



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
CARRERA DE ENFERMERIA**

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

PREVIO A LA OBTENCION DEL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA

TEMA:

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN ACTIVACION DE CLAVE
AZUL EN EL HOSPITAL BASICO PLAYAS, GUAYAS, MAYO - SEPTIEMBRE
2019

AUTORAS:

GUERRERO VERA KARLY ROXANA
IZQUIERDO LOOR JENNIFER XIOMARA

TUTOR:

DR. GALO PINO ICAZA

BABAHOYO – LOS RIOS- ECUADOR
2019

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE GENERAL | |
| TEMA I | 4 |
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| CAPITULO I. | |
| 1. PROBLEMA | 6 |
| 1 1.1 Marco Contextual | 7 |
| 1.1.2 Contexto Internacional | 8 |
| 1.1.3 Contexto Nacional. | 8 |
| 1.1.4 Contexto Regional. | 9 |
| 1.1.5 Contexto Local y/o Institucional | 9 |
| 1.2 Situación problemática | 9 |
| 1.3 Planteamiento del Problema | 10 |
| 1.3.1 Problema General | 11 |
| 1.3.2 Problemas Derivados | 11 |
| 1.4 Delimitación de la Investigación | 12 |
| 1.5 Justificación | 13 |
| 1.6 Objetivos | 14 |
| 1.6.1 Objetivo General | 14 |
| 1.6.2 Objetivos Específicos | 14 |
| CAPITULO II | |
| 2. MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 Marco teórico | 15 |
| 2.1.1 Marco conceptual | 20 |
| 2.1.2 Antecedentes investigativos | 23 |
| 2.2 Hipótesis | |
| 2.2.1 Hipótesis general | 41 |
| 2.3 Variables | |
| 2.3.1 Variables Independientes | 41 |
| 2.3.2 Variables Dependientes | 41 |
| 2.3.3 Operacionalización de las variables | 42 |

| | |
|---|-----------|
| CAPITULO III. | |
| 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 43 |
| 3.1 Método de investigación | 44 |
| 3.2 Modalidad de investigación | 44 |
| 3.3 Tipo de Investigación | 44 |
| 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de la Información | 45 |
| 3.4.1 Técnicas | |
| 3.4.2 Instrumento | |
| 3.5 Población y Muestra de Investigación | 46 |
| 3.5.1 Población | 46 |
| 3.5.2 Muestra | 46 |
| 3.6 Cronograma del Proyecto | 48 |
| 3.7 Recursos | 49 |
| 3.7.1 Recursos humanos | 49 |
| 3.7.2 Recursos económicos | 49 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 50 |
| ANEXOS | |

TEMA:

APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERIA EN LA ACTIVACION DE CLAVE AZUL EN EL HOSPITAL BASICO PLAYAS

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna y neonatal son indicadores sensibles que traducen el grado de desarrollo y garantía de los derechos en la sociedad. Cuando nos encontramos con muerte materna nos fijamos que se compromete el desarrollo de los hijos y la familia, especialmente de los más pequeños. Las muertes de los recién nacidos comprometen el futuro de la sociedad.

Vemos que este acontecimiento está íntimamente relacionado con dos aspectos importantes; el primero es la injusticia social, la inequidad de género y la pobreza; el segundo con problemas en la clasificación que se da a la urgencia obstétrica por el personal de salud a cargo.

Es muy apremiante que como profesionales de enfermería estemos comprometidos a trabajar de forma integral y multisectorial, con el fin de poder actuar sobre los determinantes estructurales y de atención en salud con estrategias específicas que mejoren la calidad de la atención y contribuir a disminuir las complicaciones en la atención de la morbilidad severa del estado grávido-gestacional y así evitar muertes maternas.

Con el presente documento, pretendemos sistematizar los criterios generales para el estudio del Score Mama en pacientes con complicaciones, en este caso sobre la activación de clave azul, con el objeto de garantizar la adecuada categorización de la atención de las mujeres en estado grávido-gestacional que solicitan atención en los servicios hospitalarios y la derivación oportuna al área donde se dará continuidad al manejo del Código Mater.

CAPITULO I

1. PROBLEMA

La muerte materna es uno de los problemas más graves que la Salud Pública presenta en estos últimos tiempos no solo a nivel del país sino a nivel mundial, la pobreza extrema, en ocasiones la ignorancia, la falta de educación y hasta los aspectos geográficos son alguno de los factores que provocan este grave problema de la actualidad, por lo que la salud materna constituye uno de los objetivos más importantes en el desarrollo del milenio captados por la sociedad médica internacional en el año 2000 como un problema urgente que resolver.

En nuestro país los más afectados son las áreas rurales ya que pese a las programas que el Ministerio de Salud Pública Ofrece las distancias geográficas es uno de los principales problemas que aún le preocupan a el estado Ecuatoriano En pleno siglo XXI, concebir a la salud solamente como el no padecimiento o la no tenencia de enfermedades es insuficiente. A la luz de todos los avances y convenios que se han venido desempeñando en el campo de la salud, hoy este concepto apunta a que las personas logren un completo desarrollo en cuanto a su bienestar físico, mental y social 25 Las principales causas de mortalidad materna en nuestro país, siguen siendo hipertensión, hemorragia e infecciones. Las cuales en su mayoría son prevenibles. O pueden ser tratadas a tiempo para evitar consecuencias mayores, por lo que un control prenatal adecuado es fundamental para poder reducir las complicaciones en el embarazo

La prevención de la mortalidad materna exige un esfuerzo organizado en la cual se impulse la participación de los proveedores en salud, la comunidad y los entes gubernamentales. Por tal razón, es preciso identificar la evidencia existente sobre el aporte dado desde el cuidado de enfermería a la salud materna, ya que es la enfermera quien en su normal desempeño está presente en diversos escenarios de la práctica asistencial (programas de control prenatal, parto, planificación familiar y otros) donde puede intervenir y obtener resultados

positivos en salud. Teniendo en cuenta el compromiso histórico que la enfermería ha tenido alrededor del cuidado materno.

Se ha puesto a consideración programas para bajar la incidencia de muerte maternas en el Ecuador de cada 9 mujeres embarazadas presentan enfermedades durante el embarazo ya que no se maneja un correcto protocolo de estudio del score mama, las claves rojas, azul y amarillas sirven para determinar las enfermedades graves que pueden conllevar a una muerte materna.

1 1. 1 MARCO CONTEXTUAL

La mortalidad materna representa un grave problema de salud pública para los países desarrollados y subdesarrollados se ha observado que un 80% de los casos las causas son prevenibles, es por eso que la ONU ha empezado campañas para evitar la muerte materna no solo educando en los protocolos de manejo a los médicos sino dando charlas educativas a las madres para que si existe alguna anomalía durante el embarazo ir de inmediato a el centro de salud.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000 (ONU).

1.1.2 CONTEXTO INTERNACIONAL

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbimortalidad tanto materna cuanto perinatal,

especialmente en los lugares de escasos recursos. Un análisis sistemático de la OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia. Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas.

1.1.3 CONTEXTO NACIONAL

La preeclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial; en el año 2010, en Ecuador, fue catalogada como la primera causa de muerte materna (INEC 2010).

La morbilidad materna no se ha reducido sino que ha ido en aumento, ya sea por no tener control del embarazo o por no recibir atención del parto por personal calificado. Debido al aumento de pobreza, la falta de recursos económicos para acceder a los servicios y falta de adaptación hace que las mujeres embarazadas recurran a su cultura y costumbres utilizando los servicios de parteras empíricas no calificadas para detectar los riesgos.

1.1.4 CONTEXTO REGIONAL

Lo que se pretende por medio de cada uno de los protocolos es optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacionales e internacionales (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal.

1.1.5 CONTEXTO LOCAL Y/O INSTITUCIONAL

Por medio de este estudio se considera emplear en el Hospital Básico Playas el uso oportuno de la clave azul que nos indica el SCORE MAMA por medio del MSP, en la institución se cuenta con excelentes profesionales pero es muy necesario que nosotros como profesionales de enfermería tengamos muy claro el manejo de estos protocolos y saber cómo y cuándo actuar.

1.2 SITUACION PROBLEMÁTICA

Cabe resaltar que el proceder de los profesionales del hospital es muy buena, pero cuando nos vemos en medio de las circunstancias de una emergencia obstétrica muchos quizás por el temor de que se puede perder la vida tanto de la madre como la del hijo pues no sabemos cómo actuar en aquel instante y por ello hay la necesidad de precisar la acción oportuna para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva como lo es la activación de la clave azul.

La aparición de la preeclampsia puede manifestarse de forma súbita. En países desarrollados como los Estados Unidos, la falta de conciencia y entendimiento de los signos de los signos las mujeres busquen y reciban ayuda y cuidados inmediatos.

Para mejorar los cuidados en la salud materna en el hospital, las barreras que limitan el acceso a los servicios de cuidado maternal de buena calidad deben ser identificadas y dirigidas a todos los niveles de los sistemas de salud. La misión de este documento o proyecto incluye la promoción de una mayor conciencia y una mejor atención profesional a nivel del hospital, de iniciativas de la salud materna más amplias para la detección y cuidado de la enfermedad, y de mejorar el sistema de atención en la salud en todos los ámbitos, mientras alentar el empoderamiento y la participación de las mujeres a través de programas de educación efectivos acerca de la preeclampsia - eclampsia.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El análisis de la morbilidad y mortalidad materna es una de las actividades más importantes para evaluar el estado de salud de una población.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al igual que distintos organismos internacionales en el campo de la salud, han mostrado en las últimas décadas un interés especial en el estudio de los problemas de la mujer y en la disminución de la mortalidad materna.

Por otra parte, un número importante de mujeres hipertensas en edad fértil son susceptibles de quedar embarazadas y finalmente otras, con predisposición genética para desarrollar hipertensión, la expresan en forma transitoria durante la gestación, al estar sometidas a las alteraciones hemodinámicas y hormonales de esta condición.

El riesgo obstétrico es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un daño a la salud. El enfoque de riesgo se fundamenta en la medición de probabilidades, es decir, la ausencia o presencia de riesgo. Dentro de los factores de riesgo tenemos a toda característica o circunstancia detectable en el

embarazo que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurran daño a la salud de la madre o del feto durante el embarazo, parto o puerperio.

La edad juega un papel muy importante ya con son mujeres con edad de 35 años o más ellas tienden a tener mayores probabilidades de desarrollar hipertensión, diabetes o fibromas.

Mediante este proyecto lo que buscamos es concientizar al personal de salud que labora en dicha institución y promover charlas educativas para contribuir en la preservación de la vida de nuestras pacientes y que culminen con éxito su embarazo sin interrupción alguna.

1 3 .1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y protocolos en la activación de la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas en el periodo de Mayo - Septiembre 2019?

1 3. 2 PROBLEMAS DERIVADOS

¿Cuál es el procedimiento de enfermería en la activación de clave azul del Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?

¿Qué criterio son considerados para un diagnóstico oportuno y toma rápida de decisiones en los trastornos hipertensivos severos en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?

¿Cuál es el momento adecuado para activar la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?

1.4 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio de nuestro proyecto lo realizamos con un índice de población de 10 profesionales de enfermería en el Hospital Básico Playas

Unidad de análisis: Hospital Básico de Playas

Población: 10 profesionales de enfermería que laboran en la institución

Delimitación espacial: este proyecto propuesto en Hospital Básico Playas dentro del cantón Playas de la provincia del Guayas

Delimitación Temporal: Todos los datos que serán considerados para realizar el trabajo de investigación propuesto serán enmarcados dentro del periodo Mayo a Septiembre del 2019.

1.5 JUSTIFICACION

La muerte materna por pre-eclampsia y eclampsia es un problema de salud mundial por ende están involucrados la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud Pública, mediante los cuidados de enfermería que se brinden a mujeres con estas patologías ayudan a reducir las diversas complicaciones y el índice de morbimortalidad.

En el presente trabajo es relevante porque describirá los cuidados de enfermería que se brindarán de acuerdo a los signos, síntomas, factores de riesgo, complicaciones que presente cada mujer ecláptica, a nivel nacional el índice es del 26% lo cual es alarmante para la población y en especial en mujeres embarazadas, puérperas y en las que deseen concebir, pero esto dependerá de un buen proceso de atención de enfermería en lo cual está la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación.

Cabe mencionar que el personal de salud debe estar en capacitación continua sobre el protocolo Score Mama y las claves obstétricas, para adquirir los conocimientos mediante los lineamientos operativo que determinaran los riesgos obstétricos y así mismo poder manejar adecuadamente las emergencias en el embarazo, en cada unidad operativa de salud existen planes de capacitación permanente donde se encuentran diversos horarios en los que se pueden asistir y no interfieren en las labores diarias.

Cabe clarificar que es menester que el personal de enfermería fortalezca sus conocimientos y así desarrolle habilidades para colaborar en las terapias antihipertensivas en Pre-eclampsia y en el manejo de eclampsia.

Por lo antes mencionado, es necesario revisar bibliográficamente en qué medida la enfermería actual, desarrolla cuidados con previos conocimientos por el bienestar de las mujeres en edad fértil que presentan eclampsia. Y de esta

manera puedan estar contribuyendo con el equipo de salud en la disminución de los índices de morbimortalidad materno neonatal.

1.6 OBJETIVOS

1 6. 1 OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y protocolo en la activación de clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas en el periodo Mayo - Septiembre 2019

1 6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los procedimientos de enfermería en la activación de clave azul del Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019.

- Establecer los criterios que son considerados para un diagnóstico oportuno y toma rápida de decisiones en los trastornos hipertensivos severos en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019.

- Determinar el momento adecuado para activar la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019.

CAPITULO II

2 MARCO TEORICO

2.1 MARCO TEORICO

DEFINICIÓN: Clave azul forma parte de una estrategia que busca disminuir la mortalidad materna producida por la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (pre-eclampsia, eclampsia) mediante la estandarización de procedimientos en el manejo inmediato de esta entidad.

Es un protocolo que da las pautas en orden de prioridad para el manejo inmediato de pre-eclampsia y eclampsia de causa Hipertensión inducida por el embarazo que puede aplicarse desde el nivel primario. (En que consiste Clave azul)

¿Para qué sirve? Permite administrar las primeras medidas de estabilización a pacientes con pre-eclampsia y eclampsia, de causa gineceo obstétrico antes de ser referidas a un establecimiento de mayor nivel. (Clave azul)

¿En qué casos se aplica? En todo caso de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (pre-eclampsia, eclampsia) de complicación del embarazo, parto o puerperio. (Clave azul)

¿Qué beneficios brinda? Mayor capacidad de respuesta en el manejo inmediato (pre-eclampsia, eclampsia) de causa gineco-obstétrica, lo cual permite una estabilización rápida de la paciente.

- Que las pacientes lleguen al establecimiento en mejores condiciones de vida y de referencia.

- Fortalecimiento del sistema de referencia.
- Mejora del trabajo en equipo. Clave azul

Enfermedad Hipertensiva Inducida por el Embarazo (HIE) Se define como hipertensión que aparece después de las 20 semanas de gestación. Es la tercera causa de muerte perinatal (17 a 25%), en especial de las muertes fetales tardías. También es la causa principal de RCIU (retardo de crecimiento intrauterino).

Es muy importante averiguar La edad gestacional:

- Si tiene (-) de 20 semanas, evaluar problemas de hipertensión arterial crónica, enfermedad renal o enfermedad del trofoblasto.
- Si tiene (+) de 20 semanas, buscar o confirmar la presencia de proteinuria Proteinuria: orina espumosa hacer descarte cualitativo con cintas reactivas. Ganancia de peso mayor de 500 grs x semana.
- Edemas por encima de la rodilla. Buscar síntomas o signos de alarma

Buscar síntomas o signos de alarma: Preguntar por: Escotomas, Cefalea, Tinnitus, Dolor Epigástrico, Dolor en Hipocondrio Derecho, Reducción del Volumen Urinario, Presencia de Petequias o Hematomas espontaneos Ictericia, Reflejos Osteotoendinosos Aumentados

Complicaciones: Accidente cerebro vascular. Desprendimiento prematuro de placenta. Insuficiencia renal aguda. Edema agudo del pulmón. Insuficiencia cardiaca congestiva. Ruptura hepática. Retardo del crecimiento intrauterino. Prematuridad. Sufrimiento fetal agudo o crónico. Muerte fetal intrauterina.

Clasificación de la Hipertensión Durante El Embarazo

- Hipertensión inducida por el embarazo Pre-eclampsia leve Pre-eclampsia severa Eclampsia Síndrome de HELLP
- Hipertensión crónica
- Hipertensión crónica con pre-eclampsia súper impuesta.
- Hipertensión tardía y transitoria.

Manejo de Pree eclampsia Leve Referir a un establecimiento con capacidad resolutive.

- Si la condición mejora, controlar presión arterial, edemas y reflejos semanalmente en visitas prenatales.
- Si permanece estacionaria o empeora en 24 a 48h hospitalizar y evaluar edad gestacional Si es > de 37 ss terminar la gestación x vía vaginal o cesárea. Si es < de 37 ss indicar reposo y control con perfil biofísico y monitoreo fetal.
- Si hay mejoría continuar con el embarazo } Si permanece estacionario o empeora el cuadro, determinar la vía para terminar gestación

Se manejan de manera similar, Salvo que en la eclampsia el parto debe producirse a más tardar dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de convulsiones. En todos los caso de pre-eclampsia severa deben recibir manejo activo. Manejo de Pre eclampsia Severa y Eclampsia

Manejo de Pree eclampsia Severa y Eclampsia: Se manejan de manera similar, Salvo que en la eclampsia el parto debe producirse a más tardar dentro de las 12 horas que siguen a la aparición de convulsiones. Todos los casos de pre-eclampsia severa deben recibir manejo activo.

Manejo de Pre-eclampsia Severa y Eclampsia Los signos y síntomas de “eclampsia inminente” (visión borrosa, dolor epigástrico,) son poco confiables y por tanto No se recomienda el manejo expectante.

- Reúna el equipo humano e insumos necesarios: intubación, succión, mascara y bolsa, oxígeno. Vigile la respiración y asegure la permeabilidad de vías aéreas.
- Administre oxígeno a razón de 4 a 6 litros x minuto
- Proteja a la mujer de lesiones Abrir vía endovenosa con bránula N18 y Cl Na al 9%o 1000cc Administrar Sulfato de Magnesio al 20% 4 grs EV en un lapso de 5 minutos

Manejo de Pre-eclampsia Severa y Eclampsia

- Siga inmediatamente con 10g de solución de sulfato de magnesio al 50%, (5g en cada nalga), en inyección IM profunda con 1ml de lidocaína al 2% en la misma jeringa. Advierta a la mujer que sentirá calor al recibir el sulfato de magnesio.
- Si se repiten las convulsiones después de 15 minutos, administre solución de sulfato magnesio al 50%, 2g EV en un lapso de 5 minutos.
- Dosis de mantenimiento 5g de solución de sulfato de magnesio al 50% + 1ml de lidocaína al 2% IM cada 4 horas en nalgas alternadas.
- El tratamiento con sulfato de magnesio debe continuar durante 24h después del parto o la última convulsión, cualquiera sea el hecho que se produzca último.
- Si la presión DIASTOLICA es = o > a 110mmhg, administrar droga antihipertensiva: Nifedipino 10mg. Sublingual. Continué administrando 10 mg vía oral cada 4 horas hasta mantener la presión diastolica en 90 – 100 mm Hg.
- Cateterizar la vejiga para medir el flujo urinario
- Hacer prueba de coagulación al costado de la cama de la mujer.

- El caso debe ser manejado en un establecimiento con capacidad RESOLUTIVA, de lo contrario referir a la paciente para hospitalización y continuar:
- Reposo absoluto en decúbito lateral izq en un ambiente adecuado.
- Control estricto de F Vitales y LCF y continuar vía y CL Na.
- Solicitar exámenes auxiliares.

ESTABILIZADO EL CASO, se debe proceder a INTERRUMPIR EL EMBARAZO. En el caso de la eclampsia dentro de las 12 horas de ocurrida la convulsión Pre-eclampsia severa dentro de las siguientes 24 horas de haberse diagnosticado el caso.

- El retraso del parto para h la madurez fetal significa un riesgo para la vida tanto de la mujer como del feto.
- El parto debe producirse independientemente de la Edad gestacional.

Si el cuello uterino es favorable se pueden romper las membranas e iniciar la inducción con oxitocina.

- Si el cuello no reúne condiciones favorables, es mejor terminar por cesárea.
- Si los LCF son >180 ó <100 realice cesárea.

MANEJO DEL HELLP

- Hemólisis + Enzimas Hepáticas + Plaquetopenia El manejo inicial debe ser el mismo que se hace en pre- eclampsia severa y debe manejarse en establecimiento con capacidad resolutiva. Hospitalización de Unidad de Cuidados Intensivos si tuviera el establecimiento.
- Valorar y estabilizar el estado de la gestante y valorar el bienestar fetal. Si fuera necesario , hacer maduración pulmonar fetal y terminar gestación por cesárea.

KIT CLAVE AZUL:

- Cloruro de sodio 9%o 1000 cc 02 frascos Equipo de venoclisis 2 Llave de doble vía 1 Equipo de Volutrol 100 cc 2 Bránula # 18 2 Tubo de mayo 1 Bombilla de aspiración 1 Mascarilla de oxígeno con reservorio 1 Sonda foley # 16 1 Bolsa colectora 1 Sonda de aspiración 1 Sulfato de Magnesio 20% 06 amp. Gluconato de Calcio 10% 02 amp.
- Nifedipino 10 mg 03 tab. Jeringas de 20 cc 2 Jeringas de 10 cc 1 Agujas descartables # 18 y # 21 02 cada una Guantes 02 pares Paquetes de gasa mediana 02 paquetes Relación pormenorizada del contenido del KIT, pegada en el reverso de la tapa.

Clave azul Emergencia: - Shock Trauma – Tópico de Gineco-obstetricia - Observación Centro obstétrico – Sala de dilatación – Sala de partos – Sala de observación de puerperio inmediato. Hospitalización de obstetricia Ambulancias

CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO

- **VIGILANTE:** Orienta a la paciente o familiares hacia el tópico especializado (Gineco- obstetricia, shock trauma u otro según) y avisa a la obstetra o enfermera.
- **TECNICA DE ENFERMERIA:** Alcanza Kit clave AZUL Alcanza oxígeno y aspirador. Alista el equipo de resucitación. Llama al médico y obstetra y cumple indicaciones.
- **CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO OBSTETRA/ENFERMERA:** Verifica y mantiene vía aérea permeable Canaliza dos venas con solución salina al 9%o, catéter venoso N° 18, llave de doble vía. Pone oxígeno 4-5 Litros/min. Toma y Monitoriza funciones vitales. (Altura UTERINA y tono uterino).
- **CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO: OBSTETRA/ENFERMERA:** Administra los medicamentos indicados. Toma nota de los medicamentos administrados. Coloca sonda Foley con colector. Mide diuresis Evalúa bienestar fetal

CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO MEDICO:

- Estabiliza funciones vitales.
- Evalúa a la paciente. Funciones vitales. Estado de conciencia. Examen clínico general. - Palpación abdominal (Altura y tono uterino)

CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO MEDICO:

- Cuantifica las pérdidas – Estado de conciencia – Pulso – PA – Color de la piel – Llenado capilar
- Define severidad del cuadro. Da indicaciones
- Actúa de acuerdo a diagnóstico

CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO MEDICO:

- Solicita análisis de laboratorio: Grupo y Rh, Hb Hto, Perfil de la coagulación, proteinuria , TGO,TGP,DHL
- Refiere de acuerdo a capacidad resolutive, paciente estable.
- Informa a los familiares del estado de la paciente, severidad del caso y conducta a seguir.

CLAVE AZUL: PROCEDIMIENTO

- Laboratorista
- Si la paciente va ser manejada en el establecimiento y de acuerdo a capacidad resolutive ,toma muestra para :
- Hb,hto
- Tiempo coagulación sangría
- Grupo sanguíneo Rh
- Prueba cruzada

FACTORES DE RIESGO Y SIGNOS DE ALARMA MATERNA: En el embarazo existe la posibilidad de que exista alguna complicación la cual se puede identificar por medio de signos y síntomas que pueden alertarnos ante cualquier anomalía.

Es importante que la mujer en estado de gestación sepa diferenciar y reconocer los signos y síntomas que las pueda alertar para que puedan asistir de manera inmediata a un servicio Obstétrico, debido a esto las embarazadas deben capacitarse para poder reconocer sus flujos vaginales y flujos seminales durante el embarazo.

HIPERTENSIÓN: La hipertensión en algunas mujeres gestantes son muy frecuentes y tal vez una de las enfermedades que trae graves y diversas complicaciones para ambos.

La hipertensión inducida por el embarazo según la Organización Mundial de la Salud tiene una incidencia estimada en un 10 a 20 % aunque se han publicado cifras superiores (38%) e inferiores (10%). La presión arterial comienza a disminuir a finales del primer trimestre, alcanza su nivel mínimo en el segundo trimestre y aumenta de nuevo en el tercero para alcanzar su punto máximo al término del embarazo.

La magnitud del incremento de la presión arterial en el tercer trimestre depende de otras causas , estrés, posición de la madre, etc.

CONVULSIONES: Este signo implica que la mujer embarazada presenta presión alta no tratada por lo que indica eclampsia, por la cual puede producir la muerte materna fetal. Las convulsiones por eclampsia no son diferentes a las epilépticas, la embarazada que presente este problema

debe estar en continua observación y hasta que no se demuestre que presenta otra enfermedad se la denomina eclampsia.

PRINCIPALES COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

PREECLAMPSIA: Es la presencia de hipertensión arterial junto con proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Se asocia a edema. Esta patología es propia del embarazo en la cual se puede controlar los síntomas pero no se cura hasta que la madre empiece el trabajo de parto. Si los síntomas no son tratados correctamente la vida de la embarazada y del feto corre peligro.

Si no se da el tratamiento adecuado la paciente puede empeorar con una eclampsia, e incluso llegar a un síndrome de HELLP, también puede presentar hemorragias cerebrales, edema del pulmón, insuficiencia renal, etc.

Por lo que esta es una de las principales causas de mortalidad materna. El feto puede sufrir insuficiencia placentaria que como consecuencia producirá restricción del crecimiento intrauterino e incluso provocar la muerte del feto.

ECLAMPSIA: Se le llama así a las convulsiones parecidas a las de la epilepsia pero asociada a una preeclampsia e hiperreflexia. Esta situación presenta un peligro alto para la vida de la madre y se puede dar antes, durante o después del parto.

CLAVE AZUL Esta clave se activa cuando la mujer embarazada presenta un trastorno hipertensivo con criterio de severidad.

MANEJO DE CLAVE AZUL: SIGNOS DE SEVERIDAD TA sistólica ≥ 160 y / o TA diastólica ≥ 110 mm Hg que debe comprobar en otra toma con al momento sino con una discrepancia de 15 minutos con o sin afectación de órgano blanco y / o criterios de gravedad como:

- Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas, vómitos, dolor en el cuadrante superior del abdomen). - Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia $< 150.000/mm^3$), Hemólisis, Coagulación Intravascular Diseminada) Alteraciones de función renal (Creatinina sérica $> 0,8$ mg /dL).
- Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad psicomotriz, alteración del sensorio – confusión
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia) – Desprendimiento de placenta - Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas).

Herramienta Score MAMA: El Score MAMÁ es una herramienta de puntuación de signos vitales para el reconocimiento y respuesta temprana del deterioro de signos clínicos y fisiológicos, orientada a identificar tempranamente la patología obstétrica, teniendo principal relevancia en el primer nivel de atención en salud, permitiendo una toma de decisiones oportuna.

El propósito es apoyar en identificar el potencial riesgo obstétrico y precisar la acción necesaria para la correcta toma de decisiones, mediante el uso de una herramienta objetiva. Cabe señalar que en el embarazo, parto y puerperio existen cambios fisiológicos, por esta razón se debe tomar en cuenta el aumento de la frecuencia cardíaca (FC) de 15-20 lpm, aumento de la frecuencia respiratoria (FR) 2 respiraciones por minuto, disminución de la presión arterial diastólica de 5 a 10 mmHg.

El Score MAMÁ es una herramienta “complementaria” para la identificación de casos de riesgo biológico, por lo tanto su uso debe ser tomado como un apoyo en la toma de decisiones y para la transferencia oportuna de una paciente. No reemplaza la actual categorización del riesgo obstétrico que se encuentra en los documentos normativos del Ministerio de Salud Pública.

Esta herramienta se compone de seis indicadores fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa, la proteinuria. A estos indicadores se les dará una puntuación de 0 a 3, considerando 0 como valor normal. Debido a que los signos vitales son el elemento fundamental del Score, éstos deberán ser registrados y tomados de la siguiente manera en todas las pacientes, previo a la consulta médica:

Frecuencia respiratoria: La frecuencia respiratoria (FR) es de toma obligatoria ya que este signo vital ha sido identificado como el indicador más precoz y sensible del deterioro en el bienestar de la paciente.

La evaluación de la frecuencia respiratoria debe llevarse a cabo durante 60 segundos, después de la evaluación de la frecuencia cardíaca, ya que si la mujer toma conciencia de la medición de sus respiraciones, las mismas se verán alteradas. Para una adecuada técnica de la medición de la frecuencia respiratoria se debe simular la toma de frecuencia cardíaca, y se observará los movimientos de la caja torácica para el conteo.

La frecuencia respiratoria deberá ser documentada con un valor numérico en la hoja de evolución en la sección de signos vitales, y en el formulario 051 en el espacio designado para este signo vital. Los valores normales de la frecuencia respiratoria en la gestante o puérpera son de 12 a 20 respiraciones por minuto. La taquipnea es un signo sugestivo de sepsis hasta que se pruebe lo contrario.

Presión arterial La toma adecuada de la presión arterial (PA) es determinante para el diagnóstico de patologías obstétricas, por lo que es fundamental que el personal de salud tenga la destreza de una adecuada toma de la presión arterial para prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La presión arterial (PA) se mide utilizando un brazalete del tamaño correcto, se recomienda que la circunferencia media del brazo sea medida en todas las embarazadas, particularmente en aquellas con índice de masa corporal > 29.9 kg / m² en su primera visita prenatal. Si la circunferencia media del brazo es mayor a 33 cm se debe usar el brazalete de adulto grande.

Consideraciones a tomar en cuenta:

- Si la gestante se encuentra acostada, se debe evitar la posición decúbito supino, por la compresión aorto-cava que provoca hipotensión, por lo que se sugiere la toma de presión arterial en posición decúbito lateral izquierdo y en el brazo izquierdo).
- Se recomienda utilizar un tensiómetro con brazalete apropiado que cubra 1,5 veces la circunferencia del brazo. El uso de brazaletes pequeños en pacientes con sobrepeso da lecturas altas incorrectas.
- Si la presión arterial es consistentemente más alta en uno de los brazos que en el otro, se usa la lectura más alta para todas las medidas de presión arterial.

Frecuencia cardiaca: La toma de la frecuencia cardiaca (FC) en el adulto se debe realizar en la arteria radial, ya que es fácilmente accesible. La arteria braquial se utiliza en la medición de la presión arterial y las arterias carótida y femoral puede ser palpado en el caso de colapso, donde el gasto cardíaco no puede ser detectado en la circulación periférica. La arteria radial debe ser palpada con el dedo índice y el dedo medio, en 30 segundos y se duplica si la tasa es regular, o 60 segundos si la tasa es irregular.

Los oxímetros de pulso también dan una lectura de la frecuencia cardíaca (FC). Sin embargo, si la mujer tiene bradicardia o taquicardia detectada electrónicamente, la FC debe ser evaluada de forma manual.

Los parámetros normales de la frecuencia cardíaca varían entre 60 a 100 lpm, cualquier valor bajo o sobre estos parámetros es una señal importante que puede indicar una enfermedad subyacente grave y debe ser investigada.

Saturación de oxígeno Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO₂. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presta mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales.
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio. La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz, es decir, si la gestante se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO₂ puede ser inexacto o imposible de obtener. La SpO₂ se documentará como porcentaje y sus parámetros normales son SpO₂ 94 a 100 %.

La OMS se planteó una meta mundial media de mortalidad materna de menos de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos hasta el 2030, y según la meta nacional estandarizada es que no debe ser superior a 140 muertes por cada 100.000 nacidos vivo.

Las muertes maternas relacionadas con trastornos hipertensivo corresponden a la cuarta parte en América Latina, esta incidencia de pre-eclampsia y eclampsia se puede prevenir con la atención oportuna y eficaz de las mujeres embarazadas

que puedan presentar o tengan antecedentes familiares de eclampsia, pudiéndose haber tratado antes o durante el embarazo, en Ecuador para reducir la morbilidad de mujeres en edad fértil con eclampsia se está educando a la población en general sobre ESAMYN siendo uno de los primordiales cuidados de enfermería que se le brinda.

Refiriéndose a Ecuador, el Ministerio Salud Publica identificó en el año 2014 que existe dificultad en la detección oportuna de los riesgos obstétricos, el 24,6% por cuanto las mujeres embarazadas no acuden al control prenatal programado, mediante el cual se pueden identificar las enfermedades hipertensivas asociada al embarazo, hemorragia y sepsis, siendo las dos primeras causas el 60% de las defunciones maternas.

El personal de salud no acude a las capacitaciones permanente con relación a las guías de las practicas clínica en el caso de eclampsia, al no asistir a las capacitaciones por diversos motivos entre los cuales tenemos: están en guardia, postguardia, por lo tanto, no actualizan sus conocimientos lo que dificulta el manejo adecuado de la embarazadas con eclampsia aumentando el riesgo de morbimortalidad.

ECLAMPSIA La palabra eclampsia procede de la palabra griega antigua “éklampsis” que significa relámpago súbito manifestándose por crisis convulsivas tónica - clónicas de un nuevo inicio y estado de coma, que se ocasionan durante el embarazo partir de las 20 semana de gestación o en el puerperio. En el transcurso del embarazo puede presentar hipertensión o puede complicarse si tiene antecedentes de hipertensión, con preeclampsia preestablecida y ausencia de otras condiciones neurológicas conocidas. En los países donde existe un índice de mortalidad materna está asociadas con la eclampsia en su mayoría.

Clínica de convulsión eclámptica Inicialmente la facie de la paciente se distorsiona presentando protrusión de ojos seguido de una expresión facial

congestionada, comúnmente sale espuma por la boca, las convulsiones se dividen en dos crisis la primera tiene duración de 15 a 20 segundos la cual empieza con rigidez generalizada corporal, movimientos repentinos faciales. La segunda tiene duración de 60 segundos donde se manifiesta por sucesión de contracción y relajación muscular, este podría llegar al coma, la respiración está ausente y la gestante no recuerda nada de lo sucedido.

Crisis convulsivas eclámpticas se muestran en cuatro periodos: (Sánchez, 2016)

Periodo de iniciación. Tiene una duración de 10 a 20 segundos, en la cual la paciente se queda estática, pierde la conciencia, presentándose contracciones fibrilares en músculos de la cara y de los miembros, así mismo en los globos oculares donde las orbitas que posteriormente se desvían hacia un lado, se dilatan las pupilas, desviación de las comisuras labiales aparentando una facie satírica.

Fase de contracciones tónicas. se presentan en un transcurso de 20 a 30 segundos, en donde se manifiesta apnea, cianosis, ingurgitación de las venas yugulares, cabeza desviada hacia un lado, se produce ataxia de las extremidades superiores e inferiores, hace puño las manos, pareciendo que todos los músculos entran en una contracción tetánica.

Fase de contracciones clónicas. Esta etapa adquiere un lapso de 1 a 3 minutos, en el que la gestante ha reanudado la respiración esta se manifiesta de manera ruidosa, estertorosa y disneica, disminuye las cianosis igualmente la presión arterial alta, el pulso se encuentra acelerado, se manifiesta una serie de contracciones y sacudidas en la paciente.

Estado de coma. la paciente permanece cianótica, inconsciente, también se observa espuma sanguinolenta por la boca, respiración estertorosa y pulso acelerado, en cuanto a la presión arterial puede estar elevada o disminuida antes

que se presentara la crisis convulsiva, pupilas dilatadas así mismo la ausencia de reflejos. Puede presentarse de 5 a 15 crisis convulsiva o puede morir, la paciente por otra parte puede recuperarse después del parto o con la muerte del producto.

“Según la Guía de Práctica Clínica de los trastornos hipertensivos en el embarazo tiene la siguiente clasificación de la patología mencionada según CIE: O15 Eclampsia, O150

Eclampsia en el embarazo, O151 Eclampsia durante el trabajo de parto, O152 Eclampsia en el puerperio, O159 Eclampsia, en periodo no especificado.” (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Signos y síntomas La sintomatología de la eclampsia es hipertensión arterial (tensión arterial $\geq 160/100$), proteinuria (mayor de 2 en 24 horas), presencia o no de edemas miembros inferiores, edema pulmonar, aumento inmoderado de peso, trastornos neurológicos (cefalea, hiperreflexia y clonus), escotoma, dolor en epigastrio, oliguria de menos de 400 ml en 24 horas o aumento de la creatinina ≥ 2 mg% o 117 mmol/L, ácido úrico ≥ 7 mg %, plaquetas < 100000 , aparición de oligohidramnios, en el segundo trimestres del embarazo pueden aparecer convulsiones incluso hasta coma, en la gestación o hasta cuarenta y dos días después del parto .

Factores de riesgo Edad materna, primigravidas, desnutrición, pobreza, bajo nivel de instrucción, gestaciones múltiples, embarazo molar, mujeres diabéticas, lupus eritematoso. Otros: deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, antecedentes familiares de preeclamsia, obesidad previa al embarazo.

Periconcepcionales: nuliparidad, edad materna, primipaternidad, exposición corta al semen, donación de semen y ovulo, antecedentes de eclampsia en embarazo previo, antecedentes familiares de eclampsia, antecedentes de resultados gestacional adverso.

Enfermedades medicas preexistente: hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus pregestacional, enfermedades del tejido conectivo, trombofilia adquirida o congénita, nefropatías crónicas, trasplante renal.

Asociados al embarazo: edad materna mayor e 40 años, obesidad, embarazo múltiple, infección urinaria, enfermedad trofoblástica gestacional, hidrops fetal, hipertensión gestacional, malformaciones congénitas fetales.

Complicaciones Síndrome de HELLP, abrupcio (desprendimiento de la placenta del útero), CID (coagulación intravascular diseminada o síndrome de defibrilación), IRA (insuficiencia renal aguda), edema pulmonar, neumonía aspirativa, para cardiorrespiratorio, trastornos neurológicos.

Diagnostico Examen físico para verificar las posibles causa de convulsiones, vigilar la presión arterial y la frecuencia respiratoria, realización de exámenes de sangre y orina para confirmar factores de coagulación sanguínea, creatinina, ácido úrico, actividad hepática, recuento de plaqueta y proteína en orina.

Tratamiento preventivo Según la guía de práctica clínica del MSP el medicamento preventivo utilizado en la preeclampsia disminuye el riesgo de aparición de eclampsia, morbi-mortalidad materna y neonatal ya que su función es actuar en el sistema nervios bloqueando los receptores N-metil aspartato; la cuarta parte de las pacientes que han recibido el tratamiento preventivo presentan efectos secundarios, generalmente sofocos. Este medicamento se

utiliza en las eclámpticas ya que es indicado para prevención de las convulsiones en mujeres durante la gestación, parto o 42 días después del parto, pero no se debe utilizar como droga antihipertensiva; se puede utilizar en conjunto con nifedipina. Los efectos adversos en la gestante o puérpera, que se pueden presentar son: hipotensión transitoria, rubor facial, calor, oliguria, osteotendinosos, hiporreflexia, depresión respiratoria, bradicardia que puede llevar hasta paro cardio-respiratorio, entre los efectos adversos fetales se puede presentar variación de la frecuencia cardiaca fetal con un periodo a corto de duración, evidenciado en el registro cardiotocográfico. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Tratamiento para eclampsia: Dosis inicial Sulfato de magnesio su dosis inicial es de 6 gramos por vía intravenosa con una duración de 20 minutos; en un volutrol se administra un volumen total de 100 mililitros dividido en 3 ampollas de sulfato de magnesio más 70 mililitros de solución fisiológica pasar a 30 microgotas por minuto. En bomba de infusión se administra a razón de 300 mililitro por hora las tres ampollas restantes. Además, se utiliza un bolo adicional cuando se presentan convulsiones seguidas 2 gramos de sulfato de magnesio o un incremento de la infusión a 1,5 gramo hasta 2 gramo por hora (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Dosis de mantenimiento Sulfato de magnesio de 1,5 a 2 g por hora, la administración IV en equipo de venocllisis o microgotero se diluye 10 ampollas de sulfato de magnesio en 400cc de solución fisiológica, se pasará un total de volumen de 500cc a 17 gotas por minuto o 50 microgotas por minuto, no se debe pasar de 150 mg por minuto de sulfato de magnesio porque puede generar toxicidad. Se mantiene este tratamiento hasta las 24 horas después del parto, poscesarea o posultima crisis eclámptica. (Ministerio de Salud Pública, 2017)

Administración de esquema intramuscular para la prevención crisis eclámptica
Dosis de 10 gramos que debe ser aplicada 5 gramos en cada región glútea, es

muy dolorosa, solo se utiliza en casos de no poder colocar una vía intravenosa o cuando se tenga que trasladar de manera urgente a un nivel de mayor complejidad. Cuando el sulfato de magnesio este contraindicado se utiliza los medicamentos de segunda línea que son la fenitoína y benzodiazepinas. En caso de intoxicación por sulfato de magnesio, que se puede evidenciar mediante los siguientes signos y síntomas, disminución de diuresis, frecuencia respiratoria, paro respiratorio, bradicardia o paro cardíaco es antídoto para tratar es el gluconato de calcio una ampolla de 1gramo intravenoso lento, se debe administra oxígeno 4 litros por minuto por catéter nasal o 10 litros por minuto por mascara, controlar la saturación de oxígeno mediante un saturador. En casos que no se mejore proceden a la intubación endotraqueal y asistencia respiratoria mecánica.

Score mamá Se valorar con la medición de los signos vitales estableciendo un orden; frecuencia respiratoria, presión sanguínea, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura corporal, nivel de conciencia y proteinuria. Frecuencia respiratoria. Se lo controla de manera obligatoria por 60 segundos, porque es uno de los indicadores más precoz y sensible del deterioro de la paciente, debe ser registrada con valores numéricos tanto en las hojas de signos vitales como en la hoja 051; en las gestantes o puérperas las frecuencias respiratorias oscilan de 12 a 22 respiraciones por minuto.

Presión sanguínea. Se deberá colocar un brazalete adecuado, midiendo la circunferencia media del brazo en todas las embarazadas especialmente en aquellas con índice de masa corporal > 29.9 Kg en la primera visita prenatal, para una correcta medición el estetoscopio debe ser colocado en el punto medio del brazo, es mejor la medición de la presión de manera manual. Los tensiómetros deben ser calibrados mínimo cada 6 meses.

Frecuencia cardíaca. El sitio más utilizado para evaluar la frecuencia cardíaca en el adulto es la arteria radial, por ser más accesible, debe ser palpada por el

dedo índice y el medio por 30 segundos y se duplica si es regular, en caso de ser irregular se lo valora por 60 segundos de forma manual. Puede variar desde 60 a 100 latidos por minuto, cualquier alteración fuera de los parámetros puede indicar alguna enfermedad adyacente grave y debe ser investigada.

Saturación de oxígeno. Se miden de forma rutinaria a todas las mujeres, pero se prioriza en aquellas que tengan los valores alterados de frecuencia respiratoria o dependiendo de la condición médica, los niveles estipulados son desde 94% hasta 100%. Las uñas largas o con esmalte puede afectar a la precisión de resultados.

Temperatura corporal. Se lo debe tomar por especialmente axilar, aunque también puede ser por vía oral, axilar o timpánica con el uso correcto del termómetro, entre los parámetros de 35.6 a 37.2 °C, una hipotermia o hipertermia puede ser indicativo de sepsis o infección

Nivel de conciencia. Es una respuesta neurológica de respuesta de la mujer gestante o puérpera, puede estar alerta, responde solo a la voz, responde al dolor, ausencia de la respuesta; se debe tomar una acción inmediata

Proteinuria. Las pruebas positivas transitorias son en su mayoría insignificantes, ya que se debe a los cambios fisiológicos en el embarazo por presencia de pequeñas cantidades de albumina y globulinas presentes en la orina. Se realiza la medición de proteínas en la orina utilizando una tirilla que se introduce por 30 segundos en la orina recolectada del choro medio, se procede a eliminar los residuos del líquido, sobre el envase que contiene la tirilla se encuentra una tableta de colores con la que se compara con la tirilla previamente utilizada. Para comprobar la proteinuria se procede a recolectar la orina en 24 horas de proteína en orina/creatinina, el resultado deberá ser de mayor o igual 300mg de proteínas.

Glosario de términos académico-científicos

Atonía uterina: incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del nacimiento del producto.

Choque séptico: síndrome multisistémico caracterizado por alteraciones celulares y circulatorias originado por un proceso infeccioso.

Eclampsia: convulsiones que aparecen en una mujer embarazada o puérpera que se asocian a la preeclampsia.

Hemorragia posparto (HPP): pérdida de sangre que supera los 500 ml en un parto vaginal y los 1000 ml en un parto por cesárea. Para fines clínicos, toda pérdida de sangre con posibilidad de producir inestabilidad hemodinámica debe considerarse una HPP.

Hipertensión en el embarazo: presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

Hipertensión severa en el embarazo: presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y / o presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

Muerte materna evitable: mortalidad evitable, por la posibilidad de su disminución mediante el empleo oportuno de medidas correctivas a corto plazo.

Muerte materna obstétrica directa: muerte materna que resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto o puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte materna obstétrica indirecta: muerte materna que resulta de una enfermedad existente previa al embarazo, que no se relaciona a una causa obstétrica directa pero que puede verse afectada por los efectos fisiológicos del embarazo, parto o puerperio.

Preeclampsia (preeclampsia sin signos de gravedad): trastorno hipertensivo del embarazo sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.

Preeclampsia grave (preeclampsia con signos de gravedad): trastorno hipertensivo del embarazo con criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco.

Proteinuria: presencia de proteínas séricas en la orina.

Score Mamá: herramienta de puntuación de signos vitales para reconocimiento de alerta temprana en el embarazo basada en indicadores fisiológicos, orientada a la identificación temprana de patología obstétrica. Se aplica al primer contacto con pacientes obstétricas, en cualquier nivel de atención.

Sepsis: disfunción orgánica que pone en peligro la vida, provocada por una respuesta del huésped hacia una infección.

Signos vitales: son valores que permiten estimar la efectividad de la circulación, de la respiración y de las funciones neurológicas basales y su réplica a diferentes estímulos fisiológicos y patológicos.

Síndrome de HELLP: es una complicación de la preeclampsia - eclampsia, que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas bajas. Suele ser considerado como una complicación de la preeclampsia grave; sin embargo, en el 15 % de los casos puede ocurrir en ausencia de signos de la misma.

Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS por sus siglas en inglés): es un síndrome que se caracteriza por la presencia de 2 o más de las siguientes variables

- Temperatura mayor a 38 0 C o menor a 36 0 C
- Frecuencia cardiaca mayor a 90 latidos por minuto (lpm)
- Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto o presión parcial de dióxido de carbono (PaCO₂) menor a 32 mmHg en la costa y menor a 28 mmHg en la sierra.
- Glóbulos blancos > 12.000/ul o < 4.000/ul o > 10 % de formas inmaduras.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Dentro de nuestro cronograma de actividades debemos de llevar el control de balance hídrico estricto: el fármaco se elimina completamente por la orina, para

evitar toxicidad se debe eliminar mínimo 30cc por hora, se controla colocando una sonda vesical y controlando mediante la bolsa recolectora, en caso de que disminuya la diuresis horaria se debe reducir la velocidad de infusión a la mitad o retirar, luego de reestablecer la correcta eliminación de diuresis se podrá reinstalar la infusión de sulfato de magnesio.

Controlar la frecuencia respiratoria mayor a 16 respiraciones por minuto: cada 30 minutos, vigilar el reflejo rotuliano cada 30 minutos.

No se debe detener las convulsiones cuando se presenten, pero lo que si las acciones que si se pueden realizar son:

- Mantener una adecuada oxigenación mediante la vía aérea permeable y la administración de oxígeno, evitar que la gestante bronco aspire, se controla la oxigenación con el saturador para vigilar hipoxia.
- Se debe colocar dos vías periféricas con catéter numero 16 o 18 y la respectiva sonda Foley, control estricto de la tensión arterial y las administraciones de fármacos antihipertensivos intravenosa, se debe interrumpir el embarazo por parto o cesárea según Bishop y por la condición materna fetal procurando que se realice antes de las 12 horas de realizado el diagnostico.

CUIDADOS POR PATRONES DISFUNCIONALES

Percepción manejo de salud

- Recomendar que existan a la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales, cuando tenga 4 o más contricciones por hora, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico o rápida ganancia de peso por edema.
- Prestar atención si la paciente refiere cefalea

Nutricional metabólico

- Monitorizar el peso
- Monitorizar el estado hemodinámico, incluyendo PVC, PAM, PAP, según disponibilidad.

- Administrar infusiones intravenosas despacio para evitar un aumento rápido de la precarga.
- Administrar suplemento de calcio durante el embarazo cuando el consumo es bajo (< 900mg/día).
- La vitamina D, C o E no está indicada en las mujeres eclámpicas como método de prevención.
- Restringir la ingesta dietética de sodio
- Monitorizar la presión arterial, frecuencia cardíaca y estado de la respiración
- Control de glucemia
- Mantener la glucemia dentro del rango de referencia
- Mantener el nivel de pCO₂ a 25mmHg o superior
- Administrar analgésicos
- Canalizar una vía

Eliminación

- Monitorizar las entradas y salidas
- Llevar un registro preciso de entradas y salidas
- Monitorizar los signos de reducción de la precarga
- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos
- Determinar si el paciente presenta síntomas de alteraciones de líquidos
- Explorar el relleno capilar manteniendo la mano del paciente al mismo nivel que su corazón y presionando la uña del dedo medio durante 5 segundos, tras lo que se libera la presión y se mide el tiempo en que tarda en recuperarse el color
- Monitorizar los niveles de electrolitos en suero
- Monitorizar la osmolaridad sérica y urinaria
- Corregir los problemas mecánicos en los pacientes que presenten una interrupción súbita de la diuresis
- Observar el color, cantidad y gravedad específica de la orina
- Observar si las venas del cuello están distendidas, crepitantes pulmonares, edema periférico y ganancia de peso

- Consultar con el medico el caso de diuresis menor de 0.5 ml/kg/h
- Monitorizar la aparición de signos de hemorragia (heces)
- Administrar y vigilar los efectos de los diuréticos osmóticos y de asa, así como los corticoides. Monitorización de balance hídrico.

Actividad-ejercicio

- Monitorizar la presión arterial media
- Vigilar los signos vitales
- Observar el patrón respiratorio por si hubiera síntomas de edema pulmonar como ansiedad, disnea, ortopnea, taquipnea, tos, producción de esputo espumoso.
- Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueo.
- Monitorizar la presencia de sonidos pulmonares adventicios
- Aplicar oxígeno
- Monitorizar la presencia de sonidos cardiacos adventicios
- Monitorizar la distensión venosa yugular
- Monitorizar el edema periférico
- Monitorizar la existencia de signos de laboratorio de hemoconcentración
- Monitorización los datos de laboratorio sobre la posibilidad de un aumento de la presión oncótica plasmática
- Elevar la cabecera de la cama para mejor la ventilación
- Realizar cambios posturales del paciente que presenta edemas en zonas declives
- Evitar la flexión del cuello y la flexión extrema de la cadera/rodilla
- Explorar el tono muscular, e movimiento motor, la marcha y la propiocepción
- Mantener la vía aérea

Cognitivo-perceptivo

- Monitorizar el estado neurológico
- Registrar la duración de la crisis
- Registrar las características de las crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión de la crisis comicial

- Registrar la información acerca de la crisis
- Comprobar el tamaño, forma simétrica y capacidad de reacción de las pupilas
- Vigilar el nivel de conciencia
- Vigilar las tendencias de la escala de coma Glasgow
- Comprobar el nivel de orientación
- Permanecer con la paciente durante la crisis convulsiva
- Observar la respuesta a los medicamentos.

Auto percepción – autoconcepto

- Determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene sobre su patología.
- Fomentar la expresión de sentimiento y miedo sobre el bienestar fetal y personal.
- Instruir a la paciente en técnica de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable.
- Brindarle confianza y estimular la participación de la familia como red de apoyo

Sexualidad y reproducción

- Monitorizar la aparición de signos hemorrágicos

Diagnósticos de enfermería

Relacionado con: r/c

Manifestado por: m/p

Diagnósticos de enfermería: Exceso volumen de líquidos r/c compromiso de los mecanismos reguladores m/p alteración de la presión arterial, edema, oliguria (Universidad Técnica De Babahoyo “HBP Mayo / Septiembre 2019”)

Intervenciones:

- Manejo de la hipovolemia
- Monitorización de líquidos

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz con el factor de riesgo de hipertensión

Intervenciones:

- Mejorar de la perfusión cerebral
- Manejo de las convulsiones

Diagnósticos de enfermería: Riesgo de caída relacionado factor de riesgo alteraciones en la conciencia, por sedación

Intervención:

- Monitorización neurológica

2.2 HIPÓTESIS

2.2 .1 HIPÓTESIS GENERAL

Los procesos de enfermería en los que se aplica los protocolos de activación en clave azul en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo contribuyen a disminuir la morbi-mortalidad materno fetal en el Hospital Básico de Playas, Mayo – Septiembre 2019

2.3 VARIABLES

2 3.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- Pacientes con complicaciones activar clave azul (pre eclámpticas)

2.3. 2 VARIABLE DEPENDIENTE.

- Proceso de atención de enfermería en clave azul

2.3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | DEFINICION | DIMENSION | INDICADOR | INDICE |
|--------------------------|---|----------------------|-----------------------------------|--|
| ROL EDUCADOR | Es una estrategia necesaria para la búsqueda del bienestar integral en la vida cotidiana y lograr del embarazo al termino | Asesorías | Programadas/ Cumplidas | 15 SEMANAL SEMANAL 10 SEMANAL SEMANAL |
| | | Programas Educativos | Programadas/ Cumplidas | 1 SEMANAL SEMANAL SEMANAL 2 SEMANAL SEMANAL SEMANAL |
| EDAD | Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento | Adultos y Jóvenes | Años Cumplidos | 18-30 SEMANAL 30-40 SEMANAL |
| SEXO | Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras | Hombres y mujeres | Genero | Masculino SEMANAL Femenino SEMANAL otro SEMANAL |
| ALIMENTACION SALUDABLE | Una alimentación saludable consiste en ingerir una variedad de alimentos que te brinden los nutrientes que necesitas para mantenerte sana, sentirte bien y tener energía para ella y su bebe | Dieta balanceada | Consumo de Alimentos Balanceados | Si SEMANAL No SEMANAL |
| ACTIVIDAD FÍSICA | Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Una actividad tiene muchos conceptos: nadar, correr, montar a caballo, saltar , entre otros | Actividad Física | Practica de actividad física | Si SEMANAL No SEMANAL |
| | | | Frecuencia de la Actividad Física | Diario semana SEMANAL 3 vez por Nunca SEMANAL |
| Descanso | Situación del que descansa o estado del que se ha descansado y ha recuperado fuerzas | Horas de Sueño | # de horas de sueño | 4horas SEMANAL 8 horas SEMANAL 6 horas SEMANAL |
| Toxicomanías | Hábito de consumir drogas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo por razones de dependencia psicológica o incluso fisiológica. | Alcohol | Consumo de bebidas alcohólicas | Si SEMANAL No SEMANAL |
| | | Cigarrillos | Consumo de Cigarrillos | Si SEMANAL No SEMANAL |
| | | Drogas | Consumo de Drogas | Si SEMANAL No SEMANAL |
| Responsabilidad en Salud | Responsabilidad sobre nuestra salud es la libertad que ejercemos de cuidarnos del mejor modo posible, cada uno según sus capacidades y situación personal. | Controles Médicos | Asistencia de forma preventiva | Si SEMANAL No SEMANAL |
| | | Enfermedades | Enfermedades Crónicas | HTA SEMANAL OBESIDAD SEMANAL DIABETES SEMANAL OTRAS SEMANAL |

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación que se lleva a efecto se enmarca como una investigación descriptiva, la razón que la fundamenta se debe a que permite determinar el conocimiento sobre los factores de riesgo que predisponen en la activación de la clave azul en caso de riesgo en las embarazadas “Parroquia General” Villamil playas – Guayas .

Los métodos que se utilizaron, permitieron descubrir aspectos importantes en cuanto al rol que desempeña el personal de enfermería en referencia de la activación de la clave azul y su influencia en la aparición de riesgos de las embarazadas, y así establecer las causas que motivaron a la realización de esta investigación y el efecto que contribuirá en la mejoría en los posibles riesgos obstétricos de las pacientes en la “Parroquia General” Villamil playas – Guayas.

Los procedimientos para detectar se hicieron a través de las encuestas dirigidas al personal de enfermería, entrevista que permitió recabar información confiable desde el campo (hospital), para saber el origen del problema que está fue analizado, y proceder a la investigación y resolución del mismo.

El trabajo de investigación se realizó en la “Parroquia General” Villamil playas – Guayas, en donde se recabó la información verificando que la participación de pacientes con riesgo obstétrico en estos últimos tiempos haya aumentado y ha incidido en el embarazo de las pacientes. Lo cual permitió plantear alternativas de solución.

La investigación se la realiza a través de libros, folletos, Internet, documentales, revistas, de esa forma se extraje toda la información basada en las diferentes temáticas.

3.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Modalidad De campo: Se trata de la investigación aplicada para comprender y resolver alguna situación, necesidad o problema en un contexto determinado. El investigador trabaja en el ambiente natural en que conviven las personas y las fuentes consultadas, de las que se obtendrán los datos más relevantes a ser analizados.

Documental: Este trabajo se apoya en información secundaria sobre el tema de investigación, los mismos que se obtendrán de libros, módulos, textos, internet.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptiva por que examina los hechos relacionados al problema que se investiga, de acuerdo a la información recolectada al personal enfermero.

Es Explicativa porque trata de discernir y dar a conocer causas y consecuencias y con ello dar estrategias para brindar atención de calidad y calidez en la atención de las pacientes embarazadas con riesgo.

De Observación.- Registro en forma sistemática, de patrones conductuales de personas, objetos y sucesos a fin de obtener información sobre el fenómeno de interés, sin entrar en contacto con las pacientes.

De tipo bibliográfico.- Para poder conocer más sobre las variables se procedió a efectuar consultas bibliográficas tanto convencional como digital, revistas, textos, páginas web, información que se utiliza para fundamentar los aspectos teóricos del presente estudio.

3.3 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

3.4.1 Técnicas

Observación científica no estructurada y directa: la técnica recolecta la información empírica directa no estructural con la finalidad de reconocer la conducta del objeto de estudio al hacer aplicada de la encuesta.

Encuesta: aprueba la información directa y moderada para la población que va hacer estudiada mediante un cuestionario estructurado.

3.4.2 Instrumentos

Cuestionario: se basa en preguntas referente al estudio de las dos variables que utilizan en esta investigación y la cual va hacer dirigida al personal profesional de salud en el proceso de enfermería en activación de clave azul en el lugar donde se ejecutara el proyecto de investigación.

3.5 Población y muestra de la investigación

3.5.1 Características de la población:

Profesionales de enfermería de sexo masculino y femenino, que prestan sus servicios en el Hospital Básico Playas – Guayas – Villamil Mayo / Septiembre 2019.

3.5.2 Delimitación de la población: La población corresponde a 10 licenciados entre hombres y mujeres, en el Hospital Básico Playas 2019.

3.5.3 Tipo de muestra

Universal.- puesto que el análisis a investigar es aplicado a la totalidad de la población por similitud de características. Se basa en la teoría de las probabilidades. Implica que los elementos deban seleccionarse de manera aleatoria a fin de garantizar, que todos tengan la misma posibilidad de selección.

Tamaño de la muestra: Se analizó el resultado de la información de la muestra de 10 profesionales entre hombres y mujeres.

Muestra.- Se considera como muestra a una parte de la investigación que facilita el estudio y hace más eficaz a la investigación para lo cual aplicamos la siguiente fórmula.

Total de Encuestas:

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

Simbología

M = Total de muestra

N = Total de la población

E = margen de error (de 0.01 hasta 0.10)

$$M = \frac{N}{E^2 (n-1) + 1}$$

$$M = \frac{10}{(0.07) (10-1) + 1}$$

$$M = \frac{10}{(0.049) (9) + 1}$$

$$M = \frac{10}{(0.0049) (9) + 1}$$

$$M = \frac{10}{0.0441 + 1}$$

$$M = \frac{10}{1.0441}$$

$$M = 9.57 (10)$$

3.6 Cronograma del Proyecto

| Nº | Meses Sem Actividades | MAYO | | | | JUNIO | | | | JULIO | | | | AGOSTO | | | | SEPTIEMBRE | | | |
|----|--|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|--------|---|---|---|------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Selección de tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Aprobación del tema | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Elaboración del tema o perfil (1era etapa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Recopilación de información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Desarrollo del capítulo I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Desarrollo del capítulo II | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Desarrollo del capítulo III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Elaboración de las encuestas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Aplicación de las encuestas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Tamización de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Desarrollo del capítulo IV | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Desarrollo del capítulo V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Revisión del informe final URKUND | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Entrega del informe final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Sustentación final | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

| Recursos humanos | Nombres |
|-------------------------------------|--|
| Investigadoras | <ul style="list-style-type: none">➤ Guerrero Vera Karly Roxana➤ Izquierdo Loor Jennifer Xiomara |
| Tutor del proyecto de Investigación | ➤ Dr. Pino Icaza Galo |

3.7.2 Recursos económicos

| Recursos económicos | Inversión |
|---|-----------|
| Seminarios de proyecto de investigación | 40.00 |
| Material de escritorio en borrador | 10.00 |
| Equipo informático | 20.00 |
| Internet | 20.00 |
| Impresiones | 20.00 |
| Copias | 5.00 |
| Anillado | 5.00 |
| Alimentación | 20.00 |
| Movilización y transporte | 50.00 |
| Impresión y empastado final | 10.00 |
| Total | 200.00 |

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ministerio de Salud Pública. (2016). Maternometro Ministerio de Salud Pública. Obtenido de Ministerio de Salud Pública:

<https://public.tableau.com/profile/publish/MaternometroMSP2016/Historia1#!/publishconfirm> Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud con Ecuador.

(2018). Estrategia de Cooperación Técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud con Ecuador. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud con Ecuador:

<https://www.who.int/bulletin/volumes/85/10/06-037911/en/> Delgado, A. (2015).

Enfermedades hipertensivas en el embarazo eclampsia vs síndrome convulsivo. Obtenido de Universidad de Ciencia Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.:

<https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/453/1/enfermedad%20hipertensiva%20en%20el%20embarazo%20eclampsia%20vs%20sindrome.pdf> Ministerio de Salud Pública . (s.f.).

Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonata . Obtenido de Ministerio de Salud Pública : http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D589.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2016). Maternometro. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <https://public.tableau.com/profile/publish/MaternometroMSP2016/Historia1#!/publishconfirm> Ministerio de Salud Pública. (03 de 2017). Trastorno Hipertensivo en el Embarazo. Obtenido de Ministerio de Salud Pública:

https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/03/MSP_Trastornos-hipertensivos-del-embarazo-con-portada-3.pdf Ministerio de Salud Pública. (04 de 01 de 2019). Enfermedades o

condiciones preexistentes que pueden complicar un embarazo. Obtenido de Ministerio de

Salud Pública: <https://www.salud.gob.ec/enfermedades-o-condiciones-preexistentes-que-puedencomplicar-un-embarazo/> Ministerio de Salud Pública. (04 de 01 de 2019). Información

sobre Muerte Materna. Obtenido de Ministerio de Salud Pública:

<https://www.salud.gob.ec/informacion-sobre-muerte-materna/> Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Protocolo Score Mama, Claves y D.E.R. obstétricos,. Obtenido de

Ministerio de Salud Pública:

<http://181.211.115.37/biblioteca/prov/guias/guias/Score%20mam%C3%A1,%20claves%20y%20D.E.R.%20Obst%C3%A9tricos.pdf> MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. (s.f.). Ministerio de

Salud trabaja en reducción de mortalidad materna. Obtenido de MINISTERIO DE SALUD

PUBLICA: <https://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-trabaja-en-reduccion-de-mortalidad-materna/>

<http://186.42.188.158:8090/guias/SCORE%20MAMA%20Y%20CLAVES%20OBSTETRICAS.pdf>

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31553/1/CD-2410-TESES->

[LINARES%20RIVERA.pdf](#) Publicado el 18 de jul. de 2013

Publicado en: [Salud y medicina](#)

Licencia: [CC Attribution-NoDerivs License](#)

<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4549/1/2.%20CUIDADOS%20DE%20EN>

[FERMERIA%20EN%20LAS%20MUJERES%20QUE%20PRESENTAN%20ECLAMPSIA%20EN%20EDA](#)

[D%20FERTIL.pdf](#)

ANEXOS

| Problema General | Objetivo General | Hipotesis General |
|---|--|--|
| <p>¿Cuál es el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y protocolos en la activación de la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas en el periodo de Mayo - Septiembre 2019?</p> | <p>Identificar el nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería y protocolo en la activación de clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas en el periodo Mayo - Septiembre 2019</p> | <p>Los procesos de enfermería en los que se aplica los protocolos de activación en clave azul en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo contribuyen a disminuir la morbi mortalidad materno fetal en el Hospital Basico de Playas, Mayo – Septiembre 2019</p> |
| Problemas derivados | Objetivos específicos | |
| <p>¿Cuál es el procedimiento de enfermería en la activación de clave azul del Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?</p> | <p>➤ Identificar los procedimiento de enfermería en la activación de clave azul del Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019.</p> | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>¿Qué criterio son considerados para un diagnóstico oportuno y toma rápida de decisiones en los trastornos hipertensivos severos en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?</p> <p>¿Cuál es el momento adecuado para activar la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019?</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Establecer los criterios que son considerados para un diagnóstico oportuno y toma rápida de decisiones en los trastornos hipertensivos severos en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019. ➤ Determinar el momento adecuado para activar la clave azul en el Hospital Básico Playas, Guayas periodo de Mayo – Septiembre 2019. | |
|---|---|--|

Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos que fueron obtenidos en la encuesta y entrevista, se los procesó, reflejando en las tablas y en los gráficos donde se los analizó a través de cada pregunta de manera individual interpretando los resultados que dan la pauta para proponer la estrategia de cambio adecuada.

RESULTADOS ESPERADO

En las encuesta aplicada al personal de salud con preguntas referente al SCORE MAMA lo resultados que nos dieron con la interpretación de cada pregunta es que el personal que elabora en el Hospital Básico Playas si cumple con el conocimiento para un activación de clave azul en una embarazada.

PROPUESTA DE LA APLICACIÓN DE RESULTADOS

El personal de enfermería este acto para actuar en una emergencia obstétrica con aplicación del SCORE MAMA y pueda evitar una morbi-mortalidad materna ya que hoy en día hay personal de salud que no tiene los conocimientos sobre como activar una clave obstétrica.

RESULTADOS OBTENIDOS DE LA INVESTIGACION

Mediante el proceso de investigación y encuestas aplicadas pudimos tener un resultado favorable con un 100% que el personal de salud este acto para un evento que se presente como es la emergencia obstétrica con la aplicación de Score Mama.

RESUMEN

La clave azul es una estrategia que busca disminuir la morbi-mortalidad que es producida por trastornos hipertensivos durante en el embarazo como es la preeclampsia, eclampsia.

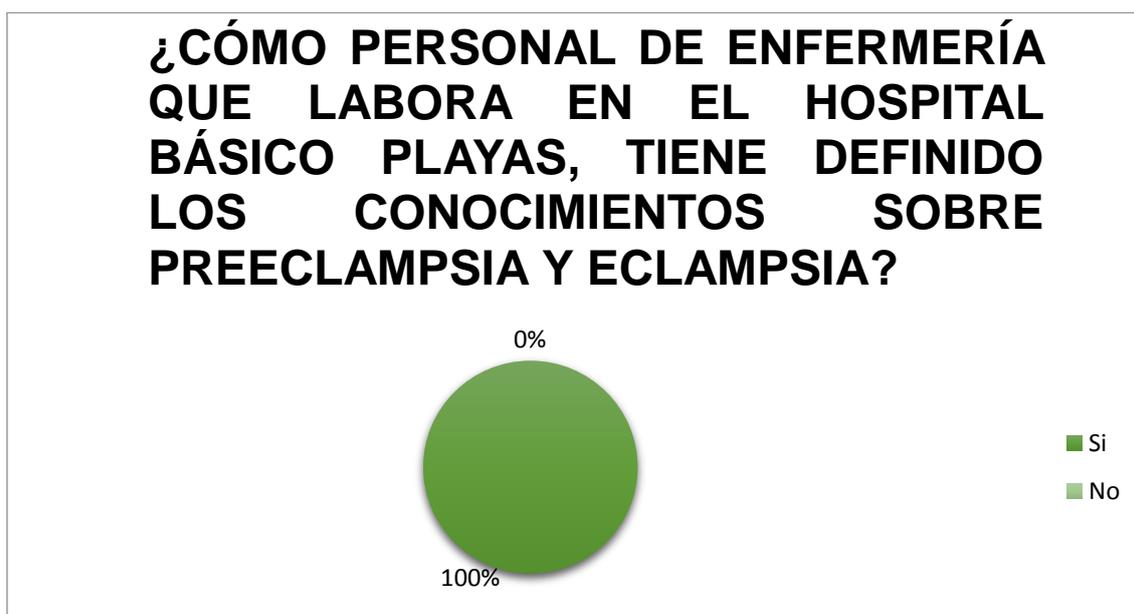
Hoy en día protocolos que se pueden utilizar en esta clave azul ya que son pautas con un orden de prioridad para el manejo inmediato en una embarazada con signos de hipertensión. Esto nos permitirá usar medidas de estabilidad hacia la paciente embarazada con preeclampsia y eclampsia

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

PREGUNTAS REALIZADAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL BASICO PLAYAS – GUAYAS- VILLAMIL (MAYO / SEPTIEMBRE 2019)

1) ¿CÓMO PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL BÁSICO PLAYAS, TIENE DEFINIDO LOS CONOCIMIENTOS SOBRE PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA?

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Si | 10 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | | 100% |



Interpretación de la respuesta:

El 100 % de la población encuestada manifiesta que si tienen claramente definidos los conocimientos sobre pre-eclampsia.

2) ¿EN SU INSTITUCION DE SALUD SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES EN COMPARACION AL PROTOCOLO DE MANEJO DEL ESCORE MAMA?

| Repuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| ALGUNA VEZ | 0 | 0% |
| SIEMPRE | 10 | 100% |
| NUNCA | 0 | 0% |
| Total | | 100% |

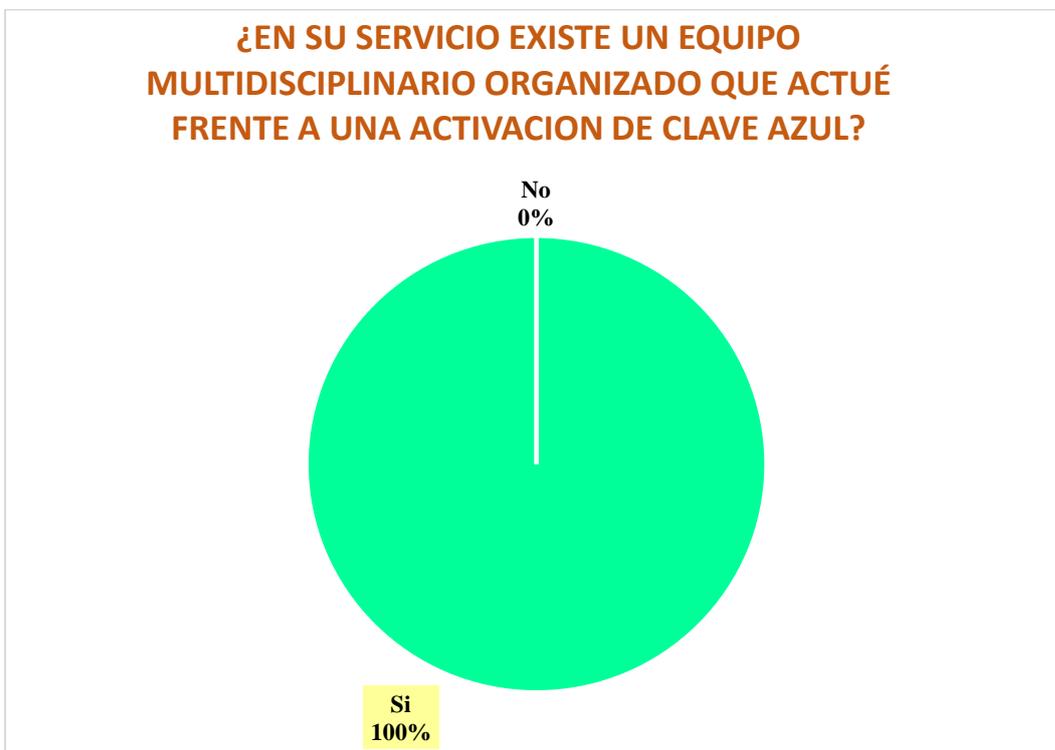


Interpretación de la respuesta:

En esta pregunta el 100 % de la población que se encuestada manifiesto que en la institución de salud donde prestan sus servicios si se da cumplimiento a las actividades en comparación al protocolo de manejo del SCORE MAMA.

3) ¿EN SU SERVICIO EXISTE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ORGANIZADO QUE ACTUÉ FRENTE A UNA ACTIVACION DE CLAVE AZUL?

| Respuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Si | 10 | 100% |
| No | 0 | 0% |
| Total | | 100% |

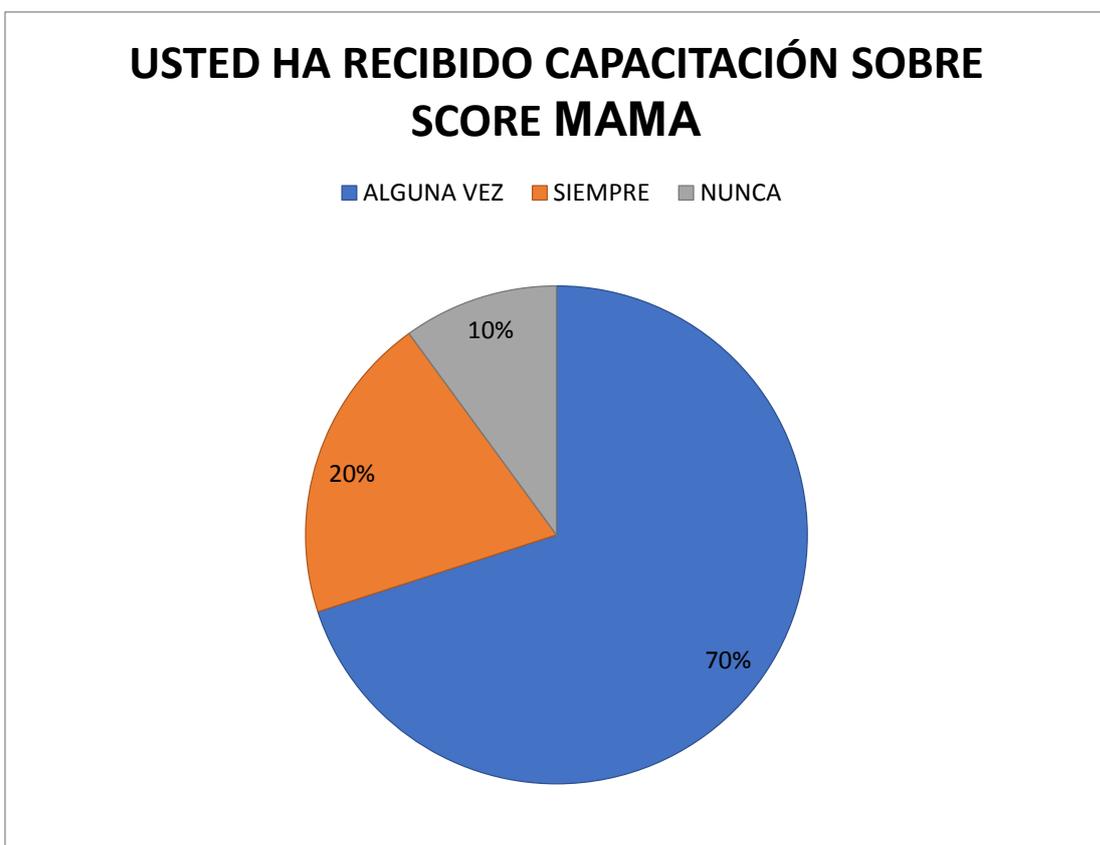


Interpretación de la respuesta:

El 100% de la población encuestada da por manifiesto que en el servicio hospitalario siempre se cuenta con un equipo multidisciplinario organizado que actúa frente a una activación de clave azul.

4 ¿USTED HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE SCORE MAMA?

| Repuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|------------|------------|------------|
| ALGUNA VEZ | 7 | 70% |
| SIEMPRE | 2 | 20% |
| NUNCA | 1 | 10% |
| Total | | 100,00% |

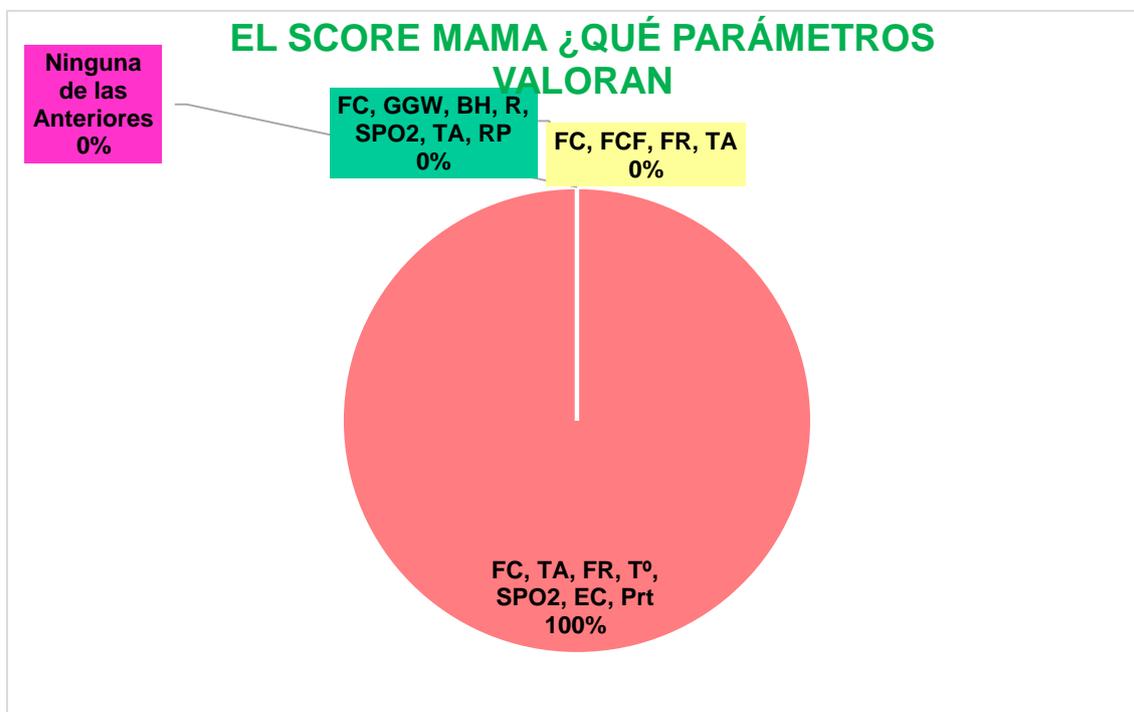


Interpretación de la respuesta:

De la población que se procedió a encuestar el 70% respondió que alguna vez recibió capacitación en cuanto al manejo de SCORE MAMA, el 20% responde que siempre se está capacitando, mientras que el 10% restante de la población dijo que nunca ha podido estar en una charla de capacitación en referente al tema del SCORE MAMA.

5) EL SCORE MAMA ¿QUÉ PARÁMETROS VALORAN?

| Repuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|-------------|
| FC, FCF, FR, TA | 0 | 0% |
| FC, TA, FR, Tº, SPO2, EC, Prt | 10 | 100% |
| FC, GGW, BH, R, SPO2, TA, RP | 0 | 0% |
| Ninguna de las Anteriores | 0 | 0% |
| Total | | 100% |



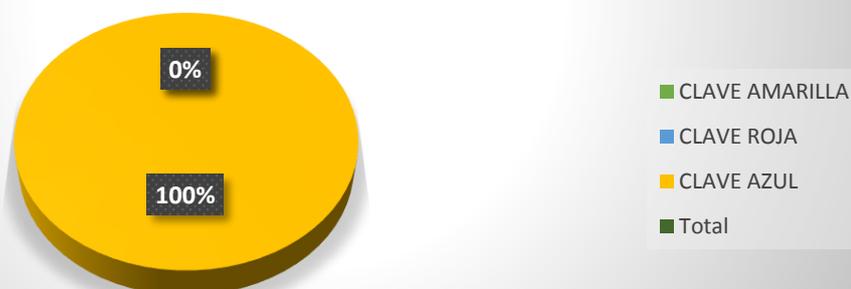
Interpretación de la respuesta:

Con referencia a esta pregunta el 100% de la población encuestada manifiesta que los parámetros que valora el SCORE MAMA son: frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura, saturación de oxígeno, estado de conciencia, proteinuria, es decir que seleccionaron el segundo literal.

6) ¿CUÁNDO NOS REFERIMOS A UNA CRISIS DE HIPERTENSION EN UNA PACIENTE EMBARAZADA A QUE CLAVE CORRESPONDE DEL SCORE MAMA?

| Repuesta | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------|------------|------------|
| CLAVE AMARILLA | 0 | 0% |
| CLAVE ROJA | 0 | 0% |
| CLAVE AZUL | 10 | 100% |
| Total | | 100,00% |

¿CUÁNDO NOS REFERIMOS A UNA CRISIS DE HIPERTENSION EN UNA PACIENTE EMBARAZADA A QUE CLAVE CORRESPONDE DEL SCORE MAMA?



Interpretación de la respuesta:

El 100% de la población que se encuesta manifestó que cuando se habla de una paciente en estado gestacional se encuentra con crisis de hipertensión corresponde activar la clave azul.

