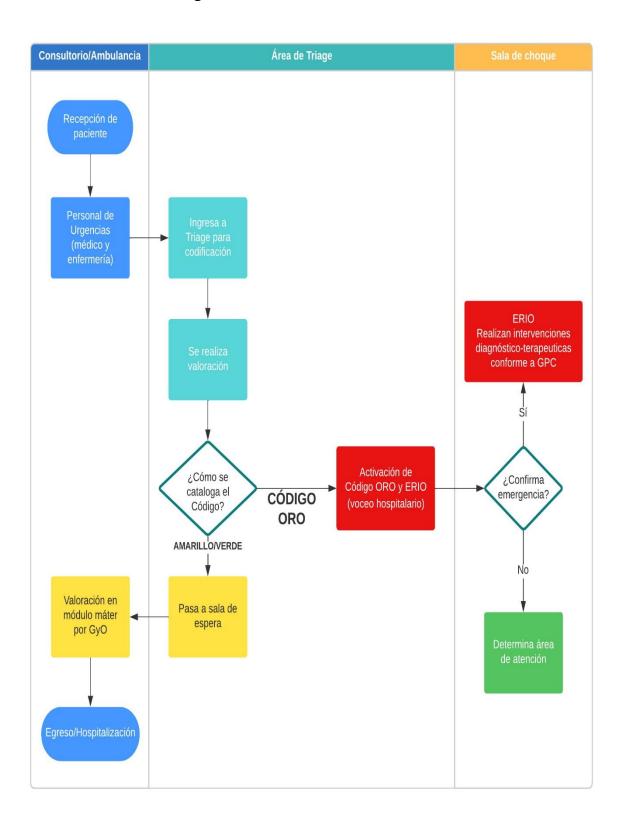
### **CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES "TRIAGE OBSTETRICO"**

Nombre Completo:								Edad:	Fecha de nacimiento:
Fecha:	Hora Inic	cio:			Derech	nohabie	ncia:		<u></u>
Procedencia:	Domicili	)	Referencia	ı )	Vía Púb	lica	)	Consulta Ext. (	) Reingres )
FC	0 (	FR	rpm	T.A	1 (	mm	Т	°C	o ( SatO2
Motivo de consulta:	lpm			Hg			С		
								A	
continuación, marque con	una <b>X</b> el espacio o	que correspo	nde al parámetr	o indicado, a	asignada a c	ada secci	ón y cla	sifique	
Color			Ver	de			Ama	arillo	ROJO
		•		Observac	ión			•	
Estado de Conciencia**			Alerta/co	nsciente		Somnole	encia,	irritabilidad	Inconsciente, Estupor/  ***
Hemorragia**			Ausente/n				Visib	le moderada	Visible abundante
Crisis convulsivas**			Ause			E	stado	postictal	Presente
Coloración de piel			Nor	mal					Pálida/ Rubicunda/cianosis
		•		Interrogat	torio			•	
Clínica de encefalopatía hip (Acufenos, fosfenos, cefalea hiperreflexia)**			Ause	ente					Presente
Epigastralgia			Ause	ente					Presente
Salida de líquido amniótico,	/ Coloración		Ause	ente		Prese claro/	nte: verdos	50	
Actividad fetal (referida por	la paciente)		Prese	ente		Dismii	nuido/	Ausente	
Actividad uterina			contracciones intracciones er			3 o m		tracciones en	
		3 00	intracciones er	Signos vit		10 1111			
			/						
Presión arterial**			enor a 130/90 i or o igual a 90					0/110 y mayor 0/90 mmHg	Mayor o igual a 160/110 mmHg***
Frecuencia cardiaca**			60-10	0 lpm	+		10	0- 120 lpm	> 120 o < 50 lpm
Índice de choque (Frecuenc	ia		menor	a 0.7			0.7	7 a 0.8	mayor a 0.8
cardíaca/presión sistólica)			46.5	0					M
Frecuencia respiratoria			16 a 20	u rpm					Menor a 16 o mayor a 20 rpm
Temperatura			35°- 3	7.4° C			37	.5°- 38.9° C	< 35° o mayor 39° C
** Criterios mayores		·			•				
Observaciones:									
Verd	le		Sala de es	pera de ur	gencias ob	stétricas	5		
Amar	illo			•				•	rega personal de Triage a
				enfermera					Sandara da
Roje ***				noque, ACT a Inmediat		iigu OR	U Ater	nción inmediata/ E	equipo de

HORA DE TERMINO:\_\_\_\_



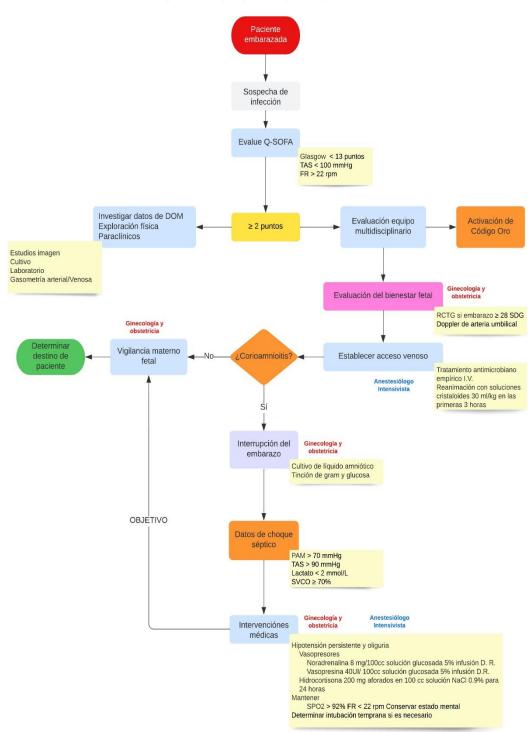
Anexo 2. Diagrama de Atención de Paciente Obstétrica





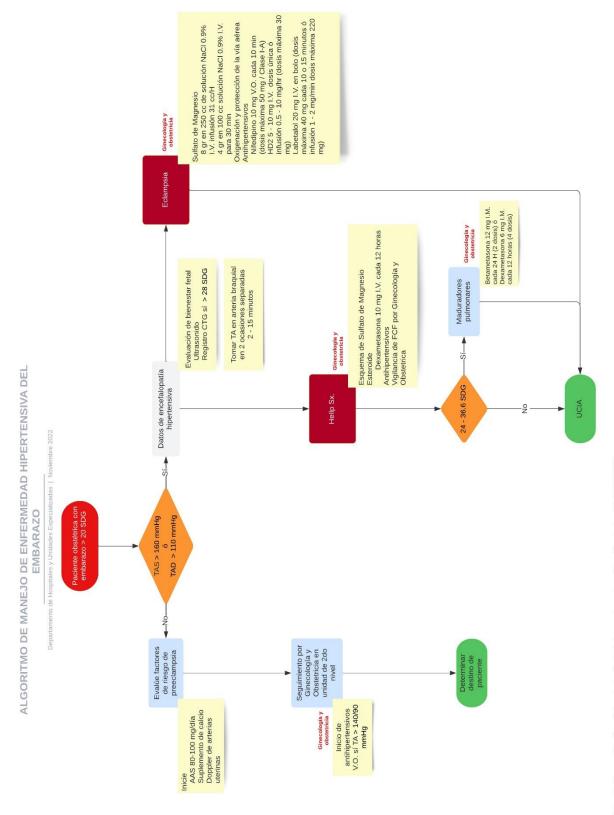
#### ALGORITMO DE MANEJO DE SEPSIS MATERNA

Departamento de Hospitales y Unidades Especializadas | Noviembre 2022

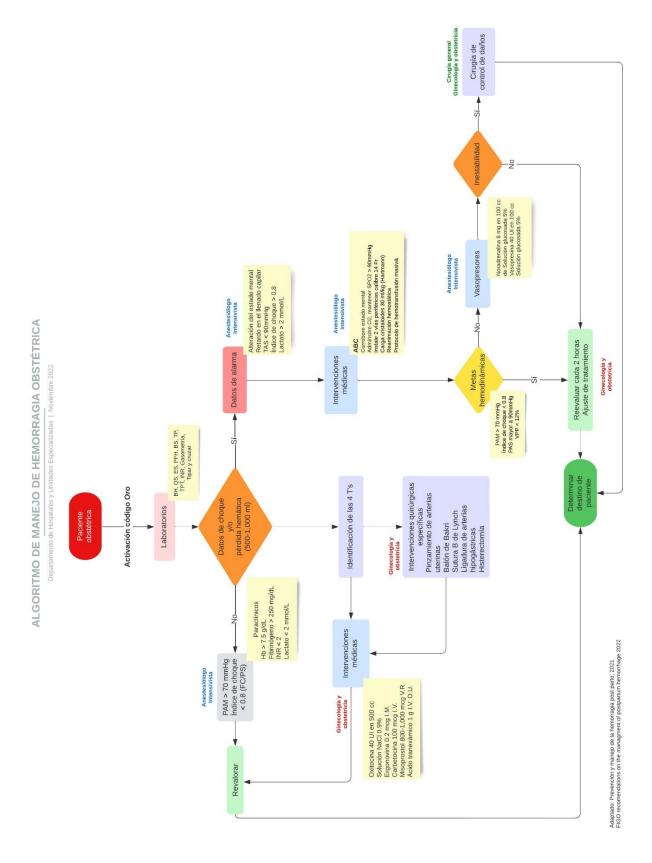


Adaptado: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la sepsis materna CPG 2018





Adapado: Prevención, diagnóstico y tratamiento de la preeclampsia en 2do y 3er de atención IMSS 2017 Guideliness NO. 426 Hypertensive disorders of pregnancy: diagnosis, prediction, prevention and management 2022





### Registro de actividades (Anexo 3)

### Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

Fecha y hora de atención  1. Activación Hora de activación Hora de Integración del ERIO	
Hora de activación Hora de Integración del ERIO Responsable de la activación Cargo Área de activación  2. Área de Choque/ Unidad de Cuidados Intensivos Diagnóstico de ingreso:  Forma de traslado Acompañamiento Familiar () Médico () Paramédico () Ambulancia () Ambulancia ()  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2  Problema principal Hemorragia () Crisis convulsivas () Preeclampsia () Sepsis () Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Hora de activación Hora de Integración del ERIO Responsable de la activación Cargo Área de activación  2. Área de Choque/ Unidad de Cuidados Intensivos Diagnóstico de ingreso:  Forma de traslado Acompañamiento Familiar () Médico () Paramédico () Ambulancia () Ambulancia ()  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2  Problema principal Hemorragia () Crisis convulsivas () Preeclampsia () Sepsis () Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Hora de Integración del ERIO	
Responsable de la activación	
Cargo Área de activación   2. Área de Choque/ Unidad de Cuidados Intensivos Diagnóstico de ingreso:   Forma de traslado Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia	
Area de Activacion	
Area de Activacion	
Diagnóstico de ingreso:  Forma de traslado Espontánea ( ) Referida ( ) Traslado ( ) Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Amb	
Forma de traslado Espontánea ( ) Referida ( ) Traslado ( ) Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Signos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro 4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Ambulancia ( )  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Ambulancia ( )  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Ambulancia ( )  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Acompañamiento Familiar ( ) Médico ( ) Paramédico ( ) Ambulancia ( ) Ambulancia ( )  3. Datos Clínicos Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro 4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	(
Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro 4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Edad Peso Talla Signos vitales TA FC FR Temperatura FCF Saturación O2 Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro 4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
O2  Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
O2  Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro  4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
Problema principal Hemorragia ( ) Crisis convulsivas ( ) Preeclampsia ( ) Sepsis ( ) Otro	
4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
4. Apoyo de ERIO en el área hospitalaria	
• •	
Quirofano ( ) Hospitalizacion ( ) Unidad de Toco- Qx ( ) Recuperacion ( ) Otro ( )	
	_
5. Manejo Integral (Describa)	
6. Medicamentos y Hemoderivados (Describa)	



7.	Otras acciones y procedimientos (Describa)
8.	Exámenes de laboratorio y gabinete BH ( ) QS ( ) ES ( ) Tiempos de coagulación ( ) PFH ( ) EGO ( ) Relación Prot/Creat U ( )
	Ultrasonido ( ) Rayos X (Especifique)
9.	Ultrasonido ( ) Rayos X (Especifique)  Personal médico integrante de ERIO
9.	(Especifique)
9.	Personal médico integrante de ERIO
9.	Personal médico integrante de ERIO  Terapia Intensiva/ Urgencias
9.	Personal médico integrante de ERIO  Terapia Intensiva/ Urgencias  Ginecología y Obstetricia
9.	Personal médico integrante de ERIO  Terapia Intensiva/ Urgencias  Ginecología y Obstetricia  Neonatología/ Pediatría  Anestesiologia
9.	Personal médico integrante de ERIO  Terapia Intensiva/ Urgencias  Ginecología y Obstetricia  Neonatología/ Pediatría
9.	Personal médico integrante de ERIO  Terapia Intensiva/ Urgencias  Ginecología y Obstetricia  Neonatología/ Pediatría  Anestesiologia  Enfermeria



#### **ACTIVIDADES POSTERIORES:**

- Toda muerte materna debe ser analizada dentro del comité de Prevención, estudio y seguimiento de la mortalidad materna y perinatal en un término no mayor a 72 horas.
- Todo Nearmiss debe ser analizado dentro del comité de prevención estudio y seguimiento de la mortalidad materna y perinatal en la sesión inmediata mensual.

Deberán cumplirse el análisis mensual de los indicadores:

- Promedio de pacientes obstétricas atendidas en urgencias
- Porcentaje de pacientes clasificados como urgencia no calificada.
- Porcentaje de pacientes con emergencia obstétrica.
- Promedio de tiempo de espera en triage obstétrico.
- Porcentaje de eficacia en la clasificación de triage obstétrico.
- Porcentaje de pacientes reclasificadas.
- Porcentaje de apego al protocolo entrega recepción.
- Porcentaje de activaciones de código oro.
- Porcentaje de activaciones de código oro por área de atención obstétrica.
- Promedio de tiempo de respuesta del ERIO

Todas las unidades deberán contener dentro de su Plan de Mejora Continua, un proyecto específico para abordaje de muerte materna.

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

### v. Bibliografía

- 1. Barroso C, Langer A. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades. Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna. Documento sin fecha. 2009.
- 2. Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A, group LMSSs. Mobilising financial resources for maternal health. The Lancet. 2006;368(9545):36.
- 3. Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Romero-López E, Chávez-Courtois M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Perinatol Reprod Hum. 2010;24(1):42- 50.
- 4. Langer A, Hernández B. La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción. Gac Med Mex. 2000;136(Supl 3):S49-S53.
- 5. Organization WH. Mortalidad materna. Datos y Cifras. Vol. Nota descriptiva 348: Noviembre 2015. En http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/.
- 6. Cubos dinámicos-Defunciones (Mortalidad). 2014. http://www.dgis.salud.gob.mx/ contenidos/bases dedatos/bdc\_defunciones.html. Accessed 05 de abril de 2016.
- 7. Langer A, Lozano R, Hernandez B. Mortalidad materna/niveles, tendencias, y diferencias. DemoS. 1993(006).
- 8. Campbell O, Graham W. Estrategias para reducir la mortalidad materna: avanzar con lo que funciona Supervivencia Materna 2. Lancet. 2009.
- 9. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo. Disponible en: http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health.

- 10. Gobierno de México. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2013.
- 11. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU 2000. [5]
- 12. Calderón MAK, Montes PB, González MC, Pliego ÁC. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. Medicina Social. 2007;2(4):205-211.
- 13. Secretaría de Salud/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Mexico; 2009.
- 14. Gobierno de México, Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Secretaría de Gobernación. México; 2013.
- 15. Secretaría de Salud. Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud. México; 2013. [5]
- 16. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad sessegura: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009.
- 17. Duncan KD, McMullan C, Mills BM. Early warning systems: the next level of rapid response. Nursing2015. 2012;42(2):38-44.
- 18. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. Emergency Medicine Journal. 2006;23(2):154- 155.
- 19. Fernández GJI. Triage: atención y selección de pacientes. Trauma. 2006;9(2):48-56.
- 20. Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. Emergencias. 1998;10(2):100-104.

- 21. 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. 2008:57-82.
- 22. 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.
- 23. Services. USDoHH. Emergency Severity Index, Version 4 Implementation Handbook. 2015; http://archive.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm. Accessed 28 de julio 2015.
- 24. Cobos MI, Miller T, Salguero MR. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. 2013.
- 25. Obregón Gutiérrez N, Rebollo Garriga G, Costa Gil M, Puig Calsina S, Calle Del Fresno S, Garrido Domínguez M. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. Matronas profesión. 2011;12(2):49-53.
- 26. Salvador MdSdE. Lineamientos técnicos para realizar el triage en hospitales de la RIISS. 2012; http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\_triage\_en\_hospit ales\_ riiss.pdf. [17]
- 27. Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. American journal of obstetrics and gynecology. 2013;209(4):287-293.
- 28. Alvarado Berrueta RM, Arroyo Vázquez M, Hernández Pérez C, Vélez Calderón M, Márquez Torres P. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. Enfermería universitaria. 2012;9(2):61-71.
- 29. Angelini DJ, LaFontaine D. Obstetric triage and emergency care protocols: Springer Publishing Company; 2012.



- 30. Secretaría de Salud/Centro Nacional de Excelencia Tecnológica. Guía de práctica clínica. Triage hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel. CENETEC-SALUD México; 2015.
- 31. Martínez-Rodríguez ÓA, Portillo-Durán J, Tamés-Reyeros JÁ, Martínez-Chéquer JC, Carranza- Lirae S. Equipo de respuesta inmediata, análisis de 59 casos con hemorragia obstétrica. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2015;53(2):132-135.
- 32. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. Archives of internal medicine. 2010;170(1):18-26.
- 33. DB H, AW M, RJ W. Triage y transferencia interhospitalaria de los traumatizados. In: Interamericana M, ed. Trauma. Vol 1: Mattox KL Feliciano DV Moore EE; 2001:87-107.
- 34. Flores AGR, Loredo BG. Triage En La Sala De Urgencias: Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas; 2010.
- 35. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. OMS, Ginebra; 2000.
- 36. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. emergencias. 2003;15:165-174.
- 37. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Paper presented at: Anales del sistema sanitario de Navarra2010.
- 38. Navarro JR, Castillo VP. Código rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida. Revista Colombiana de Anestesiología. 2010;38(1):86-99.
- 39. Buist MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from

# MANUAL OPERATIVO. EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EMERGENCIA OBSTÉTRICA

unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. Bmj. 2002;324(7334):387-390.

- 40. Ristagno G, Tang W, Weil MH. Cardiopulmonary resuscitation: from the beginning to the present day. Critical care clinics. 2009;25(1):133-151.
- 41. Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent inhospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. Critical care medicine. 1994;22(2):244-247.
- 42. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a Safer Health System. Vol 6: National Academies Press; 2000.
- 43. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? Jama. 2005;293(19):2384-2390.
- 44. Wachter RM. The end of the beginning: patient safety five years after "To Err Is Human.". Health Affairs. 2004;23(11):534-545.
- 45. Garduño JCB, de León Ponce MD, Calderón JM. Estrategias para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en el Estado de México.
- 46. Garduño JCB, Vázquez MdCG, Gutiérrez LJE, de León Ponce MD, Vega CGB. Experiencia exitosa con el Código MATER. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 2011;25(1):43-45.
- 47. 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.
- 48. 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.
- 49. 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.



- 50. Esper RC, Rosillo FR, Córdova JRC, Córdova LDC. Equipo de respuesta rápida. Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2009; 23(1); 38-46. 2009.
- 51. Castellanos, J. L., & Pineda, M. L. (2005). 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).
- 52. Consejo de Salubridad General, Secretaria de Salud, Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. (2016). Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.



### vi. Glosario

**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.

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 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.

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 resolutiva 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 estos.

**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 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 Verde.** Es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.

**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.

**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**. 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.

**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.

**Estándar.** En materia de calidad de los servicios de salud es la declaración del nivel de calidad que se espera otorgar a la población; en estadística se define como un valor que sirve como punto de referencia en la aplicación de una fórmula o indicador.

**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.

**Experiencia exitosa.** Se evalúa así cuando se tiene la evidencia de haber controlado y estabilizado un proceso durante un periodo mínimo de seis meses, los indicadores hayan alcanzado o mejorado el estándar, las mejoras se hayan incorporado a los procedimientos de rutina del servicio, la calidad técnica se eleve y ésta sea percibida por la población y los usuarios manifiesten sentirse más satisfechos.

**Hospitalización.** Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como para los cuidados paliativos.

**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.

**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 internos y externos.

**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).

**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.



**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 materna.** 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.

**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.

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

**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.

**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.



**Proceso.** Conjunto de sistemas y procedimientos, materiales, máquinas, personas, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios.

**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.

**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 inmediato.** Periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto. Puerperio mediato: Periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto. Puerperio tardío: Periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.

**Referencia-contrarreferencia.** Procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad en el marco del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad de la población.

**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.

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.

**Sistemas de información en salud.** Es el conjunto total de procedimientos, operaciones, funciones y difusión de datos o información en una organización.

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).

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

**Usuaria/o.** Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención.