



CUADRO SINÓPTICO

Nombre del Alumno: Jatziri Guadalupe Galera Mendoza

Nombre del tema: Patologías de atención inmediata en el triage obstétrico

Parcial: Primer parcial

Nombre de la Materia: Enfermería en urgencias

Nombre del profesor: Cecilia de la Cruz Sánchez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: Séptimo

Pichucalco, Chiapas; 27 de septiembre del 2025.

PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO

HEMORRAGIA OBSTÉTRICA

Perdida sanguínea de gran magnitud que produce cambios hemodinámicos.

La pérdida de volumen sanguíneo a una velocidad superior a 150 ml/min (que en 20 minutos causaría la pérdida del 50% del volumen), que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, que supera los 500 ml, postparto o 1000 ml post cesárea [7].

ETIOLOGÍA

Antes del parto:

- Placenta previa (0.5%).
- Desprendimiento de placenta (10%).
- Ruptura uterina.
- Vasa previa.

Puerperio:

- Traumatismo cérvico-vaginal (20 a 30%).
- Retención de restos ovulares (10%).
- Trastornos adherenciales placentarios.
- Inversión uterina.

- Retención de restos ovulares.
- Endometritis.
- Involución anormal del lecho placentario.
- Dehiscencia de la histerorrafia.

Secundarias:

- Coagulopatías congénitas adquiridas.
- Coagulación intravascular diseminada.
- Coagulopatía pos transfusional.
- Sepsis intrauterina.
- Pre eclampsia /HELLP.
- Óbito fetal.

FACTORES DE RIESGO

- **Placenta previa:** Edad Materna mayor a 35 años, multiparidad, cicatrices uterinas previas (legrado, aspiración manual endouterina, miomectomía, cesáreas), tabaquismo.
- **Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera (DPPNI):** Uso de cocaína, sobre-distensión uterina, enfermedades hipertensivas, collagenopatías, antecedente de DPPNI, trauma abdominal, trombofilias.
- **Rotura Uterina:** Antecedente de cicatrices uterinas, uso iatrogénico de oxitócicos, parto prolongado, malformaciones, infecciones y adenomiosis uterinas.

CUADRO CLÍNICO

- Sangrado vaginal excesivo e incontrolable.
- Mareos.
- Debilidad.
- Náuseas.
- Taquicardia.
- Una caída de la presión arterial.
- Hemorragia post parto primaria.
- Hemorragia post parto severa.
- Hemorragia post parto secundaria o tardía.

DIAGNÓSTICO

- Pérdida mayor al 25% de la volemia. (50% de la volemia en 3 horas)
- Descenso del hematocrito 10 o más puntos
- Pérdida aproximada de 150 ml/ minuto en 20 minutos
- Descenso de la hemoglobina 4 gr/dl
- Cambios hemodinámicos que desencadena presencia de síntomas: debilidad, vértigo, síncope y /o signos: hipotensión, taquicardia u oliguria.

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENF.

Tratamiento no quirúrgico

- Medicamentoso (de primera línea)
- Intervencionista (de segunda línea)
- Radiológico

Tratamiento quirúrgico

- Cirugía conservadora
- Cirugía radical

- Vigilancia de los signos vitales.
- Evaluación del nivel de conciencia.
- Estado del sangrado.
- Masaje uterino bimanual.
- Administración de uterotonicos.
- Soporte hemodinámico.
- Sonda Foley.
- Oxigenoterapia.
- Manejo del traje (en caso de ser necesario).
- Apoyo emocional.
- Educación del paciente.



PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO

SEPSIS

La reacción del organismo daña sus propios tejidos y órganos y puede provocar un choque, una insuficiencia multiorgánica y, en ocasiones, la muerte, sobre todo si no se detecta y trata a tiempo. afección potencialmente mortal que se produce cuando el sistema inmunitario del organismo reacciona de manera extrema a una infección, provocando una disfunción orgánica.

ETAPAS

Los profesionales de la salud solían clasificar la sepsis en tres etapas: sepsis, sepsis grave y choque séptico . Ahora, identifican la afección en una escala más compleja. Esta escala abarca desde infección y bacteriemia (bacterias en el torrente sanguíneo) hasta sepsis y choque séptico, que pueden provocar disfunción multiorgánica e incluso la muerte.

FACTORES DE RIESGO

- Ser un recién nacido.
- Ser un adulto mayor.
- Estar embarazada.
- Padecer determinadas enfermedades crónicas, como diabetes o cirrosis.
- Tener el sistema inmunitario debilitado por el uso de fármacos que reducen la inmunidad.
- Haber recibido tratamiento recientemente con antibióticos o corticoesteroides.
- Haber sido hospitalizado recientemente (especialmente en una unidad de cuidados intensivos).

CUADRO CLÍNICO

- Problemas urinarios, como disminución de la micción o necesidad de orinar .
- Baja energía/debilidad.
- Frecuencia cardíaca rápida .
- Presión arterial baja .
- Fiebre o hipotermia (temperatura corporal muy baja).
- Temblores o escalofríos.
- Piel cálida o húmeda/sudorosa.
- Confusión o agitación.
- Hiperventilación (respiración rápida) o dificultad para respirar.
- Dolor o malestar extremo.

DIAGNÓSTICO

- Cultivo de una muestra de sangre.
- Pruebas para determinar la fuente de infección (estas pruebas suelen consistir en radiografías de tórax y otras pruebas de diagnóstico por la imagen, así como cultivos de muestras de líquido o tejido).

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENF.

- Antibióticos.
- Líquidos intravenosos.
- Oxígeno.
- Eliminación de la fuente de infección.
- En algunas ocasiones, fármacos que aumentan la presión arterial.
- Monitorizar constantes vitales.
- Evaluar el estado neurológico.
- Valorar el estado de la piel.
- Obtener cultivos.
- Adninsitrar antibióticos.
- Tratar el foco.
- Resucitación con líquidos.
- Administración de vasopresores.
- Soporte respiratorio.
- Monitorear el estado de hidratación.
- Evaluación de la función renal.
- Medir lactato y otros marcadores.
- Educación al paciente y familia.
- Cuidado de la piel.



PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO

RUPTURA UTERINA

La rotura uterina es la rotura del miometrio al final del embarazo antes o durante el trabajo de parto, lo que generalmente ocurre en pacientes con cirugía uterina previa aunque puede ocurrir en un útero sin cicatrices. Puede provocar hemorragia materna, laceración de la vejiga o histerectomía.

ETIOLOGÍA

- Sobredistensión uterina (debido a embarazo múltiple, polihidramnios, o anomalías fetales).
- Versión fetal externa o interna.
- Perforación iatrogénica.
- Uso excesivo de uterotónicos.
- Falta de reconocimiento de la distocia del trabajo de parto con las contracciones uterinas excesivas contra un anillo de restricción uterino inferior.

FACTORES DE RIESGO

- Cesárea previa.
- Historia de cirugía uterina.
- Inducción o aumento del parto.
- Multiparidad.
- Parto vaginal después de una cesárea.
- Anomalías uterinas congénitas.
- Sobredistensión uterina.
- Obstrucción del parto.
- Traumatismo Uterino.

CUADRO CLÍNICO

- Frecuencia cardíaca fetal poco tranquilizadora (sufrimiento fetal).
- Frecuencia cardíaca rápida o presión arterial baja en la mujer embarazada.
- Dolor abdominal repentino y severo.
- Sangrado vaginal.
- Contracciones que no se detienen ni disminuyen.
- Trabajo de parto que se detiene o se ralentiza.

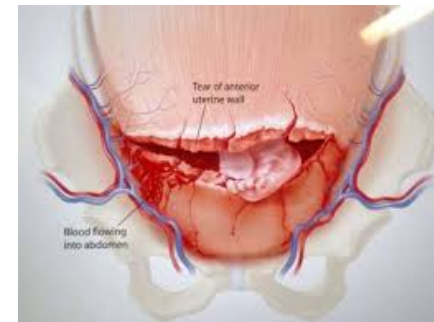
DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico puede ocurrir durante el parto y el nacimiento cuando su proveedor de atención médica durante el embarazo nota:
- La cabeza de su bebé estaba muy baja en su pelvis, pero ahora no podrá sentirla durante un examen vaginal.
 - La frecuencia cardíaca de tu bebé disminuye y tienes muchas contracciones uterinas.
- Los profesionales de la salud durante el embarazo confirman una ruptura uterina haciendo una incisión (corte) en el abdomen para ver si el útero se ha desgarrado.

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENF.

Si se rompe el útero, su médico le facilitará el parto de inmediato. Luego, le repararán el útero mediante cirugía. En ocasiones, es necesaria una histerectomía (extirpación del útero) si pierde mucha sangre.

- Monitoreo continuo.
- Soporte hemodinámico.
- Asistencia al equipo quirúrgico.
- Comunicación con anestesia y neonatología.
- Soporte al feto.
- Evaluación post operatoria.
- Apoyo psicosocial.
- Prevención de complicaciones.
- Atención inmediata.



PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO

SHOCK OBSTÉTRICO

Síndrome de colapso cardiovascular potencialmente mortal asociado con el embarazo, parto y puerperio (causas obstétricas), y es la causa más significativa de alta mortalidad materna (MM) a lo largo de la historia de la humanidad. Es una emergencia médica que ocurre cuando la madre no recibe suficiente sangre oxigenada en sus tejidos debido a una causa obstétrica, como hemorragia o infección, lo que lleva a un fallo circulatorio y riesgo de daño tisular y muerte.

ETIOLOGÍA

- Hemorragia (shock hipovolemico).
- Atonía Uterina.
- Desgarros y traumas.
- Embarazo ectópico.
- Desprendimiento de placenta.
- Sepsis (shock séptico).

FACTORES DE RIESGO

- Sobredistensión uterina.
- Trabajo de parto.
- Multiparidad.
- Infecciones.
- Analgesicos relajantes.
- Laceraciones.

- Ruptura uterina.
- Inversión uterina.
- Retención de restos placentarios.
- Alteraciones de la coagulación.
- Anemia.
- Anticoagulantes.
- Edad materna avanzada.

- Antecedentes.
- Anomalías placentarias.
- Acretismo placentario.

CUADRO CLÍNICO

- Taquicardia.
- Hipotensión.
- Cambios en el estado de conciencia.
- Piel fría y húmeda.
- Llenado capilar enlentecido.
- Oliguria.
- Taquipnea.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de shock obstétrico se basa en la evaluación clínica de signos de hipoperfusión como taquicardia, hipotensión, palidez y piel fría y sudorosa, y la identificación de la causa subyacente, siendo la hemorragia obstétrica la más común. Se utilizan medidas hemodinámicas (como la presión arterial y el índice de choque) y la cuantificación de la pérdida de sangre para evaluar la gravedad, complementando con análisis de sangre y gabinete para identificar complicaciones y la causa específica del shock.

TRATAMIENTO E INTERVENCIONES DE ENF.

Se centra en la estabilización de la paciente mediante la reposición de líquidos y sangre (reanimación), el control de la fuente de la hemorragia con medidas como el masaje uterino, el uso de uterotónicos (oxitocina) o cirugía, la administración de ácido tranexámico para la coagulopatía, el apoyo respiratorio con oxígeno y la monitorización constante de signos vitales y del feto.

- Monitoreo de los signos vitales.
- Estado de conciencia.
- Signos de perfusión.
- Intervención de la vía aérea, respiración y circulación.
- Acceso Intravenoso.
- Reponer volumen.
- Transfusión de sangre.
- Vigilancia de la coagulopatía.
- Educación del paciente.
- Prevención de complicaciones.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/rotura-uterina#Signos-y-s%C3%ADntomas_v87827545_es
- <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24480-uterine-rupture>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35924800/>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>
- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/complicaciones-intraparto/hemorragia-posparto>
- https://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200009