

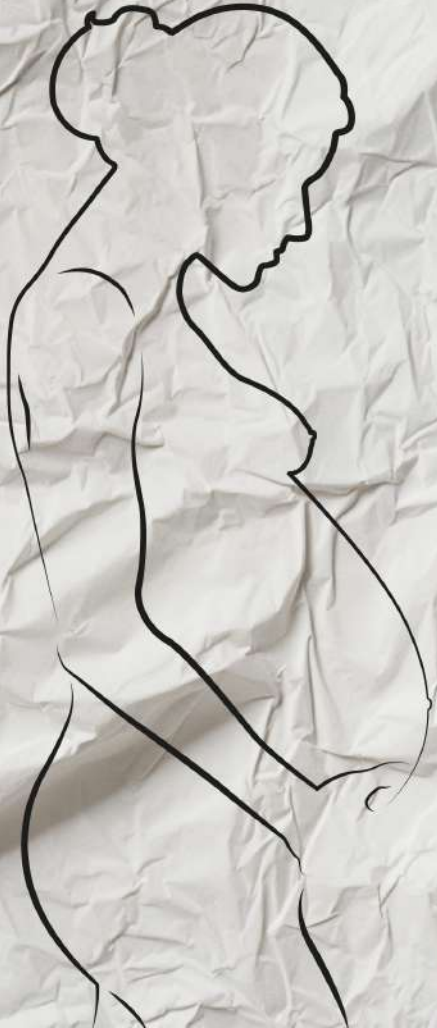


SABEREC 5.0

COMUNICACIÓN ENFERMERA CLIENTE EN EL CUIDADO DE URGENCIA OBSTÉTRICA



# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**



SABEREC 5.0



Acceso Abierto

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

Dra.C. Aida Monserrate Macías Alvia  
Dr.C. Roberth Olmedo Zambrano Santos  
Dra.C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga  
Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez  
M.Sc. Estrella Marisol Mero Quijije  
Dra. Yelennis Galardy Domínguez  
M.Sc. Eulalia Concepción Montes Alonzo  
Mg. Mónica Danny Tonguino Rodríguez  
Dr. C. Franklin Antonio Vite Solórzano  
Dra. Marina Alexandra Rosero Oñate  
Mg. Tatiana Paola Vincés Sornoza  
Dra. Dayana Audrey Mendoza Macías  
Franklin Junior Vite Macías  
M.Sc. Andrea del Rocío Mejía Rubio  
M.Sc. José Alfredo Chávez Ponce  
Mg. Jelibeth Marisol Macías Mero  
Lic. María Jaritza Espinoza Macías  
M.Sc. Eulalia Isabel Analuisa Jiménez  
Mg. Jessica Shirley Castro Tejena  
Franklin Daniel Vite Macías  
Mg. Adís Anicia Luna Báez  
Mg. María Monserrate Cantos Sánchez  
Mg. Roxana María Chila Reina  
Mg. Lorena María Loor Alvarado  
M.Sc. María Felicidad Vélez Cuenca  
Dra.C. Liricis Yamara Zambrano Loor  
M.Sc. Juliana Zambrano Cevallos  
Mg. María Fernanda Ayón Vélez

## **AUTORES INVESTIGADORES**



**SABEREC 5.0**

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## AUTORES

### INVESTIGADORES

**Dra.C. Aida Monserrate Macías Alvia**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ aida.macias@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-5290-4317>

**Dr.C. Roberth Olmedo Zambrano Santos**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Instituto Superior Tecnológico Portoviejo-ITSUP

✉ roberth.zambrano@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-4072-4738>

**Dra.C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ margoth.villegas@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-4637-5396>

**Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí;

✉ johanna.sanchez@unesum.edu.ec

✉ johanna.sanchez@uleam.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-7799-1151>

**M.Sc. Estrella Marisol Mero Quijije**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ estrella.mero@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-4821-1280>

**Dra. Yelennis Galardy Domínguez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ galardy.yelennis@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-6394-5584>

**M.Sc. Eulalia Concepción Montes Alonzo**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

Hospital Rodríguez Zambrano

✉ eulalia.montes@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-5290-4317>

**Mg. Mónica Danny Tonguino Rodríguez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ monica.tonguino@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0009-0003-7056-5234>

**Dr. C. Franklin Antonio Vite Solórzano**

Universidad San Gregorio Portoviejo

Hospital Napoleón Dávila Córdova Chone

✉ favite@sangregorio.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-6732-7994>

**Dra. Marina Alexandra Rosero Oñate**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ marina.rosero@unesum.edu.ec

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6887-479X>

**Mg. Tatiana Paola Vincés Sornoza**

Universidad San Gregorio Portoviejo

✉ tatianapaolavinces@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-8294-5977>

**Dra. Dayana Audrey Mendoza Macías**

ASES: Asociación de Servicios de Educación en Salud

Dirección Distrital13D04-Centro de Salud Santana

✉ damendozam03@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0009-0006-1956-4473>

**Franklin Junior Vite Macías**

ASES: Asociación de Servicios de Educación en Salud

✉ franklin134.jv@gmail.com

🆔 <https://orcid.org/0002-2305-1956-7160>

**M.Sc. Andrea del Rocío Mejía Rubio**

Universidad Indoamérica

✉ [amejia16@indoamerica.edu.ec](mailto:amejia16@indoamerica.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-9371-9636>

**M.Sc. José Alfredo Chávez Ponce**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí

Hospital IESS de Portoviejo

✉ [jchavez@pucesm.edu.ec](mailto:jchavez@pucesm.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-4410-5010>

**Mg. Jelibeth Marisol Macías Mero**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ [jelibeth.macias@unesum.edu.ec](mailto:jelibeth.macias@unesum.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0003-3866-8156>

**Lic. María Jaritza Espinoza Macías**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ [maria.espinoza@unesum.edu.ec](mailto:maria.espinoza@unesum.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0009-0000-1025-3990>

**M.Sc. Eulalia Isabel Analuisa Jiménez**

Universidad Técnica de Ambato

✉ [ei.analuisa@uta.edu.ec](mailto:ei.analuisa@uta.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-7906-7640>

**Mg. Jessica Shirley Castro Tejena**

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Manabí

Hospital Verdi Cevallos Balda

✉ [jcastro@pucesm.edu.ec](mailto:jcastro@pucesm.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0002-0818-7223>

**Franklin Daniel Vite Macías**

ASES: Asociación de Servicios de Educación en Salud

Hospital IESS Chone

✉ [daniel.vite@hotmail.es](mailto:daniel.vite@hotmail.es)

🆔 <https://orcid.org/0009-0001-9912-1755>

**Mg. Adís Anicia Luna Báez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ [adis.luna@unesum.edu.ec](mailto:adis.luna@unesum.edu.ec)

🆔 <https://orcid.org/0000-0001-6260-3454>

**Mg. María Monserrate Cantos Sánchez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ maria.cantos@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0002-7935-4110>

**Mg. Roxana María Chila Reina**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ chila-roxana@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-8138-2490>

**Mg. Lorena María Loor Alvarado**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ lorena.loor@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0003-2851-0742>

**Dra.C. María Felicidad Vélez Cuenca**

Universidad Técnica de Manabí

✉ felicidad.velez@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-1360-6285>

**Dra.C. Liricis Yamara Zambrano Loor**

Universidad Técnica de Manabí

✉ liricis.zambrano@utm.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0002-6029-6101>

**M.Sc. Juliana Zambrano Cevallos**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ juliana.zambrano@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0009-0008-8320-8726>

**Mg. María Fernanda Ayón Vélez**

Universidad Estatal del Sur de Manabí

✉ fernanda.ayon@unesum.edu.ec

ID <https://orcid.org/0000-0001-8262-7277>

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## REVISORES ACADÉMICOS

### **Elsa Josefina Albornoz Zamora**

Especialidad en Salud Pública;  
Magíster Scientiarum en Investigación Educativa;  
Maestría en Ciencias Orientación de la Conducta;  
Especialidad en Docencia Universitaria;  
Doctora en Ciencias de la Educación;  
Doctora en Ciencias Gerenciales;  
Postdoctorado en Investigación Educativa;  
Cursando Doctorado en Enfermería;  
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

✉ ealbornoz@umet.edu.ec;  
ID <https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

### **Cruz Xiomara Peraza de Aparicio**

Especialista en Medicina General de Familia;  
PhD. en Ciencias de la Educación; PhD. en Desarrollo Social;  
Médico Cirujano; Docente Titular en la Carrera de Enfermería de la  
Universidad Metropolitana; Guayaquil, Ecuador;

✉ xiomaparicio199@hotmail.com;  
ID <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

# CATALOGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Dra.C. Aida Monserrate Macías Alvia  
Dr.C. Roberth Olmedo Zambrano Santos  
Dra.C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga  
Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez  
M.Sc. Estrella Marisol Mero Quijije  
Dra. Yelennis Galardy Domínguez  
M.Sc. Eulalia Concepción Montes Alonzo  
Mg. Mónica Danny Tonguino Rodríguez  
Dr. C. Franklin Antonio Vite Solórzano  
Dra. Marina Alexandra Rosero Oñate  
Mg. Tatiana Paola Vínces Sornoza  
Dra. Dayana Audrey Mendoza Macías  
Franklin Junior Vite Macías  
M.Sc. Andrea del Rocío Mejía Rubio  
M.Sc. José Alfredo Chávez Ponce

Mg. Jelibeth Marisol Macías Mero  
Lic. María Jaritza Espinoza Macías  
M.Sc. Eulalia Isabel Analuisa Jiménez  
Mg. Jessica Shirley Castro Tejena  
Franklin Daniel Vite Macías  
Mg. Adís Anicia Luna Báez  
Mg. María Monserrate Cantos Sánchez  
Mg. Roxana María Chila Reina  
Mg. Lorena María Loor Alvarado  
M.Sc. María Felicidad Vélez Cuenca  
Dra.C. Liricis Yamara Zambrano Loor  
M.Sc. Juliana Zambrano Cevallos  
Mg. María Fernanda Ayón Vélez

## AUTORES:

**Título:** Comunicación enfermera cliente en el cuidado de urgencia obstétrica

**Descriptor:** Ciencias médicas; Obstetricia; Atención al paciente; Investigación médica

**Código UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**Clasificación Decimal Dewey/Cutter:** 617/M187

**Área:** Ciencias de la Salud

**Edición:** 1<sup>ra</sup>

**ISBN:** 978-9942-7185-3-2

**Editorial:** SaberEC, 2024

**Ciudad, País:** Quito, Ecuador

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 151

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-7185-3-2>

**URL:** <https://repositorio.saberec5.com.ec/index.php/saberec/catalog/book/9>

Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico: **Comunicación enfermera cliente en el cuidado de urgencia obstétrica**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por SaberEC; publicación revisada bajo la modalidad de pares académicos y por el equipo profesional de la editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de SaberEC en la ciudad de Quito, Ecuador.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.



Usted es libre de:  
**Compartir** — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.  
**Adaptar** — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

**Directora Académica:** Ab. Luz Argoti

**Directora Central SABEREC:** Sector Ponceano Alto, Edificio Miraflores

**Editor de Arte y Diseño:** Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

**Corrector de estilo:** Lic. Marcelo Acuña Cifuentes



# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## *Índices*

Contenidos



SABEREC 5.0

Prólogo ----- 15  
Introducción----- 18

**Capítulo I.**

Fundamentos de la Comunicación enfermera cliente en Obstetricia ---- 21  
*Dra.C. Aida Monserrate Macías Alvia;*  
*Dr.C. Roberth Olmedo Zambrano Santos;*  
*Dra.C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga;*  
*Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez*

**Capítulo II.**

Complicaciones Obstétricas Comunes----- 34  
*M.Sc. Estrella Marisol Mero Quijije;*  
*Dra. Yelennis Galardy Domínguez;*  
*M.Sc. Eulalia Concepción Montes Alonzo;*  
*Mg. Mónica Danny Tinguino Rodríguez*

**Capítulo III.**

Comunicación en Situaciones de Crisis----- 76  
*Dr. C. Franklin Antonio Vite Solórzano;*  
*Dra. Marina Alexandra Rosero Oñate;*  
*Mg. Tatiana Paola Vínces Sornoza;*  
*Dra. Dayana Audrey Mendoza Macías*

**Capítulo IV.**

Comunicación Interprofesional----- 90  
*Franklin Junior Vite Macías;*  
*M.Sc. Andrea del Rocío Mejía Rubio;*  
*M.Sc. José Alfredo Chávez Ponce;*  
*Mg. Jelibeth Marisol Macías Mero*

**Capítulo V.**

Comunicación con Pacientes con Discapacidad  
o Capacidades Diferentes ----- 100  
*Lic. María Jaritza Espinoza Macías;*  
*M.Sc. Eulalia Isabel Analuisa Jiménez;*  
*Mg. Jessica Shirley Castro Tejena;*  
*Franklin Daniel Vite Macías*

.....

**Capítulo VI.**

Comunicación Postparto ----- 118

*Mg. Adís Anicia Luna Báez;*

*Mg. María Monserrate Cantos Sánchez;*

*Mg. Roxana María Chila Reina;*

*Mg. Lorena María Loor Alvarado*

**Capítulo VII.**

Tecnología y Comunicación en Obstetricia ----- 130

*M.Sc. María Felicidad Vélez Cuenca;*

*Dra.C. Liricis Yamara Zambrano Loor;*

*M.Sc. Juliana Zambrano Cevallos;*

*Mg. María Fernanda Ayón Vélez*

**Bibliografía**----- 144

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## *Índices*

Figuras



SABEREC 5.0

---

<b>Figura 1.</b> Ítems necesarios para practicar una escucha activa eficaz y adecuada -----	26
<b>Figura 2.</b> Protocolo de manejo Clave Roja -----	42
<b>Figura 3.</b> La toma de presión -----	46
<b>Figura 4.</b> Hipertensión en el embarazo -----	47
<b>Figura 5.</b> La proteinuria -----	48
<b>Figura 6.</b> Criterios de severidad en preeclampsia -----	50
<b>Figura 7.</b> Parámetros de laboratorio en los principales criterios diagnósticos y clasificación del síndrome HELLP -----	51
<b>Figura 8.</b> Protocolo de manejo Clave Azul -----	53
<b>Figura 9.</b> Protocolo del manejo del Síndrome de Hellp -----	54
<b>Figura 10.</b> Protocolo de manejo Clave Amarilla -----	66
<b>Figura 11.</b> Triage Obstétrico: clasificación -----	81
<b>Figura 12.</b> Ubicación del equipo durante la clave roja-----	84
<b>Figura 13.</b> Protocolo de manejo Clave Roja-----	85
<b>Figura 14.</b> Protocolo de manejo Clave Azul -----	86
<b>Figura 15.</b> Protocolo de manejo CLAVE AMARILLA -----	87
<b>Figura 16.</b> Áreas y competencia de intervención en el trabajo colaborativo -----	97
<b>Figura 17.</b> Cuidados paliativos-----	111
<b>Figura 18.</b> Estrategia de atención terapéutica en Cuidados paliativos--	112
<b>Figura 19.</b> Modelo Multidimensional de Necesidades -----	113
<b>Figura 20.</b> Cuidados paliativos -----	114
<b>Figura 21.</b> Representación esquemática del modelo de la OMS de cuidados posnatales.-----	126
<b>Figura 22.</b> Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud -----	141

Comunicación Enfermera  
cliente en el cuidado de  
**Urgencia Obstétrica**

*Índices*

Tablas



SABEREC 5.0

.....

**Tabla 1.** Los diagnósticos enfermeros y planificación  
de las intervenciones en mujeres embarazadas con  
Trastornos Hipertensivos ----- 60

**Tabla 2.** Patologías de diagnóstico prenatal o posnatal  
que requieren cuidados paliativos perinatales (CPP)----- 115

Comunicación Enfermera  
cliente en el cuidado de  
**Urgencia Obstétrica**

*Prólogo*



SABEREC 5.0



La obstetricia es una disciplina médica que se centra en el cuidado de las mujeres durante el embarazo, el parto y el periodo postparto. La enfermería obstétrica, por su parte, se encarga de proporcionar asistencia y cuidado a las mujeres y sus recién nacidos durante estos procesos. Sin embargo, la comunicación es un elemento clave en la práctica de la enfermería obstétrica, ya que permite que las enfermeras sean capaces de entender las necesidades y preocupaciones de sus clientes y proporcionen respuestas adecuadas.

Este libro se centra en los fundamentos de la comunicación enfermería-cliente en urgencias obstetricia. Se trata de una guía práctica que aborda los desafíos y oportunidades que surgen en la comunicación con las mujeres embarazadas y sus familias. El presenta una variedad de temas, desde la importancia de la cultura y la lengua en la comunicación hasta la gestión de situaciones difíciles y la promoción del autocuidado.

El contenido del libro está basado en la evidencia científica más reciente y se ha desarrollado con el fin de ayudar a las enfermeras a mejorar su habilidad para comunicarse con sus clientes; su estilo es práctico y accesible, con ejemplos reales y ejercicios para ayudar a los lectores a aplicar los conceptos aprendidos.

El objetivo principal de este texto, es ayudar a las enfermeras a mejorar su habilidad para comunicarse con sus clientes en obstetricia, lo que resultará en una mejor experiencia para las mujeres embarazadas y sus familias. Además, es útil para los estudiantes de enfermería, los profesionales de salud pública y los profesionales de la atención primaria que se encuentran trabajando con mujeres embarazadas.

En síntesis, es una guía práctica para mejorar la comunicación entre las enfermeras y sus clientes en obstetricia. Constituye una herramienta útil para aquellos que desean mejorar su habilidad para comunicarse con las mujeres embarazadas y sus familias, lo que resultará en una mejor experiencia para todas las partes involucradas.

Este libro de texto académico surge de un proyecto de investigación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal del Sur de Manabí titulado Comunicación Enfermera-Cliente en el cuidado de urgencias obstétricas; proyecto que forma parte del programa Cuidado y Práctica de enfermería a la familia individuo y comunidad y que se genera a partir del proyecto de vinculación Estrategia educativa para la prevención de embarazo en adolescentes de la zona sur de Manabí.

Se articula con la investigación, publicando los resultados obtenidos los mismos que darán pauta para establecer proyectos de titulación generando conocimientos que contribuyan a plantear estrategias en la disminución de complicaciones o muertes maternas por desconocimiento, déficit de comunicación y atención tardía.

Se relaciona estrechamente con la gestión curricular y otras asignaturas como, ética y bioética, lenguaje y comunicación, enfermería comunitaria, enfermería básica I y II, enfermería en urgencias y emergencias.

Cuenta con la participación de profesionales de la salud, de diferentes carreras e instituciones de educación superior.

Comunicación Enfermera  
cliente en el cuidado de  
**Urgencia Obstétrica**

*Introducción*



SABEREC 5.0

La comunicación es una habilidad clave en la práctica de la enfermería, y especialmente en el campo de la obstetricia. La relación entre la enfermera y el paciente es fundamental para garantizar un proceso de parto seguro y satisfactorio para ambas partes.

Por tratarse de una relación ser humano-ser humano la comunicación y el cuidado debe ser cercanos con el paciente, dar confianza. Hacer contacto visual con el paciente. Ser conscientes de su lenguaje corporal y del significado subconsciente del mismo. Siempre que sea posible, tranquilizar al paciente a través del poder del tacto.

Además, las técnicas de comunicación en enfermería fortalecen la relación entre el paciente y el profesional sanitario y esto puede influir en una mayor eficacia en el diagnóstico y seguimiento de un tratamiento. Favorecer este ámbito representa una estrategia clave para una mayor calidad en la atención de la enfermería, pero también para que los pacientes queden más satisfechos y tengan confianza en el profesional sanitario que les atiende.

A continuación, se presenta una obra de apoyo para el personal de enfermería en su largo camino en la atención de la mujer embarazada y del binomio madre y recién nacido; igualmente para toda persona involucrada con la salud.

En su parte estructural, este texto, se divide en siete capítulos que abordan diferentes aspectos de la comunicación enfermera cliente en obstetricia y diferentes protocolos como el de la guía de Score MAMÁ, para así brindar una atención adecuada oportuna a la paciente en obstetricia.

En el capítulo I, se centra en el fundamento de la comunicación enfermera cliente en obstetricia, la importancia de la comunicación enfermera cliente en el cuidado obstétrico de igual manera vislumbrar las habilidades de comunicación efectiva en el contexto enfermera cliente.

El capítulo II, se abordan las complicaciones obstétricas comunes como las hemorragias: primera, segunda y tercera etapa del trabajo de parto igualmente el proceso de atención de enfermería, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, el proceso de enfermería, el parto prematuro y complicaciones del parto y el proceso de enfermería de igual manera la infección puerperal.

El capítulo III, se centra en la comunicación en situaciones de crisis, el manejo para la atención de las emergencias obstétricas igualmente el Triage obstétrico: quien lo realiza, clasificación y apoyo emocional a los pacientes y sus familias.

El capítulo IV, se enfoca en la comunicación interprofesional, el trabajo en equipo en obstetricia, asimismo la colaboración con médicos y otros profesionales de la salud.

El capítulo V, se centra en la comunicación con pacientes especiales, la atención a pacientes adolescentes embarazadas y cuidados paliativos en obstetricia.

El capítulo VI, se aborda la comunicación postparto, el apoyo en el período posparto y la comunicación con madres de bebés prematuros.

El capítulo VII, se centra en: la tecnología y comunicación en obstetricia, uso de la telemedicina en obstetricia y la comunicación en la era digital

En síntesis, en su contenido, de forma didáctica, se presenta los fundamentos de la comunicación enfermera cliente en obstetricia, con el objetivo de ayudar a las enfermeras a mejorar sus habilidades de comunicación y a fortalecer su relación con las pacientes pre parto, durante y post parto. Las técnicas presentadas son prácticas e implementables, con el objetivo de mejorar la calidad del cuidado obstétrico y del proceso de parto para ambas partes: la madre y el recién nacido.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo I**

### Fundamentos de la Comunicación Enfermera cliente en Obstetricia

**AUTORES:** Dra.C. Aida Monserrate Macías Alvia; Dr.C. Roberth Olmedo Zambrano Santos;  
Dra.C. Margoth Elizabeth Villegas Chiriboga; Dra. Johanna Mabel Sánchez Rodríguez



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

Los fundamentos de la comunicación enfermera-cliente en obstetricia se refieren a las habilidades y técnicas que los profesionales de enfermería utilizan para establecer una relación terapéutica efectiva con las mujeres embarazadas y sus familias durante el proceso de atención obstétrica., esto permite a los profesionales comprender las necesidades emocionales, físicas y psicológicas de las mujeres embarazadas, así como educar y empoderar a las futuras madres sobre los cuidados prenatales, el proceso del parto y el cuidado postparto.

Para lograr una comunicación efectiva, se requiere de habilidades como escuchar activamente, demostrar empatía, establecer un ambiente de confianza, respeto mutuo, ser claro y conciso en los mensajes transmitidos, adaptarse a las necesidades individuales de cada mujer, además ser conscientes de las barreras culturales o de idioma que pueden surgir.

## Importancia de la comunicación enfermera cliente en el cuidado obstétrico

En primer lugar es relevante menciona a Gijón (2019), el cual expone que la comunicación es una necesidad humana que forma parte de la vida cotidiana a lo largo del tiempo, se emplea como un proceso en que el emisor y el receptor pueden expresarse a través de signos, palabras y códigos, durante este proceso surge un intercambio de información por medio de conductas verbales y no verbales; en el caso de enfermería la comunicación entre este personal y el paciente es importante porque ocupa un lugar prioritario en el ejercicio de la práctica profesional, ya que es el eje articulador de los cuidados, tanto asistenciales, como tecnológicos, dirigidos a la oferta del cuidado de enfermería de calidad.

En el proceso de comunicación está presente una serie de elementos sin los cuales no se llevaría a cabo este proceso tan complejo. No basta sólo con hablar, es necesario ir más allá, romper la barrera de lo superficial. No se trata solamente de transmitir información, sino de expresar ideas, opiniones, sentimientos, emociones, tanto de un lado (emisor), como del otro (receptor).

Para que se logre la comunicación entre dos personas, se tiene que dar un intercambio mutuo; para el desarrollo exitoso de la práctica clínica, que incida de forma positiva en la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes Información precisa: relacionada con la comunicación efectiva permite que la enfermera obtenga información precisa sobre las necesidades y

preocupaciones del cliente. Esto ayuda a brindar una atención personalizada y adecuada a cada individuo. Ver (Figura 1)

- Establecimiento de confianza: la comunicación entre la enfermera y el cliente crea un ambiente de confianza y seguridad, que permite al cliente se sienta cómodo compartiendo sus preocupaciones y preguntas, lo que a su vez facilita una mejor atención y seguimiento.
- Educación adecuada: la comunicación clara y efectiva es esencial para proporcionar educación adecuada al cliente sobre su cuidado obstétrico. La enfermera puede transmitir información importante sobre el embarazo, el parto, la lactancia materna y otros aspectos relacionados con la salud.
- Apoyo emocional: la comunicación empática y compasiva ayuda a la enfermera a brindar apoyo emocional al cliente durante el proceso obstétrico (a lidiar con el estrés, la ansiedad y otras emociones relacionadas con el embarazo y el parto).
- Toma de decisiones informada: una comunicación clara permite que el cliente comprenda completamente las opciones de tratamiento y los posibles resultados, para tomar decisiones informadas y participar activamente en su atención obstétrica.
- Empatía: para comprender, transmitir e identificar los sentimientos del otro, ponerse en el lugar del otro. Considerando factores primordiales, para intensificar entender mejor al paciente, enfrentar con objetividad situaciones, sin temor a equivocarse en la toma de decisiones, y sobre todo actitud empática para replantear posibles soluciones a lo que se percibe en el entorno. El comportamiento social responsable y un nivel de comunicación adecuado, sin sentimientos, se vuelva a elevar niveles de empatía, básicos en un medio social complicado por la enfermedad, el dolor, la angustia de la muerte.
- Aceptación incondicional: admitir sin condiciones al otro, sin juicios de valor, confiar en los recursos de los que dispone la persona para enfrentar su situación, tener en cuenta la realidad concreta.
- Escucha activa: experiencia del profesional para recibir el mensaje del paciente sin interpretar sus palabras, hacer **feedback** al contenido de lo que dice el paciente, comprender el sentimiento que experimenta y expresa el paciente sin quitarle importancia, capta el mensaje o problema que expresa el paciente. Escuchar cómo proceso activo



donde actúan todos los sentidos, así como la parte intelectual y afectiva. Cuantas veces, una enfermera, mantiene espacios de reflexión, sobre la autenticidad de llevar con eficiencia la participación con sus pacientes y les presta atención ante sus necesidades, resulta una dualidad si en la escucha activa, entendió los requerimientos a satisfacer de sus pacientes.

Se debe mirar, escuchar, comprender lo que comunican y saber transmitir mensajes según las necesidades del paciente. La condición de vida de los pacientes, insertados en culturas diferentes, no determina el comportamiento asertivo, porque la comunicación no verbal no se relaciona en el control de gestos debido a la conexión se asocia con otros movimientos corporales, los enfermeros muchas veces entran en dudas cuando no se entienden las expresiones no verbales del paciente, es decir girar el cuello, movimiento de manos, posturas corporales, es importante aclarar que la comunicación no verbal sirve para interactuar y modo de supervivencia.

- Comunicación no verbal: es importante para el profesional de enfermería porque aprende a indagar sobre los antecedentes que el paciente nos trasmite, con un gesto, con la mirada, entre otros, para corroborar lo dicho por el paciente.
- Asertividad: expresar ideas o sentimientos respetando los derechos de los demás, el cuidado supone diálogo y construcción de significados compartidos, pero sobre todo significa respeto y comprensión por el otro. En enfermería la práctica de la asertividad es necesaria para considerar los elementos de la comunicación como habilidades desarrolladas de entender las necesidades del paciente y desarrollar las acciones en beneficio del motivo por el cual visita un paciente, un espacio de prestación de servicios de salud.

La comunicación entre enfermero-paciente, es una relación de ayuda-terapéutica. Suministra el cuidado que requiere el paciente diferenciándose de otras profesiones. Esta relación terapéutica-ayuda implica un proceso de relación interpersonal. Para conseguir este tipo de relación efectiva se tiene que tener las habilidades y destrezas para “saber estar”, saber qué decir y cómo decirlo. Igualmente se debe adquirir las habilidades de escucha activa, empatía, respeto, asertividad, **feedback**, entre otros, que garanticen la intimidad y el bienestar del paciente.

Siendo así, la comunicación es una de las herramientas básicas para sostener el proceso de “cuidar”. Siendo un eslabón esencial del cuidado al

aproximar los sujetos, proporcionando momentos de intercambio, de interés y de preocupación con el otro. Esto evidencia la interdependencia entre comunicación y el cuidado.

La comunicación enfermera-cliente es esencial en el cuidado obstétrico debido a su papel clínico, emocional, educativo, y colaborativo con otros profesionales de la salud involucrados en el cuidado obstétrico. Se destacan los cuidados todo el proceso del embarazo, etapa compleja la preparación psicológica, en medio de cambios, dudas asaltan a las embarazadas de forma continua, desde su rol, la enfermería, tratar de dar respuesta a todas estas dudas para ofrecer confianza y tranquilidad a las gestantes.

En las diferentes consultas de atención prenatal a las que acude la embarazada hay que tratar de hacer una buena promoción de la salud y prevención de posibles complicaciones. Por consiguiente, el profesional de enfermería debe enfocar su actuación hacia un estilo de vida saludable, individualizándolo a cada gestante.

De igual manera la relación interpersonal de enfermería y la paciente durante el cuidado del trabajo de parto es un elemento esencial de la calidad de la atención, pues posibilita no solo el cuidado desde la esfera biológica, sino que permite reconocer la individualidad de cada mujer, sus necesidades y expectativas; además es determinante en su bienestar y su experiencia frente al parto.

La enfermera debe centrar su atención a partir del respeto por la individualidad de la paciente, ella se sentirá incluida en su proceso de cuidado para el trabajo de parto, y participará de manera activa en el proceso. Este es un elemento esencial del parto humanizado, que incluye otros aspectos que tienen que ver con el respeto a la autonomía, la salud y el bienestar de la mujer.

Una adecuada comunicación en el ámbito de la enfermería es fundamental al explicar los aspectos terapéuticos y preventivos, así como a la hora de educar en salud a los pacientes.

Donde la paciente debe colaborar con el personal de enfermería para que se cumpla una comunicación efectiva.

**Figura 1.**

*Ítems necesarios para practicar una escucha activa eficaz y adecuada.*



**Nota.** Tomado de *Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica* de Cara, Aviles, & Lopez (2018) en Revista Española de Comunicación en Salud (p. 222)

### **Habilidades de comunicación efectiva en el contexto enfermera cliente**

La comunicación efectiva es esencial en el contexto de la enfermería y puede afectar de forma significativa la calidad de la atención al paciente. Las habilidades comunicativas son esenciales en la atención médica-enfermera para garantizar una comprensión efectiva y eficiente del paciente. La comunicación efectiva permite a los profesionales de la salud obtener información precisa y relevante sobre los síntomas, las condiciones médicas y los antecedentes del paciente, lo que les ayuda a formular un diagnóstico preciso y a desarrollar un plan de tratamiento adecuado. Además, una comunicación clara y abierta con el paciente puede ayudar a fomentar la confianza, la colaboración y la satisfacción del paciente, lo que es importante para el éxito del tratamiento y la recuperación.

Habilidades de comunicación efectiva que los enfermeros deben tener en cuenta:

1. Escuchar activamente: es importante escuchar cuidadosamente las necesidades y preocupaciones del paciente, prestando atención a su lenguaje corporal y expresiones faciales.

2. Demostrar empatía: los enfermeros deben ser empáticos con los pacientes, comprender y mostrar interés por sus sentimientos y emociones.
3. Hablar con claridad: es importante hablar claramente y con un lenguaje sencillo para que los pacientes comprendan las instrucciones y recomendaciones.
4. Demostrar paciencia: los enfermeros deben tener paciencia cuando los pacientes tienen problemas para comunicarse o para comprender lo que se les dice.
5. Utilizar el lenguaje no verbal adecuado: la comunicación no verbal, como mantener contacto visual y expresiones faciales apropiadas, también es importante para establecer una conexión efectiva con los pacientes.
6. Respetar la privacidad y la confidencialidad: los enfermeros deben respetar la privacidad y la confidencialidad de los pacientes al comunicar información.
7. Pedir retroalimentación: los enfermeros pueden solicitar comentarios de los pacientes para asegurarse de que han comprendido toda la información y si tienen alguna pregunta o inquietud.

Estas habilidades de comunicación efectiva pueden mejorar significativamente la relación entre el enfermero y el paciente, lo que puede llevar a una mayor satisfacción del paciente y mejores resultados de salud.

### **Técnicas y habilidades asertivas**

Para Rathus citado por Gómez (2022), la asertividad es la habilidad que permite a las personas expresarse atendiendo a sus sentimientos, pero sin hostilidad hacia los demás. Otorga libertad para comunicarse de forma directa haciendo que se respeten sus opiniones.

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar a Dotor (2018), el cual expone:

La asertividad es parte de nuestra personalidad ya que refleja nuestra autoestima y básicamente lo que somos como personas, que debe hacerse expresar de manera consciente ya que necesariamente necesitamos hacer uso de un nivel reflexivo; clara, porque puede llegar a mal entenderse nuestra opinión; congruente con lo que pedimos y con lo que somos

capaces de dar; directa, sin dar vueltas al asunto y equilibrada entre la pasividad y la agresividad. (p. 1)

La asertividad permite la defensa ante las críticas o las peticiones excesivas de los demás. Formas de conducta asertiva son, por ejemplo, aceptar los cumplidos que nos hacen sin expresar una falsa modestia y sin cohibirnos, elogiar a nuestros compañeros, familiares o amigos halagando lo que nos gusta de ellos, decir que «no», rechazando la peticiones de los demás, aceptar una crítica si pensamos que tiene razón o hacerle frente si no es así, mostrar opiniones discrepantes con los demás sin sentirse mal por ello.

El comportamiento asertivo se sustenta sobre un sistema de creencias que mantenga el respeto por los propios derechos personales y por los de los demás. Estos derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y el trato humanizado debe ser mutuamente como iguales, es una habilidad primaria para llegar a ser más asertivo socialmente consiste en aprender a definir e identificar los derechos humanos básicos.

Este análisis permite considerar el asertividad como un componente primordial de las habilidades sociales. Su objetivo no es lograr lo que uno quiere a cualquier coste ni controlar o manipular a los demás, ayudarnos a ser nosotros mismos, a desarrollar autoestima y a mejorar la comunicación interpersonal, haciéndola más directa y honesta.

La asertividad se expresa mediante tres actitudes:

- Manejar el entorno. Gestionar de manera adecuada los obstáculos que surgen a cada momento en el trabajo y en tu vida personal; ya que éstos pueden hacer tambalear tu planificación diaria, especialmente si te cuesta decir no cuando es necesario.
- Gestionar tus emociones. Las reacciones emocionales inadecuadas interfieren en la realización de tu actividad y pueden impedirte que consigas sus objetivos.
- Relacionarte interpersonalmente. Ser capaz de relacionarte de forma sana con las personas que te rodean, de forma que puedas hacerles peticiones, pedirles favores y mostrar tu desacuerdo con ellos cuando sea necesario.

## Habilidades asertivas

Según González (2021), menciona que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, “una persona asertiva es aquella que expresa su opinión de manera firme”, clara, respetando tanto las ideas del otro como las propias. Esto no quiere decir que para ser asertivos debamos estar siempre de acuerdo con los argumentos que se nos presentan; podemos disentir sin que esto sea motivo de discusión. Comunicarse asertivamente significa decir lo que uno quiere decir, sin herir los sentimientos de los demás.

- Ser claros y concretos. Decir específicamente lo que queremos. Si nos limitamos a insinuar, corremos el riesgo de ser mal interpretados por los demás.
- Ser breves. Ya lo dice el adagio popular “lo bueno, si breve, dos veces bueno”. Si argumentamos extensa y constantemente, nuestros argumentos perderán peso.
- Disculparse, cuando es necesario, está bien: si hacemos reclamos legítimos, las excusas sobran; de otra manera, parecerá que nos sentimos culpables y nos veremos inseguros. No obstante, siempre debemos hablar con respeto.

Las habilidades asertivas están relacionadas con conductas específicas encaminadas a mantener un estilo de comunicación asertivo en la interacción con los demás y orientada hacia un intercambio satisfactorio para ambas partes.

### Habilidad para emitir libre información

Esta habilidad cumple dos funciones principales: por una parte, facilita un tema de conversación y por la otra estimula a los demás a hablar de sí mismos, lo que permitirá manifestar interés por cosas que son importantes para ellos; se trata de ofrecer información personal suficiente durante la conversación, además, se pueden hacer preguntas abiertas o comentarios sobre la información facilitada, sin olvidar que también el aporte de datos al interlocutor con la forma de vestir, expresión facial, la postura que adoptada, durante la conversación y el lenguaje bien articulado y preciso.

Por ejemplo, ante la pregunta: «Hola, ¿cómo estás?», contestar con optimismo «Bien» o «Bien, acabo de terminar un trabajo y ahora por fin estoy tranquilo». Esta segunda respuesta dará pie al interlocutor a preguntar por el tema del trabajo, el motivo del mismo, entre otros, facilitando así la conversación.

## Habilidad para hacer autorrevelaciones

De acuerdo con Guerri (2023), las autorrevelaciones son información personal que ofrecemos a una o más personas cuando queremos establecer un vínculo afectivo – emocional. En cierto modo significa expresar sentimientos, deseos, gustos, fantasías, metas a largo plazo, postergaciones, entre otros. De manera correcta y sin excesos.

Facilita que la comunicación se realice de forma bidireccional, lo que es fundamental para que no se nos interprete como curiosos sobre temas ajenos sin compartir los propios. Para ello son útiles las oraciones en primera persona como, por ejemplo: «Sobre ese tema, yo pienso...»; «Lo que a mí me apetece es poder...»; «Me gustaría...».

Las autorrevelaciones son fundamentales para lograr una mayor intimidad o amistad con una persona, pero no hay que hacerlo de un modo apresurado. Resulta igualmente incómodo, establecer una relación con una persona que no revela datos personales, de modo que las conversaciones se mantienen siempre en un nivel superficial, sin avanzar en la intimidad, como hacerlo con alguien que revela información muy personal demasiado pronto. Por este motivo, la autorrevelación debería ser simétrica, es decir, que las dos personas revelen información, más o menos, al mismo ritmo.

## Habilidad para formular una crítica

Antes de formular una crítica hay que tener en cuenta una serie de componentes previos, como elegir el momento y el lugar adecuado. Se trata de seleccionar una situación en la que nuestro interlocutor no esté alterado y se encuentre disponible. También se debe evitar formular críticas en estados de tensión o de enfado con la otra persona, pues de esta forma nuestro comportamiento sería agresivo y no asertivo. También hay que tener en cuenta no esperar mucho tiempo desde que se produjo la conducta objeto de crítica y sólo hacer una crítica cada vez.

Uno de los aspectos importantes en la formulación de una crítica es describir operativamente el comportamiento objeto de crítica, pero sin juzgarlo y sin generalizarlo a otras situaciones.

Teniendo en cuenta a Carbajo (2021), donde presenta los pasos para formular asertivamente una crítica

1. Describir la situación que resulta molesta o incómoda y que se pretende cambiar con la realización de esa crítica. En este sentido, es importante que se haga referencia a comportamientos observables

- («Cuando tú...») y no a deseos o intenciones supuestos por nosotros («Sé que te gustaría...»; «Lo has hecho adrede...»).
2. Expresar los sentimientos personales que la realización de esa conducta provoca en nosotros («Yo me siento...»).
  3. Empatía (Entiendo que...). Me pongo en el lugar del otro para intentar entender su comportamiento y la no intencionalidad de daño hacia mí. Esto no solo me sirve para que la otra persona sea consciente de que la tengo en cuenta, sino que también me ayuda a rebajar mi emoción al ser consciente del posible punto de vista del otro.
  4. Posteriormente, se sugieren los cambios que se consideran necesarios de cara a que no incomode la conducta del compañero, planteándole las alternativas u opciones a la misma («Me gustaría que...»).

Tras la crítica, no se debe olvidar reforzar cualquier comportamiento positivo del otro del que se haya observado, aunque no se haya conseguido un cambio (Me alegro de que hayamos quedado; Te agradezco de que no te hayas enfadado).

### **Habilidad para solicitar cambios en el comportamiento o la realización de tareas**

Para realizar este tipo de comunicaciones, resulta muy útil emplear una estructura de «bocadillo», es decir, formulamos el comentario negativo entre dos comentarios positivos, de modo que a nuestro interlocutor no le quede mal sabor de boca.

Para ello comienza por hacer referencia a un comportamiento positivo, halagando al sujeto por la realización del mismo y después introducimos la propuesta de cambio, crítica o sugerencia. Para terminar, se aludir a otro comportamiento adecuado o al mismo al que hicimos referencia al principio.

### **Habilidad para expresar opiniones o criterios distintos a los de otro miembro del grupo**

Esta habilidad se basa en el derecho personal de todos a mantener las opiniones propias, a cambiar de parecer si lo considera conveniente para que las otras personas respeten nuestras opiniones.

La necesidad de expresar opiniones contrarias a las manifestadas por otros miembros del grupo, haciéndolo de manera asertiva, una fórmula adecuada puede ser dar inicialmente a la persona parte de razón sobre la opinión expresada, para a continuación dar nuestra opinión. Resultan muy útiles frases



del tipo: «No dudo de que tendrás razones suficientes para, ...pero...»; «Ya sé que... no obstante, y a pesar de todo...»; «Es cierto que..., a pesar de todo sigo opinando que...»; «Es verdad lo que dices.... pero aun así deseo...».

Si al insistir en nuestra opinión, recibimos críticas de nuestros compañeros podemos aceptar si consideremos que están en lo cierto, o bien volver a insistir en nuestra opinión si pensamos que tenemos razón (Es posible lo que dices, pero a mí me cuesta creer que cometa errores intencionadamente).

### **Habilidad para pedir que el otro confirme o exprese desacuerdo**

Se utiliza para favorecer la expresión de acuerdo o desacuerdo con cualquier argumento o situación, o bien con la intención de conocer el posicionamiento de un individuo frente a una determinada situación. Para ello, se debe plantear una pregunta de manera que en su repuesta nuestro interlocutor tuviera que decantarse por una de las alternativas.

Algunas formas de plantear estas preguntas serían:

«¿Es correcto suponer que ...?»

«¿Estoy en lo cierto y lo que dices es que...?».

«¿Me equivoco al pensar que ...?».

### **Habilidad para hacer preguntas**

Para Sánchez (2022), las preguntas nos ayudan a mejorar la comunicación dentro de equipo de trabajo, una empresa u organización. Además, crean un ambiente de reflexión y estimulan la búsqueda de respuestas, en lugar de ofrecer soluciones precipitadas.

### **Tipos de preguntas**

Las preguntas abiertas son exploratorias y animan a la persona a pensar sobre sus sentimientos y pensamientos. Permiten al interlocutor contestar con amplitud y sinceridad y continuar reflexionando sobre el contenido del mensaje que nos transmite. Pero su característica fundamental es que en su formulación no orienta hacia la respuesta y que habitualmente se responden con más de una o dos palabras. Por todo ello permiten mantener conversaciones durante un tiempo más prolongado.

Ejemplo de preguntas abiertas serían: «¿Cómo lo has hecho?»; «¿Cómo está evolucionando el paciente X?»; «¿Qué quieres decir con eso?»; «¿Cómo te sientes ahora?»; «¿Qué piensas de su actitud?»

Las preguntas cerradas se hacen para obtener información específica y tienen una contestación directa o corta, seleccionada a partir de un número limitado de respuestas. Por tanto, su principal característica es que obligan a respuestas muy restringidas y concretas (por ejemplo, sí, no).

Ejemplos de preguntas concretas son: «¿Ha comido ya el paciente X?» «¿Trabajas el domingo?».

Para mejorar la comunicación es necesario aumentar el número de las abiertas. Así, en lugar de «¿Ha pasado bien la noche?» podemos preguntar «¿Cómo ha pasado la noche?» y en lugar de «¿Se estaba medicando en casa?» podemos preguntar «¿Qué medicación estaba tomando en su casa?». Sin embargo, en ocasiones la necesidad de concretar algo hace necesarias las preguntas cerradas. Por ejemplo, «¿es diabético?», «¿padece hipertensión?», «¿le has cambiado ya el suero?».

### **Técnicas asertivas**

Bajo el nombre de técnicas asertivas, se refiere a una serie de opciones de comportamiento que se emplean a la hora de hacer valer nuestros derechos y defendernos de cualquier posible «ataque» que por parte de los demás se pueda producir para tratar de imponer su criterio y voluntad de las relaciones personales. Por tanto, se trata de opciones de comportamiento que habrá que poner en práctica ante las posibles reacciones de las personas con las que nos relacionamos durante la defensa de nuestros derechos asertivos

Las habilidades comunicativas son esenciales para la comprensión de los pacientes por parte de las enfermeras. La comunicación efectiva permite a las enfermeras obtener información precisa y relevante sobre los pacientes, identificar sus necesidades y preocupaciones, y brindar una atención personalizada y centrada en el paciente. Además, la comunicación empática y efectiva ayuda a fomentar una relación de confianza y respeto entre la enfermera y el paciente, lo que puede mejorar la satisfacción del paciente con su atención y su proceso de recuperación. Por lo tanto, es importante que los enfermeros reciban una formación adecuada y continua en habilidades comunicativas y que sigan perfeccionándose a lo largo de su carrera.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo II** Complicaciones Obstétricas Comunes

**AUTORES:** M.Sc. Estrella Marisol Mero Quijije; Dra. Yelennis Galardy Domínguez;  
M.Sc. Eulalia Concepción Montes Alonzo; Mg. Mónica Danny Tonguino Rodríguez



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

Las complicaciones obstétricas comunes se refieren a dificultades que pueden surgir durante el embarazo, el parto o el período postparto. Estas complicaciones pueden variar en gravedad y requerir atención médica especializada. Algunas de las complicaciones obstétricas comunes incluyen la hipertensión gestacional, la diabetes gestacional, el parto prematuro, la hemorragia posparto y las infecciones uterinas; estas pueden afectar tanto a la madre como al bebé, y es importante detectarlas y tratarlas a tiempo para garantizar la salud y el bienestar de ambos. Es fundamental que las mujeres embarazadas reciban un cuidado prenatal adecuado y realicen controles médicos regulares para detectar cualquier signo de complicación obstétrica.

En primer lugar, es relevante mencionar que el Ministerio de Salud Pública (MSP) (2020)

Garantiza el servicio integral prenatal, natal y posnatal, incluido las emergencias obstétricas, que son patologías que comprometen la salud materna fetal, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos, sepsis obstétrica y aborto de cualquier tipo y causa. Además, la institución promueve el parto culturalmente aceptado y las atenciones del recién nacido. (p. 1)

En el mismo orden de ideas es distinguido mencionar a la guía Score MAMÁ (2017), la cual es un instrumento de apoyo para la identificación de casos de riesgo biológico, por lo tanto, su uso debe ser tomado en cuenta a la hora de la toma de decisiones y para la transferencia oportuna de una paciente.

Donde por medio de una evaluación simple asigna una puntuación dependiendo de algunos signos vitales y otros criterios importantes.

Esta herramienta o escala valorativa ayuda a reconocer de forma temprana cambios fisiológicos, clínicos de deterioro de las funciones vitales, ayudándonos a sospechar de forma temprana alguna patología de origen obstétrico. Al ser una herramienta básicamente de aplicación clínica sin requerimientos de complicados exámenes diagnósticos o de laboratorio puede ayudar a su vez como mecanismo de tamizaje para distinguir de embarazos normales en contraste con los embarazos de alto riesgo.

Teniendo presente que en el embarazo, parto y puerperio existen cambios fisiológicos, por esta razón se debe tomar en cuenta seis indicadores

fisiológicos: frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, saturación de oxígeno, temperatura y nivel de conciencia y una prueba cualitativa y la proteinuria.

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

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

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

Los niveles de saturación de oxígeno reflejan el porcentaje de la hemoglobina arterial saturada de oxígeno en la sangre, y se conoce como SpO<sub>2</sub>. Se mide de forma rutinaria a todas las mujeres y se presta mayor atención en las siguientes circunstancias:

- Si la frecuencia respiratoria está fuera de los parámetros normales.
- Si una condición médica / obstétrica requiere la medición de los niveles de saturación de oxígeno continuo, por ejemplo, trastorno respiratorio.

La exactitud de la medición depende de un adecuado flujo de sangre a través del conducto de luz, es decir, si la gestante se encuentra en un estado crítico, el resultado de SpO<sub>2</sub>.

La temperatura corporal normal a nivel bucal es de 36 o C hasta 37.2 o C en la mañana y 37,7 o C en la tarde. (28) Los parámetros de temperatura aceptados para el Score MAMÁ son de 35.6 o C a 37,2 o C, tomados a nivel axilar.

La respuesta neurológica evalúa el nivel de conciencia de acuerdo a los siguientes parámetros:

- Alerta: paciente orientada en tiempo, espacio y persona
- Responde ante estímulo verbal
- Responde a estímulo doloroso
- Ausencia de respuesta

Cualquier variación en el nivel de conciencia siempre debe ser considerada significativa y se debe tomar una acción inmediata.

Es la presencia de proteínas en orina, cuando está asociada a hipertensión puede significar preeclampsia – eclampsia, o podemos tener un resultado positivo en procesos fisiológicos y patológicos

Cada uno de estos parámetros fija un puntaje que nos indica el riesgo obstétrico que tiene cada gestante, indicándonos al personal de salud mediante la clínica la posible patología y su respectivo manejo, entre las patologías identificables tenemos: Sepsis, denominada clave amarilla; hemorragias, denominadas claves rojas; y por último la hipertensión, denominada clave azul.

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o púérpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud. El equipo de respuesta ante la activación de la clave estará conformado de acuerdo a la disponibilidad de cada establecimiento de salud y su nivel de complejidad. Se deberá contar mínimo con 2 personas ideal 4:

Primer nivel de atención: 2 personas, segundo y tercer nivel de atención: 2 a 4 personas Cada miembro del equipo tendrá funciones específicas y se los designará como:

1. Coordinador (a)
2. Asistente 1

3. Asistente 2
4. Circulante

### **Hemorragias obstétricas: primera, segunda y tercera etapa del trabajo de parto**

Es notable mencionar a Asturizaga citada por Sornoza (2022), que valoró, que no existe una definición universal de la Hemorragia Obstétrica (HO), porque no se ha establecido claramente, lo que constituye una pérdida sanguínea excesiva. De acuerdo al momento en que se presenta la hemorragia obstétrica se puede clasificar en hemorragia anteparto (HAP) y hemorragia posparto (HPP) (p. 289).

Entre las causas obstétricas de sangrado existen aquellas que se presentan antes del parto, durante trabajo de parto y posterior a éste.

- La atonía uterina es definida como causa indirecta debida a la infiltración de grasa del miometrio, que lleva a una disminución de la contractibilidad uterina y a una pobre progresión del parto; por lo tanto, se propone como un factor que aumenta la posibilidad de hemorragia severa.
- Los restos placentarios ocasionan el sangrado uterino persistente, secundario a la expulsión incompleta de la placenta, lo que impide una contracción uterina eficaz por lo que se presenta un sangrado persistente.
- El acretismo placentario se presenta cuando toda o parte de la placenta se implanta de manera anormal al miometrio, representa la unión anormal de la placenta a la pared uterina debido a la ausencia de la decidua basal y un desarrollo incompleto de la banda fibrinoide de Nitabuch. En tales casos, la extracción manual de la placenta, a menos que se realice escrupulosamente, produce una hemorragia posparto masiva.
- La inversión uterina consiste en la salida de la cara endometrial del útero hacia la vagina, y en su expresión máxima hacia la vulva. Los factores predisponentes de la inversión uterina son la hipotonía uterina, la implantación fúndica y las placentas accretas. El 60% se debe a maniobras precipitadas, como la tracción de cordón o una presión fúndica inapropiada.
- Trauma del canal de parto: asociado a un parto instrumentado, a la

presencia de un feto macrosómico, a un parto que ocurre antes de la dilatación cervical completa. La hemorragia transvaginal puede ser secundaria a laceraciones del cuello uterino o de la vagina, la severidad de estas lesiones varía de acuerdo con su extensión, desde una pequeña solución de continuidad en la mucosa hasta un desgarro cervical con extensión a parametrio. Se manifiesta con una hemorragia persistente pero menos cuantiosa que en la atonía y la retención de tejidos. Su reparación debe realizarse inmediatamente luego de constatarse el desgarro. Los Cervicales se suturan en quirófano bajo anestesia general y los vaginales o perineales pueden resolverse en sala de partos, poniendo atención a la formación de hematomas.

Después del nacimiento del bebé, un sangrado excesivo desde el útero es uno de los principales motivos de preocupación.

De igual manera la hemorragia postparto se clasifica en:

- **Primaria:** Aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas postparto obedecen a Inercia Uterina.
- **Secundaria:** Aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos.
- **Choque hipovolémico:** Se lo define como colapso circulatorio o un inadecuado volumen intravascular, en la clínica tenemos: hipotensión, una presión sistólica < 90, presión arterial media <60, así mismo la reducción del 30% de la presión arterial sistólica previa por 30 segundos.

Por lo general, la mujer pierde alrededor de medio litro de sangre en total durante y después del parto vaginal. Se pierde sangre porque algunos vasos sanguíneos se desgarran cuando la placenta se desprende del útero. Las contracciones del útero ayudan a cerrar estos vasos hasta que puedan curar. Generalmente, en una cesárea se pierde casi el doble de sangre que, en un parto vaginal, en parte porque es necesario realizar una incisión en el útero y durante el embarazo se bombea una gran cantidad de sangre hacia el útero.

Se considera que la pérdida de sangre es excesiva si se da alguna de las características siguientes durante las primeras 24 horas después del parto:



Se pierden más de 2 pintas de sangre (cerca de 1 litro).

- La mujer presenta síntomas de pérdida significativa de sangre, como presión arterial baja, ritmo cardíaco rápido, mareos, aturdimiento, fatiga y debilidad.
- La pérdida de una cantidad excesiva de sangre suele producirse poco después del parto, pero el riesgo subsiste hasta 1 mes más tarde.

La causa más frecuente de sangrado excesivo durante el alumbramiento:

- Un útero que no comienza a contraerse tras el alumbramiento y que, en cambio, permanece suelto y distendido (una afección llamada atonía uterina)
- Cuando el útero no comienza a contraerse después del alumbramiento, los vasos sanguíneos que se abrieron tras el desprendimiento de la placenta siguen sangrando.

Las contracciones pueden verse afectadas en las situaciones siguientes:

- Cuando el útero se ha distendido demasiado, el parto ha sido prolongado, anómalo o rápido, la mujer ha dado a luz cinco o más hijos, en anestésico relajante muscular durante las contracciones y el parto, de igual manera si las membranas que rodean al feto están infectadas (denominada infección intraamniótica),

El sangrado excesivo también puede ocurrir en las siguientes situaciones:

- En el momento que se rompe la vagina o el cuello uterino durante el parto
- El corte practicado durante una episiotomía se extiende demasiado
- La mujer presenta algún trastorno sanguíneo que interfiere en la coagulación
- Infección intraamniótica deriva en una infección del útero (denominada endometritis)
- Una parte de la placenta sigue dentro del útero después del alumbramiento.
- En raras ocasiones, si el útero se rompe o está vuelto del revés (útero invertido o retroversión uterina)
- El sangrado excesivo después de un parto puede aumentar el riesgo

de repetición de episodios similares en los partos siguientes.

- Los fibromas en el útero también pueden aumentar el riesgo.

Es relevante mencionar a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2023), la cual expone:

La hemorragia posparto (HPP) es una afección devastadora pero que se puede prevenir y que afecta a las madres y a sus hijos en todo el mundo. La HPP se produce cuando una madre sufre una hemorragia grave después del parto. Si no se trata rápidamente, puede ser mortal. La mayoría de las muertes por HPP podrían evitarse mediante el manejo activo de la tercera etapa del parto y la aplicación rápida y eficaz del paquete de primera respuesta (uso de uterotónicos, masaje uterino, reposición de líquidos y ácido tranexámico [TXA]) (p. 1).

CLAVE ROJA - Manejo de las hemorragias obstétricas en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención

Es importante señalar que en la guía de Score mama y claves obstétrica (2017), donde la clave obstétrica roja es el protocolo que se activa para el tratamiento y manejo del choque hipovolémico provocado por hemorragia transvaginales que pueden ser provocadas previo al parto, durante el parto, y posterior al parto. Ver (Figura 2)

**Figura 2.**

Protocolo de manejo Clave Roja.

**PROTOCOLO DE MANEJO CLAVE ROJA**

Identifique a la paciente con hemorragia con o sin signos de choque. Debido a que existe una subestimación de la pérdida sanguínea en la paciente, se utilizará la escala de Bashet para clasificar el grado de choque.

**Comunicar y activar:**  
Laboratorio y servicio de medicina transfusional de acuerdo al nivel de atención.  
Sala de cirugía, cirugía obstétrica.  
Servicio de cuidados intensivos.  
Tecnología ambulancia.  
Acciones a realizar.  
Realizar examen físico completo que incluya signos vitales completos y nivel de conciencia.  
Colocar traje antiblock no neumático, de acuerdo a disponibilidad.

Asegurar vía aérea. Proporcionar oxígeno suplementario para saturación sanguínea mayor a 90%.  
Asegurar dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 a N°20 realizar exámenes de laboratorio.  
Iniciar reposición de líquidos (XL) en infusión rápida con oxitocina.  
Largo bolsa de 500 cc según evaluación clínica hasta que la presión arterial sistólica (PAS) sea mayor 90 mmHg.

Si la paciente presenta choque severo. Transfunde 2 concentrados de glóbulos rojos previa realización de pruebas cruzadas, y en caso de no disponer pruebas cruzadas, se colocarán 2 unidades de GRH Negativo. Colocar sonda y colocar sonda vesical a drenaje con bolsa de recolección. Mantener atendida a la paciente. Activar la BIP para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad. Exámenes de laboratorio complementarios: Biometría hemática, Pruebas cruzadas (tipos de coagulación, fibrinógeno, función renal y hepática, Electrolytos, Gasometría. Realizar prueba de coagulación junto a la cama (tubo rojo 10ml).

Acciones a realizar según la causa de la hemorragia (GT): Ataxia uterina 1. inicio masaje uterino o compresión femoral paracentrales.

2. Administre uterotónicos si el caso lo amerita: Oxitocina 10 U/ml. Intramuscular (o 5 U/L Intravenoso lento) y 20-40 U/L en 1000 ml. de solución cristalinale en infusión intravenosa a 250 ml/h.  
Mifeprostol 800 mcg sublingual o vía oral o 800 mcg vía rectal.  
Methergonina o Ergometrina (en ausencia de preeclampsia) 0,2 mg IV, se puede repetir cada 2 a 4 horas, máximo 8 dosis (1 mg) en un periodo de 24 horas.

3 T: Trauma del tracto genital  
1. Realizar inspección visual de la cavidad  
2. Aplicar presión  
3. Realizar reparo de las lesiones.  
4. En caso de no obtener resultados satisfactorios, TRANSFERIR a establecimiento de mayor complejidad.  
5. No coloque uterotónicos.  
6. No intente remover la placenta  
7. TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva a un establecimiento de mayor complejidad.  
3 T: Retención placentaria  
1. TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva.

4 T: Coagulopatía  
TRANSFERIR a la paciente para resolución definitiva. Administrar ácido tranexámico a dosis de 1 g. IV (uno cada 6 horas) en caso de GT.  
Hemorragia posparto (HPP) secundaria a traumatismo de canal del parto.  
Suspecha trastorno de coagulación por historia clínica.  
HPP que no cede al manejo inicial con uterotónicos. En caso de hemorragia que no cede, colocar bolsa de compresión uterina, previa administración de antibiótico profiláctico.  
Si no obtiene un resultado satisfactorio en el manejo de esta patología, se debe realizar la TRANSFERENCIA de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad.

**Nota.** Adaptada de la *guía de Score mama y claves obstétrica* de Ministerio de Salud Pública del Ecuador(2017), <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

---

## Proceso de Atención de Enfermería

El profesional de Enfermería logra establecer un factor clave para certificar la calidad del cuidado, por ello la atención y cuidados, que se brinda en las mujeres durante el trabajo de parto, el parto y el postparto debe estar enfocado a promover el bienestar de la mujer y la del recién nacido, ya que el personal de salud está capacitado para, diferentes tipos de riesgos de hemorragias causadas por atonía uterina, en las que se logran presentar.

La práctica de la profesión enfermera debe basarse en sólidas evidencias científicas, en la experiencia profesional acumulada y en las preferencias del paciente, como elementos básicos para la consecución de todas las metas que tiene planteada esta profesión.

La enfermera debe asumir la necesidad de realizar todas las actuaciones profesionales necesarias encaminadas a mejorar la calidad y efectividad de los cuidados prestados a los usuarios, y para ello, además de utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus La práctica de la profesión enfermera debe basarse en sólidas evidencias científicas, en la experiencia profesional acumulada y en las preferencias del paciente, como elementos básicos para la consecución de todas las metas que tiene planteada esta profesión.

La enfermera debe asumir la necesidad de realizar todas las actuaciones profesionales necesarias encaminadas a mejorar la calidad y efectividad de los cuidados prestados a los usuarios, y para ello, además de utilizar la metodología enfermera de forma sistemática en todas sus intervenciones, debe utilizar un lenguaje y unos registros estandarizados que favorezcan la continuidad de las actuaciones y la eficacia del trabajo multidisciplinar.

De acuerdo con Castiblanco(2022), en relación a los diagnósticos de enfermería relacionados directamente con la HPP, es de relevante destacar que están orientados a la pérdida de volumen de líquidos y la inestabilidad hemodinámica que conlleva al deterioro de intercambio de gases, la hipotermia y disminución del gasto cardíaco; para lo cual las intervenciones planteadas en la taxonomía (NIC) se enfocan en brindar cuidados de calidad, todo esto con el fin de realizar un manejo y tratamiento oportuno para evitar complicaciones como la muerte.

- Valorar el sangrado
- Monitorizar constantes vitales: Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Frecuencia Respiratoria, Temperatura, Saturación de Oxígeno, cada 15 minutos por 2 horas
- Canalización de vías venosas, 2 vías de grueso calibre si es posible
- Emitir una orden para la realización de análisis de laboratorio, biometría hemática completa y perfil de coagulación.
- Administración del aporte de oxígeno por mascarilla conservar la temperatura anatómica corporal, evadiendo la hipotermia
- Colocación de catéter Foley, y la cual permite vigilar la orina, para favorecer la contracción uterina y evaluar la función renal.
- Realizar maniobra en la se manipula ante una atonía uterina
- Se debe restaurar los líquidos, cuando se haya obtenido pérdidas sensibles.
- Se facilita la debida precaución al momento de la transfusión sanguínea y de los elementos de coagulación.
- Chequear la medicación y los fluidos administrados y recogidos
- Asegurar a la pareja que la hemorragia no proviene de algún descuido de la madre.
- Aconsejar reposo en cama
- Apoyo emocional

### **Etapas de los procedimientos de enfermera paciente**

El profesional de enfermería cuenta con una herramienta de trabajo, como el proceso de atención de enfermería, que es un método sistemático que permite recoger la mayor información del paciente, para poder analizarla y posterior a este dar un diagnóstico prioritario y lograr plantear las intervenciones más adecuadas para finalmente poder evaluar los resultados de estos cuidados que se brindaron. Todo esto se realiza utilizando un lenguaje estandarizado propio de enfermería, con taxonomías como la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) (2021), la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) (2018) y la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) (2018), ya que son herramientas utilizadas por el profesional de enfermería como ayuda para su plan de cuidados con el paciente.

El Proceso de Atención de Enfermería Paciente es el método de toma de decisiones y resolución de problemas más documentado internacionalmente:

Este, se conforma de 5 fases:

- Valoración: examinación completa en donde permite recolectar y registrar datos, con el fin de poder obtener evidencias.
- Diagnóstico: permite hallar los problemas reales y de alto riesgo, en dónde profesional de salud está capacitado para generar un método de cuidado eficiente y eficaz al paciente.
- Planificación: como tercera etapa que es la de planificación, en donde se establece las debidas prioridades inmediatas de cada paciente
- Ejecución: se toman las debidas decisiones, y se establezcan prioridades, ya que, en la primera etapa de valoración, lo cual me permitió la recolección de datos, ya que el profesional de Enfermería pueda priorizar y atender su necesidad.
- Evaluación: permite obtener un juicio claro, hacia metas logradas. En la etapa de ejecución, es donde el profesional de Enfermería, pueda adquirir óptimas decisiones y atender la necesidad con humanismo y amor a cada paciente.

La enfermera en obstetricia aporta un papel fundamental en el manejo y apoyo continuo de la mujer en cualquiera de las situaciones anteriormente citadas ya que es el personal encargado de proporcionar cuidados tanto físicos como emocionales.

Entre sus intervenciones principales cabe destacar la valoración de la cantidad y características de la hemorragia, toma de constantes vitales, vigilancia de signos que manifiesten pérdida sanguínea excesiva y/o de infección, auscultación de frecuencia cardíaca fetal (si procede), colaborar en todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos prescritos, proporcionar mecanismos de afrontamiento a la situación, brindar apoyo emocional a la gestante y acompañante mediante la presencia continua de la matrona, explicar todos los procedimientos que se le realicen y preparar en caso necesario a la paciente para la pérdida fetal facilitando el proceso de duelo.

### **Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio**

El trastorno hipertensivo afecta al 6 al 10% de las gestantes, siendo una de las principales causas de aumento de la morbimortalidad materno perinatal, en el postparto se lo observa más frecuentemente en mujeres con pree-

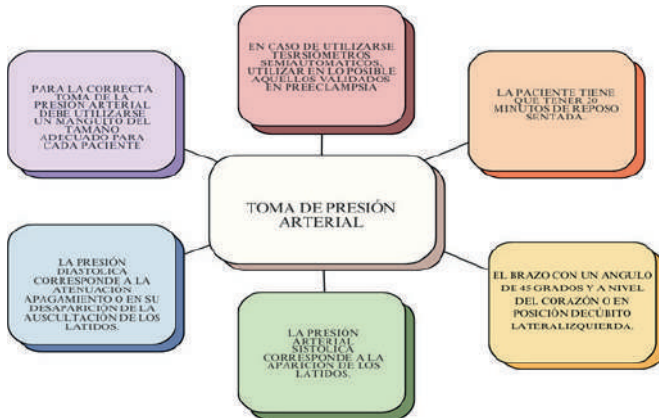
clampsia antenatal, hipertensión gestacional, hipertensión crónica preexistente, aquellas con parto pretérmino, niveles altos de uratos y por último las secundarias de novo. La mayoría de los trastornos hipertensivos del embarazo se resuelven después del parto, sin embargo, la historia natural de la hipertensión en el puerperio y el tiempo de normalización de la presión no son conocidos, por lo que se recomienda vigilancia de la presión arterial (figura 3) en este periodo, su aparición es más frecuente entre los 3 a 6 días del puerperio.

Es importante señalar que en la guía de Score mama y claves obstétrica (2017), la hipertensión en el embarazo: presión arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg y / o presión arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

De igual manera en la guía de Score mama y claves obstétrica (2017), hipertensión severa en el embarazo: presión arterial sistólica  $\geq 160$  mmHg y / o presión arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg, con base en el promedio por lo menos de 2 mediciones, tomadas al menos con 15 minutos de diferencia, utilizando el mismo brazo.

**Figura 3.**

*La toma de presión.*



**Nota.** Adaptado de *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas* de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud (2019), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>

Se nombran 2 tipos principales de hipertensión durante el embarazo (figura 4).

- La hipertensión que aparece por primera vez durante la gestación a partir de las 20 semanas, en el trabajo de parto o el puerperio y en la que la presión se normaliza después de terminar la gestación.
- El embarazo que acaece en mujeres con hipertensión crónica esencial o secundaria a otra enfermedad.

Hipertensión arterial (HTA) durante la gestación: Presencia de una presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, Se considera en rango de gravedad si: PAS  $\geq 160$  mmHg y/o PAD  $\geq 110$  mmHg.

**Figura 4.**

*Hipertensión en el embarazo.*



**Nota.** Adaptado de *Hipertensión en el embarazo* de Friel, L. (2022), <https://www.msmanuals.com/es-ve/professional/ginecología-y-obstetricia/complcaciones-no-obstétricas-durante-el-embarazo/hipertensión-en-el-embarazo>

La hipertensión posparto se define como presión arterial  $>140/90$ mmHg medida dos veces con diferencia de 4 horas entre el trabajo de parto y hasta



las 6 semanas postparto. De acuerdo al estudio, se clasificación de trastornos hipertensivos en el embarazo, Según la OPS/OMS (2019).

- Preeclampsia-Eclampsia: presencia de presión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg o presión sistólica mayor o igual a 140 mmHg (en 2 tomas separadas por 4 a 6 horas) y la presencia de proteinuria (definida como la evidencia de proteínas en orina mayor a 300 mg en 24 horas). Por la condición sindrómica de la preeclampsia, se ha eliminado la dependencia del diagnóstico a la presencia de proteinuria (figura 5).

### Figura 5.

#### La proteinuria.



**Nota.** Adaptado de *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas* de OPS/OMS(2019), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>

Teniendo en cuenta a Edroso (2018), la preeclampsia (PE) es una enfermedad propia del embarazo, parto y puerperio, que posee un origen multi-sistémico, el cual se relaciona fundamentalmente con un desarrollo anormal de la placenta y con la interacción de variados factores que llevan a daño endotelial. Siendo la tensión arterial el elemento diagnóstico y pronóstico más significativo, por su relación directa con la morbilidad y mortalidad tanto materna como perinatal.

La PE se define por tanto por hipertensión arterial (HTA) (mayor a 140/90 mmHg) y proteinuria (mayor de 0,3g en 24 horas) después de las 20 semanas de gestación.

En ausencia de proteinuria, la preeclampsia se diagnostica como hipertensión asociada a trombocitopenia (recuento de plaquetas menor de 100 000/ $\mu$ L), disfunción hepática (niveles elevados dos veces la concentración normal de las transaminasas hepáticas en sangre), aparición de insuficiencia renal (creatinina elevada en sangre mayor de 1,1 mg/dL o el doble de creatinina sanguínea en ausencia de otra enfermedad renal), edema pulmonar o trastornos cerebrales o visuales de novo. La aparición de un edema pulmonar añade severidad a una patología ya grave por definición (figura 6).

- Hipertensión gestacional: presencia de cifras tensiionales, sistólica y diastólica respectivamente, mayores o iguales a 140/90 mmHg sin proteinuria, detectada después de las 20 semanas de gestación o en ausencia de algún compromiso sistémico. Desaparece luego de los 3 meses postparto.
- Hipertensión gestacional: aparece de nuevo a partir de las 20 semanas de gestación (SG), no se acompaña de proteinuria ni otro signo de preeclampsia (PE) y las cifras vuelven a la normalidad antes de las 12 semanas postparto.
- Preeclampsia superpuesta a HTA crónica aumento brusco de la TA y/o de la proteinuria o aparición de signos o síntomas de afectación multiorgánica en una paciente con HTA crónica o proteinuria previa.

Es significativo señalar que en la guía de Score mama y claves obstétrica (2017), es definida la Preeclampsia (preeclampsia sin signos de gravedad): trastorno hipertensivo del embarazo sin criterios de gravedad ni afectación de órgano blanco.

De igual manera la Preeclampsia grave (preeclampsia con signos de gravedad): trastorno hipertensivo del embarazo con criterios de gravedad y/o afectación de órgano blanco. Definición de la guía de Score mama y claves obstétrica (2017).

**Figura 6.**

*Criterios de severidad en preeclampsia.*

Sistema	Criterio de severidad
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis hipertensiva: PAD igual o mayor a 110 mm Hg o más, ó PAS igual o mayor a 160 mm Hg en dos tomas consecutivas</li> </ul>
Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oliguria menor de 0.3 cc/kg/hora en 6 horas (menos de 500 cc/día)</li> <li>• Creatinina mayor de 1.1 mg/dL</li> <li>• Elevación al doble del nivel sérico de creatinina en ausencia de otra enfermedad renal</li> </ul>
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de inminencia de eclampsia: fosfenos, cefaleas, epigastralgia, visión borrosa u otras alteraciones cerebrales o visuales.</li> <li>• Eclampsia.</li> <li>• Accidente cerebrovascular</li> <li>• Desprendimiento de retina</li> </ul>
Respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema pulmonar</li> </ul>
Hematológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trombocitopenia (menor de 100.000 por microitro).</li> <li>• Hemoglobina aumentada en estados de hemoconcentración o disminuida en estados de hemólisis (HELLP).</li> <li>• Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) y/o Razón Internacional Normalizada (INR) prolongados</li> <li>• Coagulación intravascular diseminada</li> </ul>
Hepático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevación de los niveles de Aspartato Amino Transferasa (AST) o Alanino Amino Transferasa (ALT) dos veces por encima del valor normal</li> <li>• Láctico Deshidrogenasa (LDH) &gt; 600 U/L</li> <li>• Dolor en cuadrantes superior derecho.</li> <li>• Hematoma Subscapular</li> <li>• Ruptura hepática</li> </ul>
Placentarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desprendimiento de placenta</li> </ul>

**Nota.** Tomado de *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la salud* (2019), <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275320884-spa.pdf>. Todos los derechos reservados [2019] por Licenciatario.

Según Arigita (2020), en el Síndrome HELLP el diagnóstico se establece mediante la presencia de las anormalidades en los parámetros analíticos que constituyen el acrónimo del síndrome HELLP: hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia. Existen diferentes criterios diagnósticos, Figura 7, siendo los más ampliamente utilizados los descritos por Sibai en la clasificación Tennessee:

- Hemólisis: esquistocitosis, elevación del lactato deshidrogenasa
- (LDH) > 600 UI/l, aumento de la bilirrubina o disminución de la haptoglobina).
- GOT o GPT x2 veces el límite superior de normalidad.
- Plaquetas < 100.000/dl.

**Figura 7.**

*Parámetros de laboratorio en los principales criterios diagnósticos y clasificación del síndrome HELLP.*

	LDH	AST/ALT	Plaquetas
<i>Criterios Tennessee</i>	≥ 600 UI/L	≥ 70 UI/L	< 100x10 <sup>9</sup> /L
<i>Criterios ACOG</i>	≥ 600 UI/L	>2x límite alto normalidad	< 100x10 <sup>9</sup> /L
<i>Clasificación Mississippi</i>			
Clase I	> 600 UI/L	≥ 70 UI/L	≤ 50x10 <sup>9</sup> /L
Clase II	> 600 UI/L	≥ 70 UI/L	> 50x10 <sup>9</sup> /L y ≤ 100x10 <sup>9</sup> /L
Clase III	> 600 UI/L	≥ 40 UI/L	> 100x10 <sup>9</sup> /L y ≤ 150x 10 <sup>9</sup> /L

**Nota.** Tomado de *Síndrome HELLP: controversias y pronóstico* de Arigita Lastra, M., & Martínez Fernández, G. (2020), en revista de Hipertensión Riesgo Vascular (p. 147)

**Proteinuria**

Presencia de proteinuria, en ausencia de infección de orina y/o contaminación, mediante alguna de las siguientes opciones:

- Cociente proteína/creatinina ≥30 mg/mmol o >300mg/gr opción preferente.
- Proteínas en tira de orina ≥ 2 + en tira reactiva.
- ≥ 0,3 g (300 mg) /día (proteínas en orina de 24 hrs).

Una vez que se tiene el diagnóstico de proteinuria, no es necesaria su monitorización, dado que aporta poco valor a la estratificación de la severidad del trastorno y, por otra parte, no se incluye en las consideraciones de PE grave.

En el caso de pacientes con proteinuria sin hipertensión, deben ser seguidas estrictamente para detectar el desarrollo de la PE o de la patología renal, pero no tratadas como PE. Aproximadamente un 50% de mujeres con estas características desarrollarán PE en el curso de la gestación.

Donde la terminación de la gestación sigue siendo el único tratamiento definitivo para la preeclampsia y la opción terapéutica de elección ante cualquier paciente con preeclampsia a término o en gestación pretérmino con enfermedad grave no controlable.

**CLAVE AZUL - Manejo de los trastornos hipertensivos del embarazo con criterio de severidad en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención**

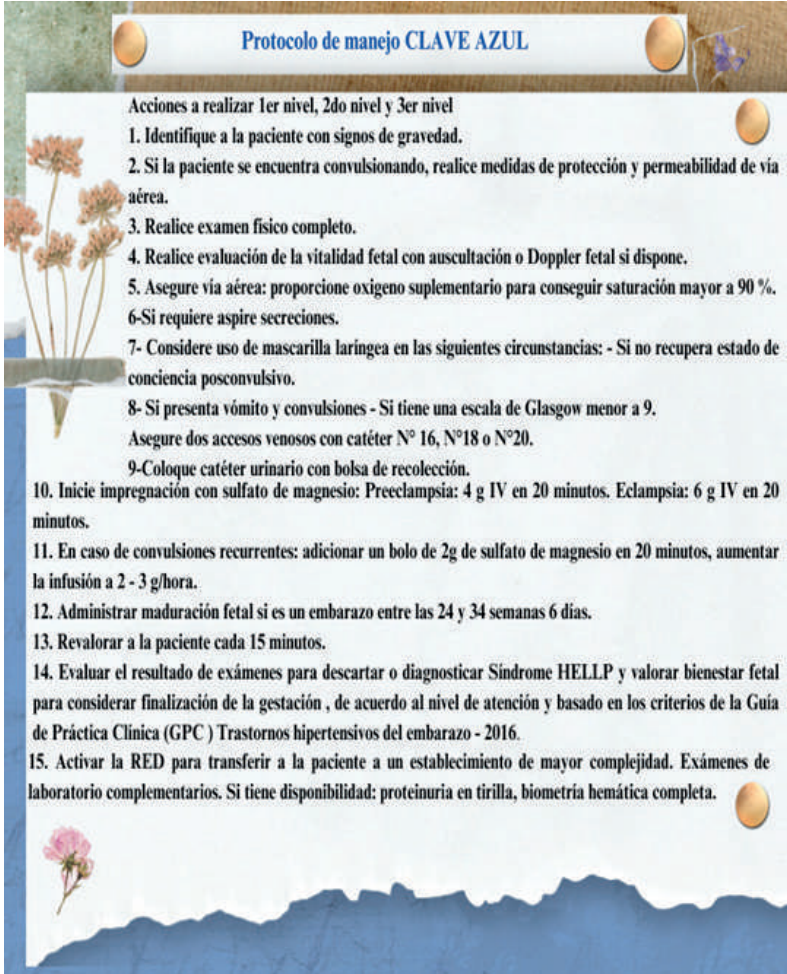
La guía de Score mama y claves obstétrica (2017), donde se denomina clave azul obstétrica a toda aquella emergencia relacionada con trastornos hipertensivos (hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp) durante el embarazo, parto, posparto y puerperio.

De igual manera se recomienda el uso del nifedipino como antihipertensivo de primera línea en crisis hipertensivas, ya que actúa como hipotensor y como protector neuronal previniendo así la eclampsia. El nifedipino debe usarse juntamente con el sulfato de magnesio en las activaciones de claves azules para evitar crisis convulsivas y por ende sufrimiento fetal.

El protocolo de clave azul además de un manejo farmacológico completo sugiere que se complemente siempre que la gestante se encuentre entre las semanas 24 a 34, la maduración pulmonar fetal, en el caso que la emergencia se complique y se necesite realizar la interrupción del embarazo. Ver (Figuras 8 y 9)

**Figura 8.**

*Protocolo de manejo Clave Azul.*



**Protocolo de manejo CLAVE AZUL**

Acciones a realizar 1er nivel, 2do nivel y 3er nivel

1. Identifique a la paciente con signos de gravedad.
2. Si la paciente se encuentra convulsionando, realice medidas de protección y permeabilidad de vía aérea.
3. Realice examen físico completo.
4. Realice evaluación de la vitalidad fetal con auscultación o Doppler fetal si dispone.
5. Asegure vía aérea: proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.
- 6-Si requiere aspire secreciones.
- 7- Considere uso de mascarilla laríngea en las siguientes circunstancias: - Si no recupera estado de conciencia posconvulsivo.
- 8- Si presenta vómito y convulsiones - Si tiene una escala de Glasgow menor a 9.  
Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16, N°18 o N°20.
- 9-Coloque catéter urinario con bolsa de recolección.
10. Inicie impregnación con sulfato de magnesio: Preeclampsia: 4 g IV en 20 minutos. Eclampsia: 6 g IV en 20 minutos.
11. En caso de convulsiones recurrentes: adicionar un bolo de 2g de sulfato de magnesio en 20 minutos, aumentar la infusión a 2 - 3 g/hora.
12. Administrar maduración fetal si es un embarazo entre las 24 y 34 semanas 6 días.
13. Revalorar a la paciente cada 15 minutos.
14. Evaluar el resultado de exámenes para descartar o diagnosticar Síndrome HELLP y valorar bienestar fetal para considerar finalización de la gestación , de acuerdo al nivel de atención y basado en los criterios de la Guía de Práctica Clínica (GPC ) Trastornos hipertensivos del embarazo - 2016.
15. Activar la RED para transferir a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad. Exámenes de laboratorio complementarios. Si tiene disponibilidad: proteinuria en tirilla, biometría hemática completa.

**Nota.** Adaptada de *la guía de Score mama y claves obstétrica* de Ministerio de Salud Pública del Ecuador(2017),<https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

**Figura 9.**

*Protocolo del manejo del Síndrome de Hellp.*



**Nota.** Adaptada de *la guía de Score mama y claves obstétrica* de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

**Proceso de enfermería**

Todas las mujeres durante la gestación necesitan acceso a la atención prenatal, atención especializada durante el parto, y a la atención en el puerperio. Aunque en muchas partes del mundo ha aumentado la atención prenatal en los últimos diez años, algunos los factores que dificultan el acceso o la búsqueda de la atención durante el embarazo son: la pobreza, la distancia a los centros sanitarios, la falta de información y la inexistencia de servicios adecuados.

El control prenatal es reconocido por su importancia en la reducción de la morbimortalidad materna y, para que sea eficaz debe de ser integral y continuo. La consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades que permiten el seguimiento de la gestante y se desarrolla en visitas programadas con el fin de controlar la evolución del embarazo y disminuir los riesgos. Cuando existe buena adherencia a este, se puede detectar y tratar las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno-fetal. El papel de la enfermería, está orientado hacia la educación para la salud, fortalecimiento del autocuidado, así

como proporcionar asistencia y evaluar los resultados. A la hora de planificar y ejecutar los cuidados, es importante tener en cuenta el grado de conocimiento de la mujer, las necesidades percibidas y las experiencias culturales.

### **Etapas del proceso de atención de enfermería**

El proceso de atención de enfermería se estructura en cinco etapas que se desarrollan de forma lógica, para brindar de manera oportuna, eficiente y eficaz los cuidados los mismos que están orientados al bienestar del paciente, el proceso de atención de enfermería no solo tiene una amplia y constante aplicación en todos los ámbitos relacionados al paciente, sino que también se lo aplica desde una visión física y biológica, sino también psicológica, social y espiritual.

#### **Primera etapa la Valoración**

Es la primera etapa para determinar el estado de salud e identificar los problemas reales y potenciales, es la base de todas las demás etapas del proceso enfermero.

La valoración va a depender del profesional en enfermería que la realice y el tipo de valoración que considere más adecuada de aplicar según la circunstancia del paciente, basándose en una teoría de enfermería en concreto, como Dothea Orem y sus postulados del autocuidado, Virginia Henderson con las necesidades básicas del paciente o en un marco teórico para la valoración como lo son los patrones funcionales planteados por Marjory Gordon.

#### **Segunda etapa Diagnóstico de Enfermería**

En esta fase el profesional de enfermería hace uso de su juicio crítico con el fin de obtener el diagnóstico más adecuado para el cuadro clínico del paciente. Ver (Tabla 1)

Para la identificación de la etiqueta diagnóstica se puede hacer uso de la taxonomía que se encuentra en Nursing Diagnosis Association International (NANDA) (2021), la cual se estructura en dominios, estos a su vez en clases y dentro de esta se encuentran ubicados los diagnósticos de enfermería.

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras que pretenden conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.



### **Tercera etapa planificación**

La tercera etapa inicia una vez identificados y planteados los diagnósticos de enfermería y culmina con las intervenciones del cuidado de enfermería. En esta etapa se plantean objetivos e intervenciones que vayan en pro de la mejoría del estado de salud del paciente.

Se obtiene mediante cuatro partes que son: selección de prioridades, mediante la cual se establece que parte foco de la fisiopatología del paciente se va a tratar primero; determinación de los resultados esperados, se plantean los objetivos que se buscara lograr con los cuidados que se realizara; determinación de las acciones, en esta parte se plantean las intervenciones más adecuadas que se deben aplicar al paciente y registro del plan; se elabora un reporte donde quede evidenciado todas las actividades que se realizan durante el proceso de atención.

Para plantear y formular los objetivos que se busca mediante el proceso de atención de enfermería, se utiliza la guía Nursing Outcomes Classification (NOC) (2021) ; mientras que para establecer las intervenciones el profesional de enfermería utiliza la guía Nursing *Interventions Classification* (NIC) (2021) la cual posee 542 intervenciones que incluyen 12.000 actividades.

### **Cuarta etapa Ejecución**

Esta etapa es tan significativa como las demás, en esta etapa el profesional de enfermería entra a atender directamente al paciente no solo con el objetivo de evaluar, sino para desarrollar sus intervenciones, verificar la correcta aplicación de estas actividades.

Al momento de ejecutar el proceso de atención de enfermería se debe tener en cuenta que las actividades deben ser seguras y éticas, y mostrar flexibilidad ya que el paciente mostrara constantes cambios en su estado de salud y recursos disponibles.

### **Quinta etapa evaluación**

La etapa final del proceso de cuidados enfermeros, es el momento en el que el profesional compara los resultados obtenidos de sus intervenciones con los objetivos de resultado que había previsto durante la planificación; formula un juicio e identifica los aspectos del plan que merecen ser revisados y ajustados.

---

### En PE con criterios de gravedad el manejo es el siguiente

Los controles recomendados en la visita inicial son los siguientes:

- Ingreso hospitalario.
- Reposo relativo.
- Dieta normoproteica, normosódico, normocalórica.
- Control de constantes: A horaria y, si el control de la PA es adecuado, cada 4-8 h, para permitir el descanso nocturno.
- Balance hidroelectrolítico.
- Control de peso diario.
- Control de la sintomatología materna.

Analítica seriada en función del estado de la paciente:

- Hemograma y fórmula, función hepática (transaminasas, LDH), función renal (creatinina, ácido úrico, urea y aclaramiento de creatinina) y pruebas de coagulación.
- Si hay LDH aumentada, descartar la presencia de esquistocitos.
- La proteinuria cuantitativa solo se realizará en el diagnóstico, no es necesaria la monitorización.

Valoración del bienestar fetal:

- Ecografía (valorar biometría fetal, líquido amniótico y *Doppler* fetoplacentario). Si es un feto con CIR, manejo según protocolo.
- Monitorización cardiotocográfica fetal a partir de la viabilidad fetal en función de la gravedad del cuadro. La variabilidad puede disminuir en presencia de tratamiento con SO<sub>4</sub>Mg.
- Maduración fetal (MF) con corticoides.
- Despistaje de estreptococo agalactiae.
- Profilaxis antitrombótica con heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis profilácticas.

Monitorización hemodinámica en casos graves que se realizará de forma multidisciplinar:

- Pulsioximetría materna.
- Monitorización respiratoria.
- Fluidoterapia: entrada total de líquidos menor de 2 litros al día.
- Si la dieta es absoluta, suero fisiológico a 40 ml/h es lo adecuado.

Tratamiento farmacológico

Tratamiento de la eclampsia

Conducta a seguir aplicación del protocolo ABCDE (vía aérea, respiración, circulación, lesiones y evaluación):

- Soporte vital: asegurar la vía aérea (cánula de Guedel) administrando oxígeno a 6 l/min y una vía endovenosa con balance hidroelectrolítico (control de diuresis mediante sondaje vesical).
- Decúbito lateral izdo. Administrar oxígeno a 6 l/min (mascarilla al 30%). Pulsioximetría materna.
- Control de la hipertensión con fármacos intravenosos, frecuencia cardiaca, saturación O<sub>2</sub>, electrocardiograma (ECG), sondaje vesical permanente.
- Control de las convulsiones.
- Evitar lesiones maternas debidas a las convulsiones.
- Hemograma y bioquímica completos, con función hepática y renal y cociente proteína/creatinina, pruebas de coagulación y pruebas cruzadas.
- Finalización de la gestación en las primeras 48h tras estabilizar a la paciente.

### **Control postparto**

Es necesario llevar a cabo un control exhaustivo materno, ya que dentro de la primera semana postparto pueden aparecer nuevas complicaciones graves. La hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede presentar un empeoramiento entre el tercer y el sexto día. HTAIE suele resolverse espontáneamente en las primeras 6 semanas postparto, permitiendo a la mujer quedarse sin tratamiento. Son muy pocos los casos en los que la TA

permanece elevadas, pasadas las 12 semanas postparto, diagnosticándose entonces de HTA crónica.

Se hará toma de TA cada 8 horas. El tratamiento hipotensor se suspenderá tras 48 horas de TA normales.

Debe controlarse de manera estricta el aporte de líquidos en esta fase, por el riesgo incrementado de exacerbación de la hipertensión y de edema de pulmón.

### **Alta a domicilio**

Se debe dar el alta cuando no presente sintomatología, la PA sea < 150/100 mmHg con/sin fármacos y la analítica sea estable. Recomendar un control diario de la PA ambulatoria con registro. Cita para control en su Centro de Salud en un plazo máximo de 7-10 días.

- Si la mujer se va de alta en la primera semana de puerperio, el control y la suspensión del tratamiento correrá a cargo de Atención Primaria.
- Si la mujer permanece ingresada > 1 semana, disminuirémos y/o suspenderémos el tratamiento si TA < 145/95 mmHg durante al menos 48 horas, habiendo tomado las constantes por turnos diariamente.

Acudir a Urgencias si 2 tomas consecutivas  $\geq$  145/95 mmHg, separadas por al menos una hora en reposo y habiendo tomado correctamente el tratamiento prescrito al alta; así como si aparecen signos o síntomas de alarma (cefalea, epigastralgia, visión alterada...).

Se recomienda acudir a las Urgencias Generales a las mujeres con HTA crónica, y a Urgencias a las mujeres que desarrollaron HTAIE.

En HTA grave o aquéllos que hayan tenido repercusión fetal, se debe realizar una visita de control en la Consulta atención primaria en la 6<sup>a</sup> y/o 12<sup>a</sup> semana postparto, solicitando una analítica con la función renal, el perfil hepático y, en los casos en los que persista la hipertensión, se remitirá a la paciente a la Unidad de Hipertensión.

**Tabla 1.**

*Los diagnósticos enfermeros y planificación de las intervenciones en mujeres embarazadas con Trastornos Hipertensivos.*

Diagnósticos enfermeros	Criterio de resultado (NOC)	Intervenciones enfermeras (NIC)
<b>Ansiedad (00146)</b>	La paciente verbalizará sus inquietudes y llevará un autocontrol de su nivel de ansiedad	Técnicas de relajación (5880)
<b>Exceso del volumen de líquidos (edemas en miembros inferiores) (00026)</b>	La paciente logrará disminuir los edemas en ambos miembros inferiores de grado moderado a grado leve.	Disminución de la ansiedad (5820)
<b>Deterioro de la eliminación urinaria</b>	Eliminación urinaria	Monitorización de los signos vitales (6680)
<b>Manejo inefectivo del régimen terapéutico (00078)</b>	La paciente aprenderá los cuidados para el desarrollo de su embarazo y reconocerá indicadores de riesgo	Terapia intravenosa (4200).
<b>Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062)</b>	La familia reconocerá los factores estresantes y afrontará los problemas	Manejo de la eliminación urinaria (0590)
<b>Riesgo de alteración de la diada materno/fetal (00209)</b>	La paciente llevará una conducta adecuada en el cumplimiento de las acciones necesarias para proporcionar el bienestar materno-fetal	Enseñanza: dieta prescrita (5614) Asesoramiento (5240) Educación sanitaria (5510) Facilitar el aprendizaje (5520) Fomento de implicación familiar (7110) Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800) Enseñanza: medicamentos prescritos (5616)

**Nota.** Tomado *Proceso de Atención de Enfermería en Mujeres Embarazadas con Trastornos Hipertensivos* de Mayorga Muentes, U. E., & Villamar de la Cruz, A. P. (2019) en repositorio digital de la Universidad Estatal de Milagro

### **Parto prematuro y complicaciones del parto**

Teniendo en cuenta a Iza (2022), donde se expone que:

El parto prematuro (PP) es definido como el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación y es la principal causa de morbilidad y mortalidad del recién nacido y también es una de las causas de mortalidad materna, por lo que se ha convertido no solo en un problema sanitario sino también social y económico en todo el mundo. (p. 395)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan completado 37 semanas de embarazo. Las subcategorías de recién nacidos prematuros, basadas en la edad gestacional, son:

- Prematuro extremo (menos de 28 semanas)
- Muy prematuro (de 28 a 32 semanas)
- prematuro entre moderado y tardío (de 32 a 37 semanas).

Los niños pueden nacer de manera prematura debido a un trabajo de parto prematuro espontáneo o por indicación médica, a fin de planificar la inducción del parto o adelantar un parto mediante cesárea.

### **Factores que podrían aumentar el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto**

- Se considera que las mujeres que ya tuvieron un parto prematuro o que tuvieron trabajo de parto prematuro con anterioridad corren más riesgo tener trabajo de parto y parto prematuros.
- Estar embarazada de mellizos, trillizos o más (llamados embarazos múltiples) o utilizar tecnología de reproducción asistida se asocia con un riesgo más alto de tener trabajo de parto y parto prematuros.
- Las mujeres con determinadas anormalidades en los órganos reproductores corren más riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros que las mujeres sin estas anormalidades.

Determinadas enfermedades, incluidas algunas que ocurren solo en el embarazo, también hacen que una mujer corra más riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros. Algunas de estas enfermedades incluyen:

- Infecciones del tracto urinario
- Infecciones de transmisión sexual (STI por sus siglas en la inglé)
- Determinadas infecciones vaginales como la vaginosis bacteriana en el contenido de la inglé y la tricomoniasis en el contenido de la inglé
- Presión arterial alta
- Sangrado por la vagina
- Determinadas anormalidades del desarrollo en el feto
- Embarazo que resulta de la fecundación in vitro

- Tener peso bajo u obesidad antes del embarazo
- Período de tiempo breve entre los embarazos (menos de 6 meses entre el parto y el inicio del embarazo siguiente)
- Placenta previa, una enfermedad en que la placenta crece en la parte más baja del útero y cubre toda o parte de la abertura del cuello uterino
- Tener riesgo de ruptura del útero (cuando la pared del útero se desgarran). La ruptura del útero es más probable si tuvo un parto por cesárea anterior o si se le extirpó un fibroma uterino
- Diabetes (niveles altos de azúcar en la sangre) y diabetes gestacional (que ocurre solo durante el embarazo)
- Problemas de coagulación sanguínea

Otros factores que podrían aumentar el riesgo de tener un trabajo de parto y un parto prematuros incluyen:

- Origen étnico. El trabajo de parto y el parto prematuros son más frecuentes en algunos grupos raciales y étnicos determinados. Los bebés de madres afroamericanas son un 50% más propensos a nacer prematuros que los bebés de madres blancas.<sup>4</sup>
- Edad de la madre.
- Las mujeres menores de 18 años tienen más probabilidad de tener un parto prematuro.

Determinados factores vinculados al entorno y al estilo de vida como:

- Recibir atención médica tardía o nula durante el embarazo
- Hábito de fumar
- Beber alcohol
- Consumir drogas ilegales
- Violencia doméstica, incluido abuso físico, sexual o emocional
- Falta de apoyo social
- Estrés
- Horas de trabajo extensas con largos períodos de pie
- Exposición a determinados contaminantes ambientales

## Complicaciones del parto

Las complicaciones durante un embarazo pueden surgir como un agravamiento de una enfermedad ya existente en la mujer antes de la gestación. Sin embargo, hay ciertos problemas que aparecen por primera vez en el periodo de embarazo.

- En ocasiones, las contracciones durante la dilatación no son efectivas, el útero pierde capacidad y eso condiciona que el parto se estanque y no progrese como es debido, dando lugar a un parto prolongado (cuando dura más de 14 horas para primíparas o más de nueve para las múltiparas).
- Parto prematuro (antes de las 37 semanas de gestación) por rotura prematura de membranas, anomalías uterinas, enfermedad de la madre, malnutrición, infecciones u otras causas desconocidas.
- Sufrimiento fetal, situación que se da cuando hay un descenso o interrupción del flujo de oxígeno por complicaciones en el parto del tipo prolapso de cordón (cuando aparece el cuello uterino antes que el bebé, problemas en la placenta, presencia de meconio en el líquido amniótico).
- La posición del feto o la longitud o las vueltas de cordón umbilical pueden suponer (no en todos los casos) una dificultad para el proceso normal del parto. De la misma manera, durante el posparto es importante la supervisión, aunque gracias a una mayor higiene y a una mejor nutrición la mujer sea menos vulnerable a infecciones o problemas físicos posparto.

## Proceso de enfermería

En proceso de atención de Enfermería se debe realizar una valoración integral de la paciente para conocer cuáles son sus necesidades básicas dando principal importancia a la ansiedad y al déficit de conocimientos de la situación en la que se encuentra y de todo lo que conlleva dar a luz un bebé pretérmino o algunas complicaciones que se puedan presentar en el parto.

El proceso de atención de Enfermería, representa una metodología fundamental para prestar los cuidados al paciente; su enfoque recae en los resultados esperados y obtenidos en el individuo, su proceso consiste en cinco etapas las cuales son, valoración, planeación, diagnóstico, ejecución y evaluación. De igual manera existen taxonomías llamadas NANDA, NIC y NOC (2021), en la cual se utilizan de forma independiente con el objetivo de apoyar de modo teórico el proceso de Enfermería.



- Valoración: en esta etapa se recoge e interpreta la información más relevante del paciente a través de la anamnesis y examen céfalo-caudal, se identifica a la persona desde sus dimensiones, en la cual se describe su situación biopsicosocial en la que se encuentra, en el aspecto físico se observa las necesidades afectadas, los valores, la relación que establece con la enfermera y familia, en la situación emocional y espiritual se contempla lo que siente y manifiesta en relación a la enfermedad, en la dimensión social se observa la relación con el entorno que lo rodea.
- Diagnóstico: la enfermera emite un juicio clínico sobre el estado de salud de la persona, familia y comunidad pueden ser reales o potenciales proporcionan la base para elegir las intervenciones de Enfermería y luego conseguir resultados. Un diagnóstico de Enfermería según la taxonomía NANDA (2021) está compuesta por los siguientes elementos:
  1. Problema: manifiesta el problema o respuesta que presenta la persona es decir los signos y síntomas que se evidencian y lo describe de forma clara y precisa.
  2. Etiología: se refiere a los factores de riesgo en la cual se presenta el problema de salud es el factor relacionado con el diagnóstico.
  3. Signos y síntomas: es la manifestación o evidencia clínica del problema o respuesta.
- Planificación: se establece los cuidados prioritarios de acuerdo a los recursos disponibles que cuenta la enfermera con el objetivo de solucionar el problema de salud del paciente.
- Ejecución o Intervenciones: se aplican el plan de cuidados en la que incluye al paciente y familia encaminados a resolver las necesidades de salud afectadas en el individuo.
- Evaluación: se evalúan los resultados alcanzados en relación a las intervenciones empleadas mediante criterios de eficacia y eficiencia de sus resultados.

Los cuidados prenatales que ofrece enfermería tienen como objetivo garantizar la atención prenatal adecuada, así como la vigilancia del crecimiento y desarrollo del futuro bebé fomentando una maternidad sin riesgos. La contribución de la enfermería en este ámbito es educar a la mujer embarazada y

promover el cuidado de su salud sobre todo en los casos que puedan alterar el curso fisiológico del embarazo como son los embarazos de alto riesgo a amenazas de partos prematuros

Es imprescindible conocer las intervenciones a realizar por parte del personal de enfermería y los efectos adversos de la medicación para poder actuar lo antes posible si la situación lo amerita.

El manejo de la A.P.P va dirigido

- Reducir las contracciones uterinas (administración de tocolíticos).
- Inducir la maduración pulmonar fetal (corticoides).
- Identificar y tratar la causa de la A.P.P.

Autocuidado

- Disminución de la ansiedad.
- Técnicas de relajación.
- Fomentar el sueño: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
- Manejo ambiental: manipulación del entorno de la paciente para facilitar una comodidad óptima.
- Informar sobre una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.
- Regulación de la energía: para tratar o evitar la fatiga.
- Enseñar a la gestante a detectar posibles síntomas de APP

Apoyo emocional

- Potenciación de roles: ayudar a la paciente y a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos.
- Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares.
- Estimular la cohesión y la unidad familiar.
- Facilitar la participación de la familia en el cuidado emocional y físico de la paciente.
- Fomento de la paternidad: proporcionar información sobre la paternidad, apoyo y coordinación de servicios familiares de alto riesgo.

## Infección puerperal

La fiebre puerperal es la manifestación clínica de una infección en la mujer después de haber dado a luz.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020)

La septicemia aparece como respuesta a una infección. Si no se reconoce a tiempo y gestiona con prontitud, puede provocar choque séptico, insuficiencia multiorgánica y la muerte. Los pacientes críticamente enfermos con una modalidad grave de la COVID-19 y otras enfermedades infecciosas corren un mayor riesgo de evolucionar hacia una septicemia y morir. (p. 1)

### **CLAVE AMARILLA - Manejo de sepsis y choque séptico obstétrico en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención**

Es importante señalar que en la guía de Score mama y claves obstétrica (2017), es el protocolo que se activa para el tratamiento y Manejo de sepsis y choque séptico obstétrico en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención. Ver (Figura 10)

#### **Figura 10.**

*Protocolo de manejo Clave Amarilla.*

**Protocolo de manejo CLAVE AMARILLA**  
**Acciones a realizar**

Identifique signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS), por la presencia de 2 o más de las siguientes variables (10):  
Temperatura mayor a 38 °C o menor a 36 °C.  
Frecuencia cardíaca mayor a 90 lpm.  
Frecuencia respiratoria mayor a 20 por minuto o presión parcial de dióxido de carbono (PaCO<sub>2</sub>) menor a 32 mmHg (costa) o menor de 28 mmHg (sierra).  
Glóbulos blancos > 12.000/ul o < 4.000/ul o > 10 % de formas inmaduras.  
Si sospecha caso de sepsis realizar (Quick SOFA por sus siglas en inglés) (10): Alteración del nivel de conciencia.  
Frecuencia respiratoria mayor a 22 por minuto.  
Presión arterial sistólica menor a 100 mmHg.

The infographic features several medical icons: a magnifying glass at the top right, a blood pressure monitor and pulse oximeter in the middle right, and a thermometer at the bottom right.

## Active la CLAVE AMARILLA y conforme el equipo de acuerdo a la disponibilidad.

Si la paciente presenta signos de Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) y un foco infeccioso demostrado o muy probable (ej: tos con expectoración amarillenta supone neumonía), entonces inicie el manejo de la sepsis.

Realice examen físico completo que incluya signos vitales y nivel de conciencia.

Monitoreo continuo de signos vitales cada 15 minutos.

Realice escala de sepsis obstétrica para determinar si la paciente requiere manejo por unidad de cuidados intensivos.

Dependiendo del establecimiento de salud en donde se encuentre, si la paciente requiere unidad de cuidados intensivos, se deberá ACTIVAR INMEDIATAMENTE LA RED para realizar la TRANSFERENCIA de la paciente.

A la paciente gestante evalúele la vitalidad fetal mediante auscultación o Doppler fetal si dispone. Asegure la vía aérea: proporcione oxígeno suplementario para conseguir saturación mayor a 90 %.

Asegure dos accesos venosos con catéter N° 16 o N°18 o N°20.

Coloque catéter urinario a drenaje con bolsa de recolección.

No retrase el traslado.

Inicie la reanimación.

Metas de reanimación hemodinámica inicial (6 horas) de acuerdo a nivel de complejidad:  $\geq$  Presión arterial media  $\geq$  65mmHg.

Gasto urinario  $\geq$  0.5 ml/kg/hora.

Saturación venosa central mixta (vena cava superior)  $>$  65%  $\geq$

Presión venosa central 8 a 12 mmHg.

Lactato sérico  $<$  2 mmol.

Iniciar administración de líquidos cristaloides con un bolo inicial de 30 ml/kg en caso de hipotensión o signos de hipoperfusión (lactato  $>$ 2, piel marmólea, llenado capilar lento  $>$ 2", confusión) y revalorar la respuesta hemodinámica.

Administrar protector gástrico: ranitidina 50 mg IV cada 8 horas u omeprazol 40 mg IV cada 12 horas según disponibilidad.

Realizar los siguientes exámenes de laboratorio:  $\geq$  Biometría hemática completa con conteo de plaquetas  $\geq$  TP, TTP.

Grupo sanguíneo y factor Rh.  $\geq$  Lactato sérico.  $\geq$  Función renal y hepática.  $\geq$  Glicemia  $\geq$

Fibrinógeno  $\geq$  EMO, urocultivo.  $\geq$  Hemocultivos para anaerobios y aerobios (2 tubos).  $\geq$  Cultivo de nasofaringe y secreción vaginal.  $\geq$

Gasometría arterial.

Iniciar administración de antibiótico de amplio espectro en la primera hora de atención, sin que la obtención de los cultivos retrase su administración, caso contrario iniciar tratamiento empírico con monoterapia de amplio espectro, según nivel de atención. (9,38).

Nota: El esquema I es un esquema básico que se ha establecido dentro del KIT AMARILLO.

Los otros esquemas pueden ser utilizados y ser incluidos dentro del kit según el nivel de atención y según la disponibilidad del establecimiento de salud.

**Esquema 1**

**Este es el esquema básico del KIT AMARILLO:**

Penicilina 5'000.000 IV cada 4 horas

+

Metronidazol 500 mg IV e/8h

+

Gentamicina 80 mg IV cada 8 horas

TRANSFIERA a la paciente a un establecimiento de mayor complejidad

**Esquema 2:**

Ampicilina/sulbactam 3gr IV cada 6horas

+

Clindamicina 900mg IV cada 8horas más

+

Gentamicina 1,5mg/kg IV y luego 1mg/kg cada 8horas mg

**Esquema 3:**

Ceftriaxona 1 g IV cada 12 horas

+

Metronidazol 500 mg IV cada 8 horas

o

Clindamicina 600 mg IV cada 6 horas

**Esquema 4:**

Piperacilina/tazobactam 4,5 g IV cada 6 horas.

Si a pesar de la administración adecuada de líquidos la hipotensión persiste (PAS menos de 90 mmHg), se deberá considerar la administración de vasopresores. La elección del fármaco vasopresor dependerá del nivel de atención.

Prepare dopamina para infusión, iniciar a dosis de 10 mcg/kg/min.

Preparación: 400 mg (2 ampollas) + 250 ml Dextrosa 5% en agua o solución salina 0,9 % (Dilución equivalente: 1600 mcg/ml). (39)

Mcg/kg/min	Peso del paciente en kilos
	2.5 5 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
2 mcg	- - - 1.5 2 3 4 5 5 6 7 8
5 mcg	- 1 2 4 6 8 9 11 13 15 17 19
10 mcg	1 2 4 8 11 15 19 23 26 30 34 38
15 mcg	1,4 3 6 11 17 23 28 34 39 45 51 56
20 mcg	2 4 8 15 23 30 38 45 53 60 68 75

microgotas /min o ml/h

Prepare norepinefrina para infusión, e inicie de manera progresiva desde la dosis más baja.

Preparación: 4 mg (1 ampolla) + 250 ml

Dextrosa 5% en agua o solución salina 0.9% (Dilución equivalente: 16 mcg/ml). Incremente la dosis cada 10 minutos dependiendo de la respuesta PAS mayor a 90 mmHg. (39)

Dosis en mcg/min	0.5 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
microgotas/min o ml/h	2 4 8 11 15 19 23 26 30 34 38 41
Dosis en mcg/min	12 13 14 15 16 17 18 19 20 25 30
microgotas/min o ml/h	45 49 53 56 60 64 68 71 75 94 113

Pruebas de imagen Realizar exámenes de imagen de acuerdo a foco infeccioso.

Manejo del feto Paciente crítica: se debe considerar extracción del feto si es beneficioso para la madre y el feto.

La decisión sobre el tipo de procedimiento será evaluado por el ginecólogo de mayor experiencia, con la posterior consulta con la madre para la toma de decisión, dependiendo el estado materno, la edad gestacional y la viabilidad fetal.

**Nota.** Adaptada de *la guía de Score mama y claves obstétrica* de Ministerio de Salud Pública del Ecuador(2017), <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

La infección puerperal es debida a las heridas o complicaciones ocasionadas en el aparato genital durante el parto y, en el pasado, era una de las principales causas de muerte materna.

La aparición de fiebre en los días posteriores al parto no siempre es indicativa de una infección o sepsis puerperal. Para considerarse como tal, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. La fiebre es igual o superior a los 38 °C en al menos 2 ocasiones separadas de un intervalo de 6 horas.
- b. La fiebre aparece entre las 24 horas después del parto y las 6 semanas siguientes, periodo conocido como puerperio.
- c. En las primeras 24 horas después del nacimiento del bebé, la temperatura debe ser superior a los 38.5 °C para considerar que tiene relevancia clínica.

Durante el diagnóstico de una infección puerperal, es necesario identificar el foco de infección, por una parte, y cuál es el agente causante por otra, es decir, los microorganismos infecciosos.

De igual manera, se tendrá que valorar los posibles factores de riesgo intrínsecos de la madre, así como los factores de riesgo relacionados con el parto. Además, de llevar a cabo una exhaustiva exploración física, incluyendo las mamas y la revisión vaginal.

Hablando de su etiología, son de naturaleza polimicrobiana y la mayoría de estos habitan en el tracto genital de la mujer, su patogenicidad aumenta por efecto sinérgico de la combinación microbiana y de los factores predisponentes. En ciertos casos la virulencia de los gérmenes es alta, y producen inmunosupresión causando la invasión de bacterias en la cavidad; aquellos gérmenes que en la mayor parte del tiempo producen infección puerperal se encuentran:

- Estreptococos (A, B, C)
- Enterococos
- Klebsiella
- Escherichia coli
- Gardnerella vaginalis
- Staphylococcus aureus

Por lo tanto, una combinación de estos gérmenes con factores de riesgo como, la desnutrición, anemia, obesidad, enfermedades crónicas debilitantes, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes y bajo nivel socioeconómico aumentan el riesgo de infección. También se debe tomar en cuenta aquellos

factores de riesgo específicos; durante el parto, se consideran los siguientes: tactos vaginales múltiples, corioamnionitis, parto instrumentado (el uso de fórceps), desgarros cervicales y vaginoperineales mal suturados, revisión manual de la cavidad uterina.

En cuanto a los factores que inciden durante la cesárea están las siguientes: técnica quirúrgica inadecuada, técnica quirúrgica prolongada, ruptura prematura de membrana de más de seis horas y cesárea de urgencia.

La infección uterina posparto o sepsis puerperal, conocida también como endometritis, *endomiometritis* y *endoparametritis*, por su anatomía; es una infección comúnmente ocasionada por gonococos o estreptococos hemolíticos. Estos organismos invaden directamente a los órganos genitales externos o internos que afecta la capa mucosa del útero, pudiendo extenderse al miometrio e incluso comprometiendo los diferentes órganos asociados al parto vaginal o cesárea.

Su hallazgo clínico es la presencia de fiebre mayor de 38 °C, taquicardia, leucocitosis mayor de 14,000 unidades por milímetro cúbico de sangre, subinvolución uterina, dolor abdominal bajo, flujo/secreciones fétidas, en un periodo que puede extenderse hasta 43 días postparto o cesárea. Cuando se ve afectado el parametrio (parametritis), el dolor y la fiebre son más intensos; el útero es más grande y doloroso, la base del ligamento ancho se indura, y la inflamación alcanza las paredes pelvianas o el fondo de saco posterior.

La incidencia de la endometritis aumenta cuando se realiza una cesárea, después de un trabajo de parto o ruptura prematura de membranas seguido de trabajo de parto prolongado de varias horas.

La incidencia de la endometritis se ve afectado por el modo de extracción del feto:

- Partos por vía vaginal: 1 a 3%
- Cesáreas programadas (antes de que comience el trabajo de parto): 5 a 15%
- Cesáreas no programadas (después que se inicia el trabajo de parto): 15 a 20%
- Las características de las pacientes también aumentan la incidencia.

La etiología de la endometritis es multifactorial, puede surgir después de una corioamnionitis, durante el trabajo de parto o en el postparto, los principales factores predisponentes son:

- Rotura prolongada de membranas
- Monitorización fetal interna
- Cesárea
- Trabajo de parto prolongado
- Examen digital repetido
- Retención de fragmentos placentarios en el útero
- Hemorragia postparto
- Colonización del tracto genital inferior
- Vaginosis bacteriana

Los cuidados de enfermería que se brindarán a las pacientes con endometritis puerperal se basarán en los signos y síntomas que presenten, mediante un control y valoración de signos vitales, educación a las madres en medidas de higiene, un correcto lavado de manos para evitar la diseminación de microorganismos, administración de medicamentos para aliviar el dolor, brindar medidas de higiene/confort y bajar la fiebre tanto por métodos no farmacológicos como farmacológicos.

De igual manera se señala que las heridas que se producen en el parto para ayudar a la extracción del bebé tienen riesgo de infectarse, una de estas lesiones es la episiotomía, ésta es una incisión realizada en el periné y vagina, con el objetivo de ampliar las partes blandas y facilitar la expulsión del producto durante el parto. Así como la sutura de una incisión para cesárea, que es realizada en la pared abdominal y uterina para extraer el producto.

Las infecciones de episiotomía se presentan entre el 0.5% al 3% de los casos. No obstante, la realización de una episiotomía representa una reducción en el número de púerperas con traumas perineales. Entre los síntomas más comunes que refieren las mujeres postparto, se encuentra el dolor perineal, edema, secreción purulenta o hematoma perineal y fiebre.

Tras una cesárea la complicación más común es la infección de la herida quirúrgica, se presenta en alrededor de 19,7%, con un riesgo entre 5 a 10 veces mayor que en un parto vaginal. La incidencia de infección de la herida quirúrgica post-cesárea es de 3 a 15%, durante los primeros 30 días del procedimiento quirúrgico.

Esta infección se presenta en cualquier nivel de la incisión (superficial o profunda), pudiendo ser provocadas por una variedad de microorganismos



como Streptococcus del grupo A o B en las primeras 48 horas, mientras que las infecciones subsecuentes pueden ser por Staphylococcus epidermis o aureus, Echerichia coli o Proteus mirabilis.

Los signos y síntomas que se presentan son: fiebre mayor a 38°C post cesárea, estado general comprometido, cefalea, náusea y vómito, escalofríos, taquicardia, deshidratación; herida sensible, dolorosa, con eritema y edema más allá del borde de la incisión, endurecida con secreción serosa, sanguinolenta o purulenta.

La principal causa de infección es la dehiscencia de la sutura, falta de asepsia, así como la falta de autocuidado, por esta razón la intervención de enfermería se enfatiza en la vigilancia de la piel a nivel de la herida, así como la educación sobre los signos de infección y el fomento del autocuidado especialmente al momento del alta.

Por otro lado, como acciones preventivas para disminuir los riesgos de infecciones de heridas (episiotomía y cesárea), se debe considerar las medidas de higiene que garantizan la seguridad en los procedimientos, normas de asepsia y antisepsia, lavado de manos, uso de equipo de protección personal, profilaxis antibiótica para la ruptura prematura de membranas, valoración integral de la paciente, revisar la zona perineal para ver su evolución así como la vigilancia de heridas suturadas; la educación a la paciente para su autocuidado como la higiene diaria, si presenta una episiotomía es necesario recordarle que no hay que tocar la herida y realizar el aseo de esta área sin antes haber realizado un adecuado lavado de manos y no utilizar prendas apretadas.

Otras de las infecciones puerperales más frecuentes con un 33% es la mastitis esta es una inflamación de uno o varios lóbulos de la glándula mamaria, con o sin infección, desencadenada por la estasis de leche materna, así mismo el trauma en el pezón durante la lactancia es una importante puerta de entrada a los agentes causales de la mastitis. Ocurre en los tres primeros meses del puerperio, especialmente entre la segunda y tercera semana.

La mastitis se clasifica en: no infecciosa, ocurre cuando se inflama la mama por estasis de leche principalmente por un mal vaciado, esto puede desencadenar una mastitis infecciosa. La mastitis infecciosa, se produce por la infección localizada polimicrobiana de la mama a consecuencia de la ingurgitación mamaria, generalmente es unilateral. El microorganismo más frecuente es el estafilococo áureo, la forma de contagio de estos microorganismos son aquellas que favorecen la infección a través de las manos y la vestimenta, hasta las fisuras o grietas del pezón.

Una de las complicaciones que se puede presentar es el absceso, este se origina debido a un retraso inicial del tratamiento, se caracteriza por un nódulo definido, eritema, dolor; su

tratamiento es intensificar los antibióticos y eliminar el contenido purulento a través de la aspiración con aguja o un drenaje quirúrgico.

Los factores que predisponen la mastitis, incluyen circunstancias que inhiben el adecuado vaciamiento de la leche además de factores maternos, estos son:

- Retención de leche
- Obstrucción de los conductos lactíferos
- Falta de evacuación mamaria frecuente (es importante la evacuación completa de cada glándula mamaria, considerando además el beneficio para el recién nacido respecto a la calidad de la leche)
- Separación entre la madre y el recién nacido las primeras 24 horas de vida (complicaciones posparto maternas o neonatales)
- Separación de tomas de forma súbita (puede deberse a una enfermedad agravante de la madre o del lactante, condicionando a una separación necesaria para evitar complicaciones)
- Agarre inadecuado del niño con extracción ineficaz de la leche (debido a un desconocimiento especialmente en madres primerizas, tienen miedo de que su bebé se asfixie mientras amamanta; se considera como punto de partida la educación de la técnica de lactancia materna)
- Hospitalización prolongada del neonato sin que pueda succionar el seno materno por sí mismo (dado la edad gestacional del recién nacido o por la presencia de alteraciones anatómicas o enfermedades congénitas; la asistencia de la madre se traduce en la visita a su hijo ya que se restringe el tocarle y amantarlo).

#### Factores maternos

- Disminución de las defensas maternas relacionadas con el postparto y el estrés (debido a que la madre está más susceptible a infecciones y puede existir afecciones psicológicas que incidan negativamente en el rol de la puerpera entre otras cosas por la baja de hormonas)
- Mastitis previa

- Portadora de Staphilococcus Aureus en la nariz del bebé
- Variaciones en la anatomía de la mama (pezón plano o pezón invertido), entre otros.
- Bombas de extracción de leche en madres con bebés internados en la Unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) (pueden producir lesiones en las mamas, disconfort al usar estos equipos, inadecuado vaciamiento)
- Higiene inadecuada de los sets de extracción de leche (transmisión de microorganismos)
- Higiene inadecuada de manos y pezones (favorece la transmisión de microorganismos patógenos tanto para la madre como para el lactante)
- Uso de pomadas antifúngicas (uso excesivo puede irritar los pezones y conllevar a una infección)

La sintomatología que se puede presentar es fiebre de entre 39 a 40°C, eritema, inflamación y calor en la mama, además de un endurecimiento en la superficie mamaria. También puede haber cambios sistémicos como: decaimiento, dolores articulares, escalofríos y náuseas.

Para el tratamiento de la mastitis, no es necesario suspender la alimentación del lactante, el masaje y aplicación de calor húmedo sobre el seno antes de la lactancia contribuye a la dilatación de los conductos de la glándula mamaria, por otro lado, la aplicación de compresas frías alivia el dolor mientras no se esté amamantando; si la mama presenta grietas o heridas estas aumentan la probabilidad de una infección.

La presencia de secreción purulenta o masas dolorosas requieren aspiración con jeringa, cuyas muestras son enviadas a laboratorio; se inicia antibióticos y antiinflamatorios. La intervención de enfermería va dirigida a brindar la información correcta y apoyo emocional de acuerdo a las necesidades de la madre lactante, es necesario que conozca que la mastitis no limita ni niega el amamantamiento, se deberá llevar un seguimiento rutinario de la lactancia materna basada en la higiene y orientada a la prevención de cualquier complicación relacionada con ella.

El proceso de atención de enfermería ha sido acompañada del desarrollo a nivel internacional de la clasificación de enfermería de la North American Diagnosis Association (NANDA) (2021), Nursing Outcomes Classification

.....

(NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) (2021), siendo estas consideradas un lenguaje estándar y una herramienta básica para el profesional enfermero que permite la planificación del cuidado, unificar intervenciones y objetivos para el cuidado sistemático.

El profesional aplica el pensamiento crítico y desarrolla el plan de cuidados, de modo que los diagnósticos proporcionan la base para seleccionar las intervenciones adecuadas y planificar los objetivos, así como las intervenciones enfermeras que son las actividades basadas en su juicio clínico y conocimientos que son aplicados para mejorar los resultados de los pacientes.

El personal de enfermería contribuirá en la disminución de las infecciones puerperales, detectando tempranamente los signos y síntomas como la fiebre, características de los loquios, taquicardia, cefalea, malestar e inquietud. Sus acciones estarán encaminadas en mantener una termorregulación adecuada, control de constantes vitales y temperatura ambiental, control de ingesta y excreta, administración de soluciones hidratantes, medicación antipirética y antibiótica con una monitorización estrecha de su eficacia, revisar los resultados de laboratorio (leucocitos, hemoglobina, hematocrito), valorar SCORE MAMÁ (2017), vigilar signos de deshidratación y fomentar el confort y alivio del dolor con/sin analgesia evaluando su eficacia.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo III**

### Comunicación en Situaciones de Crisis

**AUTORES:** .Dr. C. Franklin Antonio Vite Solórzano; Dra. Marina Alexandra Rosero Oñate; Mg. Tatiana Paola Vincés Sornoza; Dra. Dayana Audrey Mendoza Macías



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

La comunicación en crisis es la respuesta a situaciones graves, preocupantes e inesperadas. Por este motivo, la comunicación enfermera-paciente es fundamental en situaciones de crisis obstétrica para garantizar la salud y el bienestar de la madre y el recién nacido. En estos momentos críticos, es importante que la enfermera sea capaz de transmitir información clara y precisa mostrando empatía y compasión hacia el paciente.

## Manejo para la atención de las emergencias obstétricas como personal de salud

El manejo de emergencias obstétricas en la sala de emergencias es una parte vital de la atención de la salud materna y fetal. Requiere un enfoque integral que incluye la evaluación y estabilización iniciales, el tratamiento específico de la complicación y una comunicación efectiva con la paciente. La capacidad de respuesta rápida y la experiencia del personal médico son fundamentales para garantizar la salud y la seguridad de la madre y el bebé en situaciones de emergencia obstétrica.

La comunicación efectiva es fundamental en el manejo de las emergencias obstétricas como personal de salud. Aquí hay algunas pautas que pueden ayudarte a mejorar la comunicación en estas situaciones:

1. Mantén la calma: transmitir tranquilidad y confianza a la paciente y a su familia. Mantén un tono de voz tranquilo y sereno mientras proporcionas instrucciones y explicaciones.
2. Se claro y directo: utiliza un lenguaje claro y sencillo para comunicar cualquier información relevante. Evita usar términos técnicos innecesarios y asegúrate de que la paciente y su familia comprendan completamente lo que estás diciendo.
3. Escucha activamente: presta atención a las preocupaciones e inquietudes de la paciente y su familia. Permíteles expresar sus emociones y preguntas, y muestra empatía hacia ellos. Esto ayudará a establecer una relación de confianza y a reducir la ansiedad.
4. Utiliza un lenguaje no verbal positivo: Además de las palabras, tu lenguaje corporal también comunica mensajes importantes. Mantén contacto visual con la paciente y su familia, asiente con la cabeza para mostrar que estás escuchando y utiliza gestos amigables y suaves para transmitir tu apoyo.

5. Explica los procedimientos y las acciones: antes de realizar cualquier intervención, explica claramente qué vas a hacer y por qué es necesario. A medida que progresas en el manejo de la emergencia, proporciona actualizaciones regulares a la paciente y a su familia para mantenerlos informados sobre lo que está sucediendo.
6. Fomenta la participación de la paciente: durante el manejo de la emergencia obstétrica, permite que la paciente participe en la toma de decisiones siempre que sea posible. Bríndale opciones cuando sea apropiado y respalda su derecho a tomar decisiones informadas sobre su atención y la de su bebé.
7. Ofrece apoyo emocional: reconoce el estrés emocional que la paciente y su familia pueden estar experimentando y ofrece palabras de aliento y consuelo. Hazles saber que estás allí para apoyarlos y que harás todo lo posible para brindarles una atención segura y de calidad.

La comunicación efectiva es fundamental para establecer una buena relación con la paciente y su familia durante una emergencia obstétrica.

Un enfoque amable, paciente y comprensivo será de gran ayuda para guiar a la paciente a través de esta situación difícil.

De igual manera, organismos internacionales hace hincapiés a la importancia de una comunicación efectiva y el debido respeto como la Organización Mundial de la Salud (MarcadorDePosición1), en su declaración agrega que, para prevenir y erradicar el maltrato y la falta de respeto en el parto, son necesarias las siguientes acciones:

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

- Mayor respaldo de los gobiernos y socios en el desarrollo, en relación con las investigaciones y acciones sobre el maltrato y la falta de respeto.
- Iniciar, respaldar y mantener programas diseñados para mejorar la calidad de la atención de la salud materna, centrándose en la atención respetuosa como componente esencial de la atención de calidad.
- Realzar el derecho de la mujer a recibir una atención de la salud dig-

na y respetuosa en el embarazo y el parto.

- Generar datos relacionados con las prácticas de atención respetuosa e irrespetuosa, los sistemas de responsabilidad y el respaldo profesional valioso.
- Involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas.

Donde dichos organismos realizan unas posibles estrategias son:

- Rediseñar las salas de parto para satisfacer las necesidades de las mujeres, en particular en lo que respecta a la privacidad y la presencia de un acompañante durante el trabajo de parto;
- Mejorar el proceso de consentimiento informado en todas las intervenciones médicas;
- Proporcionar suficiente orientación y apoyo a los trabajadores sanitarios para ayudarles a prestar una atención de mejor calidad;
- Permitir que todas las mujeres que lo deseen estén acompañadas por una persona de su elección durante todo el trabajo de parto y el parto;
- Aumentar la demanda pública de servicios de maternidad de alta calidad que proporcionen una atención centrada en la mujer y que no toleren ninguna forma de maltrato.
- Las asociaciones profesionales también pueden desempeñar un papel crucial en la promoción y el apoyo de la atención respetuosa entre el personal de partería, los obstetras y otros prestadores de atención materna, y en la salvaguardia de sus derechos. La OMS hace un llamamiento a estas entidades para que colaboren con el fin de garantizar que se identifiquen y denuncien sistemáticamente los malos tratos durante el parto y se apliquen medidas apropiadas a nivel local.

### **Triaje obstétrico: quién lo realiza, clasificación**

El Triaje obstétrico es un proceso médico utilizado para clasificar y priorizar a las mujeres en el momento de la admisión en el hospital de parto. El objetivo principal del Triaje obstétrico es identificar y tratar inmediatamente aquellas situaciones que requieran atención urgente, mientras se evalúa y se planifica el cuidado de las mujeres con condiciones menos urgentes.



El objetivo principal de la Triage obstétrica es garantizar que las mujeres con condiciones obstétricas más graves o urgentes reciban atención médica prioritaria, mientras se minimizan los tiempos de espera para otras mujeres con condiciones menos urgentes.

El proceso de Triage obstétrico puede incluir la evaluación clínica, la identificación de signos vitales anormales, la gestión del dolor y el estrés, y la asignación de recursos médicos y hospitalarios adecuados para cada paciente. El objetivo final es mejorar el resultado clínico y la experiencia del paciente en el proceso de atención médica obstétrica.

Teniendo en cuenta a Tecualt (2020), el cual expone:

El Triage obstétrico, es un proceso de valoración de respuesta médica, rápida, mediante la aplicación de un sistema estandarizado de escalas aplicables a las pacientes con hemorragia activa en alguno de los trimestres de la gestación, y su uso, manejo, actuación y modos de respuesta se encuentra basado en lineamientos técnicos, científicos, académicos y de pronta respuesta para el salvamento adecuado del binomio madre-hijo (p. 1).

La característica principal del Triage es que se basa en signos y síntomas, se realiza antes del diagnóstico, ordena a los pacientes en función de su grado de urgencia y permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar con eficiencia y seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Es una herramienta fácil y rápida de aplicar que posee un fuerte valor predictivo de gravedad, de evolución y de utilización de recursos. Establece criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que los usuarios presentan y permite aplicar, en función de ella, las intervenciones enfermeras que garanticen su seguridad.

El objetivo del Triage obstétrico es garantizar que las mujeres con condiciones más urgentes reciban atención prioritaria, mientras se evalúa y se planifica el cuidado de las mujeres con condiciones menos urgentes. El Triage obstétrico también ayuda a optimizar el uso de recursos médicos y a minimizar los tiempos de espera en el hospital de parto, lo que resulta en una mejor experiencia para todas las mujeres en el momento del parto.

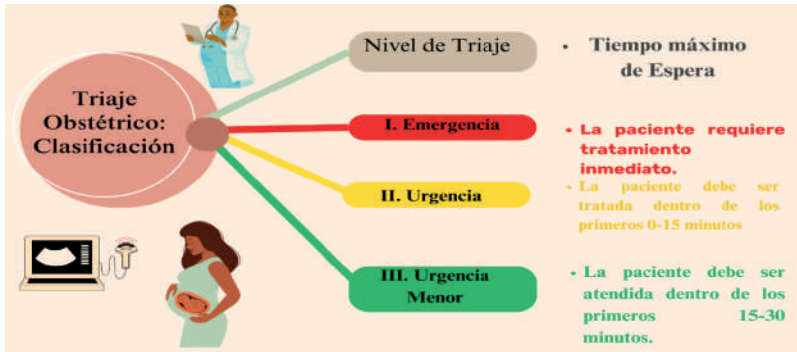
## Proceso de atención del Triage obstétrico

El proceso de Triage obstétrico es un sistema efectivo para garantizar que se proporciona el nivel adecuado de cuidado médico a cada paciente embarazada que llega al hospital o centro de salud.

El Triage obstétrico ayuda a identificar rápidamente cualquier condición médica o complicación obstétrica que ponga en peligro la vida materna o fetal y asegurar que se proporcione tratamiento efectivo y urgente para mejorar los resultados del parto y reducir las tasas de mortalidad materna y fetal. Ver (figura 11)

### Figura 11.

*Triage Obstétrico: clasificación.*



**Nota.** Adaptado *Hemorragias Obstétricas: Diagnóstico y manejo en el área de urgencias* de Tecualt, L. (2020), <https://www.emergencias.uno/post/hemorragia-obstetrica-diagnostico-y-manejo-en-el-area-de-urgencias>

Una vez identificados los factores de riesgo asociados al binomio, debemos de trabajar en una base escalonada a partir de criterios ya establecidos, a partir de ello se debe derivar una atención coordinada para una resolución pronta y evitar complicaciones que ponga en peligro la estabilidad hemodinámica materno-fetal.

1. Recepción: en primer lugar, se recibirá a la paciente embarazada en el área de Triage obstétrico. El personal de salud, como enfermeras obstétricas u obstetras, se encargará de recibir y registrar la información básica de la paciente, como su edad, historial médico, motivo de la consulta y cualquier síntoma o preocupación que pueda tener.
2. Evaluación inicial: después de la recepción, se realizará una evalua-

ción inicial de la paciente para determinar la gravedad de su condición y la necesidad de atención inmediata. Esto puede incluir la medición de signos vitales, como la presión arterial y la frecuencia cardíaca, así como la evaluación de los síntomas y la apariencia general de la paciente.

3. Clasificación de Triage: una vez realizada la evaluación inicial, se asignará un nivel de Triage a la paciente con base en la gravedad de su condición. Los niveles de Triage pueden variar según el sistema utilizado, pero generalmente incluyen categorías como emergente, urgente, menos urgente y no urgente. Esta clasificación ayudará a determinar el orden de atención de la paciente.
4. Priorización de atención: Con base en el nivel de Triage asignado, se determinará la prioridad de atención de la paciente. Aquellas con condiciones más graves o urgentes recibirán atención inmediata, mientras que las que sean menos urgentes pueden esperar su turno en función de la disponibilidad de personal y recursos.
5. Evaluación completa: una vez que la paciente haya sido priorizada, se realizará una evaluación más detallada de su condición. Esto puede incluir la realización de exámenes físicos adicionales, pruebas de laboratorio o estudios de diagnóstico por imágenes, dependiendo de las necesidades individuales de la paciente.
6. Tratamiento y derivación: una vez que se haya completado la evaluación, se proporcionará el tratamiento necesario a la paciente. Esto puede incluir la administración de medicamentos, intervenciones obstétricas, como la cesárea en casos de emergencia, o la derivación a otro nivel de atención si es necesario.
7. Seguimiento y documentación: finalmente, se realizará un seguimiento de la paciente para evaluar su respuesta al tratamiento y se documentará todo el proceso de atención en su expediente médico. Esto permitirá un registro completo de su condición y facilitará la continuidad de la atención en caso de necesitar seguimiento posterior.

En el ámbito de la obstetricia, el Triage se realiza por parte de un profesional médico o de enfermería especializada en obstetricia. El objetivo de la Triage es evaluar la prioridad de las mujeres en el parto y determinar cuáles requieren atención inmediata y cuáles pueden esperar un tiempo más largo. La decisión de quién realiza la Triage puede variar según el sistema sanitario y la organización del servicio obstétrico, pero generalmente se asigna a los

profesionales de mayor experiencia y capacidad clínica para garantizar una evaluación adecuada y precisa.

Es importante destacar que el proceso de atención del Triage obstétrico puede variar ligeramente en diferentes centros de salud y países, pero en general, sigue estos pasos para asegurar una atención adecuada y oportuna a las pacientes embarazadas.

Según la Guía de Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo publicado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017):

### **Claves obstétricas**

Las claves obstétricas son un sistema de “roles y funciones” que permiten la comunicación efectiva y el trabajo coordinado. El sistema de respuesta rápida (SRR) o claves obstétricas, están conformados por profesionales de la salud capacitados en estas claves que en un accionar coordinado buscan prevenir la muerte materna

Se han seleccionado 3 claves obstétricas, en función de las 3 principales causas de mortalidad materna en el Ecuador:

- CLAVE ROJA (Manejo de hemorragia obstétrica). Ver (Figura 13)
- CLAVE AZUL (Manejo de trastornos hipertensivos severos obstétricos). Ver (Figura 14)
- CLAVE AMARILLA (Manejo de sepsis o choque séptico obstétrico). Ver (Figura 15)

### **Activación de la clave**

La activación de la clave la realizará el primer profesional de salud que tiene contacto con la mujer que presente emergencia obstétrica, esto puede ocurrir en el servicio de emergencia, en los pasillos, quirófanos, sala de labor de parto, sala de posparto, internación o en cualquier otro servicio en donde se encuentre la paciente gestante o puerpera, por lo tanto se debe definir un mecanismo rápido y eficiente para la activación que garantice que sea escuchado por el personal involucrado, sin necesidad de realizar múltiples llamadas, por lo que se sugiere que sea por altavoz, alarma o timbre, según la disponibilidad de los establecimientos de salud.

El equipo de respuesta ante la activación de la clave estará conformado de acuerdo a la disponibilidad de cada establecimiento de salud y su nivel de complejidad. Se deberá contar mínimo con 2 personas ideal 4:

- Primer nivel de atención: 2 personas
- Segundo y tercer nivel de atención: 2 a 4 personas

Cada miembro del equipo tendrá funciones específicas y se los designará como:

Coordinador (a), Asistente 1, Asistente 2 y Circulante. Ver (Figura 12)

### Figura 12.

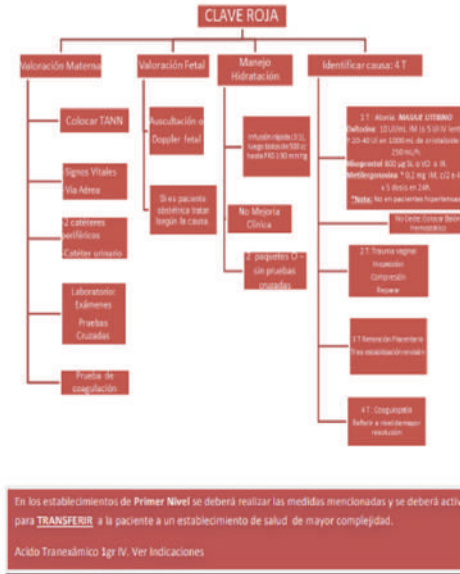
*Ubicación del equipo durante la clave roja.*



**Nota.** Tomado de *Guía de Score MAMÁ y claves obstétricas, Protocolo*, publicadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017), <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011-OPERATIONAL-GUIDANCE-2016-esp-Score-ma-ma-y-claves-obstetricas-protocolo.pdf>

**Figura 13.**

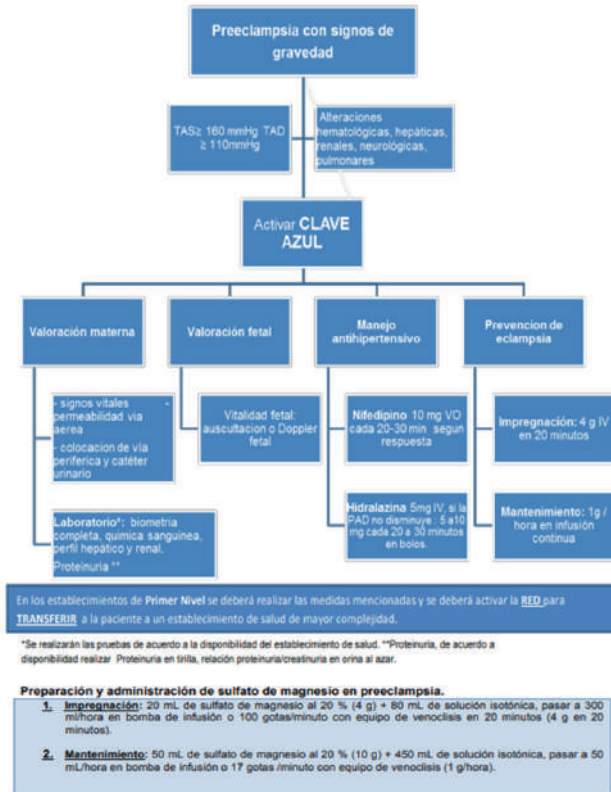
*Protocolo de manejo Clave Roja.*



**Nota.** Tomado de la *guía de Score mama y claves obstétrica* (2017), del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

**Figura 14.**

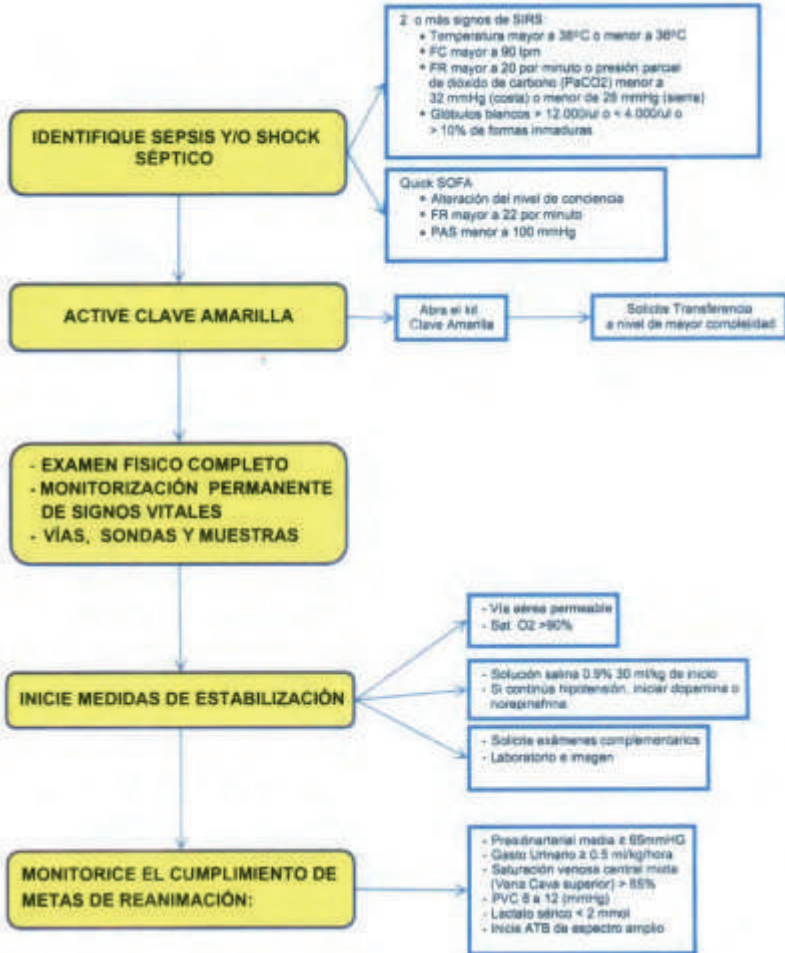
*Protocolo de manejo Clave Azul.*



**Nota.** Tomado de *la guía de Score mama y claves obstétrica* (2017), del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>

**Figura 15.**

Protocolo de manejo CLAVE AMARILLA.



**Nota.** Tomado de *la guía de Score mama y claves obstétrica* (2017), del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/ECU-CC-10-011>



## Apoyo emocional a los pacientes y sus familias

El apoyo emocional para los pacientes obstétricos y sus familias es una parte crucial de la atención médica y enfermera. Durante el proceso de embarazo y el parto, los pacientes y sus seres queridos pueden experimentar una variedad de emociones, incluyendo miedo, ansiedad, dolor, y alegría.

Los profesionales de la salud deben proporcionar apoyo emocional a los pacientes obstétricos y sus familias de manera efectiva y sensitiva. Esto puede incluir:

1. Comunicación efectiva: los profesionales deben hablar claramente y con compasión con los pacientes y sus familias. Debe ser capaz de responder preguntas detalladas sobre el proceso del embarazo, el parto, y la posición postparto.
2. Actividades para reducir el estrés: los profesionales deben proporcionar actividades para ayudar a los pacientes a reducir el estrés durante el embarazo y el parto. Esto puede incluir técnicas de relajación, meditación, y ejercicio físico moderado.
3. Acompañamiento emocional: los profesionales deben estar presentes para los pacientes durante momentos difíciles, como el dolor del parto o la muerte fetal. Debe ser capaz de ofrecer consuelo y apoyo emocional durante estos momentos difíciles.
4. Educación: los profesionales deben proporcionar educación sobre la salud mental durante el embarazo y el posparto. Esto puede incluir información sobre la depresión *pospartum*, la ansiedad, y la ayuda disponible para aquellos que necesitan ayuda adicional.
5. Referencias: los profesionales deben ser capaces de referir a los pacientes a servicios adicionales si se necesita ayuda adicional para la salud mental o emocional. Esto puede incluir terapeutas, grupos de apoyo, o servicios comunitarios.

El apoyo emocional es una parte importante de la atención médica obstétrica. Los profesionales deben estar preparados para proporcionar este tipo de cuidado a sus pacientes y sus familias en una manera efectiva y sensitiva.

Durante la gestación, la mujer experimenta cambios psicológicos y físicos que le generan diversos sentimientos, a saber: desde la alegría por el hijo esperado, hasta el temor por las posibles complicaciones del embarazo y el parto. Por esta razón, el papel de la enfermera al brindar cuidado integral a la

parturienta durante el trabajo de parto cobra importancia, pues, al apoyarla durante este proceso, reconoce que cada gestante tiene información y expectativas distintas de acuerdo a su nivel sociocultural, su edad y paridad.

La enfermera debe, con la formación y la experiencia necesarias, ofrecer comprensión, paciencia, capacidad empática; de esta manera, la parturienta acepta y enfrenta su trabajo de parto como un reto gratificante y atiende cada indicación.

Durante el trabajo de parto, las parturientas perciben el interés de la enfermera tanto por ellas como por el bienestar de su bebé, gracias a la adecuada comunicación para instruir las sobre este proceso, siendo este un factor fundamental en el control de la ansiedad, la cual interfiere con el buen resultado obstétrico.

Este vínculo enfermera-parturienta se va fortaleciendo gracias al acompañamiento durante el trabajo de parto, donde la atención y la comodidad influyen positivamente; en los momentos difíciles ayuda el diálogo, e incluso pequeños actos como tomar la mano a la parturienta hacen la experiencia de parto más cómoda y relajada.

El contacto físico es un factor de comodidad importante; este trasciende las barreras entre la enfermera y la parturienta, estableciendo una relación de confianza y apoyo emocional. En la medida en que se da el contacto entre las dos personas, este se va afianzando, hasta transformarse en una relación empática, donde la enfermera se involucra y logra sensibilizarse ante el dolor sentido por la gestante. "Por esta razón el cuidado requiere acercarse e involucrarse en la experiencia y en la realidad de vida del otro para poder comprender y responder verdaderamente a las demandas de cuidado desde sus expectativas, necesidades y recursos.

En el proceso de cuidar se requiere conocer al otro desde lo humano para que el cuidado propuesto tenga significado para la persona. Esto implica que el profesional en enfermería tenga capacidad para estar emocionalmente presente, hacer todo lo que la persona haría por sí misma si le fuera posible, pero sin afectar su dignidad y sus creencias, posibilitando nuevamente su independencia.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo IV** Comunicación Interprofesional

**AUTORES:** Franklin Junior Vite Macías; M.Sc. Andrea del Rocío Mejía Rubio;  
M.Sc. José Alfredo Chávez Ponce; Mg. Jelibeth Marisol Macías Mero



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

La comunicación interprofesional se refiere al intercambio efectivo y comprensible de información, ideas y percepciones entre los profesionales de la salud y los pacientes y sus familiares, con el fin de promover la comprensión mutua, la cooperación y la coordinación del cuidado médico. ya que les permite estar informados sobre su propio cuidado médico, entender las opciones disponibles y participar activamente en su propio plan de tratamiento.

La comunicación interprofesional también puede ayudar a reducir el estrés y la ansiedad asociados con la enfermedad, ya que los pacientes y sus familias pueden sentirse más confiados en el equipo médico cuando se comunica de manera efectiva y comprensible. Donde la enfermera tiene un papel fundamental en la comunicación interprofesional, ya que es el profesional de la salud que tiene más contacto con el paciente y su familia. La enfermera debe ser capaz de comunicarse de forma clara y empática con el paciente y su familia, entender sus necesidades y preocupaciones, y ayudar a coordinar el cuidado médico entre los diferentes profesionales involucrados.

## Trabajo en equipo en obstetricia

El trabajo en equipo ha pasado de ser un tema vinculado a la psicología y el desarrollo personal a ser uno de los elementos más relevantes en áreas como la economía, la gestión de empresas, el marketing o la organización empresarial. Actualmente el trabajo en equipo es valorado como una de las claves del éxito en todas las empresas y esto es así porque ninguna empresa puede prescindirse del trabajo grupal, ya que la efectividad de toda organización se fundamenta en un buen trabajo coordinado del conjunto de sus miembros.

En primer lugar, es relevante menciona a Rodríguez (2021), donde se expone que el propósito de trabajar juntos como equipo es mejorar la eficacia y eficiencia de la organización enfatizando la importancia de la empatía, la armonía, la colaboración y el acuerdo en la toma de decisiones.

De igual manera para Templado (2021), el trabajo en equipo en el ámbito sanitario tiene como principal objetivo conseguir la salud y el bienestar del paciente.

Donde los líderes deben poder revisar el trabajo de cada miembro del personal y facilitar al máximo sus tareas, mostrando siempre respeto por todos los empleados. El trabajo en equipo tiene ventajas, pero conlleva algunos inconvenientes, como distraerse o confundirse con las tareas asignadas, te-

ner personalidades conflictivas, experimentar decepción como resultado de no cumplir con las expectativas propias y sentirse inequitativo cuando se le asignan tareas.

Por este sentido en obstetricia es fundamental formar equipos de trabajo colaborativos. La comunicación, la confianza, el apoyo, el liderazgo, conocer y valorar el rol del otro son elementos necesarios para poder complementarse y realizar un abordaje integral de los pacientes, que requieren del enfoque biopsicosocial que da el trabajo en equipo interdisciplinario.

El trabajo en equipo en obstetricia es fundamental para la prestación de cuidados médicos adecuados y seguros durante el proceso de embarazo, parto y postparto. En este contexto, el equipo médico se compone de diversos profesionales que trabajan juntos para lograr los mejores resultados posibles para la madre y el recién nacido

El equipo médico en obstetricia incluye a obstetras, ginecólogos, pediatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, anestelistas y otros profesionales sanitarios. Cada miembro del equipo tiene un papel específico y se comunica con los demás para garantizar la coordinación y la eficacia del cuidado médico.

La cooperación entre los profesionales es crucial para resolver problemas clínicos complejos y asegurar una gestación saludable. El equipo médico trabaja en estrecha colaboración con la madre para proporcionar educación sobre la gestación, el parto y el cuidado del el recién nacido. Además, se comunican con otras especialidades médicas como cardiología, neurología y endocrinología para abordar cualquier problema que se desvía del curso normal de la gestación.

Complementariedad, cada integrante del equipo desarrolla parte del proyecto, brinda conocimiento, habilidades, especialización y experiencia las mismas que son complementarias para el éxito del proyecto la razón del aumento de la efectividad del equipo y logro de las soluciones. La relevancia todos los aportes son necesarios en el trabajo.

La coordinación, es una de las C de la teoría del trabajo en equipo donde denota el coordinador del equipo es quien dirige y liga las actividades hasta el alcance del objetivo de la institución.

La comunicación, es fundamental, permite una adecuada interacción también hay crecimiento en la eficacia y eficiencia del equipo porque cada integrante conoce lo que debe hacer y lo necesario para lograrlo por tanto

los integrantes del equipo debe tener conocimiento previamente las vías y los medios de comunicación.

Confianza, es la C que liga la unión emocionalmente a todo el equipo es la esencia de integración que permite el éxito es decir todo integrante del equipo de trabajo debe tener confianza con los demás permite el desarrollo de modo más rápido.

Compromiso, Los integrantes se sienten comprometidos y orgullosos de participar y pertenecer al equipo ante este compromiso todos los integrantes aportan lo mejor de sí, logrando una labor eficiente por tanto se obtienen resultados positivos.

Planificación, establece el modo de la realización o programación de las tareas con la dotación o asignación de recursos tangibles o elementos físicos para su conducción correcta.

Cooperación, este término fundamental porque ejercita la complementariedad, la confianza y compromiso entre los integrantes del grupo primando el objetivo común que genera la interacción sólida del grupo.

Coordinación, es importante porque los esfuerzos de los integrantes del equipo de trabajo son coordinados en la funcionalidad de las tareas prima una excelente comunicación de ida y vuelta positiva.

La calidad de servicio, es el inicio de la gestión de calidad a partir de la identificación y de su atención de las necesidades es decir, un proceso de cambio en la organización desde la base de valores, actitudes y comportamiento para el logro de la satisfacción de las expectativas de necesidades valoradas por los clientes o usuarios, por tanto necesita de la disposición del sistema de gestión y aseguramiento de calidad, por tanto el interés de las empresas u organizaciones de conocer los procesos de la prestación del servicio a fin de definir las acciones necesarias para el logro de la satisfacción del paciente o usuario.

Seguridad, se mide a través del personal al prestar el servicio al percibirlo denota el nivel de conocimientos, preparación, atención del servicio en respuesta a ello es la tranquilidad al usuario, cliente, paciente por ello la necesidad de la preparación de todos los integrantes que intervienen en la atención del servicio.

Empatía, es referente a la comprensión de los requerimientos que corresponde a cada miembro del equipo de trabajo.

El trabajo en equipo también ayuda a reducir el riesgo de errores médicos y mejorar la seguridad del paciente. Cada miembro del equipo se responsabiliza de su parte del proceso de cuidado médico y se comunica con los demás para asegurarse de que se cumplan las medidas de seguridad establecidas.

De igual manera el trabajo en equipo es esencial en obstetricia para garantizar un cuidado médico efectivo, seguro y personalizado. El equipo médico trabaja junto para abordar cualquier problema que se presente durante la gestación, el parto y el postparto, con el objetivo principal de promover la salud materna y fetal.

Dentro de este orden de idea, la enfermera juega un papel crucial en un equipo de trabajo en obstetricia. Como profesional de la salud, la enfermera se encarga de proporcionar cuidado completo y personalizado a las madres y bebés durante el proceso de embarazo, parto y posparto.

En el equipo de trabajo en obstetricia, la enfermera trabaja en estrecha colaboración con el equipo médico, incluyendo obstetras, pediatras y otros profesionales de la salud. Su papel es multifacético y abarca una variedad de tareas clínicas y administrativas.

En síntesis, la enfermera es un miembro integral del equipo de trabajo en obstetricia que proporciona una variedad de servicios clínicos y administrativos para garantizar que las madres y bebés reciban cuidado completo y personalizado durante todo el proceso de maternidad.

Para finalizar es relevante señalar a Paravic (2021):

Para las personas que forman parte de una organización de salud, debe ser prioritario y estratégico trabajar en equipo, considerando sus elementos fundamentales, tales como: la confianza, compromiso, ejercicio de liderazgo compartido y descentralización jerárquica, donde el esfuerzo de todos es la responsabilidad conjunta en el logro de resultados con altos estándares de calidad de la atención en salud, y donde el profesional de enfermería, como integrante de un equipo multidisciplinario, actúa en uno de sus roles más relevantes, gestionando la calidad y seguridad en la atención de salud de los usuarios y sus familias (p. 4).

### **Colaboración con médicos y otros profesionales de la salud**

La medicina actual se enfrenta a desafíos cada vez más complejos y diversos, que requieren un enfoque multidisciplinar para abordarlos de forma efectiva. El trabajo multidisciplinar en medicina implica la colaboración y coo-

peración entre profesionales de diferentes especialidades y disciplinas, como médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas y trabajadores sociales. Esta colaboración permite un intercambio de conocimientos y perspectivas, lo que conduce a un enfoque integral y holístico en la atención médica.

Varios factores pueden influir en la colaboración, incluyendo aquellos a nivel individual y organización. Los factores individuales incluyen un deseo de colaborar, el deseo de alcanzar una meta común, poseer habilidades de comunicación efectiva y tener confianza y respeto mutuo por las contribuciones profesionales de otros. A nivel de la organización, es importante contar con liderazgo que apoye la práctica en colaboración, proporcionando recursos tales como tiempo y espacio para que los individuos desarrollen y mantengan relaciones interpersonales necesarias para la colaboración.

Donde cada de profesional contribuyen al objetivo de mejorar el estado de salud de individuos, familias y comunidad teniendo en vista su especificidad, o sea, sus conocimientos, competencias y capacidades técnicas, definiéndose así la naturaleza de la autonomía profesional. Siendo de igual manera la interdependencia entre las profesiones el eje fundamental de este proceso de trabajo. Los profesionales no están subordinados unos a otros, son independientes en sus competencias e interdependientes en cuanto a las acciones.

De este modo, el trabajo en equipo y la comunicación efectivos reducen los errores médicos, promueven una cultura de seguridad y mejoran los resultados de los pacientes. La necesidad de una colaboración interprofesional es importante, aunque existan diferencias en el ámbito de la salud relacionadas con los determinantes sociales.

Los médicos, por otro lado, son responsables del diagnóstico y el tratamiento médico de las enfermedades, que trabajan con los enfermeros para desarrollar planes de tratamiento personalizados para cada paciente, basados en sus necesidades clínicas y su historial médico. Los médicos también supervisan el trabajo de los enfermeros y otros profesionales de la salud, como terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y nutricionistas, para asegurarse de que se están cumpliendo los objetivos del tratamiento.

Otros profesionales de la salud también juegan un papel importante en el equipo de cuidado de salud. Estos incluyen terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, trabajador social y farmacéuticos. Cada uno de estos profesionales tiene un papel específico en el cuidado del paciente, pero trabajan juntos con el equipo médico para proporcionar un cuidado integrado y completo al paciente.



La práctica colaborativa interprofesional es un elemento clave para la prestación de una atención de calidad, efectiva y segura al paciente.

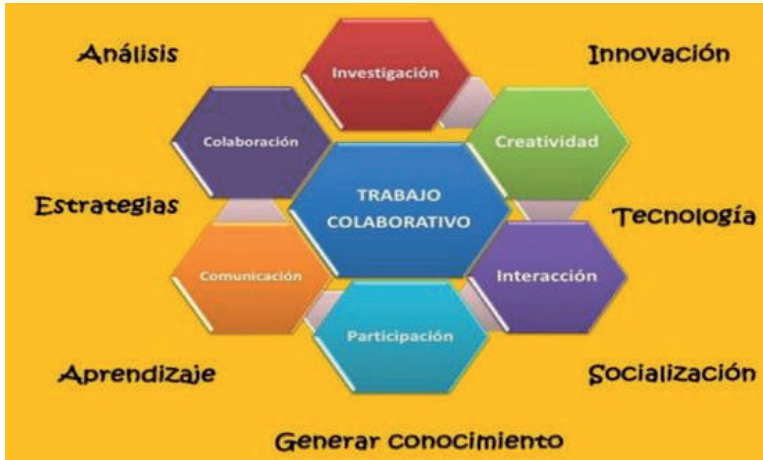
Cuando los profesionales trabajan de forma colaborativa, los siguientes elementos ocurren paralelamente:

- Metas claras y compartidas de la atención al paciente y la familia.
- Roles y responsabilidades de equipo claras: cada miembro ejecuta su rol con competencia y creatividad y además conoce las responsabilidades y funciones de los otros profesionales del equipo.
- Interdependencia e integración entre los miembros del equipo y sus prácticas de trabajo.
- Enfoques democráticos y liderazgo compartido: hay un reconocimiento por parte del líder y del resto del equipo del rendimiento y del éxito individual y colectivo.
- Identidad grupal, empoderamiento y respeto mutuo: entre los miembros del equipo hay sentimientos de pertenencia, cohesión y se tiene confianza en la capacidad del grupo para superar obstáculos y materializar la visión que tiene.
- Esfuerzos para romper los estereotipos y las barreras.
- Tiempo y espacio para desarrollar el trabajo en equipo alejado de la práctica.
- Comunicación abierta y respeto a las diferencias de opinión y de perspectivas.
- El desarrollo de protocolos, formación y prácticas de trabajo conjuntos.

Según Pérez (2017), al trabajar colaborativamente se relacionan conceptos tales como la investigación, la creatividad, la interacción, la participación y la comunicación; y a su vez intervienen para ello otros tantos aspectos, como lo son: el aprendizaje, las estrategias, el análisis, la innovación y la propia tecnología. Ver (Figura 16)

**Figura 16.**

*Áreas y competencia de intervención en el trabajo colaborativo.*



**Nota.** Tomado de *Enfermera de Vocación* de Pérez, L. (2017), de <https://enfermeradevocacion.wordpress.com/2017/03/14/>

En el mismo orden de ideas, es relevante mencionar que la enfermera trabaja con los médicos en la evaluación, diagnóstico y planificación del tratamiento del paciente. Juntos, identifican las necesidades del paciente y desarrollan un plan de cuidado que se adapte a las características únicas del paciente. La enfermera también ayuda a los médicos a comunicar eficazmente con el paciente y su familia, explicando el tratamiento y las expectativas de recuperación.

La colaboración de la enfermera con médicos y otros profesionales de la salud es fundamental para proporcionar el mejor cuidado posible a los pacientes. La enfermera es un miembro integral del equipo médico y trabaja de manera colaborativa con los médicos y otros profesionales de la salud para asegurar que se cumplan los objetivos de salud del paciente

Además, la enfermera trabaja con otros profesionales de la salud, como fisioterapeutas, dietistas, psicólogos y enfermeras especializadas, para proporcionar un cuidado integrado al paciente. Esta colaboración permite que se aborden todas las necesidades del paciente, desde la salud física hasta la mental y emocional.

La enfermera también se encarga de monitorear el progreso del paciente y ajustar el plan de cuidado según sea necesario. Ella también ayuda al paciente a adaptarse a cambios en su salud y a aprender a cuidar mejor su propia salud.

Cabe considerar que la colaboración de la enfermera con médicos y otros profesionales de la salud es esencial para proporcionar un cuidado completo y personalizado al paciente. Juntos, trabajan para mejorar la calidad de vida del paciente y ayudarlo a recuperarse lo más rápido posible.

Los enfermeros tienen un papel clave en la coordinación del cuidado de salud, ya que se encuentran con el paciente durante más tiempo que los médicos. Ellos y ellas interactúan con el paciente y sus familiares, ayudan a los pacientes a entender sus condiciones médicas y cómo se pueden manejar, y proporcionan instrucciones sobre cuidados domésticos y medicamentos. Los enfermeros también ayudan a los pacientes a adaptarse a cambios en su salud y ayudan a los médicos a identificar problemas potenciales antes de que se vuelvan más graves.

Una enfermera debe seguir los siguientes pasos para tener una comunicación efectiva y colaborar con sus otros compañeros de trabajo

- Establecer objetivos claros: debe establecer objetivos claros y concretos para el equipo. Estos objetivos deben ser compartidos con todos los miembros del equipo y se deben asegurar de que se entiendan correctamente.
- Actuar como mediadora: debe actuar como mediadora entre los diferentes profesionales involucrados en el cuidado del paciente, ayudando a resolver cualquier conflicto o duda que se presente.
- Resolver conflictos: debe ser capaz de resolver conflictos entre los miembros del equipo. Debe ser imparcial, escuchar a ambas partes y proponer soluciones equitativas que satisfagan a todos.
- Comunicar claramente: debe comunicarse claramente y con precisión, evitando cualquier ambigüedad o confusión.
- Escuchar activamente: debe escuchar activamente a los pacientes y sus familias, entendiendo sus necesidades y preocupaciones, y respondiendo de manera adecuada.
- Dar feedback constructivo: con compañeros de trabajo, ser específico, objetivo y apoyado por ejemplos, para que se entienda mejor el punto de vista del equipo.

- Celebrar los éxitos: debe celebrar los éxitos del equipo y reconocer el trabajo realizado por cada uno de sus miembros, crear un ambiente positivo y motivador, donde se aprecie el esfuerzo y el compromiso de todos.
- Respetar la autonomía del paciente: debe respetar la autonomía del paciente, permitiéndole tomar decisiones sobre su propio cuidado médico y ayudándolo a entender las opciones disponibles.
- Colaborar con otros profesionales: debe colaborar con otros profesionales involucrados en el cuidado del paciente, como médicos, fisioterapeutas, dietistas y psicólogos, para garantizar un cuidado integral y coordinado.

Colaborar de manera efectiva es una responsabilidad profesional y una competencia que aplica a todo el personal de enfermería. Dado que los enfermeros pasan más tiempo trabajando juntos en relaciones colaboradoras que cualquier otro profesional de la salud, existen investigaciones que exploran cómo enfermeros y enfermeras perciben sus interacciones sociales entre sí y los factores que influyen en dichas interacciones en su práctica en colaboración.

:

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo V** Comunicación con Pacientes Especiales

**AUTORES:** Lic. María Jaritza Espinoza Macías; M.Sc. Eulalia Isabel Analuisa Jiménez;  
Mg. Jessica Shirley Castro Tejena; Franklin Daniel Vite Macías



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

La comunicación con pacientes especiales con discapacidad o capacidades diferentes es un desafío importante para los profesionales de la salud debido a las diversas barreras que pueden impedir la comprensión y la efectividad de la comunicación.

Los pacientes especiales con discapacidad o capacidades diferentes pueden tener condiciones médicas complejas, discapacidades físicas o cognitivas, o hablar idiomas diferentes. Donde mejorar la comunicación con aquellos pacientes especiales requiere una combinación de respeto cultural, lenguaje simple y claro, ayuda de comunicación, intérpretes certificados, entrenamiento en comunicación, recursos externos y una actitud empática y respetuosa hacia los pacientes especiales. Estas estrategias pueden ayudar a los profesionales de la salud a facilitar una mejor comprensión y efectividad en la comunicación con estos pacientes, lo que puede implicar en mejores resultados médicos y una experiencia más satisfactoria para el paciente.

Según Díaz citado por Deliyore (2018), la comunicación, pese a la discapacidad, debe ajustarse tanto como sea necesario para generar oportunidades reales de interacción. Todas las personas tienen algo que expresar y pueden comunicarse en tanto se cuente con los medios, la atención y el respeto de las personas interlocutoras implicadas.

### **Atención a pacientes adolescentes embarazadas**

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el embarazo en la adolescencia es un fenómeno mundial con causas claramente conocidas y graves consecuencias sanitarias, sociales y económicas. A nivel mundial, la tasa de natalidad en adolescentes ha disminuido, pero las tasas de cambio han sido desiguales entre las regiones. También hay enormes variaciones en los niveles entre los países y dentro de ellos.

El embarazo en la adolescencia tiende a ser mayor en personas con menos educación o de bajo estatus económico. Además, el progreso en la reducción de los primeros nacimientos de madres adolescentes es más lento en estos y otros grupos vulnerables, lo que conduce a una creciente desigualdad. El matrimonio infantil y el abuso sexual de niñas ponen a estas últimas en mayor riesgo de embarazo, a menudo no deseado. En muchos lugares, los obstáculos para obtener y usar anticonceptivos impiden que las adolescentes eviten embarazos no deseados. Cada vez se presta más atención a mejorar el acceso de las adolescentes embarazadas y con hijos a una atención materna de calidad.

Donde la OMS colabora con asociados para promover la atención prestada al embarazo en la adolescencia, crear una base empírica para la acción, elaborar instrumentos de apoyo a las políticas y los programas, crear capacidad y apoyar a los países para que aborden eficazmente el embarazo en la adolescencia.

La prevención del embarazo entre las adolescentes y la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo son fundamentales para lograr resultados positivos en la salud a lo largo de la vida, y son imprescindibles para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (2015), relacionados con la salud materna y neonatal.

Las estrategias e intervenciones relacionadas con el embarazo en la adolescencia se han centrado en la prevención del embarazo. Sin embargo, cada vez se presta más atención a mejorar el acceso de las adolescentes embarazadas y con hijos a una atención materna de calidad. Los datos disponibles sobre el acceso muestran resultados desiguales. El acceso a una atención de calidad depende del contexto geográfico y de la posición social de los adolescentes. Incluso cuando el acceso no está limitado, las adolescentes parecen recibir atención clínica y de apoyo interpersonal de menor calidad que las mujeres adultas.

### **El cuidado de pacientes adolescentes embarazadas**

Requiere una atención especializada debido a los desafíos únicos que enfrentan en esta etapa de su vida. Estas pacientes pueden presentar mayores dificultades en el manejo de la gestación, el parto y el cuidado del bebé debido a factores como la edad, la salud, el acceso a la información y el apoyo social.

Donde la atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal. Debido a esto está involucrado no solo el aspecto salud, sino el aspecto educativo, laboral y de formación para la vida.

Los profesionales de la salud deben estar preparados para abordar estos desafíos y proporcionar una atención integrada que abarque todas las necesidades de la adolescente embarazada. Esta atención debe ser culturalmente sensible, confidencial y basada en la evidencia científica para garantizar el mejor resultado posible para la madre y el bebé.

Algunas de las principales preocupaciones que se enfrentan a las adolescentes embarazadas incluyen:

- Salud materna: adolescentes tienen un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo debido a factores como la anemia, la hipertensión y la diabetes gestacional. Además, pueden tener dificultades para acceder al cuidado prenatal debido a la falta de recursos económicos y sociales.
- Parto: adolescentes que tienen un mayor riesgo de necesitar intervenciones médicas durante el parto debido a factores como la edad y el peso corporal. Además, pueden tener dificultades para decidir si querer o no querer una cesárea o una inducción de partos.
- Cuidado del bebé: pueden tener dificultades para cuidar del bebé debido a factores como la falta de recursos económicos y sociales, la falta de conocimiento sobre la crianza infantil y la falta de apoyo familiar y social.

Los profesionales de la salud deben trabajar con las adolescentes embarazadas para abordar estas preocupaciones y proporcionar una atención integrada que abarque todas las necesidades de la madre y el bebé. Esto puede incluir:

- Educación sobre salud materna: los profesionales deben proporcionar educación sobre cómo mantenerse saludable durante el embarazo, cómo identificar los síntomas de complicaciones maternas y cómo acceder al cuidado prenatal.
- Planificación familiar: los profesionales deben abordar con las adolescentes embarazadas el tema de la planificación familiar y cómo evitar futuros embarazos no deseados. Esto puede incluir educación sobre métodos anticonceptivos efectivos y cómo acceder a ellos.
- Cuidado del bebé: los profesionales deben proporcionar educación sobre cómo cuidar del bebé después del parto, incluyendo alimentación, higiene, vacunaciones y consultas médicas regulares. Además, pueden proporcionar referencias a recursos sociales y económicos que puedan ayudar a las adolescentes en su papel como madres.
- Apoyo social: los profesionales deben abordar con las adolescentes embarazadas los desafíos sociales que enfrentan, incluyendo falta de apoyo familiar, amigos o comunidad en general. Esto puede incluir



referencias a servicios sociales o grupos comunitarios que puedan ayudarlas en estas áreas.

La atención a las adolescentes embarazadas requiere una aproximación holística que aborde todas las necesidades de la madre y el bebé, incluyendo salud materna, planificación familiar, cuidado del bebé y apoyo social. Los profesionales deben estar preparados para abordar estos desafíos con sensibilidad cultural, confidencialidad y basados en evidencia científica para garantizar el mejor resultado posible para la madre y el bebé.

### **Diagnóstico del embarazo**

Habitualmente el embarazo adolescente se suele diagnosticar con retraso y ello parece obedecer a dos causas fundamentales:

1. Entre las propias jóvenes, un gran porcentaje de ellas no busca apoyo después de su primera falta menstrual, se niega a admitir la posibilidad de un embarazo por lo que retrasan, de forma significativa, el diagnóstico de su gestación. Suele ser habitual que el diagnóstico se realice por encima de la semana 20 de gestación.
2. Entre los padres existe, con demasiada frecuencia, un curioso fenómeno que podríamos denominar “complicidad de los padres” que hace que, del riguroso control de la hija adolescente se pase a una actitud de ceguera incomprensible ante la sospecha de una gestación.

### **Atención prenatal**

Las gestantes adolescentes inician el control del embarazo más tarde que las embarazadas adultas, y el inicio es más tardío cuanto más joven sea la mujer. Habitualmente la primera visita prenatal se retrasa hasta el 4º mes de gestación y se suele producir un decalaje de 4 semanas desde el diagnóstico del embarazo hasta esta primera consulta.

El retraso en realizar el primer control condiciona el resto de los mismos y así, en las jóvenes embarazadas, el número total de visitas prenatales es inferior al número de controles de las gestantes mayores de 20 años.

Objetivos principales de la atención prenatal

1. Lograr que ninguna mujer fallezca a causa de una gestación (directa o indirecta).
2. Disminuir la morbilidad y la mortalidad perinatales incluyendo el bajo

peso al nacer y las secuelas de la hipoxia intrauterina.

3. La premisa fundamental de la atención prenatal es la captación precoz, antes de la semana 10 de EG.

Esta captación temprana facilita:

- Detectar afecciones crónicas asociadas con el embarazo y brindar atención médica especializada en equipo, así como mayor frecuencia en los controles prenatales.
- Si fuera necesario, valorar con la pareja la conveniencia de una interrupción de esta gestación hasta lograr la compensación de la afección crónica, si el caso lo amerita.
- Detectar o corroborar por el examen bimanual la concordancia del tamaño del útero y el tiempo de amenorrea.
- Conocer las cifras basales de tensión arterial (TA).
- Realizar la valoración ponderal y clasificación del grado nutricional de cada gestante para prevenir el bajo peso y el riesgo de enfermedad hipertensiva inducida por la gestación.
- Valorar psicosocialmente a la gestante y su familia para conocer el grado de aceptación de esta gestación, y así inferir el grado de cooperación que tendrán nuestras indicaciones médicas.

La muchas veces la atención perinatal se inicia en el consultorio del médico general integral, la cual debe ser referida al médico especialista en obstetricia.

### **Atención prenatal**

La primera consulta perinatal es quizás la más importante de todas las consultas, porque en ésta el médico debe ser capaz, mediante el interrogatorio y examen físico completo, de detectar los riesgos que la gestante puede presentar o que permanecían ocultos, e iniciar entonces la profilaxis de los riesgos de la gestación, fundamentalmente el bajo peso al nacer, la toxemia y la prematuridad.

Mediante el interrogatorio se debe precisar si la mujer es eumenorreica o no, la fecha de la última menstruación (FUM) y los síntomas subjetivos de la gestación, así como conocer si se trata de una gestación planificada por la pareja o es una gestación fortuita. En este interrogatorio se determinarán, además:

- Antecedentes patológicos personales (APP).
- Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores.
- Tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos.
- Medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, dosis, ingestión de psicofármacos y determinar la conducta que se debe seguir.
- Antecedentes patológicos familiares (APF), además de precisar si la madre o hermanas tuvieron toxemia en sus gestaciones o existen antecedentes de gemelaridad.

El examen físico integral comprende, tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen, aparatos cardiovascular, respiratorio y renal. En este paso es muy importante la valoración ponderal que se puede realizar por el método de índice de masa corporal.

Mediante un examen ginecológico se debe revisar lo siguiente:

- Mamas: valorará tamaño, turgencia, presencia de los tubérculos de Montgomery, existencia de calostro, así como tamaño y forma de los pezones. Si son planos se realizará charla educativa y ejercicios para la futura lactancia materna.
- Inspecciones de genitales: descartar enfermedades infecciosas, despigmentaciones, tumoraciones y situación de la uretra. Se realizará examen con espéculo para visualizar la vagina y el cuello uterino, para detectar infecciones, características del cuello (situación, tamaño, permeabilidad o no del orificio cervical externo). Se puede realizar la citología orgánica si la gestante no la tuviera realizada y también la prueba de Schiller, si fuera necesario.
- Tacto bimanual: mediante éste se deben precisar las características del cuello, y del útero se determinarán el tamaño, la forma y consistencia, así como todos aquellos signos probables de gestación.

En esta primera consulta se debe realizar una buena charla educativa, individualizada, acerca de la importancia de la dieta de la gestante de acuerdo con su valoración nutricional. Además, será valorada por el psicólogo de su área de salud.

Se indicará la vacunación con toxoide tetánico alrededor de las 26 semanas de EG. En esta primera consulta se indicarán los exámenes complementarios siguientes:

- Hemograma completo. Se repetirá Hb. y Hto. En cada trimestre.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Glicemia en ayunas y posprandial a las 2 horas. Se repetirá entre las 28 y 30 semanas de EG.
- Serología, que se repetirá para la consulta de reevaluación
- Examen de orina, que se realizará para cada consulta.
- Prueba para descartar HIV-SIDA.
- Exudado vaginal.
- Heces fecales.
- Fondo de ojo si fuera hipertensa conocida.
- Urocultivo si existieran APP de pielonefritis.

Otros complementarios:

- Alfafetoproteína, que se indicará entre las 15 a 19 semanas de EG.
- Ultrasonografía del programa (US) a las 20 semanas para corroborar la EG y detectar malformaciones congénitas.
- Antígeno de superficie B y C, alrededor de las 24 semanas.
- Electroforesis de la Hb., que se indica junto con la alfa-fetoproteína.

Seguimiento de reconsultas

- Escuchar todas las inquietudes de la gestante, así como las del esposo, o familiares.
- Educarla en todos los aspectos higiénico-dietéticos de la gestación, el parto y el puerperio. Iniciar la educación sobre la lactancia materna. Dosificar en cada consulta qué aspecto del embarazo se va a explicar de acuerdo con su EG.
- Valorar la presencia o no de infecciones vulvovaginales, lo que debe ser motivo de interrogatorio en cada consulta, porque en ocasiones las pacientes no lo declaran.

- Valorar las 3 curvas de la atención prenatal: de peso, de altura uterina y de tensión arterial (TA).
- La educación de las gestantes debe comenzar desde la primera consulta y su objetivo es lograr que todas aumenten de peso, pero de acuerdo con el índice de masa corporal. El aumento de peso no debe ser en forma brusca después de las 20 semanas de EG. Se considera que toda gestante debe aumentar como mínimo 8 kg de peso durante toda la gestación, aun aquéllas que tenían sobrepeso en el momento de la captación. Se aceptan como cifras totales entre 12 y 15 kg.
- El aumento de peso casi siempre comienza después del primer trimestre de la gestación, ya que en el primer período son frecuentes la anorexia, las náuseas y, en algunas ocasiones, los vómitos. El aumento de peso fluctuará entre 1 y 2 kg cada mes, aproximadamente 0,5 kg por semana. Si dicho aumento es escaso, se corre el riesgo de obtener un recién nacido con bajo peso al nacer. Por el contrario, si es exagerado, estará presente el riesgo de macrosomía fetal o enfermedad hipertensiva del embarazo.
- En la medición de la curva de altura uterina pueden existir los errores propios de la técnica, también estarán presentes otros factores como la obesidad y el bajo peso materno. Por ello, es correcto que, ante cualquier alteración en el incremento o decrecimiento de la altura uterina, el médico realice una revisión de las posibilidades diagnósticas y precise con otros médicos o con los medios diagnósticos a su alcance, la posible evolución no satisfactoria de esa gestación.
- El incremento normal de la altura uterina es de 1 cm/semana, a partir de las 14 semanas de EG. Una alteración de la altura uterina nos dará un signo de más o de menos. Signo de más. Más de 2 cm por encima de la altura uterina normal para esa edad gestacional.

Para el diagnóstico de signo de menos es necesario emplear el diagnóstico ultrasonográfico para corroborar la presencia de latido cardíaco, el índice de líquido amniótico y el perfil de crecimiento. Con la ultrasonografía del programa realizada a las 20 semanas de EG, corroboramos el posible error de cuenta.

En todos estos diagnósticos se realizará un ingreso precoz para mejorar el estado nutricional de la paciente o determinar la conducta de interrupción de la gestación en el momento más adecuado para el binomio madre-hijo, si fuera necesario. En casi todas estas entidades el útero se presenta irritable,

el feto está apelonado, y existe un incremento insuficiente del peso materno o decrecimiento. Por estudio radiológico se podrán detectar los signos radiológicos de muerte fetal (halo pericraneal, encorvamiento de la columna vertebral, “feto nadador”; pero en la actualidad, la ultrasonografía ha desplazado este medio diagnóstico.

- Se denominan trastornos hipertensivos de la gestación a una variedad de procesos que tienen en común la existencia de hipertensión arterial y que puede referirse a la TA sistólica, diastólica o a ambas.
- Todas las mujeres embarazadas deberán asistir como mínimo a cinco consultas de control prenatal.

### **Prevención del embarazo adolescente**

Las intervenciones para prevenir los embarazos en las adolescentes incluyen cualquier actividad como educación o asesoramiento en materia de salud, desarrollo de aptitudes y anticonceptivos destinada a aumentar los conocimientos y las actitudes de los adolescentes en relación con el riesgo de embarazos; promover el retraso en el inicio de las relaciones sexuales; fomentar el uso sistemático de métodos de control de la natalidad y, reducir los embarazos no deseados y sobre todo crear conciencia y conocer las consecuencias.

Las intervenciones educativas encierran cualquier actividad diseñada para la consecución de la disminución del embarazo no deseado END o de la interrupción voluntaria del embarazo IVE como resultado de salud final, o de sus resultados intermedios, tales como mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes de los adolescentes en relación con el sexo seguro, promover la reducción de la actividad sexual o reducir los comportamientos sexuales de riesgo conocidos.

En las Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes Ecuador 2018 – 2025 (2018), es relevante mencionar que:

Entre los derechos de los y las adolescentes, se identifica el derecho a vivir su sexualidad en condiciones seguras y satisfactorias, a decidir; de manera autónoma e informada, si quieren o no tener hijos o hijas, cuántos, cuántas, en qué momento y con quién; así como a ser protegidos/as de toda forma de violencia y abuso sexual. Para ello, es indispensable que el Estado garantice información actualizada, científica y veraz sobre educación integral de la sexualidad, así como acceso a métodos anticoncepti-

vos modernos, que incluya métodos de larga duración y anticoncepción oral de emergencia. Asimismo, promover el uso de condones femeninos o masculinos, factor que contribuye a la prevención de embarazos no intencionados e infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/sida. (p. 29)

### **Cuidados paliativos en obstetricia**

Según Stoltenberg citada por la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (2021):

Los cuidados paliativos son una respuesta ante el sufrimiento en salud de pacientes con enfermedades graves. La medicina está destinada a prevenir, reparar y curar enfermedades, pero sabemos que hay muchas enfermedades y condiciones que no podemos curar, por lo que necesitamos tratar con pacientes al final de la vida o personas con afecciones crónicas. Los cuidados paliativos consisten en el manejo del dolor y otros síntomas físicos, junto con el apoyo psicosocial y espiritual al paciente y su familia. Los cuidados paliativos intervienen para recordarnos que, incluso si no podemos curar, todavía podemos preocuparnos, si no podemos arreglar, hay cosas increíblemente importantes que podemos hacer para apoyar a los pacientes y sus familias, minimizar el sufrimiento, apoyar las dudas espirituales sobre por qué me está pasando esto, para traer significado y valor incluso si no podemos curar (p. 1).

De acuerdo con la OMS (2020), los cuidados paliativos están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud. Deben suministrarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo.

Toda persona diagnosticada con una enfermedad grave que presenta síntomas debe recibir cuidados paliativos como insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, diabetes o cáncer y que recibe tratamiento.

Estas enfermedades graves con frecuencia ocasionan problemas emocionales, espirituales y sociales que requieren más que lo que el equipo médico puede proporcionar.

Son muchos los beneficios de los cuidados paliativos en el bienestar de los pacientes, de su familia y de los cuidadores. Por ejemplo, los pacientes que reciben visitas de cuidados paliativos mientras se encuentran en el hospi-

tal, pasan menos tiempo en la unidad de cuidados intensivos y tienen menos probabilidades de ir a la sala de emergencia o reingresar en el hospital después de que vuelven a casa. De igual manera las personas con enfermedades crónicas como cáncer que reciben cuidados paliativos presentan síntomas menos graves. Ver (figura 17).

Estos pacientes tienen una mejor calidad de vida, menos dolor, menos dificultad para respirar, menos depresión y menos náuseas.

**Figura 17.**

*Cuidados paliativos.*



**Nota.** Tomado de *Cuidados paliativos en las Américas* de OPS-OMS (2021), <https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas>

Los cuidados paliativos son una parte fundamental del tratamiento de toda enfermedad grave o de alguna enfermedad que ponga en riesgo la vida.

Es distinguido mencionar a el Ministerio de Salud Pública (2022), donde expone:

El cuidado paliativo, mediante su modelo de atención integral, proporcionado por un equipo interdisciplinario, mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el

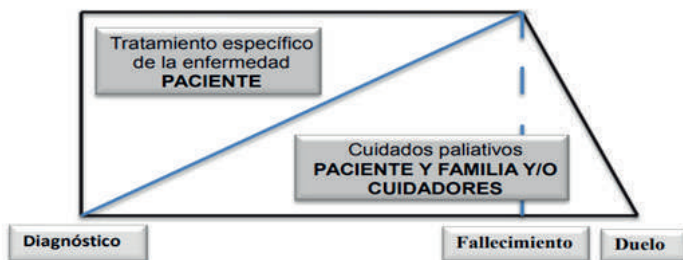


tratamiento correcto del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. (p. 24)

La estrategia de atención terapéutica de los cuidados paliativos, integrados son un proceso desde el diagnóstico de la enfermedad, durante el tratamiento con fin curativo, la transición de la muerte y el proceso de duelo del familiar. Basadas en las necesidades individuales de la persona más que en un plazo concreto de supervivencia esperada. Ver (figura 18).

**Figura 18.**

*Estrategia de atención terapéutica en Cuidados paliativos.*



**Nota.** Tomado de *Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 – 2026* del Ministerio de Salud Pública (2022), <http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10>

Los profesionales que brindan atención paliativa a unos pacientes deben identificar todas sus necesidades y la de sus familiares, para así brindar un mejor apoyo y orientación. Ver (Figura 19).

**Los cuidados paliativos en obstetricia**

Se refieren a la atención médica que se ofrece a las mujeres y sus bebés con enfermedades terminales o condiciones crónicas que requieren cuidados especializados para aliviar el dolor, el sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Estos cuidados paliativos se pueden ofrecer durante el embarazo, el parto y el período postparto.

**Figura 19.**

*Modelo Multidimensional de Necesidades.*



**Nota.** Adaptado de *Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 – 2026* del Ministerio de Salud Pública (2022), <http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10>

En el contexto de la obstetricia, los cuidados paliativos se centran en la gestión del dolor, la ansiedad y el estrés asociados con las enfermedades terminales o condiciones crónicas que pueden afectar a las mujeres y sus bebés. Esto puede incluir la administración de medicamentos para el control del dolor, la terapia psicológica para ayudar a las mujeres a lidiar con el estrés y la ansiedad, y la asistencia espiritual para apoyar las creencias religiosas o espirituales de las mujeres. Ver (Tabla 2)

Los cuidados paliativos también se centran en la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud, las mujeres y sus familias. Esto puede incluir la discusión de los objetivos de tratamiento, las opciones terapéuticas disponibles y los resultados esperados, así como la comprensión de los deseos y valores de las mujeres y sus familias. Ver (Figura 20)

**Figura 20.**

*Cuidados paliativos.*



**Nota.** Tomado de *Cuidados paliativos en las Américas* de OPS-OMS (2021), <https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas>

*Los cuidados paliativos perinatales*

Es relevante señalar a Martín (2022), donde se expone que:

Los cuidados paliativos perinatales son una forma de atención clínica diseñada para anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual de los fetos y recién nacidos con enfermedades limitantes o amenazantes de la vida, que se extiende a sus familias. Se trata de una atención interdisciplinaria y coordinada que busca ofrecer la mejor calidad de vida posible, desde el diagnóstico (muchas veces intraútero) hasta el fallecimiento y el duelo (días, meses o años después).

**Tabla 2.**

*Patologías de diagnóstico prenatal o posnatal que requieren cuidados paliativos perinatales (CPP).*

Grupos de patologías que precisan CPP	Subgrupos	Patologías más representativas	Relación entre cuidados curativos y paliativos
Enfermedades limitantes de la vida (sin esperanza razonable de curación)	Patologías que implican el fallecimiento intraútero, en las primeras horas o días de vida	EG $\leq$ 22-23 semanas EG 23-24 si no recibirá soporte vital Agenesia renal bilateral Anencefalia	Los cuidados paliativos se ofrecen desde el momento del diagnóstico, que puede ser tan temprano como el primer trimestre de la gestación
	Patologías progresivas que conducirán a la muerte a lo largo de meses o años	Algunas enfermedades metabólicas o neuromusculares	El tratamiento curativo se solapa con la atención paliativa al ir progresando la enfermedad
	Patologías no progresivas, irreversibles, que conllevan grave discapacidad e implican mayor susceptibilidad a complicaciones de la salud	Trisomía 18 sin malformaciones Parálisis cerebral de diferentes etiologías	La atención paliativa se proporciona junto con otros tratamientos. A medida que aumenta el riesgo de complicaciones, el cuidado paliativo se va convirtiendo en un elemento más activo de la atención sanitaria
Enfermedades amenazantes de la vida (existen tratamientos curativos, pero es posible su fracaso)		Prematuridad extrema Ciertas cardiopatías congénitas Hernia diafragmática congénita severa	Se administran tratamientos de soporte vital. Riesgo de secuelas graves si sobreviven. Los cuidados paliativos pueden ser necesarios durante la crisis aguda, y siempre que el tratamiento fracase

**Nota.** Tomado de *Cuidados paliativos perinatales* de Martín Ancel y otros (2022), de revista *Anales de Pediatría* (p. 63)

Para ofrecer unos cuidados que garanticen la mejor calidad de vida tanto a fetos y recién nacidos en el final de su vida, y a sus familias, deben implicarse coordinadamente los diferentes ámbitos en los que se desarrolla la atención sanitaria. Esto incluye las consultas prenatales durante la gestación, las salas de parto, las urgencias, las plantas de hospitalización de obstetricia y las unidades neonatales, así como las consultas externas pediátricas especializadas y la atención domiciliaria.

Un equipo interdisciplinario proporciona los cuidados a los pacientes en los programas de CPP. Aunque en la mayoría de los casos será un obstetra o neonatólogo formado y especializado en cuidados paliativos quien coordine y lidere la atención a estos pacientes, otros profesionales como enfermeras, matronas, especialistas de diferentes áreas médicas, trabajadores sociales y psicólogos serán indispensables para asegurar una atención integral. Una

aproximación desde diferentes ámbitos, permite establecer, junto con los padres, un plan que anticipe prevenga y trate las diferentes necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

También se debe preparar el lugar donde ofrecer los cuidados en el momento final de la vida. En ocasiones el fallecimiento ocurrirá en la propia sala de partos, pero si el bebé vive varias horas, puede trasladarse con su familia a una habitación de hospitalización favoreciendo mayor confort e intimidad. Cuando los niños viven varios días, semanas o meses, es frecuente que fallezcan en los hospitales, muchas veces en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, la atención en el propio domicilio mejora la calidad de vida. Por ello, es adecuado poder hablar con la familia sobre las distintas opciones durante la gestación y decidir el lugar donde puedan vivir mejor la despedida de su hijo.

Las visitas prenatales son el momento idóneo para acordar con las familias el plan referente a la reanimación neonatal, la alimentación, la analgesia, la sedación y el tratamiento de los síntomas que puedan aparecer. En algunas ocasiones se tendrá que ir actualizando, sopesando, junto con la familia, las ventajas e inconvenientes de las diferentes posibilidades terapéuticas, adecuando el tratamiento específico a la situación clínica del recién nacido. Si existe incertidumbre en cuanto al pronóstico, es adecuado afrontar con la familia los diferentes escenarios que pudieran ocurrir y el manejo de cada uno de ellos.

Además, es importante durante las visitas gestacionales tomar decisiones sobre el momento del parto y reflejarlo en la historia clínica. Se debe decidir sobre si es adecuado o no realizar monitorización fetal, sobre la vía de parto y en qué situación se plantearía una cesárea o un parto instrumentado.

Tras el nacimiento, la valoración sistemática por parte de profesionales y padres permitirá reconocer adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen e inciden directamente en el confort de los recién nacidos, entre los que destacan el dolor, la disnea y la debilidad. Los padres tienen un papel central, tanto en lo referente a la toma de decisiones, como al plan de cuidados, que se focalizan en lo que es más importante para la familia, identificando sus objetivos, preferencias y valores, y determinando la mejor forma de alcanzarlos.

*Aspectos a tomar en cuenta los equipos médicos y de enfermería*

1. Identificación temprana de la necesidad de cuidados paliativos: deben ser conscientes de la necesidad de cuidados paliativos en el ámbito obstétrico y deben identificarlo tempranamente en el curso del tratamiento, que puede ayudar a minimizar el sufrimiento del paciente y a mejorar la calidad de vida de la madre y del bebé.
2. Comunicación efectiva: deben comunicarse efectivamente con la pareja, el bebé y sus familiares sobre los objetivos del tratamiento, las expectativas y los límites de la intervención médica, para ayudar a asegurarse de que todos compren lo que se está haciendo y cómo se espera que se desarrollará el proceso.
3. Aproximación interdisciplinaria: deben trabajar en colaboración los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, capellanes y trabajadores sociales, para proporcionar un cuidado integral al paciente y a su familia. Esta aproximación interdisciplinaria ayuda a abordar los aspectos psicológicos, espirituales y sociales del proceso paliativo.
4. Gestión del dolor: tener un conocimiento avanzado de la gestión del dolor en el contexto obstétrico, ya que el dolor puede ser especialmente intenso en este ámbito debido a las contracciones uterinas y el parto. Se deben utilizar medidas efectivas para controlar el dolor.
5. Gestión del síndrome del útero atónico: estar preparados para manejar el síndrome del útero atónico, que puede ser complicado por la muerte fetal o por la hemorragia postparto.
6. Gestión del deceso materno: estar preparados para manejar el deceso materno y proporcionar un cuidado digno al paciente en sus últimos momentos. Se requieren medidas como la administración de sedantes, analgesia y anestesia para controlar el dolor y el sufrimiento, así como la presencia de un capellán o un trabajador social para ofrecer apoyo espiritual y psicológico a la familia.
7. Preparación del equipo médico: recibir formación específica en cuidados paliativos en obstetricia para estar preparados para abordar estas situaciones con eficacia y compasión.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo VI** Comunicación Postparto

**AUTORES:** Mg. Adís Anicia Luna Báez; Mg. María Monserrate Cantos Sánchez;  
Mg. Roxana María Chila Reina; Mg. Lorena María Loor Alvarado



**SABEREC 5.0**

## Introducción

La comunicación postparto es un proceso crucial en la atención médica-enfermera para la madre y el recién nacido, donde estos profesionales de la salud deben proporcionar información clara, precisa y comprensible para que la madre entienda bien los cuidados necesarios para el bienestar de su bebé y su propia salud.

Como lo señala Peñalver (2019):

Tratar a las mujeres con el máximo respeto durante el trabajo de parto, constituye un acto comunicativo humano, digno, donde la embarazada debe disponer de toda la información, tomar decisiones respecto a la persona que la acompañará en este proceso, elegir las técnicas de respiración o relajación a utilizar, y en esta dirección, todos los actores que interviene en su cuidado, harán del parto un suceso natural, significativo y trascendental donde la madre y el recién nacido serán los verdaderos protagonistas. (p. 1)

El equipo de salud debe explicar a la paciente el proceso postparto, incluyendo la duración de la estancia hospitalaria, los exámenes médicos que se realizarán al bebé y a la madre, y los procedimientos de cuidado postparto, de igual manera deben proporcionar instrucciones detalladas sobre los cuidados del bebé, incluyendo cómo lavarse las manos antes de tocar al bebé, cómo cambiarle el diaper, cómo alimentarlo y cómo protegerlo de las enfermedades infecciosas. Así mismo proporcionar instrucciones detalladas sobre la alimentación maternal, incluyendo qué comida es adecuada después del parto y cuánto líquido se puede tomar al día.

También deben revisar regularmente con la madre los aspectos clave del cuidado postparto para asegurarse de que se sigan cumpliendo correctamente y responder a cualquier pregunta o duda que surja durante este proceso; incluyendo cómo cuidar las heridas vaginales, cómo lidiar con el dolor postparto y cómo reconocer los signos de infección o hemorragia posparto, igualmente sobre las contraindicaciones para el uso de ciertos medicamentos o productos durante el período postparto.

## Apoyo en el período posparto

Según la Organización Panamericana de la salud (2022), donde cita el modelo de atención posnatal de la OMS, el cual sitúa el binomio madre-hijo en el centro de la atención. La base de este modelo de atención posnatal es



la recomendación que apoya el empleo de un mínimo de cuatro consultas de atención posnatal.

El primer contacto es el de la atención continua en el centro de salud durante al menos las primeras 24 horas después del nacimiento o una primera consulta posnatal en las primeras 24 horas en el caso de un parto en el hogar. Se recomiendan al menos tres consultas posnatales adicionales entre las 48 y las 72 horas, entre los 7 y los 14 días, y durante la semana seis después del nacimiento.

El objetivo general es proporcionar a las mujeres, los recién nacidos, los progenitores y los cuidadores una atención respetuosa, individualizada y centrada en la persona en cada contacto. Esto incluye un aporte de prácticas clínicas efectivas (evaluaciones, derivaciones y manejo), información relevante y oportuna, y apoyo psicosocial y emocional, por parte de trabajadores de salud amables, competentes y motivados que trabajen dentro de un sistema de salud con un buen funcionamiento.

Un sistema de derivación eficaz, que incluya la comunicación entre la asistencia en centros de salud y en la comunidad, y entre los sistemas de la salud y los sistemas de transporte en caso de complicaciones, también son componentes esenciales de este modelo de atención posnatal.

Dentro de este modelo, la palabra “contacto” implica una interacción activa de las mujeres, recién nacidos, progenitores y cuidadores con los prestadores de los cuidados.

Donde el personal de salud debe trabajar en equipo para atender las necesidades de la mujer y el recién nacido durante la internación en el centro de salud y una vez que han regresado a su hogar. Esto requiere una relación funcional y de comunicación entre los distintos trabajadores de salud y entre los diferentes niveles del sistema.

En el mismo orden de ideas y según Moldenhauer (2022), las 6 semanas posteriores al embarazo y al parto se denominan período posparto, cuando el cuerpo de la madre vuelve a su estado anterior al embarazo.

El posparto es el período de tiempo que engloba las primeras seis u ocho semanas después del parto (aproximadamente, cuarenta días). Es una etapa de grandes cambios en el cuerpo de la mujer, ya que todos los órganos involucrados en el embarazo y el parto vuelven a su estado anterior. El cuerpo de la mujer se irá recuperando progresivamente y, poco a poco, hay que ir adoptando una vida activa normalizando los hábitos cotidianos.

Las 6 semanas posteriores al embarazo y al parto se denominan período posparto, cuando el cuerpo de la madre vuelve a su estado anterior al embarazo.

Después del parto, la madre puede esperar algunos cambios físicos y síntomas, pero generalmente son leves y temporales. Los problemas graves de salud son poco frecuentes. No obstante, por lo general el médico, los miembros del personal del hospital o algún grupo encargado del cuidado de la salud conciertan un programa de seguimiento en consulta o visitas a domicilio.

- Las complicaciones más frecuentes después del parto
- Sangrado excesivo (hemorragia puerperal o hemorragia posparto)
- Infecciones uterinas
- Infecciones de la vejiga y los riñones
- Mastitis
- Problemas relacionados con la lactancia
- Depresión
- La hemorragia puerperal puede producirse poco después del parto, pero puede presentarse hasta 6 semanas más tarde.

Dentro de las profesiones sanitarias, los profesionales de enfermería son los que están especialmente formados para brindar apoyo y el cuidado al ser humano. Su función se destaca por su capacidad y habilidad para comprender al individuo receptor del cuidado de manera holística.

La enfermería, junto con la educación sanitaria y la familia, es uno de los tres recursos principales de apoyo en el afrontamiento y adaptación de la mujer a su nueva situación. Ver (Figura 21)

### **Cuidados del personal de salud(médico-enfermera)**

- Monitoreo de signos vitales como presión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca la cual debe realizarse por el personal de salud y es por ello la importancia de la asistencia por parte de la mujer su pareja y él bebe a las revisiones que se realizan a los 7 y a los 30 días después del parto.
- Los profesionales de la salud también revisarán el proceso de contracciones del útero y de regreso a su tamaño anterior al embarazo.
- Es importante que la mujer esté pendiente de la presencia y cantidad

de los denominados loquios. Los loquios son un fluido vaginal que se expulsa en los días posteriores al parto.

- Está compuesto por sangre y desechos de tejidos de las paredes uterinas y su forma es parecida a la de la menstruación y suele durar unas dos semanas, en las que irá cambiando de color y reduciendo su cantidad hasta desaparecer por completo. Si no están presentes significa que se están reteniendo y esto puede llevar a complicaciones médicas, por ello es importante que estés atenta a la evolución de este proceso. Así también si el fluido se presenta como una hemorragia persistente o tiene mal olor.
- Vigilar el estado de la episiotomía para identificar si hay enrojecimiento, inflamación, supuración, mal olor, entre otros.
- Administrar u ofrecer analgésicos comunes (acetaminofén o ibuprofeno) para aliviar el dolor musculoesquelético o si hubiese dolor leve en el área pélvica o dolor de cabeza.

Los cuidados después de una cesárea son los mismos que un puerperio normal, con la diferencia que se agregan los cuidados entorno a la herida quirúrgica, los cuales son:

- Curación y limpieza de la herida diariamente (no usar yodo ni alcohol).
- La paciente debe asistir a la cita estimada para evaluación.
- El retiro de los puntos quirúrgicos según los días estimados. Que pueden ser entre 8 a 12 días, si se ha realizado una sutura no absorbible.
- Vigilar por signos de alarma como: calor, rubor, inflamación o supuración en el sitio quirúrgico, fiebre, separación de los puntos de la herida o dolor muy intenso.
- Fomentar el movimiento, con ejercicio limitado.
- Recomendaciones de higiene:
- Recomendaciones de alimentación: A nivel general se recomienda una alimentación balanceada rica en proteínas que faciliten el proceso de cicatrización (presentes en las carnes, huevos y lácteos), fibra natural. Existen suplementos nutricionales como la L- carnitina que favorecen este proceso.

## Cuidados emocionales

Estos cuidados están orientados como consejos que se deben tomar en cuenta para crear un ambiente de armonía, tranquilidad, seguridad y comprensión para la mujer, él bebe, la pareja y el resto de la familia.

- Es necesario el apoyo familiar y fomentar los cuidados alrededor del entorno diario de la mujer y el recién nacido.
- Es importante compartir o escuchar la experiencia durante el parto que tuvo la mujer.
- El apoyo a la mamá reciente se puede manifestar mediante abrazos o palabras de ánimo.
- Ayudar a mamá y a papá a reconocer si presentan sentimientos diversos como la ansiedad e inseguridad.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Informar a la madre acerca de los signos de la depresión postparto.

Es notable señalar a Caparros (2018):

La depresión posparto es un trastorno mental afectivo severo, que afecta hasta al 56% de las mujeres latinas residentes en México y Estados Unidos durante los primeros 4 meses tras el nacimiento de su bebé. Su incidencia mundial es del 15%, y está incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) bajo la denominación de “trastorno depresivo durante el período perinatal”. Se asocia a suicidio y filicidio, y el primero es una de las causas más importantes de muerte materna durante el período perinatal. (p. 1)

- Demostrar sentimientos de confianza en la capacidad de la madre de cuidar a su bebé. Alentarla, felicitarla por su labor.
- Colaborar para fomentar la paternidad y el apoyo del padre, así como el involucramiento del resto de la familia.
- También se debe instruir a la mujer acerca de la planificación familiar y respecto a su sexualidad, de igual manera se debe fomentar la lactancia materna como método de planificación familiar.

- Es recomendable esperar un tiempo suficiente, para retomar las relaciones se aproximadamente 3 o 4 semanas para que el periné cicatrice adecuadamente.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones y fomentar sentimientos de seguridad en el momento de mayor ansiedad, no dejar sola a la mamá, al bebé y a papá.
- Merece especial atención el momento en el que finaliza la baja de paternidad y la mujer se queda sola en casa con el bebé. El sentimiento de soledad que puede envolver a la nueva madre resulta difícil de manejar, por lo que resulta imprescindible disponer de figuras de apoyo que contribuyan a disminuir la carga de trabajo; el papel de estos soportes favorecerá el aumento de la competencia como madre.

### **Cuidados de los pechos durante el período de lactancia**

Es conveniente que se utilicen sujetadores específicos para la etapa de la lactancia, ya que el incremento del volumen, debido a la producción de leche, puede provocar incomodidad o dolor. Este tipo de sujetadores puede utilizarse por tiempo indefinido, mientras dure la lactancia.

En ocasiones, al principio del proceso de lactancia, mamá puede experimentar dolor en los senos o pequeñas heridas en los pezones. Se debe considerar que solamente deben ingerirse analgésicos indicados por personal médico, ya que estos pueden pasar a la leche materna y de ahí al bebé.

Considera estos consejos:

- Se deben lavar los pezones al menos dos veces al día con agua y jabón.
- Utilizar una crema o vaselina para evitar las grietas o resequedad.
- Usar medios físicos para evitar la congestión mamaria alternando frío y calor (paños de hielo y agua tibia)
- En caso de cambios inflamatorios en la mama, secreción anormal, fiebre por más de dos días u otros síntomas se debe acudir inmediatamente al médico.

### **Actividades prohibidas o restringidas**

El tiempo que se requiere para retomar estas actividades depende de las complicaciones que puedan haberse presentado en el parto vaginal o la cesárea. Así también del estado nutricional de la mujer y de la capacidad de re-

uperación de cada organismo, “aunque en teoría normalmente la mujer antes de los 40 a 42 días posparto ya se ha incorporado a sus actividades diarias”.

Otras limitaciones también giran en torno a padecimientos u otras enfermedades médicas de base que presente la mujer o que haya desarrollado en el embarazo, por ejemplo: Preclamsia, Diabetes Mellitus, Hipertiroidismo, entre otras.

### **Planificación familiar**

Cuando se reanudan las relaciones sexuales se recomienda el control de la natalidad porque la mujer puede volver a quedarse embarazada en cuanto empiece a ovular de nuevo.

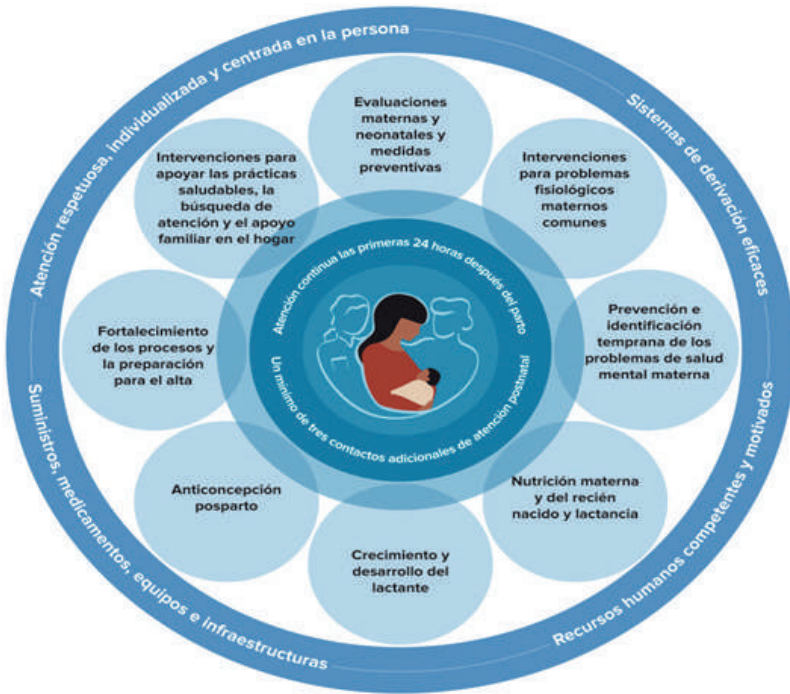
Las madres que no están amamantando a sus hijos comienzan habitualmente a ovular de nuevo alrededor de 4-6 semanas después del parto, antes de su primera menstruación. Sin embargo, la ovulación puede producirse antes.

Las madres que están amamantando suelen comenzar su ovulación y menstruación algo más tarde, unos 6 meses después del parto. Sin embargo, en ciertos casos, una madre que esté amamantando puede ovular, menstruar y quedarse embarazada igual que otra que no amamanta. Las madres que están amamantando deben hablar con sus médicos acerca de cuándo comenzar a usar anticonceptivos.

La recuperación completa después del embarazo lleva tiempo. razón por la cual se suelen recomendar a la nueva madre esperar al menos 6 meses y, preferentemente, 18 meses antes de quedarse embarazada de nuevo (aunque ella puede decidir no seguir ese consejo). En su primera consulta después del parto, la nueva madre puede comentar con el médico los diferentes métodos anticonceptivos y elegir uno que se adapte a su situación. Ver (Figura 21)

**Figura 21.**

*Representación esquemática del modelo de la OMS de cuidados posnatales.*



**Nota.** Tomado de *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* de Organización Panamericana de la Salud (2022), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589460/>

### **Comunicación con madres de bebés prematuros**

Los bebés prematuros son aquellos que nacen antes de las 37 semanas de gestación. Estos bebés requieren cuidados especiales y a menudo se les mantiene en el hospital para recibir tratamiento y supervisión médica.

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), los nacimientos prematuros obedecen a distintas razones. La mayoría de ellos ocurren espontáneamente, pero algunos se deben a razones médicas, como infecciones u otras complicaciones del embarazo que requieren la inducción temprana del parto o un parto por cesárea.

Nacer antes de que el embarazo llegue a las 37 semanas conlleva que el bebé presente una inmadurez anatómica y funcional de los órganos, en

especial del sistema nervioso, y ello hace que el bebé tenga una capacidad limitada para adaptarse a las condiciones ambientales de la unidad neonatal y procesarlas.

Las madres y padres y los profesionales del entorno hospitalario forman un equipo para que continúe su crecimiento y evolución madurativa fuera de la madre y ayudarlo a adaptarse adecuadamente a las condiciones del entorno. El papel de los progenitores es clave, ya que son los que están más cerca de su bebé. Con su presencia y proximidad configuran el punto de referencia para el bebé. Es importante tener en cuenta que las madres y padres son los únicos que siempre están presentes, situación que da seguridad al bebé.

El nacimiento de un bebé prematuridad, constituye una situación hondamente dolorosa y estresante que puede repercutir en el estado emocional de la madre, por lo que se acrecienta en ella el sentimiento de incertidumbre y confusión. En efecto aparece la angustia y temor a la muerte, como una amenaza constante para el bebé, que muchas veces es resultado de sueños y deseos anhelados de toda una vida y que probablemente signifique una promesa, un proyecto, un porvenir dentro de una familia. La hospitalización de un recién nacido en estado crítico, origina en ellas alto grado de estrés; el mayor reto de las madres es adecuarse a esta circunstancia, para evitar alterar el lazo madre e hijo.

Para las madres de estos bebés, el período de hospitalización puede ser largo y emocionalmente difícil. La estadía en una UCI neonatal es en promedio 2-3 meses, con muchos altos y bajos.

En este contexto, la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y las madres es crucial para facilitar el proceso de recuperación del bebé y ayudar a las madres a superar los desafíos asociados con la hospitalización prolongada de su bebé.

El bebé prematuro presenta inmadurez de los sistemas digestivo, nervioso e inmune, pero, la naturaleza es tan sabia que, la leche de su madre va a presentar una composición específica, precisamente para compensar esas deficiencias a nivel madurativo. Por eso la llamamos lechepretérmino y va a presentar esta composición diferente por lo menos durante un mes.

Si para un niño a término y sano la leche de su madre es fundamental para su sistema inmunológico, en el caso de un niño prematuro tenemos que hablar de qué constituye su medicina.



Es por esto que con la leche materna el prematuro va a tener una gran disminución en el riesgo de infecciones, enterocolitis necrotizante, enfermedad pulmonar crónica, sepsis de inicio tardío, retinopatía del prematuro y un largo etcétera.

Por este motivo, cuando una mujer que tenía previamente pensado no amamantar y tiene un bebé prematuro, la misma necesita orientación en cuanto los beneficios de la lactancia materna para su bebé prematura.

En estos casos, la información a la familia es fundamental como también lo es hacerles partícipes del cuidado de sus hijos.

### **Comprender la situación médica del bebé**

Los profesionales de la salud deben estar preparados para explicar detalladamente la situación médica del bebé a las madres. Esto incluye información sobre el diagnóstico del bebé, los tratamientos que se están administrando, los riesgos asociados con la enfermedad y cómo se pueden mitigar, y el pronóstico para el futuro. La información debe ser presentada en términos claro y concisos, utilizando lenguaje simple y evitando terminología médica compleja que pueda ser confusa o desconcertante para las madres.

### **Establecer una relación de confianza**

La relación entre el profesional de la salud y la madre es fundamental para la comunicación efectiva. Los profesionales deben hacer esfuerzo por establecer una relación de confianza con las madres, mostrándoles respeto, compasión y empatía. Esto incluye escuchar atentamente a las madres, responder a sus preguntas y preocupaciones, y proporcionar apoyo emocional durante el proceso. Los profesionales también pueden ayudar a las madres a conectarse con otros padres cuyos bebés han nacido prematuros para compartir experiencias y ofrecer apoyo mutuo.

### **Proporcionar información sobre el cuidado del bebé en el hospital y en casa**

Los profesionales deben proporcionar información detallada sobre el cuidado del bebé tanto en el hospital como en casa. Esto incluye instrucciones sobre cómo alimentar al bebé, cómo cambiarle, cómo administrarle medicamentos, cómo protegerlo contra infecciones y cómo monitorizar su progreso médico. Los profesionales también pueden proporcionar recursos como folletos informativos, vídeos educativos y talleres para ayudar a las madres a mejor entender el cuidado del bebé prematuro.

### **Abordar las preocupaciones y cuestiones de las madres**

Los profesionales deben estar preparados para abordar las preocupaciones y cuestiones que surjan durante el proceso. Esto incluye responder a preguntas sobre la duración de la hospitalización, los riesgos asociados con la enfermedad, la posibilidad de complicaciones futuras y cómo se pueden mitigar, y cómo se puede preparar para el regreso a casa del bebé. Los profesionales también pueden ayudar a las madres a identificar recursos locales que les puedan ser útiles en el proceso, como servicios médicos especializados o grupos de apoyo para padres cuyos bebés han nacido prematuros.

### **Monitorizar el progreso del bebé y comunicarlo con claridad**

Los profesionales deben monitorizar el progreso médico del bebé regularmente y comunicarse con claridad sobre cualquier cambio significativo en su estado de salud. Esto incluye informando sobre nuevos diagnósticos, cambios en los tratamientos o medicamentos, o cualquier otra información relevante que podría tener un impacto significativo en la recuperación del bebé o en la planificación futura para su regreso a casa. Los profesionales también pueden proporcionar recursos como consultas especializadas o referencias a otros profesionales médicos si se necesita una segunda opinión o un tratamiento más avanzado.

El respeto a la autodeterminación: Los profesionales de la salud deben respetar los derechos de las madres en todo momento, permitiéndoles tomar decisiones sobre el cuidado del bebé según sus preferencias personales y valores culturales. Esto incluye permitiéndoles participar activamente en la planificación del tratamiento del bebé, respetando sus decisiones sobre cuáles tratamientos quieren o no quieren para su bebé, y brindándoles apoyo emocional durante todo el proceso. Los profesionales también pueden ayudar a las madres a identificar recursos locales que les puedan ser útiles en este proceso, como servicios médicos especializados o grupos de apoyo para padres cuyos bebés han nacido prematuros que comparten sus valores culturales o religiosos específicos.

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**

## **Capítulo VII** Tecnología y Comunicación en Obstetricia

**AUTORES:** Dra. C. María Felicidad Vélez Cuenca; Dra.C. Liricis Yamara Zambrano Loor; M.Sc.  
Juliana Zambrano Cevallos; Mg. María Fernanda Ayón Vélez



**SABEREC 5.0**

---

## Introducción

La tecnología y la comunicación han revolucionado el campo de la obstetricia en los últimos años. Antes de la era digital, los médicos se basaban principalmente en los signos clínicos y el examen físico para diagnosticar y tratar las complicaciones obstétricas. Sin embargo, la introducción de nuevas tecnologías ha permitido un mejor diagnóstico, un tratamiento más efectivo y una mejor comunicación entre los profesionales de la salud.

Es notable mencionar a Vanegas (2023), donde se expone el uso de el simulador en obstetricia, esta tecnología háptica ha demostrado ser una herramienta de valioso valor en el ámbito del entrenamiento simulado en obstetricia. Dado que esta rama médica depende en gran medida del desarrollo de habilidades táctiles para el diagnóstico y la toma de decisiones clínicas, la integración de esta tecnología ha sido particularmente beneficiosa. A pesar de sus logros actuales, es crucial destacar que la tecnología háptica aún está en proceso de evolución y mejora.

Preexisten desafíos a superar, como la redefinición del modelado biomecánico, la búsqueda de mayor precisión, la exploración de alternativas frente a las limitaciones de recursos informáticos y la incorporación sutil de retroalimentación cinestésica y táctil. Estos aspectos son esenciales para ampliar la practicidad y la aplicabilidad de la tecnología, así como para superar las restricciones actuales que limitan su uso a las fases iniciales de entrenamiento.

A medida que la tecnología sigue progresando, es necesario abordar estos desafíos con el fin de optimizar aún más su potencial y lograr una integración más completa en la formación obstétrica.

De igual manera otras de las tecnologías más importantes en la obstetricia es el ultrasonido. Este método de imagen permite ver el feto en vivo y detectar posibles anomalías o problemas. Además, se puede utilizar para determinar la fecha de la gestación y la posición del feto. El ultrasonido también se utiliza para guiar el proceso de extracción de muestras para pruebas genéticas prenatales.

Otra tecnología importante es la tomografía axial computarizada (TAC). Esta técnica permite visualizar el interior del cuerpo con una precisión mayor que la radiografía convencional. La TAC se utiliza principalmente para detectar posibles complicaciones como hemorragias o tumores en la mujer embarazada.

La telemedicina también ha transformado la forma en que se proporciona atención médica a las mujeres embarazadas, especialmente en áreas rurales o con acceso limitado a los servicios médicos. La telemedicina permite que los profesionales de la salud se comuniquen con sus pacientes a través de videoconferencia o mensajería instantánea, lo que permite una mejor comunicación y un diagnóstico más rápido y eficaz.

El uso de dispositivos wearable como monitores cardíacos o pulsioximetrías permiten monitorizar los signos vitales del feto y la madre durante el embarazo, lo que permite detectar posibles problemas antes de que se vuelvan graves. Estos dispositivos también se utilizan para ayudar a las mujeres embarazadas a mantener un estilo de vida saludable y a reducir el riesgo de complicaciones durante el parto.

### **Uso de la telemedicina en obstetricia**

La telemedicina es una forma de atención médica que utiliza la tecnología de la comunicación para brindar servicios de salud a distancia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) , La telemedicina, es una prestación de servicio a través de las Tecnologías de la Información y Comunicación con el objetivo de cuidar la salud de la población y de la comunidad.

Permitiendo a los pacientes y médicos interactuar y comunicarse a través de videoconferencias, llamadas telefónicas, mensajes de texto y correo electrónico, entre otros medios.

La telemedicina se utiliza para realizar consultas médicas, diagnósticos, seguimiento de tratamientos, educación médica y acceso a especialistas, especialmente en áreas rurales o con limitaciones de acceso a servicios de salud.

En los últimos años, la atención médica reconoce un aumento en el uso de tecnologías de apoyo por parte de los pacientes como aplicaciones de teléfonos móviles, dispositivos portátiles, servicio de mensajes cortos o mensajes de texto, mensajes multimedia y comunicación audiovisual en vivo; sin embargo, el desarrollo de prácticas basadas en evidencia para esas tecnologías va a la retaguardia del uso de la tecnología por parte de pacientes y proveedores, indica.

## Los beneficios de la atención médica online

- Acceso a la atención médica remota: la telemedicina y la telesalud permiten a las personas acceder a servicios médicos sin tener que desplazarse físicamente a un consultorio o hospital. Esto es especialmente beneficioso para aquellos que viven en áreas rurales o tienen dificultades de movilidad.
- Ahorro de tiempo y dinero: evitar los desplazamientos y las largas esperas en las salas de espera, la atención médica online puede ahorrar tiempo y dinero a los pacientes. Además, algunos seguros médicos cubren las consultas virtuales, lo que puede reducir los costos para los pacientes.
- Mayor comodidad y flexibilidad: permite a los pacientes recibir atención médica desde la comodidad de su hogar u oficina. Esto es especialmente útil para aquellos con enfermedades crónicas o discapacidades que dificultan la movilidad.
- Mayor acceso a especialistas: a través de la telemedicina, los pacientes pueden acceder a especialistas médicos que pueden no estar disponibles en su área local. Esto es especialmente beneficioso para aquellos que viven en áreas rurales o tienen dificultades para encontrar especialistas cercanos.
- Mejor gestión de enfermedades crónicas: la telesalud permite a los pacientes con enfermedades crónicas recibir monitoreo y seguimiento remoto de sus condiciones de salud. Esto puede ayudar a prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.
- Educación en salud: la telesalud puede incluir programas educativos en línea que ayudan a las personas a aprender sobre enfermedades, prevención de enfermedades y estilos de vida saludables. Esto puede empoderar a los pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su salud.
- Reducción de la propagación de enfermedades: La atención médica online puede ayudar a reducir la propagación de enfermedades infecciosas al evitar el contacto físico entre pacientes y profesionales de la salud. Esto es especialmente importante durante epidemias o brotes de enfermedades contagiosas.

En el mismo orden de ideas es relevante mencionar que la telemedicina está revolucionando la atención de las mujeres embarazadas, permitiéndoles

recibir la misma calidad de atención que recibirían en un entorno hospitalario, sin tener que salir de sus hogares. Este cambio en la atención está haciendo que la atención prenatal sea más accesible, eficiente y rentable para las mujeres embarazadas, así como para sus proveedores de atención médica.

Esta forma de uso de la telemedicina surge debido a las enfermedades ginecológicas y obstétricas como: bajo peso de los neonatos al nacer, hipoxia fetal intrauterina, eclampsia y carcinoma de útero, las cuales se surgieron principalmente en países subdesarrollados.

### **Ventajas de la telemedicina obstétrica / ginecológica**

#### *Monitoreo remoto de pacientes las 24/7*

Las mujeres embarazadas las cuales llevan un tratamiento por presión arterial, pueden ser monitoreadas correctamente por un médico en todo momento, permitiendo que las pacientes puedan permanecer en su hogar en su estado de gestación.

Esto también es beneficioso, por ejemplo, para las mujeres embarazadas con diabetes, ya que ellas pueden recibir un correcto apoyo por parte de un profesional de la salud, para recibir planes de alimentación específicos, así como el control de la insulina, algo vital en estos casos.

#### *Permite actuar de manera más rápida*

Los médicos y enfermeras están en constante monitoreo, ellos pueden actuar en caso surjan complicaciones en la paciente en estado de gestación. De esta manera, la telemedicina le garantiza al paciente que siempre recibirá una atención médica lo más rápido posible.

Por ejemplo, los pacientes con preeclampsia (complicación del embarazo caracterizada por presión arterial alta y signos de daños en otro sistema de órganos), el médico puede intervenir inmediatamente para determinar si la paciente experimenta algún síntoma como visión borrosa o dolor de cabeza, que indique que necesita una intervención urgente.

#### *Acceso para todas las mujeres gestantes*

Un problema que comúnmente sucede en las zonas más alejadas del país, es que en muchos centros de salud las mujeres gestantes no encuentran una atención completa, creando barreras en salud. Esto genera que aquellas mujeres gestantes tengan que viajar largas horas para tener acceso a una atención médica de calidad.

Con la telemedicina esto queda totalmente eliminado. La telemedicina permite que la atención obstétrica y ginecológica pueda llegar a todas las mujeres en estado de gestación en cuestión de segundos. De esta manera, cada vez más mujeres gestantes, en el resto del mundo, están teniendo atenciones más completas, las cuales le permiten a las madres tener un correcto proceso de gestación y cuidado de su bebé en los primeros meses.

### *Cuidados postoperatorios*

Muchas veces se piensa en el monitoreo para prevenir casos, sin embargo, el monitoreo también permite el cuidado de pacientes que han sido sometidos a una operación que exige que un profesional de la salud esté constantemente revisando y comunicándose con la paciente.

Las pacientes que fueron sometidas a una cesárea, histerectomía, extirpación de quistes, ováricos o laparotomía, a través de la telemedicina pueden recibir una atención médica completa y un monitoreo remoto en todo momento, mientras permanecen en sus hogares en su periodo de recuperación.

Esto es importante, ya que los médicos podrán brindarle consejos que le ayuden a dichos pacientes para tener una mejor recuperación, evitando las rehospitalizaciones.

### *Asesoramiento y educación*

La telemedicina no solo permite la intervención de médicos en casos específicos, sino también permite asesorar y educar a los pacientes en diferentes aspectos. Esto es posible gracias a que la telemedicina le brinda a los pacientes y a los médicos-enfermeras una comunicación constante, en la que los pacientes pueden consultar sus principales dudas o preguntas.

Por ejemplo, en las madres primerizas, se ha visto un aumento de asesorías en telelactancia en los países más avanzados, en las cuales se les brinda información sobre la lactancia materna y técnicas de agarre. Casos como estos, existen una infinidad en las madres y mujeres gestantes.

De esta manera la telemedicina les brinda a las mujeres gestantes diferentes beneficios que serán indispensables para llevar una vida plena. El uso de la telemedicina en estos casos está en crecimiento.

Es por esta razón que diferentes centros médicos, clínicas u hospitales están implementando diversos planes de telemedicina, ya que han visto el potencial que este les ofrece a sus diferentes pacientes, entre ellos las mujeres gestantes.



---

## **La telemedicina para mujeres embarazadas durante un evento mundial**

Las gestantes y los neonatos son población con prioridad de protección, por lo que disponer de una red de atención integral es fundamental para atender dicha población durante un evento mundial como una pandemia. Dicho modelo de atención integral debe tener un componente de telemedicina que facilite las consultas entre las gestantes y los especialistas,

Necesariamente esta área del modelo integral de salud para gestantes y neonatos debe velar por:

**Teleconsulta perinatal:** al menos con cadencia mensual y debe ser aprovechada para monitorear el estado de la gestante. Si bien no es la oportunidad de hacer ecografía o toma de signos vitales, es un momento adecuado para comprender cómo se ha sentido la embarazada con el paso de los meses. Estas teleconsulta antes del parto tienen el beneficio de solo hacer salir a la gestante cuando tenga que hacerse un examen en un centro médico, promoviendo el cuidado en casa, optimizando el tiempo del especialista y descongestionando los servicios médicos.

Estas teleconsulta deben ser una oportunidad para educar a las gestantes sobre buenos hábitos durante el embarazo – alimenticios, de descanso, de ejercicio, entre otros. Se debe hacer un profundo énfasis en identificar los signos de alarma antes de acudir a un servicio de emergencia y se debe brindar la información necesaria de qué hacer ante determinadas situaciones que se pueden manejar en casa.

**Teleconsulta de Salud Mental:** el modelo de atención integral mediado por la telemedicina debe contemplar teleconsulta periódicas con profesionales de la salud mental, que puedan monitorear signos de alarma y puedan de esta manera actuar y prevenir posibles trastornos, como ansiedad, depresión, soledad.

**Teleconsulta de nutrición y valoración deportiva:** una sana alimentación y la actividad física (incluso en casa) tienen muchos beneficios para la salud de la gestante y su neonato. Atender a las mujeres en embarazo y compartir información sobre buenos hábitos alimenticios de acuerdo a su embarazo y algunas rutinas de ejercicio físico servirán para un embarazo más tranquilo y saludable.

**Teleconsulta postparto:** luego del nacimiento es necesario que especialistas de obstetricia y pediatría tengan dentro de su proceder un esquema de

atención en que además de validar el estado de salud de la mujer y del bebé, proporcionen las herramientas necesarias sobre lactancia, limpieza perineal, bienestar fetal, planificación postparto, entre otros. Asimismo, deben disponer de canales de comunicación para que las mamás puedan comunicarse en caso de tener preguntas o preocupaciones.

## **Comunicación en la era digital**

A lo largo de la historia, la comunicación se ha caracterizado por desempeñar un papel fundamental dentro de la sociedad, por lo que ha tenido que evolucionar y adaptarse a diferentes realidades. Esto es lo que ocurre en la actualidad, con la llegada de las nuevas tecnologías. De esta manera, la comunicación actual desempeña un rol diferente al que tenía hace algunos años, incluso ahora es más relevante.

El mundo actual se encuentra completamente interconectado, por lo que es posible comunicarse con cualquier persona alrededor del mundo, hasta algunas décadas atrás esto era algo impensado. No obstante, la era digital ha propiciado la aparición de las nuevas plataformas en entornos virtuales, con lo que conectarse a distancia es mucho más sencillo.

La era digital, se considera como una época que abarca el inicio de la revolución digital e informática, a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI. Esto ha servido para democratizar el acceso a la información y a las tecnologías de la comunicación, por medio del Internet, y más recientemente, de las redes sociales, lo que ha transformado completamente la manera de interactuar, de aprender y de trabajar de las personas. Por ello, la comunicación es esencial en estos tiempos.

### **Importancia de la era digital**

Para Lauria (2020 ), la tecnología ha estado revolucionando el sector médico por mucho tiempo y es importante recalcar que, en estos tiempos, se ha vuelto más imprescindible evolucionar en este sector con la finalidad de adaptarse a las circunstancias.

Donde las condiciones actuales han propiciado el uso de nuevas tecnologías digitales con la finalidad de mejorar los servicios de atención y comunicación con los pacientes.

- La comunicación cumple con un papel fundamental. En primer lugar, porque permite seguir estableciendo relaciones sociales entre diferentes individuos, y en segundo lugar, porque se trata de la herramienta que facilita la difusión de la información, que puede compartir-

se fácilmente. Por estos motivos, es imposible contemplar un mundo sin comunicación.

- Las personas cuentan con la posibilidad de comunicarse a través de diferentes plataformas. De esta manera, se crean los conceptos modernos de videollamada, mensaje en línea y correo electrónico, entre otros. En todos estos casos, se trata de innovaciones que surgieron a partir de la llegada de la tecnología a la sociedad y que hoy son comunes en todos los ámbitos de la vida.
- Las nuevas incursiones de la comunicación, tiene que ver con las redes sociales que nacen con el objetivo de “conectar” a las personas, permitiéndoles mantener un vínculo más allá del contacto físico. Actualmente, son las plataformas más utilizadas en Internet, las cuales cuentan con millones de usuarios activos distribuidos por todo el planeta.
- La comunicación prospera en una escala ascendente, llegando a conectar a millones de personas de diferentes nacionalidades y culturas. En este punto, radica la importancia de la comunicación en los tiempos modernos, en donde las plataformas digitales permiten disfrutar de una amplia gama de posibilidades en el ámbito comunicacional.
- Se terminaron las barreras geográficas: desde que el Internet se implementó en la vida cotidiana de las personas, podemos conocer personas que se encuentran en diferentes lugares del mundo y hacer videollamadas en tiempo real. También nos ha permitido conocer noticias o eventos que ocurren en países lejanos del mundo y de una manera rápida.
- Las interacciones son rápidas y eficaces: el mundo está lleno de cambios y conocer estos sucesos es esencial. Tener una comunicación fluida con el resto de personas es una ventaja en todos los ámbitos.
- Transferencia de datos multimedia: hay una gran variedad de formatos como imágenes, transmisiones en vivo, videos grabados, audios o chats.
- Precios más bajos: tiempo atrás las únicas formas de comunicarse eran las cartas o periódicos impresos, entre otras formas. Hoy en día gracias a la tecnología se puede enviar un mensaje a otro país en segundos y esto ha permitido abaratar los costos.

- Gestión de las tareas: en Internet se cuenta con un sin fin de herramientas que permiten administrar, delegar y coordinar las tareas con el equipo de la empresa. Esto disminuye el tiempo de espera del cliente y un mejor aprovechamiento del tiempo.

Los tipos de comunicación digital

- Video: El formato en video ha demostrado ser una de las formas de comunicación más efectivas a la hora de atraer tráfico a un sitio web y generar conversiones. Con un vídeo dinámico se puede conseguir mayor visibilidad a la marca.
- Redes sociales: estos medios permiten mantener el contacto tanto con profesionales del mismo entorno como personas cercanas como familiares y amigos, este hecho los ha convertido en herramientas esenciales para las estrategias de marketing.
- Blog: contar con una serie de conocimientos y darlos de forma gratuita a través de este medio nos hará destacar de la competencia.
- Audio: las marcas son la última tendencia dentro del marketing digital y es por esta razón, que las marcas invierten dinero para publicarse en ellos. Las formaciones, conferencias o talleres son maneras rentables de darnos a conocer.
- Email marketing: los mensajes a través de correos electrónicos también son muy utilizados en el mercado de los negocios, debido a su bajo costo y la eficacia con la que los suscriptores se convierten en potenciales clientes.

### **Importancia de la era digital para la salud**

El mundo viene experimentando un expresivo crecimiento de iniciativas en el área de la salud que utilizan las Tecnologías de la Información y La Comunicación

Es relevante mencionar a la Organización Mundial de la Salud en su 71.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud WHA71.7 (2018), donde se expone la importancia de la era digital para la salud:

Reconociendo el potencial de las tecnologías digitales para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible y, en particular, para respaldar los sistemas de salud en todos los países en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y mediante la mejora de la accesibilidad, calidad y asequibilidad de los servicios de salud.

De igual manera, subrayando la necesidad de velar por que las soluciones de salud digital complementen y mejoren los modelos actuales de prestación de servicios de salud, fortalezcan los servicios de salud integrados y centrados en la persona y contribuyan a la mejora de la salud de las poblaciones y la equidad sanitaria, incluida la igualdad de género, y a subsanar la falta de datos científicos sobre las repercusiones de la salud digital en esos ámbitos.

Donde la digitalización de los servicios de salud supone cambios culturales importantes tanto para el personal de salud como para la población en general.

De igual manera existen ocho principios rectores los cuales están dirigidos a orientar a los países de la Región de las Américas en los procesos de transformación de la salud digital (Figuras 22). Su propósito es apoyarlos en la toma de decisiones fundamentadas, la formulación de metas a corto y largo plazo, y la elaboración de políticas públicas sólidas y sostenibles, sin dejar a nadie atrás.

**Figura 22.**

*Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud.*

1	Conectividad universal 	Asegurar la conectividad universal en el sector de la salud para 2030
2	Bienes públicos digitales 	Cocrear bienes de salud pública digitales por un mundo más equitativo
3	Salud digital inclusiva 	Acelerar hacia una salud digital inclusiva con énfasis en los más vulnerables
4	Interoperabilidad 	Implementar sistemas de información y salud digital interoperables, abiertos y sostenibles
5	Derechos humanos 	Transversalizar los derechos humanos en todas las áreas de la transformación digital en salud
6	Inteligencia artificial 	Participar en la cooperación mundial sobre inteligencia artificial y cualquier tecnología emergente
7	Seguridad de la información 	Establecer mecanismos de confianza y seguridad de la información en el entorno digital de la salud pública
8	Arquitectura de salud pública 	Diseñar la arquitectura de la salud pública en la era de la interdependencia digital

**Nota.** Tomado de *Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana* OPS-OMS (2021), [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHIS210004\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHIS210004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Para Palomino (2023), dentro de la clasificación de los medios digitales, aparece una amplia variedad de productos y plataformas. Tal es el caso de lo que ocurre con los diferentes sitios y portales web, las plataformas de streaming, los videojuegos y las aplicaciones en dispositivos móviles, por nombrar algunas de las opciones disponibles.

- Impresión 3D: existe desde hace algunos años en muchos campos. Cuando se trata de medicina, crea implantes o incluso articulaciones para cirugía. También es frecuente en las prótesis, ya que puede crear extremidades a juego perfectas, lo que permite mayor comodidad y movilidad.
- Órganos artificiales: como la impresión en 3D, pero para los órganos reales y operativos, el sistema inmunitario del paciente no será rechazado. La bioimpresión, también conocida como bioimpresión, es un área prometedora de tecnología en el cuidado de la salud que podría salvar a millones de pacientes cada año.
- Cirugía robótica: Agrega control, precisión y flexibilidad a las manos de un cirujano para operar a un paciente de la manera menos invasiva posible. Ha permitido hacer ciertas operaciones más fáciles o incluso posibles.
- Wearables de salud: comenzaron como un rastreador de actividad física para rastrear la frecuencia cardíaca y el ritmo, y destacaron el potencial de atención médica. Los wearables de salud pueden detectar anomalías cardiovasculares antes y prevenir condiciones graves.
- Realidad virtual (VR): se está utilizando mucho en los últimos años, pero principalmente con fines de entretenimiento. Sin embargo, la realidad virtual puede ayudar a los estudiantes de medicina a tener experiencias de la “vida real” en los procedimientos y una comprensión visual de la anatomía humana.
- Telesalud: mercado muy emergente que permite a los pacientes recibir atención médica a través de dispositivos digitales. Los pacientes pueden tener acceso fácilmente a su médico mientras pueden recibir un diagnóstico y consejo médico. Necesitará las plataformas adecuadas para esto; como un creador de sitios web y CRM.
- Inteligencia artificial y aprendizaje automático: inteligencia artificial (IA) y el aprendizaje automático se están utilizando cada vez más en la atención médica para mejorar la precisión del diagnóstico y el tratamiento. Los

equipos médicos pueden hacer uso de la IA para analizar grandes cantidades de datos de pacientes y proporcionar de esta forma información valiosa para que mejore la atención y el servicio que pueden proveer a sus pacientes.

- Video: el formato en video ha demostrado ser una de las formas de comunicación más efectivas a la hora de atraer tráfico a un sitio web y generar conversiones. Con un vídeo dinámico se puede conseguir mayor visibilidad a la marca.
- Redes sociales: estos medios nos permiten mantener el contacto tanto con profesionales de nuestro entorno como personas cercanas como familiares y amigos.
- Blog: darnos a conocer como una autoridad en el sector en el cual nos movemos, y esto es lo que permite hacer un blog. Contar con una serie de conocimientos y darlos de forma gratuita a través de este medio nos hará destacar de la competencia.
- Microblogs. Permiten hacer actualizaciones rápidas, compartiendo mensajes cortos, videos o imágenes, que generalmente son distribuidas por medio de dispositivos móviles. Twitter es un ejemplo de ello.
- Comunidades de contenido. Ofrecen la posibilidad de organizar, compartir y comentar sobre diversos tipos de contenidos de texto, de imágenes o de videos. Algunos ejemplos son YouTube y Scribd.
- Wikis. Se trata de páginas web a las que tienen acceso una comunidad de personas, quienes pueden alimentar y actualizar el contenido en una base de datos. El ejemplo más popular es Wikipedia.
- Pódcast. Son espacios digitales en donde los usuarios pueden compartir y encontrar archivos de audio y de video, con temas informativos, noticiosos o de entretenimiento. Spotify, Apple pódcast y Google pódcast, son algunos.

También han surgido nuevos tipos de medios digitales con realidad virtual y realidad aumentada, los cuales abren la puerta a nuevas posibilidades de interacción entre los usuarios y las nuevas plataformas.



Comunicación Enfermera  
cliente en el cuidado de  
**Urgencia Obstétrica**

*Bibliografía*



SABEREC 5.0

- Arigita Lastra, M. &. (2020). Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertensión Y Riesgo Vascular*, 37(4), 147–151. <https://doi.org/doi:10.1016/j.hipert.2020.07.002>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., & Dochterman, J. M. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. ELSEVIER. <https://doi.org/https://es.slideshare.net/AlesiVillagmez/nic-7a-edicion-2018pdf>
- Caparros González, R., & Romero González, B. &. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial. *Revista Panamericana de Salud pública*, 42(91), 1. <https://doi.org/doi:10.26633/RPSP.2018.97>.
- Cara Rodríguez, R., & Aviles Saez, Z. &. (2018). Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una revisión bibliográfica. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9(2), 221-229. <https://doi.org/https://doi.org/10.20318/recs.2018.4500>
- Carbajo, T. (1 de marzo de 2021). *Cómo hacer una crítica constructiva*. Centro APAI: <https://centroapai.wordpress.com/2021/03/01/como-hacer-una-critica-constructiva/>
- Castiblanco Montañez, R. A. (2022). Hemorragia postparto: intervenciones y tratamiento del profesional de enfermería para prevenir shock hipovolémico. *Revista Cuidarte*, 13(1), 1-18. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.2075>
- Deliyore Vega, M. d. (2018). Comunicación alternativa, herramienta para la inclusión social de las personas en condición de discapacidad. *Revista Electrónica Educare*, 22(1), 271-286. <https://doi.org/DOI:https://doi.org/10.15359/ree.22-1.13>
- Edroso-Jarne, P. E.-N.-G.-P. (2018). Preeclampsia grave de aparición precoz confirmada con biomarcador. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(3), 277-282. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300277>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Confederación Internacional de Matronas. (20 de noviembre de 2023). *Declaración conjunta de recomendación para el uso de ácido tranexámico para el tratamiento de la hemorragia posparto*. FIGO: <https://www.figo.org/es/declaración-conjunta-recomendación-tratamiento-con-ácido-tranexámico-pph>

- Friel, L. A. (noviembre de 2022). *Hipertensión en el embarazo*. MSD: <https://www.msdmanuals.com/es-ve/professional/ginecología-y-obstetricia/complicaciones-no-obstétricas-durante-el-embarazo/hipertensión-en-el-embarazo>
- Gijón Alvarado, M. &. (2019). Instrumentos que miden la comunicación enfermera-paciente. *Enfermería universitaria*, 16(3), 303-312. <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.687>
- Gómez Sánchez, M. (2022). *Habilidades Sociales y Enfermería. Valoración de la Asertividad Durante el Periodo Formativo en la Universidad de Valladolid*. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/54571/TFG-H2447.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- González Alonso, M. d. (13 de septiembre de 2021). *La comunicación asertiva, una habilidad fundamental para el convivir*. Universidad Centrañ: <https://www.ucentral.edu.co/noticentral/comunicacion-asertiva>
- Guerri, M. (18 de mayo de 2023). *Las autorrevelaciones ¿qué son y para qué nos sirven?* PsicoActiva: [https://www.psicoactiva.com/blog/las-auto-revelaciones-que-son-y-para-que-nos-sirven/#google\\_vignette](https://www.psicoactiva.com/blog/las-auto-revelaciones-que-son-y-para-que-nos-sirven/#google_vignette)
- Hernández, J. E. (30 de mayo de 2018). *Comunicación Asertiva*. Depósito de Medicina: <https://infobiojedh.blogspot.com/2018/05/comunicacion-aser-tiva.html>
- Iza Quieta, L. L. (2022). Amenaza de parto prematuro predicción prevención y manejo. *RECIMUNDO*, 6(3), 393-408. [https://doi.org/DOI: 10.26820/recimundo/6.\(3\).junio.2022.393-408](https://doi.org/DOI: 10.26820/recimundo/6.(3).junio.2022.393-408)
- Lajes Ugarte, M., Aúcar López, J., & Martínez Morell, A. &. (2021). El trabajo colaborativo interprofesional en el proceso de formación profesional en salud. *Humanidades Médicas*, 21(3), 951-966. <https://doi.org/1727-8120>
- Lauria, G. (14 de octubre de 2020 ). *Cómo las Tecnologías Digitales pueden Fortalecer el Sistema de Salud*. debmedia: <https://debmedia.com/blog/tecnologias-digitales-en-salud>
- Martín Ancel, A., Pérez Muñuzuri, A., González-Pacheco, N., Boix, H., Espinosa Fernández, M. G., Sánchez Redondo, M. D., & Cernada, M. &. (2022). Cuidados paliativos perinatales. *Anales de Pediatría*, 96(1), 60-67. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2021.10.008>
- Mayorga Muentes, U. E. (2019). *Proceso de Atención de Enfermería en Mujeres Embarazadas con Trastornos Hipertensivos*. Universidad Estatal de

Milagro. <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4537/1/PROCESO%20DE%20ATENCIÓN%20DE%20ENFERMERÍA%20EN%20MUJERES%20EMBARAZADAS%20CON%20TRASTORNOS%20HIPERTENSIVOS.pdf>

Ministerio de Salud Pública (MSP). (29 de septiembre de 2020). *La atención obstétrica está garantizada y es una prioridad en Ecuador*. El Nuevo Ecuador: <https://www.salud.gov.ec/la-atencion-obstetrica-esta-garantizada-y-es-una-prioridad-en-ecuador/>

Ministerio de Salud Pública , Ministerio de Educación, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y cultos, Ministerio de Inclusión Económica y Social. Con apoyo de UNFPA, OPS / OMS. (julio de 2018). *Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes Ecuador 2018 – 2025*. UMFRA: [https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica\\_Interseccional%20%28](https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica_Interseccional%20%28)

Ministerio de Salud Pública. (11 de octubre de 2022). *Política Nacional de Cuidados Paliativos 2022 - 2026*. corteconstitucional.gob.ec: [http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10\\_DWL\\_FL/eyJYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiNWZmZWRIITItMzRjNS00NjEyLTg0OTctNzY0YTI-wMDdkOGNkLnBkZiJ9](http://esacc.corteconstitucional.gob.ec/storage/api/v1/10_DWL_FL/eyJYXJwZXRhIjoicm8iLCJ1dWlkIjoiNWZmZWRIITItMzRjNS00NjEyLTg0OTctNzY0YTI-wMDdkOGNkLnBkZiJ9)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Guía de Score mama y claves obstétricas - Protocolo - 2016*. MP: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/EQU-CC-10-011-OPERATIONAL-GUIDANCE-2016-esp-Score-mama-y-claves-obstetricas-protocolo.pdf>

Moldenhauer, J. S. (febrero de 2022). *Introducción a la atención posparto. (Cuidados después del embarazo y el parto)*. MDS: <https://www.msdmannuals.com/es-ve/hogar/salud-femenina/el-puerperio-periodo-posparto/introducción-al-puerperio-periodo-posparto>

Moorhead, S. J. (2018). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. ELSEVIER. [https://www.educsa.com/pdf/000\\_CONCEPTOS%20NOC.pdf](https://www.educsa.com/pdf/000_CONCEPTOS%20NOC.pdf)

Naciones Unidas . (septiembre de 2015). *La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Agenda 2030 en America Latina y el Caribe: <https://agenda-2030lac.org/es/acerca-de-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible>

NANDA International. (2021). *Diagnósticos de enfermería - Definición y Clasificación 2021-2023*. Thieme Medical Publishers. <https://doi.org/DOI.10.1055/b000000515>

- .....
- Nursing Diagnosis Association International . (2021). *Definición y Clasificación 2021-2023*. Thieme Medical Publishers, Inc. <https://doi.org/10.1055/b000000515>
- Organización Mundial de la Salud . (1 de mayo de 2023). *Nacimientos prematuros*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth#:~:text=Se%20considera%20prematuro%20un%20bebé,-completado%2037%20semanas%20de%20embarazo>.
- Organización Mundial de la Salud . (20 de agosto de 2020). *Cuidados paliativos*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud . (21 de Septiembre de 2020). *Informe de la OMS señala que las infecciones obstétricas son la tercera causa de muerte materna*. OMS: <https://www.paho.org/es/noticias/21-9-2020-informe-oms-senala-que-infecciones-obstetricas-son-tercera-causa-muerte-materna>
- Organización Mundial de la Salud . (diciembre de 2020). *Telemedicina en Uruguay, una estrategia que llegó para quedarse*. OMS: <https://www.paho.org/es/historias/telemedicina-uruguay-estrategia-que-llego-para-que-darse#:~:text=La%20telemedicina%2C%20según%20la%20Organización,población%20y%20de%20la%20comunidad>.
- Organización Mundial de la Salud. (26 de mayo de 2018). *Salud digital*. OMS: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_R7-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (15 de septiembre de 2022). *Embarazo en la adolescencia*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de mayo de 2023). *Nacimientos prematuros*. OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*. Organización Panamericana de la Salud. [https://doi.org/DOI: 10.37774/9789275326817](https://doi.org/DOI:10.37774/9789275326817)
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la salud. (2019). *Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas*. OPS: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51029/9789275>

320884-spa.pdf

- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. (marzo de 2021). *Cuidados paliativos en las Américas*. OPS: <https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americas>
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. (21 de abril de 2021). *Ocho principios rectores de la transformación digital del sector de la salud. Un llamado a la acción panamericana*. OPS: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHIS210004\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53730/OPSEIHIS210004_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Palomino, K. (11 de noviembre de 2023). *Medios digitales: ¿Qué son y cuáles son los tipos?* Southern New Hampshire University: <https://es.snhu.edu/noticias/cuales-son-los-tipos-de-medios-digitales>
- Paravic Klijn, T. &. (2021). Trabajo en Equipo y Calidad de la Atención en Salud. *Ciencia y enfermería*, 27(41), 1-6. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.29393/ce27-41tetm20041>
- Peñalver Sincla, A. G. (2019). La comunicación, componente humanizador en el proceso del parto. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(1), 1. <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3673>
- Pérez, T. (14 de marzo de 2017). *Enfermera de Vocación*. WordPress.com: <https://enfermeradevocacion.wordpress.com/2017/03/14/herramientas-digitales-herramientas-para-el-trabajo-colaborativo-de-salud-en-red/>
- Rodríguez L, F. W. (2021). El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(4), 477- 479. <https://doi.org/https://doi.org/10.35366/102530>
- Sánchez Paus, A. D. (10 de marzo de 2022). *La habilidad de preguntar. ¿Conoces sus beneficios?* LinkedIn: <https://www.linkedin.com/pulse/la-habilidad-de-preguntar-conoces-sus-beneficios-amparo/?originalSubdomain=es>
- Sornoza Zavala, R., Ordóñez Betancourth, M. A., & Velásquez Pazmiño, N. J. (2022). Hemorragias obstétricas. *RECIAMUC*, 6(2), 287-295. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.287-295](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.287-295)
- Tecualt, L. M. (9 de marzo de 2020). *Hemorragias Obstétricas : Diagnóstico y manejo en el área de urgencias*. Emergencias.uno: <https://www.emergencias.uno/post/hemorragia-obstetrica-diagnostico-y-manejo-en-el-area-de-urgencias>

Templado Álvarez, S. G. (16 de junio de 2021). *La importancia del trabajo en equipo dentro de la salud*. Congreso Virtual SICEPA: [https://congresosicepa.com/importancia-equipo-salud/#:~:text=Según%20la%20OMS%20\(1973\)%20se,más%20integral%20de%20salud%20posible](https://congresosicepa.com/importancia-equipo-salud/#:~:text=Según%20la%20OMS%20(1973)%20se,más%20integral%20de%20salud%20posible).

Vanegas Ortiz, C. (25 de agosto de 2023). *Tecnología Háptica en la Simulación Obstétrica: Avances y Aplicaciones*. Healthy Simulation: <https://www.healthysimulation.com/52410/tecnologia-haptica-simulacion-obstetrica/>

# Comunicación Enfermera cliente en el cuidado de **Urgencia Obstétrica**



SABEREC 5.0

Publicado en Ecuador  
Enero 2024

Edición realizada desde el mes de octubre del 2023 hasta  
enero del año 2024, en los talleres Editoriales de SABEREC  
publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO  
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman.  
Portada: Collage de figuras representadas y citadas en el libro.