

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL DEL
SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL,
RAMOS LARREA IMPERIAL – CAÑETE 2012 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS
Y DESASTRES**

JULIO ROGELIO FERNÁNDEZ REYES

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|------------------------------------|------------|
| ➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES | SECRETARIA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | VOCAL |
| ➤ MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO | SUPLENTE |

ASESOR: MG. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 019

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 30/07/2018

Resolución Decanato N° 1325-2018-D/FCS de fecha 24 de Julio del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	3
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.2 Marco Conceptual	7
2.3 Definición de Términos	39
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	41
3.1 Recolección de Datos	41
3.2 Experiencia Profesional	41
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	42
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	56
VI. RECOMENDACIONES	57
VII. REFERENCIALES	58
ANEXOS	61

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 529.000 mujeres fallecen (razón de mortalidad materna ~ 400/100.000 nacidos) en el mismo período, por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio (WHO y cols., 2007). El 99% de estas muertes provienen del mundo en desarrollo, principalmente del sur de África y Asia y son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. La situación materno-infantil adquiere por lo tanto características de emergencia epidemiológica, con necesidad de intervenciones urgentes a nivel mundial (WHO, 2005). Los indicadores de salud materno-infantil son considerados un reflejo del resultado de toda la situación de salud de un país. Representan el resultado de una sumatoria de factores económicos, educacionales, nutricionales y de acceso a redes de protección social.

En el Perú se han tenido importantes avances de los casos de muerte materna en los últimos años y en lo que respecta a la mejora de la salud materna se consideró que nuestro país ha tenido progresos hacia el logro de ODM 5, debido a la reducción sostenida que tuvo hasta el 2013 de la mortalidad materna.

Ante tal situación y teniendo en cuenta que el CENTRO MATERNO INFANTIL es una institución del Estado que brinda atención especializada a pacientes procedentes de los diferentes Centros Poblados del Distrito, en lo que concierne a la atención materna Infantil, el cual permite al profesional de enfermería interactuar con el manejo de las múltiples patologías maternas e infantiles .

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La mortalidad materna y neonatal constituye graves problemas de salud pública, a pesar de que son eventos en su mayoría evitables. A pesar de los avances en los promedios nacionales, los progresos al interno del país han sido desiguales y más escasos en las áreas pobres y dispersas; por lo cual continúan siendo una agenda inconclusa. Las brechas entre los indicadores nacionales y los del interior del país, particularmente entre las zonas urbanas y rurales, reflejan el estado de salud de las mujeres en edad fértil, así como el nivel de acceso y la calidad de los servicios de salud, que se traducen en la atención del control pre-natal, la atención calificada del parto y del recién nacido, y la atención de emergencias obstétricas, (aborto Desprendimiento prematuro de placenta, eclampsia, sepsis) el seguimiento post natal de la madre y del niño.

En el Centro Materno Infantil donde laboro, se ha observado que el equipo multidisciplinario, no ejecuta correctamente los protocolo de atención en las emergencias Materno Infantiles a pesar que su atención en emergencias constituye innegablemente una responsabilidad de los servicios básicos de salud, de ahí porqué es imprescindible la elaboración del presente trabajo.

1.2. Objetivo

Informe de experiencia laboral profesional del servicio de emergencia del centro materno infantil ramos larrea cañete 2012 – 2017

1.3. Justificación

El Centro Materno Infantil Ramos Larrea de nivel I – 4 es centro de referencia de los diferentes centros y puestos de salud de la Provincia Cañete – Yauyos. Se recepciona pacientes con patologías del binomio madre – niño; motivo por el cual en el presente informe se describen patologías manejadas en el servicio de emergencia, con la finalidad de reducir la Mortalidad Materna Infantil y Neonatal, brindando una atención de calidad en la atención, con personal capacitados en manejos de las emergencias maternos Infantil y poniendo énfasis en la reducción de las grandes inequidades que afectan a ciertos grupos poblacionales.

II. MARCO TEÓRICO

Se han revisado estudios y se han seleccionado los más afines al problema.

2.1. Antecedentes

PEÑA G. et al (Quito 2012) en su tesis titulada Prevalencia y factores de riesgo de placenta previa en pacientes que ingresaron al servicio de patología obstétrica del hospital gineco- obstétrico isidro ayora de quito, durante el período comprendido entre enero- diciembre del 2011. Con el objetivo de identificar la prevalencia y factores de riesgo de placenta previa, se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito, de enero a diciembre del 2011. metodo descriptivo ,retrospectivo Población 252 pacientes, muestra 50 mujeres con placenta previa. Se estudió las variables: edad, procedencia, paridad, volumen de sangrado, tipo de inserción placentaria, tipo de terminación del embarazo, patologías sobreañadidas, complicaciones post parto y otros. Mediante un instrumento se obtuvo: el siguiente resultado prevalencia 5/100, representa 5% de la población, edad materna 31 a 40 años 40%, factores de riesgo: procedencia urbana 64%, multiparidad 88 %, etnia negra 12%, tipo de inserción placentaria oclusiva total 42 %, cesárea 100%, pérdida sanguínea de 500 a 999 cc 80% y la mayor complicación histerectomía 44%, patologías sobreañadidas: anemia 30%. Conclusión que El principal factor de riesgo es la multiparidad que representa el 40%. Las madres añosas representan un factor de riesgo importante para la aparición de placenta previa independientemente de la paridad. Las pacientes de etnia negra representan el 12%.(1)

RUIZ R. 11 (México 2012) en su artículo sobre "Hemorragias obstétricas, causa de muerte materna IMSS", el objetivo fue describir las características maternofetales en las muertes maternas en el IMSS

durante 2011. Método retrospectivo, descriptivo se incluyeron muertes maternas en las que se identificó hemorragia grave durante el embarazo, parto o puerperio. Resultados: se analizaron 32 de 135 muertes maternas; 65.6 % presentó hemorragia obstétrica como causa básica y 34.4 %, hemorragia obstétrica grave con diferente causa básica de muerte materna. El grupo de edad con mayor número de muertes fue el de 30 a 39 años. La resolución del embarazo en la mayoría fue por cesárea. Predominaron el acretismo placentario y la atonía uterina asociados con otra patología. Conclusión que la hemorragia grave que se presenta durante el embarazo, parto o puerperio continúa ocupando el segundo lugar como causa de mortalidad materna en México y en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Es necesario continuar la estrategia de capacitación a los médicos ginecoobstetras para mejorar la competencia clínico-quirúrgica en el manejo de la paciente con embarazo y hemorragia. (2)

TRASTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO.

CARRASCO Arteaga Cuenca (Hospital San José 2012 2013) Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo constituido por un universo de 1447 pacientes. Los datos se obtuvieron de historias clínicas de las gestantes que ingresaron en el departamento de ginecología y obstetricia del hospital José carrasco Arteaga durante el periodo enero – diciembre de 2012. Las variables incluyen valores de la presión arterial, edad, factores sociodemográficos y patologías asociadas. El objetivo del trabajo fue establecer la frecuencia, características clínicas y factores asociados que determinen la aparición de trastornos hipertensivos. se concluye: La incidencia durante el año 2012 fue de 7.88 %. El 55.3 % corresponden a hipertensión gestacional y un 24.6 % a preeclampsia grave. La edad promedio fue de 30 años de edad. El 87.7 % no tuvo antecedentes patológicos. La incidencia de parto por cesárea fue de 77.2 %. Además se observó una asociación entre el parto pretermino y nivel de gravedad de la enfermedad.

2.2. Marco Conceptual

- **Emergencia**

Requiere de atención médica inmediata.- Es la situación de salud que se presenta repentinamente, requiere inmediato tratamiento o atención y lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de vida.

- **Urgencia**

Es una situación de salud que también se presenta repentinamente sin riesgo de vida y puede requerir asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable (dentro de las 2 o 3 horas).

Requiere de atención médica dentro de las 24 horas de la aparición

2.3.- Bases Teóricas

PATOLOGIAS MATERNAS

2.3.1 HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.

DEFINICIÓN:

El desprendimiento prematuro de placenta normoinserta consiste en la separación de la placenta, de su zona de inserción de manera total o parcial, entre la semana 22 del embarazo y antes del nacimiento.

INCIDENCIA

Entre el 0.4% y el 0.64% del total de partos en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre los años 2007 y 2008. La mortalidad materna fue menor a 1% y la mortalidad perinatal aproximadamente 20% a 35 %.

ETIOLOGÍA

La etiología sigue sin conocerse pero existe varios factores que se sabe o se sospecha, acompañan a esta anomalía. Es mucho más frecuente en mujeres con alta paridad que en las primigrávidas, y algunos observadores han comunicado que la incidencia aumenta proporcionalmente a la edad. Como la incidencia de hipertensión crónica

aumenta también con la edad materna y la paridad, ésta podría ser una explicación de la relación observada entre la hipertensión crónica y el desprendimiento prematuro de placenta.

FISIOPATOLOGIA:

La degeneración desidual puede estar condicionada por una arteriolitis; sea cual sea la causa de la degeneración desidual, enfermedad vascular, traumatismo u otros factores, los vasos sanguíneos de la decidua se rompen y se producen una hemorragia retro placentaria. La sangre se coagula inmediatamente, ya que el tejido desidual es rico en material tromboplástico y a medida que la hemorragia continúa, el coágulo se expande.

La musculatura uterina, tensa ya por la gestación, es incapaz de contraerse para controlar la hemorragia; el coagulo comprime una porción de la placenta y distorsiona su contorno, lo cual resulta inútil para identificar el desprendimiento prematuro de placenta observando ya la placenta fuera ya de la cavidad uterina.

A medida que la hemorragia prosigue, la sangre diseca normalmente las membranas liberándolas de la decidua, y aquella se exterioriza al salir por el orificio cervical externo.

FACTORES DE RIESGO:

• FACTORES ASOCIADOS:

- ✓ Antecedente de DPP en embarazo previo.
- ✓ Hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión crónica.
- ✓ Antecedente de natimuerto.
- ✓ Edad mayor de 45 años.
- ✓ Gran multiparidad.
- ✓ Sobre distensión uterina.

- ✓ Malformaciones uterinas.
- ✓ Alcoholismo y tabaquismo.
- ✓ Consumo de cocaína.
- ✓ Poco peso materno ganado durante el embarazo (menor a 0.15 Kg/semana).

• **FACTORES PRECIPITANTES:**

- ✓ Traumatismos.
- ✓ Disminución brusca del volumen uterino (Ejm: ruptura de membranas asociado a polihidramnios).

CLASIFICACIÓN:

- **GRADO I:** Hemorragia escasa o ausente. La mortalidad perinatal no está aumentada.
- **GRADO II:** Metrorragia anteparto, oscura, alteración de la contractilidad uterina, feto vivo. Hay sufrimiento fetal agudo en más del 90% de los casos. La mortalidad perinatal está aumentada.
- **GRADO III:** Es grado II más muerte fetal y se subdivide en:
 - ❖ CON CID.
 - ❖ SIN CID: Los casos de muerte materna se observan en este caso.

TRATAMIENTO:

El manejo dependerá del compromiso fetal (feto vivo o feto muerto), edad gestacional y del grado de compromiso hemodinámico materno:

- ✓ Cuando el feto está vivo y tenemos la alta sospecha de que se trata de un DPP (generalmente hay sufrimiento fetal), el término de la gestación por la vía más rápida posible será a medida más adecuada, para los casos de gestaciones a término.
- ✓ En los casos más severos, con feto muerto, generalmente el desprendimiento es superior al 50%, la asociación de CID es 30%. En estos casos, el manejo comprenderá:

- ❖ Parto vaginal a la brevedad, de ser posible, en caso contrario se procede a realizar la cesárea.
- ❖ Estabilización Hemodinámica para lo cual usamos cristaloides y coloides y de ser necesario, la transfusión de hemoderivados.

COMPLICACIONES MATERNAS

El shock hipovolémico generalmente lo vemos en casos de sangrado oculto, con compromiso fetal. La CID es poco frecuente, pero casi siempre asociada a los casos severos con muerte fetal. Otras complicaciones son: insuficiencia renal aguda, metrorragia post parto, útero Couvelaire, síndrome de Sheehans. (GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 2007)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA

- Monitorizar funciones vitales.
- Instalar vía de accesos venosos con aboucat n°18
- Monitorizar la cantidad de sangrado vaginal.
- Monitorizar la frecuencia cardiaca fetal.

Referir paciente a centro de mayor complejidad.

ABORTO ESPONTANEO

Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20 del embarazo (la pérdida del embarazo después de 20 semanas se llama muerte fetal).

Un aborto espontáneo es un suceso que ocurre naturalmente, a diferencia de los abortos médicos o abortos quirúrgicos.

Un aborto espontáneo también se puede denominar "aborto natural". Otros términos para referirse a una pérdida temprana en el embarazo son:

- ✓ Aborto consumado: todos los productos (tejidos) de la concepción salen del cuerpo.
- ✓ Aborto incompleto: solo algunos de los productos de la concepción salen del cuerpo.
- ✓ Aborto inevitable: no se pueden detener los síntomas y se presenta el aborto espontáneo.
- ✓ Aborto infectado (séptico): el revestimiento del vientre (útero) y cualquier producto restante de la concepción resultan infectados.
- ✓ Aborto retenido: el embarazo se pierde y los productos de la concepción no salen del cuerpo.

También puede usar el término "amenaza de aborto". Los síntomas de esta afección son cólicos abdominales con o sin sangrado vaginal. Son un signo de que se puede presentar un aborto espontáneo.

CAUSAS

La mayoría de los abortos espontáneos son causados por problemas cromosómicos que hacen imposible el desarrollo del bebé. En pocas ocasiones, estos problemas tienen relación con los genes del padre o de la madre.

Otras causas posibles de aborto espontáneo son:

- ✓ Drogadicción y alcoholismo
- ✓ Exposición a toxinas ambientales
- ✓ Problemas hormonales
- ✓ Infección
- ✓ Sobrepeso
- ✓ Problemas físicos de los órganos reproductores de la madre
- ✓ Problemas con la respuesta inmunitaria del cuerpo
- ✓ Enfermedades graves en todo el cuerpo (sistémicas) de la madre (como la diabetes no controlada)
- ✓ Tabaquismo

Alrededor de la mitad del total de los óvulos fecundados muere y se pierde (son abortados) en forma espontánea, casi siempre antes de que la mujer se percate de que está embarazada. Entre las mujeres que saben que están embarazadas, pocas de ellas sufrirán un aborto espontáneo. La mayoría de los abortos espontáneos ocurre durante las primeras 7 semanas del embarazo. La tasa de este tipo de aborto disminuye después de que se detecta el latido cardíaco del bebé.

El riesgo de aborto espontáneo es más alto:

- ✓ En mujeres de mayor edad. El riesgo se incrementa después de los 30 años, se vuelve mucho más grave entre los 35 a los 40 años, y es mayor después de los 40.
- ✓ En mujeres que hayan tenido abortos espontáneos antes

SÍNTOMAS

Los posibles síntomas de un aborto espontáneo pueden incluir:

- ✓ Lumbago o dolor abdominal sordo, agudo o de tipo cólico
- ✓ Material tisular o en forma de coágulos que sale de la vagina
- ✓ Sangrado vaginal con o sin cólicos abdominales

PRUEBAS Y EXÁMENES

Durante un examen pélvico, se puede observar que su cuello uterino se ha abierto (dilatado) o adelgazado (borramiento del cuello uterino).

Se puede hacer un ultrasonido abdominal para verificar el desarrollo del bebé, los latidos cardíacos y la cantidad de su sangrado.

Se pueden llevar a cabo los siguientes exámenes de sangre:

- ✓ Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar cuánta sangre se ha perdido.
- ✓ GCH (cualitativa) para confirmar el embarazo.
- ✓ GCH (cuantitativa) que se hace con intervalos de algunos días o semanas.

- ✓ Conteo de glóbulos blancos (GB) y fórmula leucocitaria para descartar infección.

✓

TRATAMIENTO

En el caso de presentarse el aborto espontáneo, el tejido que sale por la vagina debe ser examinado. Esto se hace para determinar si era placenta normal o una mola hidatiforme (un crecimiento raro que se forma dentro del útero en el inicio del embarazo). Igualmente, es importante averiguar si aún queda algún tejido fetal dentro del útero. Si el tejido del embarazo no sale del cuerpo en forma natural, usted puede necesitar quedar bajo una vigilancia cuidadosa hasta 2 semanas. Es posible que se necesite cirugía (dilatación y legrado, D y C) o medicamentos para eliminar los contenidos restantes de su útero.

COMPLICACIONES

Un aborto séptico puede ocurrir si cualquier tejido de la placenta o el feto permanecen en el útero después del aborto espontáneo. Los síntomas de una infección incluyen fiebre, sangrado vaginal que no para, cólicos y un flujo vaginal fétido. Las infecciones pueden ser serias y requerir atención médica inmediata.

Las mujeres que pierden a un bebé después de las 20 semanas de embarazo reciben atención médica diferente. Esto se denomina parto prematuro o muerte fetal. Se requiere atención médica inmediata. (GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 2007)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ABORTO ESPONTANEO

- Reposo absoluto paciente en decúbito dorsal abrigada (si es gestante de la segunda mitad del embarazo, en decúbito lateral izquierdo).
- Nada por vía oral
- Control de funciones estricto.

- Monitoreo Fetal estricto.
- Oxígeno por cánula binasal: 4 L/min.
- Control del sangrado, retiro de coágulos.
- Control de Diuresis horaria, con sonda Foley N°14 y bolsa colectora.
- Colocar 2 vías en ambos miembros superiores con abocat N°18: – Frasc Cloruro Sodio 9%. 1000cc pasar a chorro, luego a 60gts/min. – Frasco II: HAEMACCEL pasar a chorro, los primeros 15 a 20 min.
- Si hay sangrado colocar: Oxitocina 10mg. (5 amp.) en Frasco de ClNa 9%. 1000cc. pasar 400cc a chorro, luego 45gotas/min.
- Si Hb <7gr. Transfundir 2 unidades de paquetes globulares. Realizar solicitud a Banco de Sangre. SS: Hma, Hb, TC, TS, Recuento plaquetario, Grupo Sanguíneo, Factor Rh.
- Referir al Establecimiento con mayor capacidad resolutiva.

KIT DE CLAVE ROJA: (fig N°3)

- Cloruro de Sodio 9‰ 1000cc 02 fcos.
- Hamacel 01 fco.
- Equipo de venoclisis 02 und
- Abocatt 18 02
- Oxitocina 10UI 10 amp.
- Jeringas 10cc 02 und
- Jeringas 20cc 02und
- Llave de doble vía 01 und
- Equipo de transfusión sanguínea 01 und
- Sonda Foley 14 * 01 und
- Bolsa colectora de orina 01 und
- Methergin 02 amp
- Guantes descartables 04 Pares

2.3.2.- TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO

Generalidades.

Los estados hipertensivos del embarazo consiste en preeclampsia y eclampsia, hipertensión crónica (esencial o secundaria a la enfermedad renal, enfermedad endocrina u otras causas), hipertensión crónica con preeclampsia sobreagregada e hipertensión gestacional.

La Preeclampsia es la hipertensión asociada con proteinuria y edema; ocurre primordialmente en las nulíparas después de la semana 20 de gestación, y más a menudo cerca del término. La hipertensión se define como la presión arterial igual o mayor a 104/90mm Hg o un aumento en la presión arterial media de 20mm Hg el incremento de la presión arterial de 30/15 mm Hg sobre los valores del primer trimestre.

La proteinuria se define como una excreción de 300mg o más en una muestra de 24h o 30mg/dL en una muestra aleatoria puede ocurrir pre eclampsia en mujeres que tiene hipertensión crónica (pre eclampsia sobre agregada); el pronóstico es peor para la madre y el feto que cuando ocurre cualquiera de estas alteraciones aisladamente.

División de estados hipertensivos en el embarazo

La hipertensión gestacional.

Jack pritchard eligió el término de hipertensión gestacional para describir Cualquier hipertensión no complica de nueva aparición durante el embarazo cuando no había evidencia de pre eclampsia.

El diagnóstico de hipertensión gestacional se establece en mujeres cuya presión arterial alcanza 140/90 mm Hg o mayor por primera vez después de la mitad del embarazo, pero en quienes no se identifica proteinuria.

Casi la mitad de estas pacientes desarrollan pre eclampsia, que incluye signos como proteinuria y trombocitopenia, o síntomas como cefaleas y dolor epigástrico Hipertensión transitoria del embarazo si hay pre

eclampsia al momento del parto, pero la presión arterial es normal 12 semanas después del parto.

Hipertensión crónica si el incremento en la presión arterial persiste después de 12 semanas del parto. Este trastorno es predictivo del desarrollo tardío de la hipertensión esencial.

Las causas consisten en parte, en que la presión arterial disminuye normalmente durante el segundo trimestre, y esta disminución puede ocultar la presencia de hipertensión crónica.

PREECLAMPSIA.

Definición.

Es un síndrome específico del embarazo caracterizado por perfusión orgánica reducida secundaria a vaso espasmo y activación endotelial. La enfermedad hipertensiva del embarazo, designa a una serie de trastornos hipertensivos que se caracteriza por tener en común la existencia de hipertensión arterial durante el embarazo.

La hipertensión arterial durante el embarazo se define como una tensión arterial sistólica mayor o igual a 140mm Hg o tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm Hg en dos tomas con un intervalo de dos tomas cada 6 horas o una sola toma de 160/110 mm Hg a partir de las 20 semanas de gestación.

Clasificación.

1. Hipertensión crónica pre gestacional.

Tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm Hg en dos tomas aisladas, previos al embarazo o antes de las 20 semanas de gestación.

2. Pre eclampsia.

Tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg o Tensión arterial sistólica mayor o igual 104 mm Hg (en dos tomas) y proteinuria mayor de 300 mg en 24 horas; o un asunto de 15 mm Hg o más en la TAD habitual.

3. Hipertensión gestacional.

Tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica sin proteinuria después de las 20 semanas que desaparece luego de los tres meses de postparto.

4. Hipertensión arterial crónica más pre eclampsia sobre agregada.

5. Eclampsia.

Convulsiones y/o coma en una mujer con pre eclampsia.

Patología.

En el caso de pre eclampsia se identifica deterioro grave patológico de la función en diversos órganos y sistemas, tal vez como consecuencia de vaso espasmo e isquemia.

Cualquier teoría satisfactoria de la fisiopatología de la pre eclampsia debe explicar la observación de que los trastornos hipertensivos causados por el embarazo son muchos más probables en las mujeres que a) Se exponen vellosidades crónicas por primera vez, b) se expone a la superabundancia de vellosidades, como sucede en los embarazos gemelares y en caso de mola hidatiforme, c) sufren enfermedades vasculares preexistente o d) están genéticamente predispuestas a desarrollar hipertensión durante el embarazo.

El vaso espasmo es fenómeno básico en la fisiopatología de la pre eclampsia y eclampsia. Este concepto se basa en observaciones directas de vasos sanguíneos pequeños de lechos ungueales, fondos oculares y

conjuntivos bulbares, y se conjeturó por los cambios histológicos reconocidos en diversos órganos afectados.

La constricción vascular produce resistencia al flujo de sangre y explica el desarrollo de hipertensión arterial.

Tratamiento.

La finalidad básica de cualquier tratamiento de cualquier embarazo complicado por pre eclampsia incluye:

- a) Interrupción de este con el menor traumatismo posible para la madre y el feto.
- b) Nacimiento de un lactante que a continuación prospere.
- c) Restablecimiento completo de la de la salud materna.

En cierto caso la pre eclampsia, sobre todo en las mujeres a término acerca de este, se atienden con igual eficiencia las tres finalidades con la inducción del parto.(GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 2007)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN EMBARAZO

CLAVE AZUL.- (ver anexo fig. N° 4)

Manejo de la Pre eclampsia Severa

- Reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo.
- Nada por vía oral
- Control de funciones estricto.
- Monitoreo fetal estricto.
- Control de Diuresis horaria, con sonda Foley N°14 y bolsa de reservorio, tome muestras para albuminuria con ácido sulfosalicílico.
- Oxígeno por cánula binasal: 3L/min.

- Colocar 2 vías en ambos miembros superiores con abocat N°18: – Frasco I: ClNa 9%. 1000cc EV pasar a 40 gotas/min. –Frasco II: Cloruro de sodio 9%. 1000cc + Sulfato de Magnesio al 20% 10 grs. (5 Amp.) pasar 400 cc. a chorro, luego 30 gotas/min.
- Nifedipino 10mg SL Condicional a PA \geq 160/110mmHg • Diazepan 10 mgr. EV STAT. Si presenta convulsión tónico clónica.
- SS: Hma, Hb, TC, TS, Recuento plaquetario, GS, Factor Rh, Urea, Creatinina, Ac. Úrico, Proteínas totales y fraccionadas.
- Referir al Establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Manejo de la Eclampsia

- Realizar lo indicado para preeclampsia severa. además: – Asegurar permeabilidad de la vía aérea (tubo de Mayo). – Vía endovenosa segura. – Referir al Establecimiento con mayor capacidad resolutive.

(GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 2007)

2.3.3.- SEPSIS OBSTETRICAS Y SHOCK SEPTICO

SEPSIS: Es una disfunción orgánica potencialmente letal que se presenta en una paciente con infección. Se debe a un desequilibrio entre agentes pro y anti-inflamatorios, lo que implica la destrucción de tejidos. La mortalidad descrita oscila entre el 10% y el 40%.

SHOCK SÉPTICO: Es una situación grave en la que las alteraciones celulares, metabólicas (acidosis, hiperlactatemia) y de la perfusión no se corrigen con la reposición hídrica, requiriendo la administración de agentes vasopresores. La mortalidad en un paciente en shock séptico puede superar el 40%.

El 50% de las infecciones en gestantes y puérperas que evolucionan a sepsis son de origen genital (endometritis, corioamnionitis, infección de herida quirúrgica, aborto séptico), del tracto urinario (hasta un tercio) y del tracto respiratorio (hasta un tercio). Las mastitis son infecciones

frecuentes, que no suelen complicarse, aunque la respuesta inflamatoria sistémica puede ser muy florida.

ETIOLOGIA

El origen más frecuente, a diferencia de la población general, es poli microbiano (origen genital). El germen más frecuente es *Escherichia coli* (de origen urinario) que, junto con *Estreptococo b-hemolítico del grupo A* (GAS o *Estreptococos pyogenes*), constituyen hasta el 40% de las infecciones que evolucionan a sepsis, shock o muerte, dada su potencial virulencia. Otras bacterias implicadas son *Staphilococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*,

DIAGNOSTICO

Los cambios fisiológicos en las gestantes condicionan cambios en los intervalos de la normalidad de los parámetros clínicos y analíticos. Así mismo, estos también pueden verse alterados por la situación basal de la paciente ya sea por la patología de la gestación (plaquetopenia autoinmune, pre eclampsia, HTA) o intrínseca (LES, trastorno coagulación), lo que deberá tenerse en cuenta en el momento de su valoración.

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

- Temperatura mayor a 38° C o menor a 36° C.
- Pulso > 90 latidos/minuto. o Frecuencia respiratoria mayor a 20/min
- existencia de una PaCO₂ menor a 32 mmHg.
- Recuento leucocitario mayor a 12000/mm³ o menor a 4000/mm³ (o más de un 10% de formas leucocitarias inmaduras).
- Falla de órganos a distancia cuya sintomatología depende de los órganos afectados pudiendo ocurrir alteraciones de la coagulación o de la función hepática, renal, respiratoria o neurológica. La presencia

de hipotensión arterial (sistólica menor de 90 mmHg o caída de 40 mmHg de su nivel previo), cianosis, hipo-perfusión periférica, oliguria y alteración del estado de conciencia (agitación, obnubilación) debe hacer plantear la existencia de un shock séptico de alta mortalidad.

- Controles de parámetros vitales: Será el mismo que se describió para el aborto séptico. (GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS 2007)

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN MANEJO DE LA CLAVE AMARILLA EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO

- ✓ Reposo absoluto.
- ✓ Nada por vía oral
- ✓ Control de funciones estricto.
- ✓ Monitoreo de movimiento fetal estricto.
- ✓ Oxígeno por cánula binasal: 4 L/min.
- ✓ Control de Diuresis horaria, con sonda Foley N°14 y bolsa de reservorio.
- ✓ Colocar 2 vías en ambos miembros superiores con abocat N°18: – Frasco I: Cloruro de sodio 9%. 1000cc pasar 400cc a chorro, luego a 45 gotas/min. –Frasco II: Cloruro de sodio 9%. 1000cc + Antibioticoterapia:
- ✓ Ceftriaxona 1gr. + Clindamicina 600mg. + Amikacina 500mg. STAT
- ✓ Si es Puérpera o Gestante $\leq 20s.$: Oxitocina 30mg. (3 amp.) en Frasco de Cloruro de sodio 9%. 1000cc. pasar 400cc a chorro, luego 45gotas/min.
- ✓ Metamizol 1 gr. IM STAT (Si la temperatura es de 38.5 °C); si es menor de 36°C abrigue a la paciente.
- ✓ Ranitidina 50 mg. EV. Stat.
- ✓ SS: Hma, Hb, TC, TS, Recuento plaquetario, GS, Factor Rh, Urea, Creatinina, Ac. Úrico, Proteínas totales y fraccionadas. Hemocultivo, Urocultivo y cultivo de secreciones.

- Comunicar al médico de Turno.
- Interconsulta a Unidad de Cuidados Intensivos.

KIT CLAVE AMARILLA fig N°5

1. CINA al 9 ‰ 1000cc : 2 fcos.
2. Equipo de Venoclisis : 1
3. Abocath N° 18. : 1
4. Ampicilina 1 gr. : 1 fco.
5. Cloranfenicol 1 gr. : 1 fco.
6. Gentamicina 80 mgr. : 1 amp.
7. Oxitocina 10 u : 3 amp.
8. Ranitidina 50 mg. : 1 amp.
9. Metamizol 1 gr. : 1 amp.
10. Furosemida 20 mgr. : 1 amp.
11. Sonda Foley N° 14 : 1 und
12. Colector de Orina. : 1 und
13. Jeringas descartables de 10cm. : 2 und
14. Jeringas descartables de 5cm. : 4 und
15. Agujas descartable # 23. : 2 und
16. Agujas descartable # 21. : 2 und

PATOLOGIAS PEDIÁTRICAS CRISIS ASMÁTICA EN NIÑOS

DEFINICION.

Es la manifestación aguda de exacerbación de los síntomas crónicos del asma. Su presencia es muy importante para el diagnóstico y suele considerarse un indicador de la severidad de la enfermedad crónica.

Se caracteriza por la presencia de:

- Sibilancias
- Tos
- Sensación de ahogo o pecho apretado

- Grados variables de dificultad respiratoria

En el hospital, los principales objetivos del tratamiento de la crisis de asma son:

1. Lograr el control de los síntomas en forma precoz.
2. Evitar la aparición de hipoxemia o detener su progresión.
3. Lograr el control de la inflamación de la vía aérea.
4. Organizar el tratamiento de la enfermedad para lograr un control total de la enfermedad.

Epidemiología

El asma es la enfermedad crónica más prevalente en la edad escolar. En Chile afecta al 18% de los niños de 6 a 7 años y al 9% de los adolescentes de 13 a 14 años, lo que constituye una cifra aproximada de 400.000 menores de 18 años. Todos estos pacientes han presentado crisis en el último año de acuerdo a la definición.

La mayoría de estas crisis son leves sin embargo el riesgo de hospitalización por crisis de asma es mayor en los lactantes que en niños mayores, aún en pacientes que presentan períodos sin síntomas. Suelen responder bien al tratamiento estándar de la crisis, de modo que casi no existe mortalidad por asma en nuestro medio.

Etiología

El asma es una enfermedad variable en el tiempo y la causa de las crisis de asma depende tanto de factores del huésped, como de factores ambientales, a menudo, ambos factores actúan en conjunto.

El principal desencadenante de crisis es la infección viral. Este factor se hace muy evidente en el lactante durante el invierno, en período epidémico (virus respiratorio sincicial y virus para influenza principalmente); y en el escolar y adolescente en otoño, cuando ocurre el

ingreso al colegio (virus influenza y rinovirus). En forma adicional, alérgenos ambientales pueden jugar un papel importante en primavera cuando la polinización de árboles y plantas aumenta. La exposición frecuente a humo de tabaco provoca importante irritación de la vía aérea, actuando como un poderoso cofactor en la aparición de crisis de asma.

Factores que favorecen la hospitalización por crisis de asma son:

- ✓ la gravedad de la enfermedad,
- ✓ suspensión de tratamiento de mantención,
- ✓ el retraso en la búsqueda de atención médica,
- ✓ la falta de entrenamiento con pauta de autocuidado,
- ✓ la exposición deliberada a factores ambientales claramente reconocidos como desencadenantes.

Patogenia

La inflamación de la vía aérea constituye el ícono del asma. Está presente en forma crónica y suele empeorar durante las crisis como respuesta al desencadenante. La inflamación produce disminución del calibre bronquial a través de diferentes mecanismos: edema de la mucosa epitelial, hipersecreción, broncoconstricción y acumulación de detritus celulares. Durante la crisis de asma, la inflamación suele aumentar en forma progresiva provocando en un comienzo obstrucción bronquial difusa con consecuente hipoxemia por alteración V/Q. La compensación ocurre por medio de un aumento del trabajo respiratorio alcanzando un nuevo estado de equilibrio. En la medida que el cuadro progresa y los mecanismos de compensación no logran revertirlo puede aparecer fatiga muscular progresiva con falla respiratoria global.

Presentación clínica

La crisis de asma suele comenzar con los síntomas del factor desencadenante (ej.: resfrío común) que se mezclan con la aparición de

tos, sensación de ahogo y silbido al pecho. A medida que la crisis progresa se manifiesta la tos seca y sibilante, las sibilancias audibles y muchas veces signos de dificultad respiratoria evidentes: taquipnea, respiración ruidosa, retracción costal y cianosis.

Los síntomas empeoran de noche debido a la acumulación de secreciones que se ve facilitada por una respiración tranquila y en decúbito.

Es importante considerar dos presentaciones clínicas que implican gravedad:

- La fatiga respiratoria que puede aparecer como disminución de la frecuencia respiratoria, disminución del tiraje esternal y aparición de asincronía toraco-abdominal indicando falla respiratoria inminente y
- El tórax silencioso o la incapacidad para hablar que indica hipoventilación y probable broncoconstricción grave.

Diagnóstico

El diagnóstico de una crisis de asma se realiza en forma rápida y sencilla con una buena historia clínica y examen físico cuando se ha establecido previamente que el paciente sufre de asma crónica. Se facilita el enfrentamiento terapéutico con la clasificación clínica por severidad (ver tabla 2 y 3).

Radiografía de Tórax: no es un examen de rutina en la evaluación de un paciente con crisis de asma. Rara vez este examen permite un cambio de conducta excepto en crisis grave (recomendación nivel B). Los hallazgos más frecuentes son:

- Hiperinsuflación
- Engrosamiento peribronquial
- Infiltrados intersticiales
- Atelectasias subsegmentarias

Solicitar ante las siguientes situaciones:

Crisis de asma en un paciente sin evaluación radiológica previa

- Crisis de asma que no responde a tratamiento estándar
- Sospecha de cuerpo extraño
- Crisis de asma grave ($FiO_2 > 40\%$)
- Sospecha de complicaciones de crisis de asma como neumotórax, neumonía, atelectasias, etc.

Indicaciones de hospitalización

- Disnea progresiva y/o aumento del trabajo respiratorio.
- Falta de respuesta al tratamiento luego de 2 horas.
- Hipoxemia luego del tratamiento adecuado.
- Crisis moderada o grave.

Tratamiento

El objetivo principal del tratamiento será cuantificar la severidad de la crisis y elegir la terapia más adecuada.

El uso de algoritmos ha mostrado reducir los costos de hospitalización y el tiempo de estadía hospitalaria (recomendación nivel B).

Hidratación/Alimentación: en el paciente con signos de dificultad respiratoria moderada o grave debe hidratarse por vía endovenosa.

Oxígeno: es la medida más sencilla y eficiente para disminuir la hipoxemia en la crisis aguda de asma (recomendación nivel A). Permite corregir en forma completa la insuficiencia respiratoria en la mayoría de los pacientes, excepto en aquellos con hipoventilación grave.

Broncodilatadores: inhalatorios, de corta acción y del tipo agonistas-beta 2 (ej.: salbutamol) son el tratamiento de primera línea en la crisis aguda de asma (recomendación nivel A). Su administración es de preferencia con inhalador de dosis medida (IDM)

broncodilatadores anticolinérgicos (ej.: bromuro de ipratropio) en dosis repetidas, tienen un efecto aditivo a agonistas beta-2 en el manejo de las crisis refractarias a tratamiento dentro de las 2 primeras horas

(recomendación nivel A). Su uso permite mejorar rápidamente la función pulmonar. Se dispone de ellos en combinación tanto para inhalación como para nebulización.

Cortico esteroides: son el tratamiento antiinflamatorio de elección en la crisis aguda de asma (recomendación nivel A). Su uso se ha asociado a disminución de hospitalización y prevendrían recaídas luego de la presentación inicial.

La dosis recomendada es de 2mg/kg/día las primeras 48 horas y luego 1mg/kg/día, con un máximo de 40mg/día. Se recomienda la administración por vía oral, ya que la eficacia es similar a su uso endovenoso (recomendación nivel B).

Todo paciente con crisis aguda moderada o grave de asma debe recibir corticoesteroides sistémicos dentro de la primera hora de tratamiento en el servicio de urgencias (recomendación nivel A). Todos los pacientes con crisis asmática moderada o grave dados de alta deberían recibir corticoides como parte de su tratamiento (recomendación nivel A).

Aquellos pacientes con una crisis leve que han utilizado broncodilatadores, sin respuesta adecuada también deben recibir corticoesteroides como parte fundamental de su tratamiento. El tratamiento antiinflamatorio se prolonga habitualmente por 7 días y se suspende antes de 10 días de manera de evitar efectos adversos.

Los corticoides inhalatorios no han demostrado utilidad en la crisis.(Guías de intervención a pacientes pediátricos con crisis asmática ,neumonía y obstrucción bronquial)

QUEMADURAS

Definición

Se entiende por quemaduras un conjunto de fenómenos locales y sistémicos que resultan de la acción de la temperatura, la electricidad o algunos agentes químicos. Las quemaduras se pueden producir en cualquier lugar del organismo, pero son mucho más frecuentes en la piel. (Ricardo Manzur A., 2011).

Anatomía de la Herida por Quemadura

La destrucción térmica de la piel, causa graves alteraciones sistémicas y locales. La cantidad de destrucción tisular, depende de la temperatura y tiempo de exposición, la valoración anatómica involucra ambos, extensión y profundidad de la lesión por quemadura. Cuando se unen, extensión, profundidad y antecedentes patológicos previos, el resultado es una patología con magnitudes. La severidad y por tanto el pronóstico, dependerán de la gravedad de éstas tres variables y su interacción en el individuo. (Ricardo Manzur A., 2011).

Agentes Físicos

Térmicos: (Calor o frío): Sólidos, líquidos, vapores y fuego directo.

Eléctricos: Electricidad doméstica, atmosférica o industrial.

Radiantes: Sol, energía atómica, Rayos X.

Agentes Químicos

Ácidos

Álcalis

Agentes Biológicos

Seres vivos: Insectos, medusas, sapos (Dr. Roberto J. Marcano Pasquier).

Epidemiología

Las quemaduras son consecuencias, fundamentalmente de accidentes domésticos (55-60%), laborales (15-20%) y, en mucho menor grado, son

debidas a accidentes de tráfico, autoagresión y agresión de otras personas.(Palao, 2009)

Clasificación de las Quemaduras.

Las quemaduras se pueden clasificar por:

Según su profundidad.

Grado I: Son quemaduras producidas por exposición solar, en las cuales se compromete la epidermis únicamente. Se produce descamación en los siguientes 7 a 10 días.

Grado II.- La lesión alcanza grados variables de la dermis. Estas quemaduras cuando son superficiales se les denomina Tipo A y cicatrizan en un plazo inferior a 14 días sin dejar secuelas importantes. Sin embargo si la lesión incluye la dermis reticular, la cicatrización se produce después de los 18 días y la cicatriz es de mala calidad, con aparición de queloides, hiper o hipo pigmentación y retracciones. Esta quemadura también se llama tipo AB.(Dr. Ricardo Ferrada, Dr. Alberto Bolgiani, 2008)

Grado III.- Se llama quemadura grado III la lesión que destruye toda la epidermis, dermis, y tejido celular subcutáneo, entre las cuales están las quemaduras por líquidos inflamables, agentes químicos, aquellas en la que existe un contacto prolongado con cualquier fuente térmica o con una corriente eléctrica. Clínicamente tienen una superficie blanca, rojo cereza o negra. Los vasos sanguíneos visibles se notan trombosados, la elasticidad natural de la piel se pierde y esta se nota como acartonada o similar al cuero. Hay ausencia de dolor, además cursan con marcado edema. Estas quemaduras se denominan también tipo B

Grado IV: Para las quemaduras que comprometen más allá del tejido celular subcutáneo, se aplica el grado IV. Por ejemplo, por alto voltaje; destruyen músculos, huesos, vasos

Según su extensión.

Es de utilidad la regla de los 9 de Wallace y la regla de la palma de la mano, la palma de la mano del paciente, incluyendo los dígitos, corresponde a 1 %de su superficie corporal. Cada extremidad superior y

la cabeza representan el 9% del área de superficie corporal; cada extremidad inferior, la espalda y el tronco anterior representan el 18%, esta regla es utilizada para determinar la extensión de la quemadura tanto en adultos como en niños por encima de los 15 años en los niños más pequeños la cabeza es más grande, acercándose a tres veces el área de superficie del adulto.

Según su extensión, profundidad y Área		comprometida:
QUEMADURAS	II GRADO	III GRADO
Menores	Menos del 10%	Menos del 2%
Moderadas	Del 10% al 20%	Entre 2% y 5%
Críticas o severas	Más del 20%	Más del 5%

Una vez establecida la superficie corporal del niño, la extensión de las lesiones y la gravedad de las quemaduras, se procederá a calcular los líquidos y electrolitos a administrar utilizando al protocolo previamente establecido en la unidad especializada para la atención del paciente con quemaduras.(Manzur 2011).

La Regla de los Nueves para niños de 0 a 5 años

Las secciones del cuerpo de los niños para estimar la extensión de quemaduras son:

- ✓ Cabeza - 18%
- ✓ Cada brazo - 9%
- ✓ Pecho - 9% Abdomen - 9%
- ✓ Parte superior de la espalda - 9%
- ✓ Parte inferior de la espalda - 9%
- ✓ Ingle - 1% Cada pierna - 13.5%

Fisiopatología.

En paciente con quemaduras severas representa un modelo de trauma grave que se caracteriza por una gran variedad de eventos fisiopatológicos, la mayoría muy bien estudiados. Sin embargo, y para

efectos prácticos solo se discutirán las características que tienen incidencia en el manejo.

Edema:

En los pacientes con quemaduras mayores al 20% de superficie corporal, se produce edema no solamente en el área afectada, sino además en lugares distantes al sitio de la quemadura. Este edema se debe a un secuestro de líquido en el espacio intersticial, el cual es muy rápido en los primeros minutos y continúa durante las primeras 24 horas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA - VALORACIÓN Y MANEJO INICIAL EN NIÑOS CON QUEMADURAS

La valoración inicial del paciente quemado tiene como objetivo evitar que una lesión importante pase desapercibida. Sin embargo la historia clínica y el examen inicial son definitivos para detectar las lesiones ocultas. Las reglas básicas del examen inicial incluyen:

- ✓ Medir todos los signos físicos medibles. Parámetros susceptibles a determinar: Temperatura, Pulso, Frecuencia Cardíaca, Tensión Arterial, Llenado Capilar y Glasgow.
- ✓ Realizar un examen físico completo como punto de referencia de las evaluaciones posteriores.
- ✓ Buscar trauma asociado y manejar las lesiones según protocolos. La quemadura no contraindica los protocolos de manejo de otras enfermedades o lesiones.
- ✓ Buscar signos de quemaduras por inhalación y consignarlo en la Historia Clínica (tos y esputo carbónico, quemaduras en las coanas, disnea, estridor laríngeo, antecedente de recinto cerrado, cambios en la voz).
- ✓ Calcular la superficie y la profundidad y graficarla. Para el efecto se utiliza la "Regla de los Nueves" o el esquema de porcentaje según edad descrito por Lund y Browder

SOPORTE METABOLICO

Como es bien conocido, las quemaduras producen un estado de catabolismo que es superior a cualquier otra condición ya sea de ayuno o de estrés quirúrgico. Las tasas metabólicas de los pacientes quemados pueden ser el doble o más del doble de un paciente normal, lo cual explica la pérdida de la masa muscular tan severa en los siguientes días después de la quemadura. La pérdida de masa muscular no se limita al músculo esquelético, sino que incluye masa muscular visceral, esto es diafragma, miocardio y músculo de pared intestinal. Además se deteriora la producción de anticuerpos y la respuesta celular específica. Por este motivo los pacientes quemados mal manejados desde el punto de vista nutricional exhiben una falta de respuesta al tratamiento.

Cálculos de requerimientos.

Los requerimientos exactos de vitaminas en pacientes quemados no han sido definidos pero se considera que el aporte debe incluir por lo menos los requerimientos mínimos diarios. Los más importantes son:

- a. Vitamina A. Es un factor importante en la cicatrización de heridas y en el crecimiento epitelial. Es un antioxidante que contribuye a prevenir el daño producido por los radicales libres presentes en el paciente quemado.

- b. Vitamina C. El ácido ascórbico es necesario para la síntesis de colágeno, y es además un antioxidante. Las proporciones de macronutrientes generalmente aceptadas en pacientes quemados son:
 - ✓ Proteínas 20-25%
 - ✓ Carbohidratos 50-55%
 - ✓ Grasa, el resto.

CAUSAS

Infección: la diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal. La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar. Las dos causas más frecuentes de diarrea moderada a grave en países de ingresos bajos son los rotavirus y *Escherichia coli*. Otros patógenos, como *Cryptosporidium* y *Shigella*, también pueden ser importantes. Asimismo, es necesario tener en cuenta etiologías específicas de cada lugar.

Malnutrición: los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Otras causas: las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea. El almacenamiento y manipulación del agua doméstica en condiciones carentes de seguridad también es un factor de riesgo importante. Asimismo, pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRATAMIENTO DE LA DIARREAS EN NIÑOS

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

Los pacientes quemados son inapetentes, y por lo tanto algunos pacientes no alcanzan a ingerir la cantidad de alimentos necesaria para alcanzar las metas nutricionales propuestas. En particular los pacientes con quemaduras mayores al 20% de superficie corporal con frecuencia son incapaces de ingerir las calorías calculadas, en particular si se trata de niños (Guías de intervención de enfermería en pacientes pediátricos con quemaduras de I II grado)

ENFERMEDADES DIARREICAS

DEFINICIÓN

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y "pastosa" por bebés amamantados. La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

EPIDEMIOLOGIA

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 525 000 niños cada año. En el pasado, la deshidratación grave y la pérdida de líquidos eran las principales causas de muerte por diarrea. En la actualidad es probable que otras causas, como las infecciones bacterianas septicémicas, sean responsables de una proporción cada vez mayor de muertes relacionadas con la diarrea. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

CAUSAS

Los rotavirus constituyen el principal agente etiológico productor de diarrea en la infancia, se asocian a una forma de enfermedad más grave e infectan prácticamente a todos los niños en los 4 primeros años de vida, dándose la enfermedad especialmente entre los 6 y 24 meses de edad. Son los más frecuentemente detectados en los casos que precisan ingreso hospitalario y, en países de clima templado, tienen un predominio claro en los meses fríos. Son, además, el principal agente productor de diarrea nosocomial en las unidades de ingreso infantiles. Los adenovirus entéricos, calicivirus y astrovirus producen un cuadro clínico más leve. Respecto a la etiología bacteriana, los agentes predominantes son *Salmonella* spp y *Campylobacter* spp, seguidos de *Shigella* spp, *Aeromonas* spp y *Yersinia* spp.

PREVENCIÓN

El acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas deben tratarse con una solución salina de rehidratación oral (SRO), una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Además, el tratamiento durante 10 a 14 días con suplementos de zinc en comprimidos dispersables de 20 mg acorta la duración de la diarrea y mejora los resultados.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- La diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- La diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disentérica o disentería; y
- La diarrea persistente, que dura 14 días o más. En países de ingresos bajos, los niños menores de tres años sufren, de promedio, tres episodios de diarrea al año. Cada episodio priva al

niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermar por enfermedades diarreicas.

DESHIDRATACIÓN

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

1.- Deshidratación grave (al menos dos de los signos siguientes):

- letargo o pérdida de conocimiento;
- ojos hundidos;
- no bebe o bebe poco;
- retorno lento (2 segundos o más) a la normalidad después de pellizcar la piel.

2.- Deshidratación moderada (al menos dos de los signos siguientes):

- desasosiego o irritabilidad;
- ojos hundidos;
- bebe con ganas, tiene sed.

3.- Ausencia de deshidratación (no hay signos suficientes para diagnosticar una deshidratación grave o moderada).

- ❖ Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. Las SRO se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces.
 - ❖ Complementos de zinc: los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.
 - ❖ Rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.
 - ❖ Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos incluida la leche materna durante los episodios de diarrea, y proporcionando una alimentación nutritiva incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida a los niños cuando están sanos.
- (guías de intervención en pacientes pediátricos con enfermedad diarreica aguda)

“CUIDADOS CULTURALES: TEORÍA DE LA DIVERSIDAD Y LA UNIVERSALIDAD”

LEININGER, es la fundadora de la enfermería transcultural y líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria que obtuvo un premio en antropología cultural y social nació en Sutton Nebraska y comenzó su carrera como enfermera después de haberse diplomado en la escuela de enfermería de san Antony denver.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables Leininger declara que con el

tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basaran en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que a cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y la práctica enfermeras.

Leininger defiende que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

ENFERMERÍA TRANSCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

ENFERMERÍA INTERCULTURAL: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médico o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tienen sus simientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. POR TANTO, LA TEORIA ESTA ENFOCADA PARA QUE LAS ENFERMERAS DESCUBRAN Y ADQUIERAN EL CONOCIMIENTOS ACERCA DEL MUNDO DEL

PACIENTE Y PARA QUE ESTAS HAGAN USO DE SUS PUNTOS DE VISTAS INTERNOS, SUS CONOCIMIENTOS Y PRACTICA, TODO CON LA ETICA ADECUADA.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si se debe interpretar como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

APLICACIÓN DE LA TEORÍA EN RELACIÓN CON LA ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades del paciente.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así hacer uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

2.3. Definición de términos

- **Hemorragia uterina.- (HUD)** es un tipo de sangrado anormal que se presenta sólo en mujeres, proveniente del endometrio y provocada por alteraciones hormonales, y que no guarda relación con lesiones, infecciones, embarazos o tumores.
- **Desprendimiento prematuro de placenta.- (DPP)** El desprendimiento prematuro de placenta es la separación parcial o

total de la placenta de su inserción decidual en el fondo uterino, previa al nacimiento del feto.

- **Emergencias obstétricas.-** constituyen una serie de eventos perinatales, de origen tanto materno como fetal y que se constituyen como un peligro inminente para la vida de uno o de ambos, lo que requiere una conducta rápida del obstetra y el anesthesiólogo actuantes.
- **Quemadura.-** Una quemadura es un tipo de lesión en la piel causada por diversos factores. Las quemaduras térmicas se producen por el contacto con llamas, líquidos calientes, superficies calientes y otras fuentes de altas temperaturas; aún con el contacto con elementos a temperaturas extremadamente bajas
- **Diarreas.-** Es una alteración de las heces, caracterizada por un aumento del volumen, la fluidez y la frecuencia de las deposiciones, en comparación con las condiciones fisiológicas normales, o que con lleva una baja absorción de líquidos y nutrientes,
- **Deshidratación.-** La deshidratación ocurre cuando usas o pierdes más líquido del que ingieres, y tu cuerpo no tiene suficiente agua y otros fluidos para llevar a cabo sus funciones normales. Si no repones los fluidos que perdiste, te deshidratarás.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para realizar el presente informe Profesional se tuvo que obtener los datos de las atenciones que se realizaron a los pacientes que acudieron al Centro Materno Infantil Ramos Larrea ya sea esta para una atención de la madre o el niño

- ✓ Libro de registro de atención en emergencias
- ✓ Libro de registro de pacientes intervenidos de sala de operaciones
- ✓ Libro de registro que se encuentra de la sala de parto
- ✓ Informes estadísticos de las atenciones

AUTORIZACIÓN: Se contó con la autorización del médico jefe del establecimiento de Salud CMI RAMOS LARREA, para poder acceder a toda información relacionado a la presente investigación.

RECOLECCIÓN DE DATOS.- Se obtiene de los libros de atenciones que se encuentra en los diferentes servicios.

PROCESAMIENTO DE DATOS.- Se realizó a través del programa informático de Word y Excel .

RESULTADOS.- Los resultados se presentaran mediante gráficos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.2. Experiencia Profesional

En el año 2012 inicié mis servicios como enfermero EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA, brindando atención en los servicio de emergencias, hospitalización, sala de parto, sala de operaciones y consultorios externos. Desempeñándome con responsabilidad habilidad y conocimientos académicos.

En la actualidad continuo laborando en el establecimiento de Salud de nivel I -IV se brinda atención de hospitalización y también de actividades preventivo promocionales, atendiendo una población aproximada de

49,500 habitantes tanto de área urbana como rural, es considerada cabeza de microred de salud de Imperial, pertenece a la red de Salud Cañete Yauyos y a la región de Lima Provincia.

En estos 5 años que vengo desempeñándome como Enfermero en emergencias he podido volcar en mi trabajo diario y en cada atención todas mis experiencias y conocimientos aprendidos en las aulas universitarias.

En el 2015 se me nombra miembro del equipo de emergencias del CENTRO MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA (C.M.I.R.L) y junto al equipo multidisciplinario, se procedió a realizar un monitoreo en el servicio de emergencia para detectar las deficiencias y necesidades del servicio y hacer los requerimientos necesarios; es así como se logra identificar que en el servicio de emergencia no se contaba con el protocolo de atención Materno Infantil y de atención obstétrica y neonatal ni los medicamentos separados para ser usados al momento de la emergencia.

También se puede apreciar que la atención que se brinda en el servicio de emergencias Materno Infantil era deficiente a pesar que se contaba con los recursos para la atención en el cual se puede apreciar claramente que el personal no contaba con la destreza en el manejo de las emergencias a pesar que se contaba con guías para atención.

3.3. Procesos Realizados en el tema del trabajo académico

- ✓ Se ha realizado capacitaciones al personal de Enfermería en atención en urgencias y emergencias tanto obstétricas como pediátricas,
- ✓ Se viene sustentando y solicitando reiteradamente al área de recursos humanos de la red de Salud Cañete – Yauyos la necesidad de contratar un profesional en enfermería para el servicio de emergencias.

- ✓ Se ha implementado el servicio de emergencias obstétricas con las guías de prácticas clínicas y los protocolos según capacidad resolutive.
- ✓ Se ha implementado las claves ROJA, AMARILLA y AZUL en caso de emergencias obstétricas con sus respectivos medicamentos y colores distintivos.
- ✓ Se ha implementado las guías para la atención pediátricas

IV. RESULTADOS

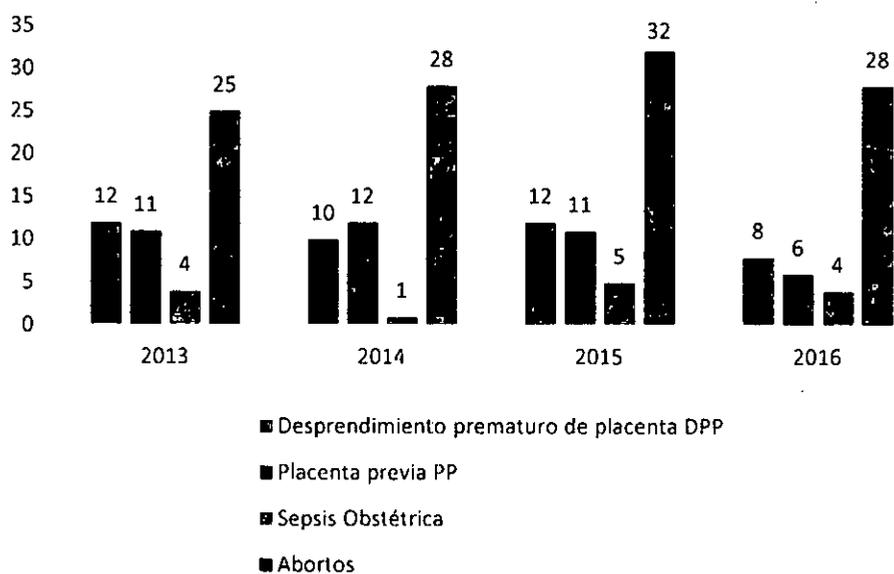
Números de pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de
Patologías maternas 2013 – 2016
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Cuadro N° 4. 1

PATOLOGIAS MATERNAS	2013	2014	2015	2016
Desprendimiento prematuro de placenta DPP	12	10	12	08
Placenta previa PP	11	12	11	06
Sepsis obstétricas	04	01	05	04
Abortos	25	28	32	28

Datos; libro registro de emergencias CMI R-L

Grafico N° 4.1



Según el cuadro N° 4.1 - patologías maternas en el Centro Materno Infantil Ramos Larrea se observó que hay mayor incidencia de abortos, así tenemos: 2013 (25) casos, 2014 (28) casos, 2015 (32) casos y en el 2016 (28) casos

Cuadro N° 4. 2

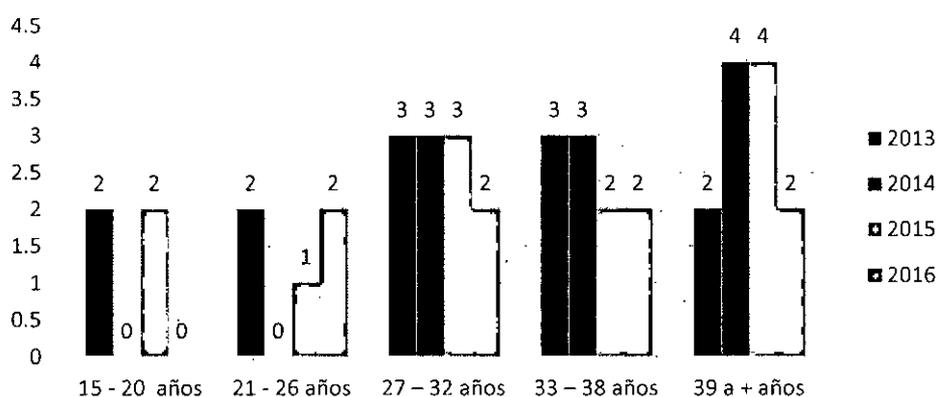
Números de pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de Desprendimiento Prematuro de placenta 2013 – 2016

Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Desprendimiento prematuro placenta DPP	2013	2014	2015	2016
15 - 20 años	2	0	2	0
21 - 26 años	2	0	1	2
27 – 32 años	3	3	3	2
33 – 38 años	3	3	2	2
39 a + años	2	4	4	2
TOTAL	12	10	12	8

Grafico N 4.2

DESPRENDIMIENTO PREMATURO O PLACENTA DPP



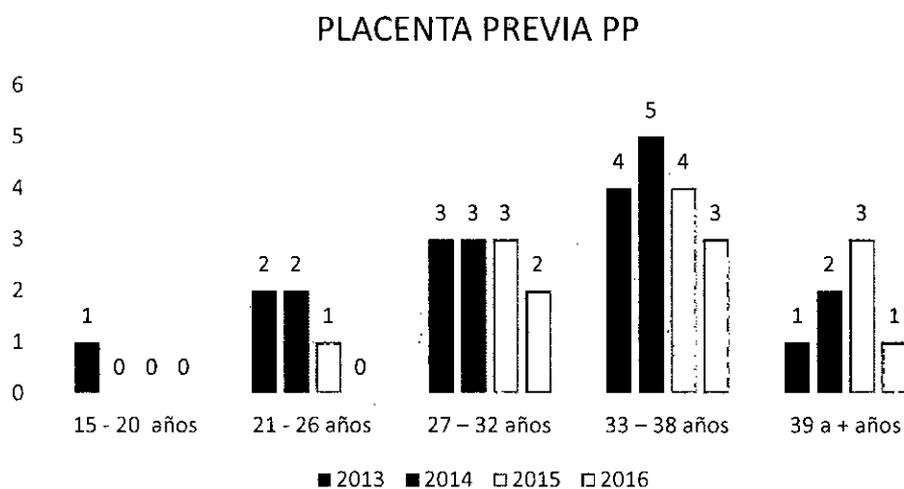
Este grafico nos muestra que de las atenciones realizadas en el 2013,(12) pacientes presentaron DPP, 2014 (10) pacientes,2015 (12) pacientes ,y para el año 2016 se atendieron (8) pacientes.

Cuadro N° 4.3

Números de pacientes que fueron atendidos 2013 – 2016 con diagnóstico de PLACENTA PREVIA
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

placenta previa PP	2013	2014	2015	2016
15 - 20 años	1	0	0	0
21 - 26 años	2	2	1	0
27 – 32 años	3	3	3	2
33 – 38 años	4	5	4	3
39 a + años	1	2	3	1
TOTAL	11	12	11	6

Grafico N° 4.3



Según el grafico N° 4.3 de pacientes que se atendieron con diagnóstico de placenta Previa tenemos que : en el año 2013 de presentaros (11)casos ,2014 (12)casos,2015 (11) casos y en el 2016 (6 casos)

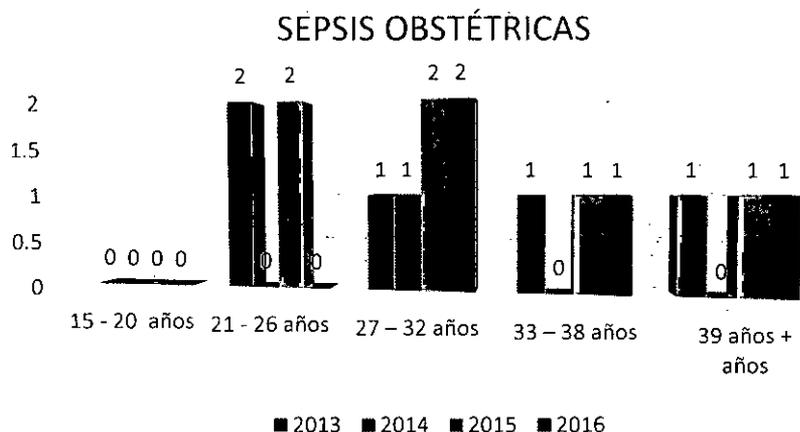
Cuadro N° 4.4

Números de pacientes que fueron atendidas 2013 – 2016 con diagnóstico de sepsis obstétricas

Sepsis Obstétricas	2013	2014	2015	2016
15 - 20 años	0	0	0	0
21 - 26 años	2	0	2	0
27 – 32 años	1	1	2	2
33 – 38 años	1	0	1	1
39ª + años	1	0	1	1
TOTAL	5	1	6	4

Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Grafico N° 4.4



Según el cuadro N° 4.4 observamos que los pacientes que fueron atendidos con diagnóstico de sepsis obstétricas se observó, que hay una mayor incidencia de sepsis obstétricas en el 2015 así tenemos: 2013 (5) casos ,2014 (1) caso, 2015 (6) casos y el 2016 (4) casos

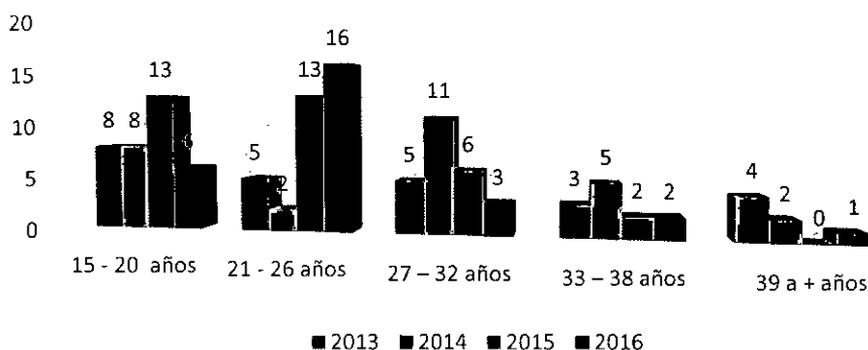
Cuadro N° 4.5

Números de pacientes que fueron atendidas 2013 – 2016 con diagnóstico de Amenaza de Aborto
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Amenazas Abortos	2013	2014	2015	2016
15 - 20 años	8	8	13	6
21 - 26 años	5	2	13	16
27 – 32 años	5	11	6	3
33 – 38 años	3	5	2	2
39 a + años	4	2	0	1
TOTAL	4	2	0	1

Grafico N° 4.5

AMENAZA DE ABORTOS



Según el cuadro N° 4.5 - amenaza de aborto se observó, que hay una mayor incidencia en el año 2013, así tenemos 2013 (4) casos ,2014 (2) caso,2015 (0)casos y el 2016 (1)casos

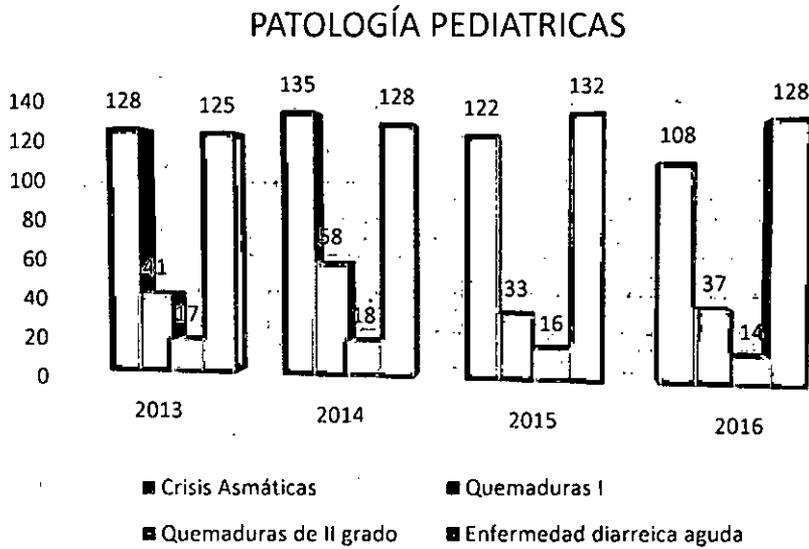
Cuadro N° 4. 6

Números de pacientes PEDIÁTRICOS que fueron atendidos con diagnóstico de patologías Pediátricas 2013 – 2016
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

PATOLOGIAS PEDIATRICA	2013	2014	2015	2016
Crisis Asmáticas	128	135	122	108
Quemaduras I	41	58	33	37
Quemaduras de II grado	17	18	16	14
Enfermedad diarreica aguda	125	128	132	128

Datos; libro registro de emergencias CMI R-L

Grafico N° 4.6



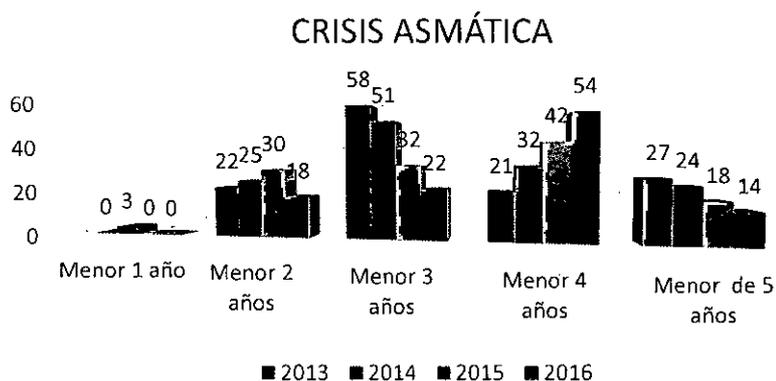
Según el cuadro N° 4.6 - patología pediátrica que se presentaron en el CENTRO MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA se observa que de las cuatro patologías más frecuentes que se atendieron, tenemos que en el **2013** crisis asmática (128) casos, quemaduras I° grado (41) casos, quemadura II° grado (17) casos, EDA (125) casos, **2014** Crisis A (135) casos , Quemaduras I° (58) casos Quemaduras II° (18) casos, EDA (128) casos, **2015** Crisis a (122) casos, Quemaduras I° (33) casos, Quemaduras II°(16) casos, **2016** Crisis A (108) casos, Quemaduras I° (37) casos, Quemaduras II° (14) casos, EDA (128) casos.

Cuadro N° 4. 7

Números de pacientes pediátricos que fueron atendidos con diagnóstico de Crisis Asmática. 2013 – 2016
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Crisis Asmática	2013	2014	2015	2016
Menor 1 año	0	3	0	0
Menor 2 años	22	25	30	18
Menor 3 años	58	51	32	22
Menor 4 años	21	32	42	54
Menor de 5 años	27	24	18	14
TOTAL	128	135	122	108

Grafico N° 4.7



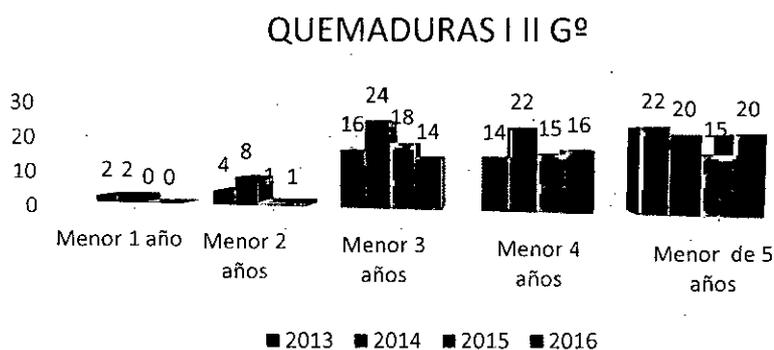
Según el grafico N° 4.7 se observa que los niños menores de 5 años que fueron diagnosticados y atendidos con crisis asmática en el año 2013 se atendieron (128) niños , 2014 (135) niños ,2015 (122) niños 2016 se atendieron (108) niños .

Cuadro N° 4.8

Números de pacientes pediátricos que fueron atendidos con diagnóstico de Quemaduras de I y II grado 2013 – 2016
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

Quemadura I II G°	2013	2014	2015	2016
Menor 1 año	2	2	0	0
Menor 2 años	4	8	1	1
Menor 3 años	16	24	18	14
Menor 4 años	14	22	15	16
Menor de 5 años	22	20	15	20
TOTAL	58	76	49	51

Grafico N° 4.9



Según el cuadro 4.9 de atención por quemaduras de I y II grado en niños menores de 5 años se observa que hay una mayor incidencia en el año 2013 así tenemos : 2013 (58) casos) 2014 (76) casos,2015 (49) casos , 2016 (51) casos

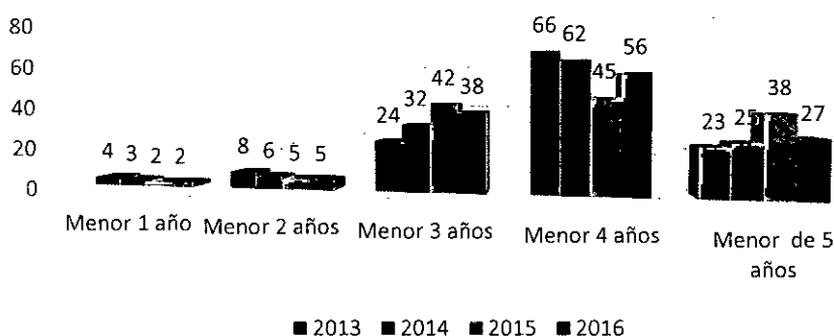
Cuadro N° 4.9

Números de pacientes que fueron atendidas 2013 – 2016 con diagnóstico de Diarreas (EDA)
Por grupo etario CMI Ramos Larrea

DIARREAS	2013	2014	2015	2016
Menor 1 año	4	3	2	2
Menor 2 años	8	6	5	5
Menor 3 años	24	32	42	38
Menor 4 años	66	62	45	56
Menor de 5 años	23	25	38	27
TOTAL	125	128	132	128

Grafico N° 4.9

DIARREAS



Según el cuadro 4.9 de atención por Diarreas agudas en niños menores de 5 años se observa que hay una mayor incidencia en el año 2015 así tenemos: 2013 (125) casos) 2014 (128) casos, 2015 (132) casos 2016 (128) casos.

V. CONCLUSIONES

- a) Como profesionales de la Salud, tenemos la responsabilidad de estar preparados concienzudamente, para hacer frente a todas las emergencias maternos Infantiles que se presentan, por ello tenemos que estar preparados con conocimiento científico y sobre todo aplicando nuestro adecuado plan de atención de enfermería y saber actuar oportunamente y así solucionar los diferentes problemas que se presenten en las diferentes áreas que nos sea asignada.
- b) El personal debe de estar capacitado en la aplicación de los protocolos, el uso correcto de las claves en la atención para las emergencias obstétricas, nos ayudan a tener una respuesta rápida de todo el equipo multidisciplinario con el compromiso de estabilizar al paciente y evitar así complicaciones posteriores.
- c) El desempeño de un profesional de Enfermería que está Capacitado en Emergencias y Desastres es para saber actuar dentro y fuera del establecimiento, por ello siempre se tiene que estar en una constante capacitación y al mismo tiempo capacitar a sus familiares, vecinos etc. para que puedan estar presto a afrontar los diferentes problemas que pongan en peligro de muerte de uno de los suyos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Al Medico jefe del Centro materno Infantil Ramos Larrea se recomienda, realizar las gestiones, para la implementación de las claves en emergencias materno Infantil, en insumos y personal asistencial a la red de salud Cañete Yauyos
- b) Continuar con la Capacitación al personal sobre emergencias materno infantil.
- c) toda gestante deberá tener sus controles prenatales y oportunos, con la finalidad de evitar futuras muertes maternas, así velar por la vida del recién nacido.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

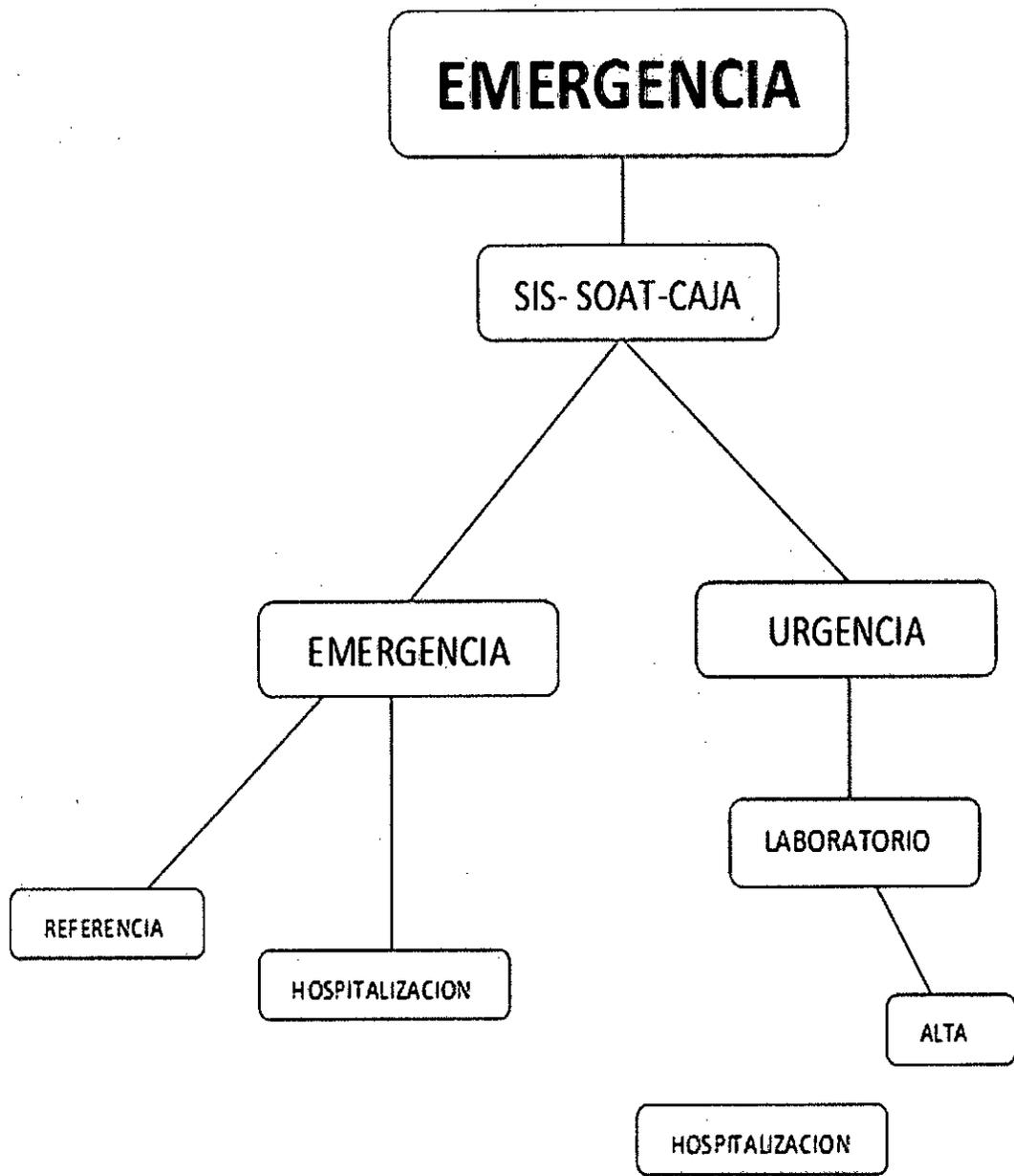
1. Castejón OC, Belouche CR, Peroso AA. Estudio ultra-estructural del tejido conjuntivo de la placa basal de la placenta humana con la vellosidad de anclaje. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:1-6. [Links]
2. Rivas GM, López G JR, Méndez N, De López CB, Bentivegna G, Di Terlizzi M. Desprendimiento prematuro de placenta en la maternidad del hospital "Dr. Adolfo Prince Lara", Puerto Cabello *Rev Obstet Ginecol Venez* 1999;59:147-152. [Links]
3. Beck W. Antepartum bleeding. En: Beck W, editor. 3ª edición. Filadelfia: Harwarl Publishing Obstetrics and Gynecology 1993 [Links]
4. Castejón OC, Molinaro VMP. Necrosis celular en placa basal placentaria y su relación con desórdenes hipertensivos en casos de DPPNI grave. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2003;63(1):11-17. [Links]
5. Davey D, MacGillivray L. The classification and definition of the hypertensive disorders of pregnancy. *Am J Obstet Gyneco* 1988;158 : 892-898. [Links]
6. Ramsey EM. The placenta. Human and animal. New York: Praeger Publishers; 1982.p.65-75. [Links]
7. Ferrazzi E, Bulfamante G, Mezzopane R, Barbera A, Ghidini A, Pardi G. Uterine Doppler velocimetry and placental hypoxic-ischemic lesion in pregnancies with fetal intrauterine growth restriction. *Placenta* 1999;20:389-394. [Links]
8. Mckay DG, Hertig AT, Adams EC, Richardson MV. Histochemical observations on the human placenta. *Obstet Gyneco* 1958;12:1-36. [Links]
9. DeCamp LR, Byerley JS, Doshi N, Steiner MJ. Use of antiemetic agents in acute gastroenteritis: a systematic review and metaanalysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162: 86-69.
10. Guandalini S. Probiotics for children with diarrhea: an update. *J Clin Gastroenterol.* 2008; 42 Suppl 2: S53-7.

11. Guarino A, Albano F, Ashkenazi S, Gendrel D, Hoekstra JH, Shamir R, Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/ European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008; 46 Suppl. 2: S81-S122.
12. Lewis SH, Perrin E. *Pathology of the placenta*. 2ª edición. New York: Churchill Livingstone; 1999. [Links]
13. Naeye RL. Pregnancy hypertension, placental evidences of low uteroplacental blood flow, and spontaneous premature delivery. *Hum Pathol* 1989;20:441-444. [Links]
14. Soma H, Yoshida K, Mukaida T, Tabuchi Y. Morphologic changes in the hypertensive placenta. *Contrib Gynecol Obstet* 1982;9:58-75. [Links]
15. Scott JM. Fibrinous vasculosis in the human placenta. *Placenta* 1983;4:87-99. [Links]
16. Sander CH, Stevens NG. Hemorrhagic endovasculitis of the placenta: An indepth morphologic appraisal with initial clinical and epidemiologic observations. *Pathol Ann* 1984;1:37-79. [Links]
18. Bertrand C, Duperron L, St-Louis J. Umbilical and placental vessels: Modifications of their mechanical properties in preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1537-1546. [Links]
17. Song L. Scanning electron microscopy observations on the vascular casts of the placental chorion in normal pregnancy and pregnancy induced hypertension. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1989;24:8-10. [Links]
18. Hirabayashi T. Study on the stereo-architectural changes in human placental villi of toxemia of pregnancy. *Nippon Sanka Fujinka Gakka Zasshi* 1991;43:85-92. [Links]
19. Benirschke K, Kaufmann P. *Pathology of the human placenta*. 4ª edición. New York: Springer-Verlag, 2000. [Links]

20. Redman CWG, Sacks GP, Sargent II. Preeclampsia: An excessive maternal inflammatory response to pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:499-506. [[Links](#)]

ANEXOS

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
CENTRO MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA**



Fuente: registro de jefatura del centro materno infantil RL

FIGURA N° 1

FRONTIS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

FIGURA N° 2
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
CLAVE AMARILLA



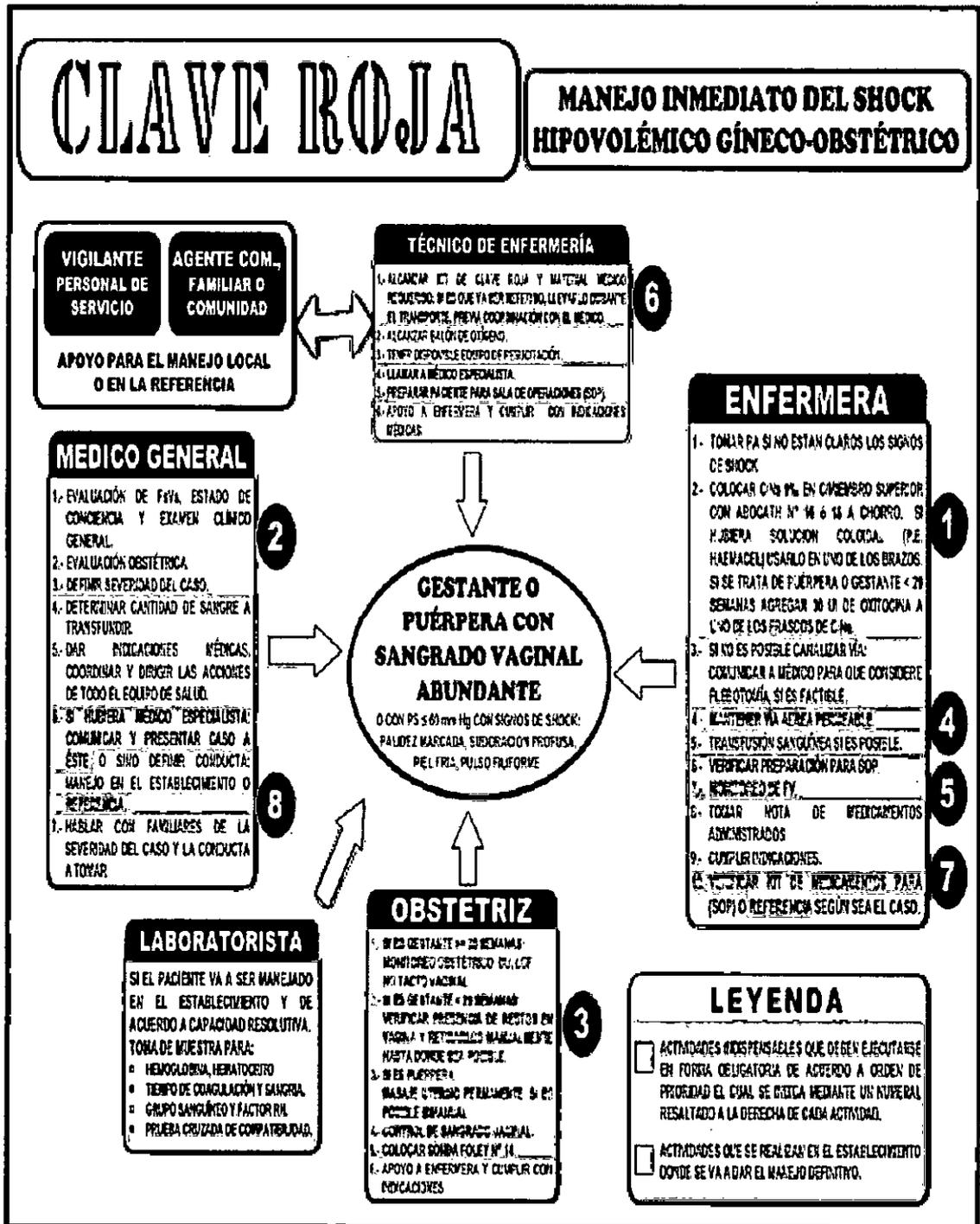
Fuente :.protocolo de manejo obstétrico minsa

KIT DE CLAVE AMARILLA

- ✓ 1) Ampolla Furosemida 20mg.
- ✓ (2) Jeringas 10cc
- ✓ (4) Jeringas 5cc
- ✓ (2) Equipos de venoclisis.
- ✓ (2) Abocatt 18.
- ✓ (1) Ampicilina 1gr.
- ✓ (1) Ampolla Remitidina 50mg.
- ✓ (1) Cloranfenicol 1gr.
- ✓ (1) Gentamicina 80mg.
- ✓ (3) Ampollas Oxitócina 10UI
- ✓ (2) Cloruro de sodio 9‰ 1000cc.
- ✓ (1) Sonda Foley 14
- ✓ (1) Bolsa colectora de orina
- ✓ (2) Agujas N°23
- ✓ (2) Agujas N°21
- ✓ (1) Volutrol
- ✓ (1) Ceftriaxona 1gr
- ✓ (1) Clindamicina 600mg
- ✓ (1) Ampolla Metamizol 1gr.

Fuente: protocolo de manejo obstétrico minsa

FIGURA N° 3
CLAVE ROJA

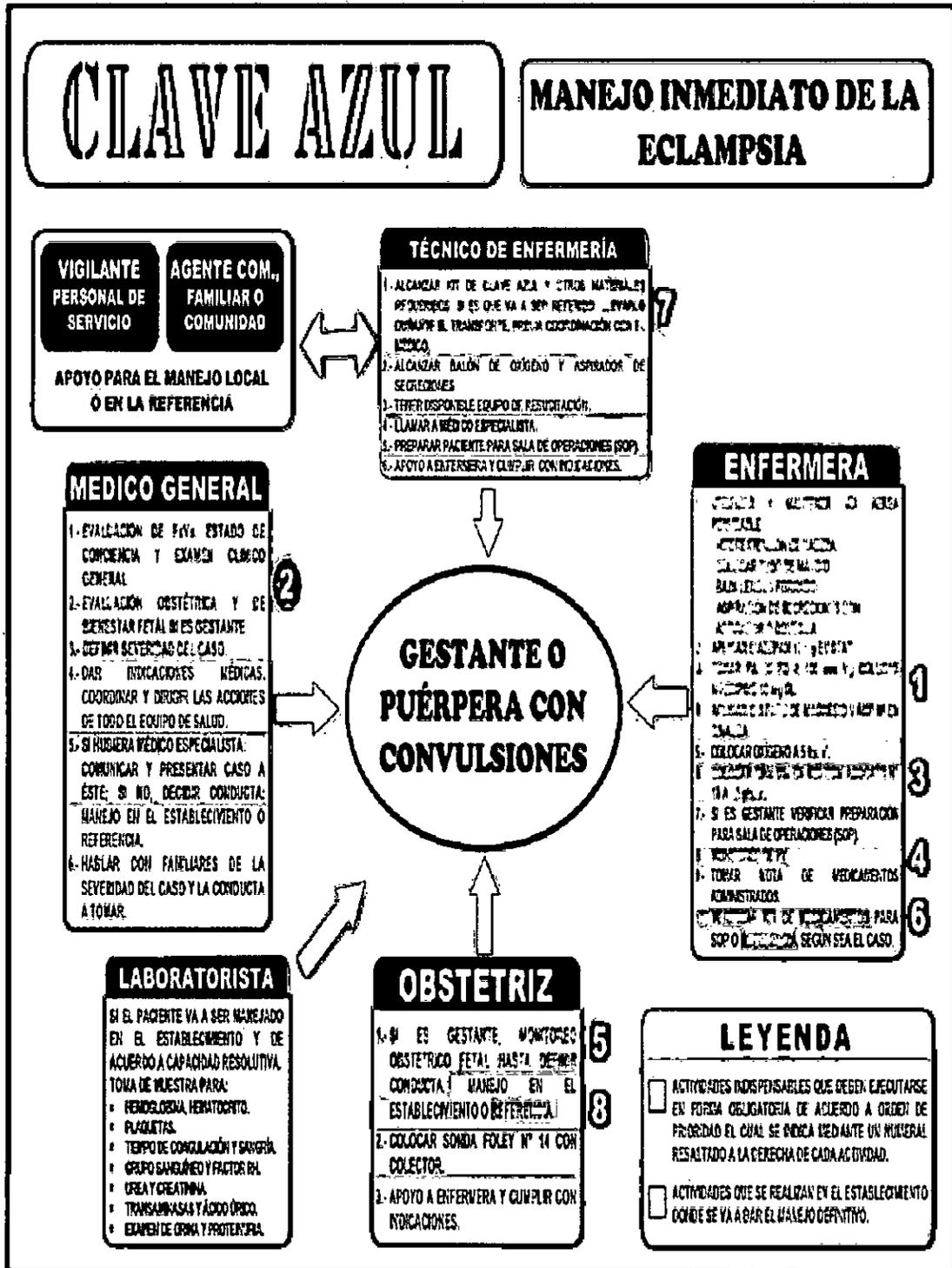


Fuente: protocolo de manejo obstétrico minsa

KID CLAVE ROJA:

- 2 fcos Cloruro de Sodio 9‰o 1000cc
- 01 fco Hamacel
- 02 und equipo de venoclisis
- 02 und de Aboucat N°18
- 10 amp Oxitocina 10UI
- 02 und Jeringas de 10cc
- 02 und Jeringas de 20 cc
- 01 und llave triple vía
- 01 und sonda Foley N°14
- 01 und Bolsa colectora de orina
- 02 amp Methergin
- 04 pares de Guantes

FIGURA N° 4
CLAVE AZUL



Fuente :.protocolo de manejo obstétrico minsa

KIT DE CLAVE AZUL:

- Cloruro de Sodio al 9 %o 1000cc 02 fco.
- Equipo de venoclisis 02
- Abocatt N°18 02
- Sulfato de magnesio de 2 gr. 08 amp.
- Diazepan 10 mg. 04 amp.
- Nifedipino 10 mg 03 tab.
- Jeringa 10 cc 04
- Bombilla de aspiración 01
- Tubo de mayo 1 o baja lengua forrado
- Sonda foley 14 * 01
- Bolsa colector de orina 01
- Guantes descartables 04

Fuente: protocolo de manejo obstétrico minsa

CRISIS ASMÁTICA

Tabla 1 .-Evaluación de severidad de la crisis de asma recomendado por GINA (preferentemente para niños mayores de dos años)

Parámetro	Leve	Moderada	Grave**
Disnea	Al andar tiene disnea leve, puede mantenerse acostado.	Al hablar prefiere sentado. Llanto suave y corto en lactante, dificultad al alimentarse.	En reposo. Lactante no puede alimentarse.
Habla	Frases largas	Frases cortas	Palabras sueltas
Conciencia	Puede estar agitado	Habitualmente agitado	Habitualmente agitado
Frecuencia Respiratoria < 2m: > 60 2-12m: > 50 1-5a: > 40 6-8a: > 30	Aumentada	Aumentada	Muy aumentada
Frecuencia Cardíaca 2-12m: < 160 lpm 1-2a < 120 lpm 2-8 < 110 lpm	< 100 lpm	100-120 lpm	> 120 lpm
Uso de musculatura accesoria	Habitualmente No	Sí	Sí
Sibilancias	Moderadas, solo al final de la espiración	Intensas	Habitualmente intensas
Pulso paradójico	Ausente: < 10 mmHg	Puede estar 10-25 mmHg	Presente 20-40 mmHg
PEF post broncodilatadores*	> 80%	60-80%	< 60%
SaO2 (con FiO2 21%)	> 95%	91-95%	< 90%

Tabla 2. Evaluación de severidad de la crisis de asma (Woods et al)

Variables	Score	
	0	1
Cianosis	Ausente	Presente con FiO2 ambiental
PaO2 (mmHg)	70-100 con FiO2 ambiental	<70 con FiO2 ambiental
Ruidos inspiratorios	Normales	Irregulares o ausentes
Uso músculos accesorios	Ausente	Moderado
Sibilancias respiratorias	Ausentes	Moderadas
Nivel conciencia	Normal	Deprimida o agitación
Leve: 0-3 puntos; moderada: 4-5 puntos; grave: > 6 puntos.		

Tabla 3 Evaluación de severidad de la crisis de asma

	0	1	2	3
Frecuencia Respiratoria (menor de 6 meses)	< 40	40 - 55	55-70	> 70
(mayor de 6 meses)	< 30	30 - 45	45-60	> 60
Retracción	Ausente	Leve	Sub e intercostal	Supraesternal, sub e intercostal
Sibilancias	Ausentes	Fin de expiración	Espiratorias e inspiratorias con estetoscopio	Audibles sin estetoscopio
Cianosis	Ausente	Cianosis al llanto		Cianosis generalizada
Leve: 0 – 5 puntos; moderada: 6 – 8 puntos; grave: 9 – 12.				

Nota: Para ser utilizada en lactantes menores de dos años

FIGURA N° 5 FICHA DE EMERGENCIAS



FICHA DE EMERGENCIA

N° _____

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO:

SIS SI NO OTROS ESPECIFICAR _____

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: DIAS MESES AÑOS DNI N° SEXO: M F

ACOMPAÑANTE: MADRE PADRE ESPOSO Y/O CONVIVIENTE HIJO(A) OTRO ESPECIFICAR _____

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: _____

PROCEDENCIA: (REGISTRAR (ESPECIFICANDO CALLE/AVDA/AV. JUMB./ETC)) _____

DISTRITO: _____ DOMICILIO: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____ TIEMPO DE LA ENFERMEDAD: _____

SINTOMAS Y SIGNOS: _____

EXAMEN CLINICO F/V:

P.A.: T.P.: F.C.: F.R.:

EXAMEN AUXILIAR: _____

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

DESTINO DEL PACIENTE: MEJORADO HOSPITALIZADO ALTA VOLUNTARIA FALLECIDO

REFERIDO: _____ ESPECIFICAR _____

LLENAR SOLO EN CASO QUE EL PACIENTE SE HOSPITALICE O QUEDA EN OBSERVACION

FECHA DE INGRESO: HORA DE INGRESO:

FECHA DE SALIDA: HORA DE SALIDA:

N° DE CAMA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PERSONAL QUE REALIZA LA PRESTACION: _____

Fuente: centro materno infantil Ramos Larrea



H.M.I. RAMOS LARREA

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMOS LARREA S.B.S. - CY
HOJA BALANCE HIDRICO

NOMBRE:
DIAGNOSTICO:

H.C.I.:
FECHA INGRESO:

Nº CAMA :
SERVICIO:

HORAS	FECHA	1			2			3		
		M	T	N	M	T	N	M	T	N
I	VIA ORAL (V.O)									
N	VIA ENDOVENOSO (E.V.)									
G	SONDA NASOGASTRICA (SNG)									
R	TRANSF. SANGUINEA (T.S.)									
E	AGUA ENDOGENA/MET (A.E.)									
S	OTROS									
O	TOTAL INGRESOS									
BH										
E	TOTAL EGRESOS									
G	HECES/DEPOSICIONES (ml)									
R	ORINA (ml)									
E	VOMITO (ml)									
S	DRENAJE (ml)									
O	PERDIDA INSENSIBLE (ml)									
S	OTROS									
PESO										
PRESION ARTERIAL										
PRESION VENOSA CENTRAL										
TEMPERATURA										
PULSO										
FRECUENCIA RESPIRATORIA										
RESPONSABLE										

FIGURA N° 6
HOJA DE BALANCE HIDRICO

Fuente: Centro Materno Infantil Ramos Larrea

FIGURA N° 8

HOJA DE REFERENCIAS



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD CÁBETE VALDES

HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE REFERENCIA	220 - 15 N° 0058234
---------------------------	----------------------------

1. DATOS GENERALES

Fecha:

Dia	Mes	Año

 Hora:

Hora		

 Asegurado: SI NO
Tipo:

Establecimiento de Origen de la Referencia: _____

Establecimiento Destino de la Referencia: _____

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE LA AFILIACIÓN AL SIS	N° HISTORIA CLÍNICA
2 2 0 - - - - -	- - - - -

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres												
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad: Años <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table> Meses <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table> Días <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table>													
Dirección:	Distrito:	Provincia: Departamento: Lima												

3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis _____

Examen Físico T^a _____ P.A. _____ F.R. _____ F.C. _____

Exámenes Auxiliares _____

Diagnóstico	CIE-10	D	P	R
1) _____				
2) _____				
3) _____				

Tratamiento _____

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	Emergencia <input type="checkbox"/>	UPS Destino de la Referencia
Fecha en que será atendido:		Consulta Externa <input type="checkbox"/> Apoyo al Diagnóstico (Adular Orde) <input type="checkbox"/>
Hora en que será atendido:		
Nombre de quien lo atenderá:		
Nombre con quien se coordinó la atención:		

Especialidad de Destino	
Pediatría <input type="checkbox"/>	Medicina <input type="checkbox"/>
Ginecología <input type="checkbox"/>	Gineco-Obst. <input type="checkbox"/>
Lab. <input type="checkbox"/>	Di. Imeg. <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	

Estable <input type="checkbox"/>	Mal Estado <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibió										
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____										
Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____	Colegiatura _____										
Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro										
			Fecha <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td><td></td></tr></table> Hora <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td></td></tr></table>										
Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello	Firma y Sello										

Condiciones del Paciente a la Llegada del Establecimiento Destino de la Referencia

Estable Mal Estado Fallecido