



CUADRO SINÓPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: ALEXIS GONZÁLEZ GONZÁLEZ.

NOMBRE DEL TEMA: PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO
(CÓDIGO ROJO).

PARCIAL: 1ER.

NOMBRE DE LA MATERIA: ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y DESASTRES.

NOMBRE DEL PROFESOR: CECILIA DE LA CRUZ SÁNCHEZ.

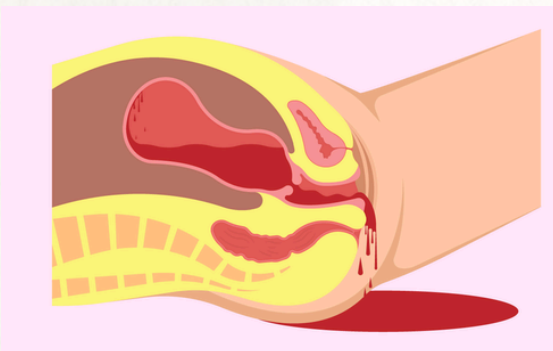
NOMBRE DE LA LICENCIATURA: ENFERMERÍA.

CUATRIMESTRE: 7º.

FECHA DE ELABORACIÓN: PICHUCALCO CHIAPAS, A 23 DE SEPTIEMBRE DE 2025.

PATOLOGÍAS DE ATENCIÓN INMEDIATA EN EL TRIAGE OBSTÉTRICO (CÓDIGO ROJO)

Hemorragia Obstétrica (Postparto o Prenatal)



CONCEPTO:

La hemorragia obstétrica es la pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml post-parto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).

ETIOLOGÍA:

1. **Placenta previa:** La placenta se implanta sobre o cerca del cuello uterino, causando sangrado indoloro, brillante y recurrente.
2. **Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPN):** Separación prematura de la placenta de la pared uterina, causando sangrado doloroso y generalmente asociado con contracciones y dolor abdominal.
3. **Rotura uterina:** Puede ocurrir en embarazos con cicatrices uterinas previas; sangrado asociado a dolor intenso y compromiso fetal.
4. **Vasa previa:** Vasos fetales sobre el orificio cervical; sangrado fetal rápido y grave.

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

- Sangrado vaginal abundante.
- Hipotensión, taquicardia, palidez, sudoración fría.
- Disminución de la conciencia en casos graves.
- Útero atónico (en hemorragia postparto por atonía uterina).

TRATAMIENTO:

- Reposo y vigilancia hospitalaria en casos leves.
- Transfusión sanguínea si hay anemia grave o pérdida significativa.
- Corticosteroides para maduración pulmonar fetal si se anticipa parto prematuro.
- Intervención quirúrgica:
- Cesárea en placenta previa o desprendimiento grave.
- Histerectomía en casos de hemorragia incontrolable.
- Tratamiento de soporte: Líquidos IV, monitoreo constante de signos vitales.

DIAGNÓSTICO:

- Historia clínica: Características del sangrado (inicio, cantidad, dolor).
- Exploración física: Signos vitales, estado hemodinámico.
- Ultrasonido obstétrico: Para localizar placenta, evaluar desprendimiento o hemorragias.
- Laboratorio: Hemograma, pruebas de coagulación, tipificación sanguínea y reserva de sangre.
- Monitoreo fetal: Registro cardiotocográfico para evaluar bienestar fetal.

COMPLICACIONES:

- Shock hipovolémico.
- Coagulación intravascular diseminada (CID).
- Falla multiorgánica.
- Muerte materna.

INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Activar código rojo de hemorragia obstétrica.
- Valorar signos vitales cada 5 minutos.
- Canalizar 2 vías venosas gruesas (14-16 G).
- Administrar líquidos cristaloides en bolo rápido.
- Controlar fondo uterino y masajear si hay atonía.
- Preparar uterotónicos (oxitocina, misoprostol, ergonovina).
- Recolectar sangre para BH, TP, TTP, pruebas cruzadas.
- Coordinar transfusión masiva si es necesario.
- Preparar para manejo quirúrgico si no cede el sangrado.
- Apoyo emocional a la paciente y familiares.

Eclampsia



CONCEPTO

La eclampsia es una forma grave de preeclampsia que causa convulsiones. Se considera una complicación de la preeclampsia, pero puede presentarse sin signos de preeclampsia. Estas convulsiones pueden causar confusión y desorientación, o incluso provocar un coma en la embarazada. En algunos casos, puede provocar un derrame cerebral o la muerte.

ETIOLOGÍA:

- **Preeclampsia previa:** Hipertensión arterial + proteinuria.
- **Embarazo primíparo** (primera gestación).
- **Embarazo múltiple** (gemelos o más).
- Factores genéticos o familiares de preeclampsia/eclampsia.
- **Enfermedades maternas previas:** Hipertensión crónica, diabetes, enfermedad renal.

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

- Convulsiones tónico-clónicas.
- Cefalea intensa, visión borrosa o fosfenos.
- Edema generalizado.
- Hipertensión severa (>160/110 mmHg).
- Náuseas, vómitos.

DIAGNÓSTICO:

- Signos y síntomas clínicos:** Convulsiones tónico-clónicas generalizadas.
- Laboratorio:** Proteinuria significativa (>300 mg/24 h o 1+ a 3+ en tiras reactivas).
- Monitoreo fetal:** Ecografía para crecimiento y bienestar fetal.
- Diagnóstico diferencial:** Epilepsia primaria, Hipoglucemia.

COMPLICACIONES:

- Hemorragia cerebral.
- Edema pulmonar agudo.
- Desprendimiento de placenta.
- Falla renal aguda.
- Muerte materna y fetal.

INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Proteger vía aérea durante la crisis convulsiva.
- Administrar oxígeno suplementario.
- Instalar línea venosa periférica.
- Administrar sulfato de magnesio (prevención de nuevas convulsiones).
- Control estricto de TA, diuresis y reflejos osteotendinosos.
- Administrar antihipertensivos IV (hidralazina, labetalol).
- Monitorizar bienestar fetal (FCF).
- Preparar para interrupción del embarazo una vez estabilizada.
- Vigilar signos de toxicidad por MgSO₄ (hiporreflexia, depresión respiratoria).

PATOLOGÍAS
DE ATENCIÓN
INMEDIATA EN
EL TRIAGE
OBSTÉTRICO
(CÓDIGO ROJO)

Desprendimiento
Prematuro de Placenta
(DPP)



CONCEPTO:

El desprendimiento prematuro de la placenta (también llamado separación de la placenta) es cuando esta se separa de la pared interna del útero antes de que nazca el bebé.
Separación prematura de la placenta normalmente insertada, después de las 20 semanas de gestación y antes del nacimiento del feto.

ETIOLOGÍA:

- **Hipertensión arterial crónica o gestacional** – La hipertensión altera la circulación placentaria y favorece desprendimientos.
- **Traumatismos abdominales** – Accidentes o golpes pueden causar desprendimiento súbito.
- **Consumo de tabaco, drogas o cocaína** – Favorece vasoconstricción y hemorragia placentaria.
- **Multiparidad y edad materna avanzada** – Riesgo incrementado en gestantes mayores o con múltiples embarazos previos.
- **Ruptura prematura de membranas** – Puede desencadenar separación de la placenta.

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

- Dolor abdominal súbito, constante e intenso.
- Sangrado vaginal oscuro (puede ser escaso o ausente si es oculto).
- Hipertonía uterina (“útero en tabla”).
- Taquicardia materna, hipotensión.
- Alteración de FCF (sufrimiento fetal).

TRATAMIENTO:

- Estabilizar a la madre: líquidos, oxígeno, transfusión si es necesario.
- Parto inmediato si hay compromiso fetal o materno.
- Reposo y vigilancia estricta si embarazo <34 semanas y madre estable.
- Cesárea en casos graves.

DIAGNÓSTICO:

- Sangrado vaginal oscuro.
- Dolor abdominal intenso.
- Útero tenso y contracciones frecuentes.
- Ultrasonido: hematoma retroplacentario.
- Monitoreo fetal: posible sufrimiento.

COMPLICACIONES:

- Shock hipovolémico.
- Coagulopatía por consumo (CID).
- Muerte fetal intrauterina.
- Rotura uterina.
- Insuficiencia renal aguda.

INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Monitorización materno-fetal continua.
- Canalizar 2 vías venosas y administrar líquidos IV.
- Solicitar pruebas cruzadas y hemograma urgente.
- Preparar transfusión si es necesario.
- Administrar oxígeno a alto flujo.
- No realizar tacto vaginal (puede agravar el desprendimiento).
- Preparar a la paciente para cesárea de emergencia si hay compromiso fetal o sangrado severo.
- Apoyo psicológico y contención emocional.

Prolapso de Cordón
Umbilical



CONCEPTO:

El prolapso del cordón umbilical se produce cuando este sale del orificio cervical antes de la presentación fetal. La compresión del cordón provoca vasoconstricción e hipoxia fetal, lo que puede provocar la muerte o discapacidad fetal si no se diagnostica y trata rápidamente

ETIOLOGÍA:

- Presentación fetal anómala (podálica, transversa).
- Polihidramnios (exceso de líquido amniótico).
- Ruptura prematura de membranas con cabeza no encajada.
- Prematuridad o feto pequeño.
- Multiparidad o parto múltiple.

SÍNTOMAS Y SIGNOS:

- Visualización o palpación del cordón en vagina.
- Bradicardia fetal sostenida o desaceleraciones variables graves en monitor.
- Antecedente de ruptura de membranas con presentación alta o mal posicionada.

DIAGNÓSTICO:

- Sangrado vaginal y pérdida de líquido amniótico.
- Palpación del cordón en la vagina o cuello uterino.
- Cambios en monitoreo fetal: bradicardia o desaceleraciones graves.
- Historia de ruptura de membranas y movimientos fetales disminuidos.

TRATAMIENTO:

- Posición materna: Trendelenburg o rodillas-pecho.
- Parto inmediato, generalmente cesárea.
- Oxígeno y líquidos IV a la madre.

COMPLICACIONES:

- Hipoxia fetal aguda.
- Muerte fetal si no se actúa de inmediato.
- Parto prematuro en casos con membranas rotas.

INTERVENCIONES Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

- Llamar de inmediato al obstetra – emergencia absoluta.
- Colocar a la paciente en posición genupectoral o Trendelenburg para aliviar presión sobre el cordón.
- Introducir dos dedos en vagina para elevar la presentación fetal y liberar el cordón.
- Mantener el cordón húmedo con compresas estériles con solución salina.
- Administrar oxígeno materno a alto flujo.
- Preparar para cesárea de urgencia.
- Mantener monitorización continua de FCF.
- Brindar apoyo emocional y explicar el procedimiento.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>.
2. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADayobstetricia/complicaciones-intraparto/hemorragia-posparto>.
3. <https://www.gob.mx/salud/documentos/prevenciondiagnosticoymanejodelahemorragia-obstetrica>.
4. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/24333-eclampsia>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000605.htm>.
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542241/>.