



TRIAGE OBSTÉTRICO, CÓDIGO MATER Y EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA

Lineamiento Técnico



TRIAGE OBSTÉTRICO, CÓDIGO MATER Y EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA OBSTÉTRICA

Lineamiento Técnico

**Triaje Obstétrico, Código Mater y
Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica**
Lineamiento Técnico

Impreso y hecho en México por:

Primera Edición 2016

1,500 ejemplares

Derechos Reservados

© 2016 Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero Núm. 213, 7^o piso
Col. Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
C. P. 11570, Ciudad de México.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

cneqsr.salud.gob.mx

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. José Ramón Narro Robles

Secretaría de Salud

Dr. Pablo Antonio Kuri Morales

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. José Meljem Moctezuma

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lic. Marcela Guillermina Velasco González

Subsecretaría de Administración y Finanzas

Dr. Guillermo Miguel Ruiz Palacios y Santos

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Máximo Alberto Evia Ramírez

Órgano Interno de Control

Lic. Fernando Gutiérrez Domínguez

Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos

Lic. Enrique Carlos Eduardo Balp Díaz

Dirección General de Comunicación Social

Dr. Ricardo Juan García Cavazos

Dirección General del Centro Nacional de Equidad de Género
y Salud Reproductiva

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. Ricardo Juan García Cavazos

Dirección General

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

Dr. Rufino Luna Gordillo

Dirección General Adjunta de Salud Reproductiva

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal

Dra. Liliana Martínez Peñafiel

Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal

Dra. María Hilda Guadalupe Reyes Zapata

Dirección de Desarrollo Comunitario

Dr. José Alberto Denicia Caleco

Subdirección de Atención Materna

Lic. Edna Corona Sánchez

Subdirección de Redes Sociales

Dra. Erika Paola García Flores

Subdirección de Atención del Recién Nacido y Prevención de la Discapacidad

Dr. Gustavo A. Von Schmeling Gan

Subdirección de Monitoreo y Seguimiento

Dra. Guadalupe Emmerita Moreno Espinosa

Jefatura de Prevención de la Discapacidad

Grupo Técnico:

Secretaría de Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dr. José Alberto Denicia Caleco
Dra. Guadalupe Chávez Vásquez
Dr. Juan Ismael Islas Castañeda
L.E.O. Alba Teresa Olivera Vázquez
L.E.O. Elsa Zavala Espíndola
Dra. Teresa Guerrero Martínez
Dr. Ricardo Muñoz Soto
Dr. Gustavo Fuentes Sánchez
Dr. Jacobo Flores Landeros
Dra. Ma. Isabel Ayala Hernández

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia

Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dirección General de Epidemiología

Dirección General de Información en Salud

Dirección General de Promoción de la Salud

Instituto de Salud del Estado de México

Hospital Materno Perinatal “Mónica Pretelini Sáenz”

Instituto Mexicano del Seguro Social

Instituto Mexicano del Seguro Social-PROSPERA

Instituto Nacional de Perinatología

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia

Petróleos Mexicanos

Secretaría de la Defensa Nacional

Secretaría de Marina

Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí

Corrección de estilo

Mtra. Itzel Vivaldo Mendoza

Diseño gráfico y editorial

Lic. Leticia Osorio
Lic. Martha Isabel Sánchez Hernández

Contenido

Introducción	9
Base normativa	12
Glosario	13
Triage obstétrico	18
Antecedentes	18
Definición	18
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Políticas	20
Ámbito de aplicación	20
Clasificación	21
Recursos para la implementación del <i>Triage</i>	25
Área física	25
Recursos humanos	25
Recursos materiales	25
Responsabilidades y funciones del personal de salud	25
Procedimiento de operación del <i>Triage</i>	26
Monitoreo y evaluación	28
Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)	29
Código Mater	29
Definición	29
Objetivo	29
Ámbito de aplicación	29
Recursos para la implementación del Código Mater	29
Procedimiento para la activación	29
Monitoreo y evaluación	29
Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)	30
Definición	30
Objetivos	31
Objetivo general	31
Objetivos específicos	31

Políticas	31
Ámbito de aplicación	32
Recursos para la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata	
Obstétrica (ERIO)	32
Área física	33
Recursos humanos	33
Recursos materiales	34
Responsabilidades y funciones del personal de salud	34
Proceso de atención	37
Monitoreo y evaluación	38
Anexos	39
Anexo 1. Sistema de evaluación del <i>Triage</i> obstétrico	39
Anexo 2. Instructivo de llenado del formato: Sistema de Evaluación en el <i>Triage</i> Obstétrico	40
Anexo 3. Diagrama de flujo del proceso del <i>Triage</i> obstétrico	41
Anexo 4. Diagrama de flujo del proceso Código Mater-ERIO	42
Anexo 5. Formato de entrega de paciente con emergencia (código rojo) por el personal de <i>Triage</i> obstétrico	43
Anexo 6. Instructivo de llenado del formato: entrega personalizada de paciente con emergencia	44
Anexo 7. Registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	45
Anexo 8. Instructivo de llenado del formato: hoja de registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).....	47
Anexo 9. Indicadores de <i>Triage</i> obstétrico, Código Mater y ERIO.....	48
Bibliografía	53

Introducción

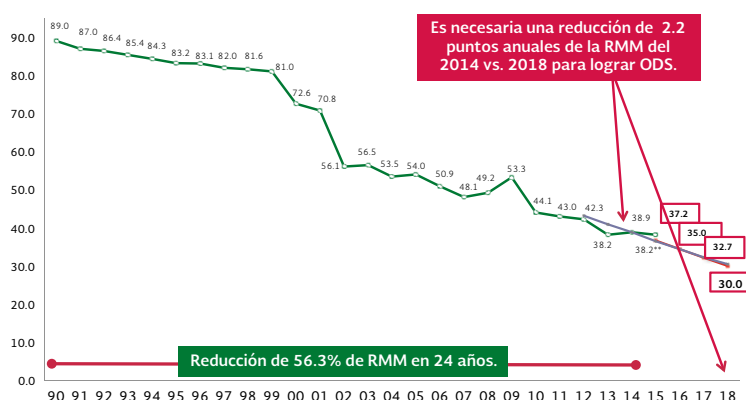
La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles del desarrollo de una nación, dado los niveles elevados en éste, evidencian inequidad, falta de acceso y deficiente calidad de la atención obstétrica. En nuestro país persiste como un grave problema sanitario y constituye un reto enorme para el Sistema de Salud Pública.¹⁻⁴

Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, murieron alrededor de 303 mil mujeres en el mundo por complicaciones del embarazo, parto o puerperio. La mayor parte de estas muertes, se presentó en países con bajos ingresos económicos y la mayoría de estas defunciones pudieron haberse evitado.⁵

En México en el año 2014 ocurrieron 872 muertes maternas (2.3 muertes por día), 71.2% de estas defunciones se concentraron básicamente en 12 entidades federativas: Estado de México (11.4%), Chiapas (8.8%), Veracruz de Ignacio de la Llave (6.8%), Ciudad de México (6.4%), Jalisco (6.0%), Puebla (5.3%), Michoacán de Ocampo (5.0%), Guerrero (4.9%), Chihuahua (4.5%), Oaxaca (4.4%), Hidalgo (4.1%) y Guanajuato (3.7%).⁶

La mortalidad materna en el país ha disminuido paulatinamente, de una razón de muerte materna de 89 en 1990 a 38.9 para el 2014, lo anterior significa que de 2,203 defunciones maternas presentadas en 1990, se redujo a 872 para el 2014.⁷ Es necesario mencionar que el incremento observado en el año 2009, estuvo asociado con la pandemia nacional de Influenza AH1N1 (Figura 1). La tendencia general de nuestro país es hacia la reducción de la mortalidad materna, se requiere de alcanzar una disminución de 30.0 de la razón de muerte materna (RMM) para el 2018, según estimaciones y considerando el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).⁷⁻¹¹

**Razón de Muerte Materna
Estados Unidos Mexicanos 1990-2018***



*Información al 6 de mayo de 2016 (semana epidemiológica 18) PROYECCIÓN OFIC 2012-2018
Fuentes: 1990 a 2014, INEGI-SSA/DGIS, SSA/2015**: Información preliminar DGE.
La razón de muerte corregida se calculó con nacimientos registrados (SINAC/DGIS)

Las principales causas de muerte materna, en orden de presentación, en el año 2014 en México, fueron: obstétricas indirectas (32.1%), enfermedad hipertensiva del embarazo (20.5%), otras causas obstétricas directas (19.3%), hemorragia (14.3%) y aborto (9.2%).⁶

Actualmente, se estima que aproximadamente 15% de las mujeres embarazadas presenta alguna patología agregada con riesgo para su vida y la del producto de la gestación, por lo que requerirá cuidado obstétrico calificado.¹² El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reportó que para el año 2008, 84% de las muertes maternas estuvieron relacionadas con la deficiente calidad de la atención obstétrica y el retardo en recibir un tratamiento adecuado a nivel hospitalario, en donde se ubica la tercera demora.¹³

Con estos antecedentes, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal para el mismo periodo, consideran en sus objetivos y estrategias, asegurar el acceso a los servicios de salud, garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, cerrar brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país para fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios, además de acciones a favor de la salud materna y perinatal dirigidas a la promoción de la consulta pregestacional, la prevención del embarazo en los extremos de la vida reproductiva, la planificación familiar post evento obstétrico, el control del embarazo con enfoque de riesgo, su referencia para evaluación médica especializada y la atención oportuna e interdisciplinaria de las emergencias obstétricas.^{14,15}

Para cumplir con estos objetivos, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, conjuntamente con las instituciones públicas y privadas, presentan el siguiente lineamiento para su difusión e implementación, para proporcionar atención inmediata, al acudir la embarazada o puerpera, a los servicios de urgencias obstétricas en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel con el objeto de calificar y categorizar la atención, así como otorgar atención médica integral por equipos multidisciplinarios de alta competitividad, en caso de presentarse alguna emergencia obstétrica, mismos que acudirán al sitio mediante el llamado de una “alerta”.

Es fundamental trabajar de forma integral y multisectorial, a fin de poder actuar sobre los determinantes estructurales y de atención médica con estrategias específicas que mejoren la calidad de la atención y coadyuven a disminuir las complicaciones en la atención de la morbilidad severa del estado grávido-puerperal y así evitar muertes maternas.¹⁶

Con el presente documento, se pretende sistematizar los criterios generales para la implementación del **Triage obstétrico** con el objeto de garantizar la adecuada categorización de la atención de las mujeres en estado grávido-puerperal que solicitan atención en los servicios hospitalarios y la derivación oportuna al área donde se dará continuidad al manejo del **Código Mater**, como una estrategia para el llamado ante una emergencia obstétrica y del **Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)**, para la atención segura y oportuna por personal calificado.¹⁷

Estas acciones deberán aplicarse con sus adecuaciones, con base en la infraestructura instalada y el marco normativo institucional específico, en todos los servicios que prestan atención de urgencias obstétricas en las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel que conforman el Sistema Nacional de Salud, y deberá adecuarse a los hospitales generales que ya cuentan con un *Triage* para evitar duplicidad de funciones.

Base normativa

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4°.
- Ley General de Salud: Artículos 3, 27, 61 y 64.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Artículo 39.
- Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Artículos 14, 18, 20, 21 y 22.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Artículo 40.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de Información del Registro Electrónico para la Salud. Intercambio de información en salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
- Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
- Guía de Práctica Clínica, Triage Hospitalario de Primer Contacto en los Servicios de Urgencias Adultos para el Segundo y Tercer Nivel.
- Programa de Acción Específico 2013-2018, Salud Materna y Perinatal.
- Programa de Acción Específico 2013-2018, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Glosario

Actividad: conjunto de operaciones afines ejecutadas, por una persona o servicio y que contribuye al logro de una función.

Actualización: son todas las adiciones o adecuaciones a los contenidos de documentos institucionales para mantenerlos vigentes.

Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO): es la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad médica, garantizando la resolución inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

Atención médica: es el conjunto de servicios que se proporcionan a toda persona que lo requiere, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

Calidad de la atención: conjunto de atributos de la atención otorgada que permitan el mejor resultado, con el menor riesgo y la satisfacción de la paciente, teniendo en cuenta los factores de riesgo de la mujer, la capacidad resolutive de la unidad hospitalaria, los recursos terapéuticos y tecnológicos disponibles

Calidez en la atención: es la actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con las usuarias de los mismos.

Código Mater: es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.

Código Rojo: es toda condición de la paciente obstétrica en la que se presenta alguna complicación médica o quirúrgica, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Código Amarillo: es toda condición en la paciente obstétrica que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención ante la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable (urgencia calificada).

Código Verde: es toda condición de la paciente obstétrica que no requiere de resolución urgente.

Diagnóstico: es la descripción y análisis crítico de una situación determinada a fin de señalar los factores causales y detectar las posibles vías de los cambios deseados.

Edad gestacional: periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

Embarazo: periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Emergencia obstétrica: estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido-puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO): equipo conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación del Código Mater.

Estándar: en materia de calidad de los servicios de salud es la declaración del nivel de calidad que se espera otorgar a la población; en estadística se define como un valor que sirve como punto de referencia en la aplicación de una fórmula o indicador.

Evento adverso: incidente o imprevisto que produce daño a todo paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica o a ambas cosas.

Expediente clínico: conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado; el cual, consta de documentos escritos, gráficos, estudios de imagen, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

Experiencia exitosa: se evalúa así cuando se tiene la evidencia de haber controlado y estabilizado un proceso durante un periodo mínimo de seis meses, los indicadores hayan alcanzado o mejorado el estándar, las mejoras se hayan incorporado a los procedimientos de rutina del servicio, la calidad técnica se eleve y ésta sea percibida por la población y las usuarias y usuarios manifiesten sentirse más satisfechos.

Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como para los cuidados paliativos.

Indicador: instrumento cuya aplicación nos muestra la tendencia y la desviación de una actividad sujeta a influencias internas y externas con respecto a una unidad de medida convencional.

Indicador de calidad: persigue dimensionar o cuantificar valores de tipo cualitativo, es decir, manifiestan el grado de satisfacción de las expectativas o requerimientos de nuestras usuarias y usuarios internos y externos.

Índice de choque: es la relación entre la frecuencia cardíaca y la presión arterial sistólica considerándose valores normales entre 0.5 y 0.7 (índice de choque= frecuencia cardíaca/ presión arterial sistólica).

Lineamiento: documento emitido por un órgano normativo, para dar a conocer a los niveles operativos las líneas rectoras para el desarrollo de los procesos en su ámbito de responsabilidad.

Medición: asignación de números a diversos atributos o variables, con base en reglas y parámetros establecidos. Comportamiento de una o más variables durante un periodo establecido y con frecuencias determinadas.

Mejora continua: resultado de una serie de acciones sistematizadas encaminadas a resolver problemas identificados, que impiden el cumplimiento de requisitos de calidad para satisfacer las necesidades y requerimientos de la usuaria o usuario.

Muerte materna: muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

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

Muerte materna indirecta: la que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Obstetricia: rama de las ciencias de la salud que se encarga del embarazo, el parto y el puerperio.

Oportunidad de la atención: prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

Procedimiento: secuencia de actividades relacionadas entre sí y su forma de ejecución, que llevadas a la práctica por una o varias personas constituyen un proceso de trabajo.

Proceso: conjunto de sistemas y procedimientos, materiales, máquinas, personas, ambiente laboral y mediciones empleadas para producir bienes o servicios.

Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y calidad de vida.

Puerperio normal: periodo que sigue a la expulsión del producto de la gestación, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: periodo que incluye del día 8 al 42 después del parto.

Referencia-contrarreferencia: procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad en el marco del respeto a los derechos humanos y la interculturalidad de la población.

Resumen clínico: documento elaborado por un médico, en el cual, se registran los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico y estudios de laboratorio y gabinete.

Riesgo reproductivo: probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto, potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijas e hijos.

Seguridad del paciente: atención libre de daño accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.

Sistemas de información en salud: es el conjunto total de procedimientos, operaciones, funciones y difusión de datos o información en una organización.

Triage obstétrico: protocolo de atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido. Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud. Cuando una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia se enlaza y se activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (código mater).

Urgencia obstétrica: complicación médica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal.

Usuaría/o: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención.

Triage obstétrico

Antecedentes

La palabra “*triage*”, proviene del verbo francés “*Trier*”, que significa clasificar o seleccionar y fue de uso común en algunas labores agrícolas. En el contexto médico fue utilizada inicialmente durante las Guerras de Coalición en el siglo XVIII, por indicación de Napoleón Bonaparte al jefe médico de sus tropas Dominique Jean Larrey, en ella se establecía que debían trasladarse del campo de batalla a los hospitales, únicamente a los soldados que tuvieran posibilidades de recuperación, para lo cual se entrenó al personal militar sanitario.^{18,19}

Debido a la eficacia del *triage*, su aplicación continuó durante los conflictos bélicos posteriores y aún hoy en día sigue vigente, el objetivo de esta metodología de selección, fue la pronta y oportuna atención a los soldados y civiles heridos, de acuerdo con la severidad de las lesiones y los recursos existentes, se categorizaba la urgencia identificando a aquellos que se clasificaban como no recuperables y distinguiéndolos de los recuperables. Para optimizar el recurso técnico médico en condiciones de escasez y gran demanda de atención (situación bélica y de desastres naturales o civiles). Una selección errónea favorecía el compromiso severo de un órgano, una extremidad o incluso la muerte.¹⁸

En la cotidianidad de la prestación del servicio de urgencias, la afluencia cada vez mayor de pacientes incluso con problemas poco graves, impulsó a los servicios de salud a clasificar la gravedad e identificar aquellos que requerían atención inmediata y los que podían esperar de manera segura; la experiencia obtenida en el campo de batalla, se adaptó a los tiempos de paz.^{20,21}

En la actualidad, en la atención de las emergencias médicas se continúa aplicando el *Triage*, valorando las necesidades del paciente para la determinación del sitio apropiado para el tratamiento definitivo.^{22,23}

En obstetricia, la estrategia del *Triage* fue utilizada desde 1999 en Canadá, con la participación de personal de enfermería; otros países que lo han implementado son Inglaterra, España, Chile, El Salvador y México.²⁴⁻²⁷ Donde empezó a implementarse en el Instituto de Salud del Estado de México en el año 2002, como una respuesta a la saturación de los servicios de urgencias obstétricas y habiendo probado su factibilidad en unidades médicas de esta entidad federativa.²⁸

Definición

El *Triage* obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir inmediata atención médica o su espera segura para recibir ésta.²⁹

Se utiliza en los servicios de urgencias obstétricas o en el área de admisión de la unidad de tococirugía.

Permite identificar de manera expedita a aquellas pacientes que son candidatas a la activación del Código Mater para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), diferenciándolas de aquellas que, aunque recibirán atención, no implican el mismo sentido de emergencia.^{31,32}

El *Triage*, no es un procedimiento administrativo más, es la oportunidad de garantizar la organización sistemática y confiable de los servicios de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, cuando la demanda es importante y se requiere proporcionar atención médica con oportunidad de acuerdo al estado de salud de la paciente.

Su aplicación objetiva y lógica, permite la planificación de la atención inmediata, la satisfacción de la demanda y la contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y deberá adaptarse a las características normativas, de estructura, equipamiento y en general de recursos con los que cuenta la institución y la unidad en particular, con base en su marco normativo, estructural y funcional.³³⁻³⁵

Objetivos

Objetivo general

Otorgar atención médica oportuna y de calidad a las usuarias del servicio de urgencias obstétricas o de admisión de la unidad de tococirugía, al clasificar mediante la escala del *Triage* obstétrico, sus condiciones de salud y el tiempo para recibir atención.

Objetivos específicos

- Mejorar la respuesta de atención médica acorde a las necesidades de las usuarias.
- Establecer la prioridad de atención obstétrica asistencial, de acuerdo al nivel de gravedad y riesgos identificados.
- Establecer criterios homogéneos, científicos y coherentes ante la necesidad de atención que la usuaria presenta.
- Contribuir a agilizar la atención efectiva, en caso de emergencia obstétrica.
- Reducir la duración de los tiempos de espera.
- Contribuir a disminuir la ansiedad de la paciente y familiares al establecer comunicación sobre su situación de salud, el proceso para recibir atención y el tiempo aproximado de espera.

- Optimizar los recursos disponibles en la atención de la emergencia obstétrica.
- Reducir los ingresos innecesarios.

Políticas

- El personal directivo, estatal, delegacional, regional y jurisdiccional, realizará la difusión del *Triage* obstétrico descrito en este lineamiento y vigilará, supervisará y evaluará su implementación y cumplimiento de acuerdo a los criterios establecidos en este documento de acuerdo a su ámbito de competencia.
- El Director de la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, será el responsable con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del *Triage* obstétrico señalado en este lineamiento, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.
- El personal directivo de los cuerpos de gobierno de las unidades hospitalarias, será el responsable de apoyar la capacitación, proporcionar asesoría y/o adiestramiento en servicio y realizar su seguimiento al personal involucrado, en la aplicación del *Triage* obstétrico señalado en este lineamiento.
- El personal de salud otorgará atención médica a la paciente, respetando sus derechos humanos y sus características individuales considerando la interculturalidad.
- El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio madre-hijo.
- El personal de salud con formación académica: médica/o especialista gineco-obstetra, médica/o especialista en medicina familiar, médica/o general, licenciada/o en enfermería y obstetricia, licenciada/o en enfermería u otro personal de salud, podrá realizar el *Triage* obstétrico previa capacitación. No deberá realizarlo personal médico ni de enfermería en formación.
- El *Triage* obstétrico debe funcionar las 24 horas, los 365 días del año.
- En ningún caso la paciente abandonará la unidad de salud sin haber recibido atención por el personal médico, posterior a la valoración en el *Triage*.
- Se deberá contar con un procedimiento bien definido de entrega-recepción de la paciente obstétrica desde el *Triage* a los diferentes servicios, a fin de garantizar la continuidad de la atención (Anexos 5 y 6).

Ámbito de aplicación

El *Triage* obstétrico será de observancia obligatoria para el personal médico, paramédico y administrativo de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, públicos y privados, con saturación de los servicios de admisión de tococirugía o servicio de urgencias obstétricas.

Propósitos del Triage

- Identifica rápidamente a las usuarias en situación de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado o normalizado de clasificación.
- Asegura la priorización en función del nivel de clasificación, acorde con la urgencia de la condición clínica de la usuaria.
- Asegura la reevaluación periódica de las usuarias que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Determina el área más adecuada para tratar una paciente que se presenta en el servicio de urgencias.
- Disminuye la saturación del servicio, mejorando el flujo de pacientes dentro del servicio.
- Proporciona información que ayuda a definir la complejidad del servicio.³⁶

Clasificación

La clasificación se basa en un sistema de puntuación, que consiste en métodos sencillos y prácticos de la utilización de mediciones fisiológicas de rutina para identificar a las usuarias en riesgo.³⁶

Este sistema facilita la asistencia oportuna a todas las usuarias, una vez identificadas, por aquellas/os que poseen habilidades apropiadas, conocimientos y experiencia.³⁷

Elementos para la evaluación:

- 1) Observación de la usuaria.
- 2) Interrogatorio.
- 3) Signos vitales.

Criterios de valoración para la clasificación. (Anexos 1 y 2): formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico e Instructivo de llenado del formato del sistema de evaluación del Triage obstétrico.

1. Código rojo (emergencia)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra somnolienta, estuporosa o con pérdida de la consciencia, con datos visibles de hemorragia, con crisis convulsivas en el momento de la llegada, respiración alterada o cianosis.
Interrogatorio*	Antecedente reciente de convulsiones, pérdida de la visión, sangrado transvaginal abundante, cefalea pulsátil, amaurosis, epigastralgia, acúfenos, fosfenos.
Signos vitales	<p>Con cambios graves en sus cifras:</p> <ul style="list-style-type: none">• En caso de hipertensión la tensión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg, en caso de hipotensión la tensión arterial igual o menor a 89/50 mm Hg, correlacionar con la frecuencia cardíaca.• Índice de choque > 0.8. Frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica.• Frecuencia cardíaca, menor de 45 o mayor de 125 latidos por minuto (lpm), siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.• Temperatura mayor a 39°C, o menor a 35°C.• La frecuencia respiratoria se encuentra por debajo de 16 o por arriba de 20 respiraciones por minuto. ¹⁹

2. Código amarillo (urgencia calificada)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada, no existen alteraciones en la ventilación, existe palidez, puede estar ansiosa por su condición clínica.
Interrogatorio*	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina regular, expulsión de líquido transvaginal, puede referir hipomotilidad fetal, responde positivamente a uno o varios datos de alarma de los siguientes: sangrado transvaginal escaso/moderado, cefalea no pulsátil, fiebre no cuantificada.
Signos vitales	<p>Cambios leves en sus cifras:</p> <ul style="list-style-type: none">• Tensión arterial está entre 159/109 mm Hg y 140/90 mm Hg, en caso de hipotensión, la tensión arterial está entre 90/51 y 99/59 mm Hg, correlacionar con frecuencia cardíaca.• Frecuencia cardíaca, con mínima entre 50-60 y máxima entre 80-100 latidos por minuto, siempre correlacionar con cifras de tensión arterial.• Índice de Choque (0.7 a 0.8). Frecuencia cardíaca entre la tensión arterial sistólica.• Temperatura de 37.5 ° C a 38.9° C.

3. Código verde (urgencia no calificada)

Elementos	Criterios de valoración
Observación	La paciente se encuentra consciente, sin datos visibles de hemorragia, sin crisis convulsivas en el momento de la llegada. No existen alteraciones en la ventilación. No existe coloración cianótica de la piel. No existen datos visibles de alarma obstétrica grave.
Interrogatorio*	Puede manifestar datos relacionados con actividad uterina irregular, expulsión de moco, con producto con edad gestacional referida de término o cercana al término, motilidad fetal normal. Responde negativamente interrogatorio a datos de alarma obstétrica.
Signos vitales	Se encuentran dentro de la normalidad, no existen datos de hipertensión, hipotensión, taquicardia, ni fiebre.

* Cabe señalar que el interrogatorio por sí solo no determina la gravedad de la paciente debido a la subjetividad de la información.

Una vez realizado el *Triage*, cuando la condición de la paciente lo permita, se debe continuar con el protocolo de atención en el embarazo, no olvidando documentar el estado serológico de la mujer al VIH y la sífilis.

Recursos para la implementación del *Triage*

La operación y funcionamiento del *Triage*, se adecuará considerando el marco normativo de las instituciones que conforman el sector salud en sus diferentes apartados de dotación de recursos humanos, infraestructura médica y recursos y a las características particulares de cada institución, para lo cual se deberá planear y gestionar ante las diferentes instancias rectoras, el capítulo de los recursos humanos, insumos e infraestructura que garanticen la funcionalidad del *Triage* con las adecuaciones en su implementación. Es conveniente para operar este servicio, que cuente con:

Área física

Se requiere de un área con adecuada iluminación, señalizada, con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía. Cada unidad deberá implementarla de acuerdo a su estructura física y recursos disponibles, ya que el *Triage* obstétrico, más que un área es un concepto de selección, que facilita la atención de las pacientes que acuden a urgencias y contribuye al manejo inmediato de aquellas en situación de emergencia. La señalización debe permitir la rápida identificación para el acceso de las usuarias al área de *Triage* obstétrico, aún en los casos en que exista barrera del lenguaje.

Recursos humanos

Formación académica: licenciada/o en Enfermería, Licenciada/o en Enfermería y Obstetricia, Enfermera/o Perinatal, Médica/o General, Médica/o Especialista en Ginecología y Obstetricia. Todo el personal designado debe estar capacitado en *Triage* obstétrico.

Recursos materiales

Escritorio, sillas, estetoscopio biauricular, baumanómetro y termómetro.

Responsabilidades y funciones del personal de salud

De acuerdo al ámbito de operación y a la estructura institucional de los servicios de salud público o privado, se definen las siguientes responsabilidades y funciones, las cuales deberán estar acordes con los manuales de organización y procedimientos específicos.

1. Directivos del hospital: Directora/or, Subdirectora/or Médica/o, Subdirectora/or Administrativa/o, Jefa/e de Obstetricia, Jefa/e de Enfermería, Asistente de Dirección.
 - Participa en la planeación, implementación, capacitación, evaluación, supervisión y control de la prestación del servicio.
 - Gestiona recursos necesarios (humanos y materiales).

2. La Jefa o Jefe del Servicio de Obstetricia:
 - Coordina las acciones del personal asignado al *Triage*.
 - Supervisa el proceso de atención.
3. El personal de *Triage* obstétrico:
 - Recibe, interroga, evalúa, clasifica y deriva a las usuarias, a las áreas donde se les brindará la atención.
 - Cuando la clasificación del estado de la paciente corresponda al nivel de código rojo, activa el Código Mater, para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).
 - Cuando la clasificación corresponde a un código amarillo establece diagnóstico presuntivo, completa el llenado del formato del *Triage* y personalmente lleva a la paciente al área de urgencias obstétricas, entregándola al personal responsable del área para continuar con su atención.
 - En caso de código verde, completa el llenado del formato de *Triage* y envía a la paciente a la sala, en espera de atención en un periodo no mayor a 30 minutos.
 - Mantiene contacto visual con las pacientes clasificadas con código verde para su revaloración y/o reclasificación en caso necesario.
 - Registra en los censos de control las intervenciones realizadas en el *Triage*.
 - Participa en la planeación de los recursos para la operación del *Triage* obstétrico.
 - Establece coordinación con el personal participante en el otorgamiento del servicio.
 - Entrega la información requerida para el correcto monitoreo del servicio.
 - Participa en reuniones de capacitación e inducción al puesto a otros integrantes del *Triage*.
 - Se capacita continuamente.
4. Personal administrativo y de vigilancia:
 - Recibe a la paciente en el acceso general o en urgencias de la unidad médica. Facilita el libre paso de la paciente al área de *Triage*.
 - Orienta respecto de la ubicación de la Unidad de *Triage*.
 - Apoya la movilidad de la usuaria si es necesario.
5. Camilleros:
 - Apoya en el traslado de la paciente.

Procedimiento de operación del *Triage*

El procedimiento inicia con la recepción de las pacientes obstétricas en el área de *Triage* y termina con su derivación al área correspondiente, dependiendo del código establecido. (Anexo 3. Diagrama de flujo del Proceso del *Triage* obstétrico).

Tabla 1. Procedimiento de atención del *Triage* obstétrico

Área y persona que interviene	Actividad	Descripción
Personal administrativo o de vigilancia	1	Recibe a la paciente, quien puede llegar por sus propios medios o en ambulancia.
	2	Si la paciente deambula, orienta respecto a la ubicación del servicio de <i>Triage</i> obstétrico.
	3	Orienta al familiar respecto de la ubicación del área de admisión para su registro.
	4	Si la paciente no puede deambular buscará de manera expedita un medio de transporte adecuado (silla de ruedas o camilla) que facilite el ingreso de la paciente al área de <i>Triage</i> .
Camilleros	5	Apoyan en el traslado de la paciente.
Responsable del <i>Triage</i>	6	Recibe a la paciente obstétrica en el área de <i>Triage</i> .
	7	<p>Valora a la paciente y determina la transferencia al área correspondiente dependiendo del código asignado.</p> <p>Rojo: activa Código Mater. (Anexos 5 y 6. Formato de Entrega de la Paciente con Emergencia e Instructivo de llenado).</p> <p>Amarillo: entrega personalmente a la paciente para su valoración obstétrica integral por el personal médico.</p> <p>Verde: orienta y pasa a la paciente a sala de espera para recibir atención por personal médico de acuerdo a turno de llegada.</p>
	8	Registra las acciones y datos requeridos en el formato del sistema de evaluación del <i>Triage</i> obstétrico y en el censo de pacientes.
	9	Integra el formato del sistema de evaluación del <i>Triage</i> obstétrico al expediente clínico.
	10	Fin del proceso.

Monitoreo y evaluación

El aseguramiento de la calidad de las acciones derivadas del *Triage* obstétrico, depende en mucho del control administrativo. Es prioritario para el cuerpo de gobierno, el establecimiento de criterios de evaluación y de la implementación de supervisiones que garanticen el cumplimiento de los objetivos. (Anexo 9. Indicadores de *Triage* obstétrico, Código Mater y ERIO).

El tablero se conforma con los siguientes indicadores.

- Promedio de pacientes obstétricas atendidas en urgencias.
- Porcentaje de pacientes clasificadas como urgencia no calificada (código verde).
- Porcentaje de pacientes con emergencia obstétrica (código rojo).
- Promedio de tiempo de espera en *Triage* obstétrico.
- Porcentaje de eficacia en la clasificación del *Triage* obstétrico.
- Porcentaje de pacientes reclasificadas.
- Porcentaje de apego al protocolo entrega-recepción.

Código Mater* y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

Código Mater o Sistema de Alerta

Definición

El Código Mater es la activación de un mecanismo de alerta o de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación.^{46,47}

Es un proceso vital que debe ser simple, confiable, fácil de recordar, llegar a todos los espacios físicos de la unidad, no propiciar errores en el llamado, especificar el lugar de donde se está dando la alerta (*Triage*, choque, urgencias, tococirugía, hospitalización o quirófano) y deberá funcionar en todos los turnos.

Objetivo

Contar con un sistema de llamado de alerta, simple, estandarizado, continuo y único ante una emergencia obstétrica.

Ámbito de aplicación

La implementación del Código Mater, es de observancia en todas las unidades médicas de segundo y tercer nivel del sector salud en las que se brinde atención obstétrica.

Recursos para la implementación del Código Mater

- Equipo de “voceo”, alerta sonora y/o alerta luminosa. Debe permitir la comunicación de la emergencia en un solo evento y a todo el equipo multidisciplinario.

Procedimiento para la activación

Cada unidad establecerá el protocolo de llamado de acuerdo a las características estructurales y a los recursos con los que cuente, estando obligados a difundir entre todo el personal el procedimiento establecido.

El responsable de la activación de “alerta” o Código Mater es cualquier médica o médico, enfermera o enfermero que detecte datos de alarma en la paciente obstétrica clasificados como código rojo (Anexos 1 y 4), no importando el área de la unidad en donde se encuentre la paciente.

Monitoreo y evaluación

Se establecerá con dos indicadores (Anexo 9):

- Porcentaje de activaciones de Código Mater.
- Porcentaje de activaciones de Código Mater por área de atención obstétrica.

* En el IMSS se conoce como código rojo ERI.

Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

Definición

La atención del equipo de respuesta inmediata obstétrica en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención, está dirigida a la detección, control y tratamiento inmediato e integral de las emergencias obstétricas, de las enfermedades preexistentes, intercurrentes o concomitantes que se presentan durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y/o puerperio y que causan atención de emergencia.

El equipo interdisciplinario incluye personal médico, paramédico o de apoyo de diferentes especialidades y/o servicios, que colegiadamente participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente para atender la gestación como entidad nosológica, sino también de los estados morbosos que repercuten a otros aparatos y sistemas generados por complicaciones obstétricas o por patología concomitante y/preexistente, que determinan la vía y el momento idóneo para la interrupción del embarazo y evalúan las condicionantes de salud del binomio madre-hijo y/o las características del producto de la gestación.

Un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), está conformado por personal de salud experto, de diferentes especialidades, que brinda cuidados a la paciente obstétrica en estado crítico, en el lugar que se requiera en el ámbito hospitalario, como respuesta a la activación de una alerta visual y/o sonora que se conoce como Código Mater, con el objeto de agilizar la estabilización de la paciente mediante una adecuada coordinación y comunicación entre los integrantes.

El personal de salud de la unidad, debe concienciarse en la integración del ERIO, que permite salvaguardar la vida de una mujer y su hija o hijo; indirectamente apoya al personal médico tratante al otorgar atención conjunta y recibir adiestramiento en servicio.

El Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica de la Unidad, no sustituye en ningún caso, la responsabilidad del personal médico tratante, es decir, el equipo será el apoyo a la atención que otorga el personal médico tratante, no en lugar de él.

Los miembros del equipo de respuesta inmediata obstétrica, deben estar disponibles, tener las habilidades en cuidados críticos, actitud de servicio y de participación en equipo. ^{48,49}

En cada unidad hospitalaria, de acuerdo a sus recursos y a su normatividad se establecerá una “alerta” denominada Código Mater (en el IMSS Código rojo), que podrá dispararse desde cualquier sitio del hospital, en donde se presente la emergencia obstétrica (admisión de la unidad de tococirugía, urgencias obstétricas o generales, labor, expulsión, recuperación, quirófano, hospitalización, unidad de cuidados intensivos, etc.).

Los hospitales deben examinar sus recursos al momento de elegir a los miembros del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO). El personal directivo médico en conjunto con el administrativo y la jefatura de enfermería, deberán evaluar su plantilla y la factibilidad de cumplir con estos requerimientos para dar cobertura 24 horas los 365 días del año. En caso de que no se cubra con esta expectativa, el personal directivo médico valorará las mejores opciones para integrar este equipo de trabajo.

Continuamente se deben realizar simulacros, que permitan la identificación de áreas de oportunidad y la implementación de programas de mejora continua.^{31,50}

Objetivos

Objetivo general

Proporcionar atención médica oportuna, integral y de calidad a mujeres derechohabientes y no derechohabientes, con emergencia obstétrica, por equipos multidisciplinarios de alta competencia y con criterios uniformes, que coadyuven a la disminución de la complicación de la morbilidad obstétrica y a la reducción de la mortalidad materna.

Objetivos específicos

- Establecer diagnóstico, tratamiento integral, inicial o de sostén, oportuno, en la paciente con emergencia obstétrica.
- Proporcionar atención inmediata a pacientes con emergencia obstétrica, como resultado de complicaciones obstétricas o de enfermedades concomitantes o intercurrentes.
- Asegurar la participación de equipos multidisciplinarios competentes, en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Agilizar el manejo inicial de la paciente con emergencia obstétrica y su estabilización, para reducir riesgos en su manejo definitivo.
- Asegurar la participación de todos los niveles del sistema hospitalario para contar con los recursos necesarios en el manejo de la emergencia obstétrica.
- Coordinar la atención médico quirúrgica, de referencia, y el traslado oportuno y seguro de toda paciente que atienda el equipo de respuesta inmediata.

Políticas

- El personal directivo estatal, delegacional y jurisdiccional realizará la difusión del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, descrito en este lineamiento y vigilará, supervisará y evaluará su implantación y cumplimiento de acuerdo a los criterios aquí descritos en su ámbito de competencia.

- La Directora o Director de la unidad hospitalaria de segundo o tercer nivel de atención, será el responsable, con la participación de su cuerpo de gobierno de apoyar e impulsar la capacitación, asesoría y/o adiestramiento en servicio del personal involucrado en la aplicación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, señalado en este lineamiento, así como de su supervisión, evaluación y seguimiento.
- El personal directivo de los cuerpos de gobierno de las unidades hospitalarias, será el responsable de apoyar la capacitación, proporcionar asesoría y/o adiestramiento en servicio y realizar simulacros y su seguimiento, al personal involucrado, en la aplicación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, señalado en este lineamiento.
- Deberá identificarse un Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica por turno, considerando; matutino, vespertino, nocturno, sextos y séptimos días y jornada acumulada (es decir, deberán funcionar las 24 horas, los 365 días del año).
- El personal de salud otorgará atención médica a la paciente respetando los derechos humanos y las características interculturales e individuales de la paciente.
- El personal de salud otorgará información y orientación sencilla, veraz y entendible a la paciente y su familia, sobre el tiempo de espera para la atención y las condicionantes de salud del binomio.
- Cada integrante del equipo deberá tener funciones definidas y referidas en los protocolos de la unidad.
- La atención se otorgará con profesionalismo, humanismo, con apego a las normas de seguridad y a las Guías de Práctica Clínica vigentes.
- Se propiciará el desarrollo profesional de los miembros del equipo a través de la capacitación permanente y continua.
- Se mantendrá informado al familiar o responsable de la paciente obstétrica sobre el estado de salud de la misma, al término de la intervención del equipo (ERIO) y durante la atención.

Ámbito de aplicación

El ERIO, será de observancia obligatoria para el personal médico, paramédico y administrativo de las unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, públicas y privadas de acuerdo con la infraestructura autorizada en su institución.

Recursos para la implementación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

La operación y funcionamiento del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, se adecuará considerando el marco normativo de las instituciones que conforman el sector salud en sus diferentes apartados de recursos humanos, equipo e infraestructura médica, para lo cual se deberán de efectuar las gestiones correspondientes, a fin de que cuenten con:

Área física

Cualquier área en donde se encuentre la paciente con emergencia obstétrica. Cuando el criterio de activación se presenta en el servicio de urgencias, el área de choque es ideal para el manejo de la paciente.

Dependiendo de las condiciones de la paciente se deberá valorar el riesgo-beneficio de iniciar las maniobras en el lugar o transferirla al área más cercana y adecuada.

Recursos humanos

Cada unidad deberá conformar su Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), de acuerdo a sus recursos disponibles teniendo como objetivo principal la atención inmediata de la paciente con emergencia.

Con base en los hallazgos los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), determinarán la conducta más adecuada para la resolución definitiva del problema, apegada a las Guías de Práctica Clínica.

Se deben designar suplentes del equipo primario, para cubrir cualquier ausencia de alguno de los integrantes o responder a un segundo llamado que ocurra en forma simultánea.

Los miembros del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), deben asumir el papel de docentes al participar en la formación de todo el personal.

Integrantes del equipo:

1. Subdirectora/or Médica/o o Asistente de Dirección y Jefa/e o Subjefa/e de Enfermeras.
2. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia.
3. Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos o en Anestesiología (en su caso una Médica o Médico Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetra con especialización en Medicina Crítica).
4. Personal Médico Especialista en Neonatología o en Pediatría.
5. Personal Médico Especialista en Cirugía General.
6. Personal de Enfermería.
7. Personal de Trabajado Social.
8. Personal de Laboratorio.
9. Personal de Banco de Sangre o servicio de transfusión.
10. Personal de Rayos X.
11. Camilleros.

Recursos materiales

En el área de choque:

- Mobiliario y equipo de acuerdo a las especificaciones del Apéndice Normativo “Q” de la Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada (incluye carro rojo).
- Caja roja.

En todas las demás áreas:

- Carro rojo con desfibrilador.
- Caja roja.

Responsabilidades y funciones del personal de salud

Las funciones descritas a continuación podrán variar y se adecuarán a cada institución, dependiendo su estructura física y marco normativo propio; además la descripción de funciones se aplicará dependiendo de cada caso en específico, de la morbilidad o emergencia obstétrica que se atiende o factor preexistente o intercurrente que se presente en el momento y con base en el manual de procedimiento específico de cada institución y servicio.

1. Coordinadora/o, Subdirectora/or Médica/o o cargo administrativo similar
 - Establece comunicación para la aceptación de pacientes obstétricas al hospital, siempre en coordinación con el personal médico encargado del área.
 - Verifica que se cumpla en forma adecuada el proceso de atención de la paciente.
 - Documenta en bitácora y/o reporte específico las actividades del equipo.
 - Si el ERIO descarta una emergencia obstétrica, la coordinadora o coordinador consigna en la nota médica el diagnóstico probable, las medidas implementadas y el área a donde se derivará a la paciente realizándose la entrega personalizada.
 - Establece coordinación para el traslado de la paciente en caso necesario.
 - Verifica la asistencia completa del personal involucrado en el equipo.
 - Gestiona la disponibilidad de todos los insumos requeridos.
 - Realiza monitoreo y evaluación del proceso.
 - Participa en la selección de los integrantes del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).
2. Líder del Equipo: Personal Médico Especialista en Cuidados Intensivos (en su caso un Médico/a Especialista en Medicina Interna o Gineco-Obstetricia con Especialización en Medicina Crítica).

- Debe ser la persona mejor capacitada del equipo en protocolos de reanimación.
 - Dirige y participa activamente en la atención médica de la paciente.
 - Realiza valoración neurológica, cardio-hemodinámica, hematológica, respiratoria, renal y metabólica de la paciente.
 - Inicia medidas de apoyo órgano funcional y tratamiento multi-orgánico.
 - Participa en la selección del personal que participará en el Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica.
 - Verifica que el personal se encuentre debidamente capacitado, evaluándolo en forma permanente.
 - Informa al familiar o responsable de la paciente, del estado de salud al término de la intervención del equipo (ERIO).
 - Registra las actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO) en el formato correspondiente, mismo que será incorporado al expediente clínico (Anexos 7 y 8).
- 3. Personal Médico Especialista en Gineco-Obstetricia**
- Maneja el problema de su área, desde la fase diagnóstica hasta el establecimiento del plan de manejo integral en conjunto con los demás integrantes del equipo, estableciendo prioridades del protocolo a seguir.
 - Realiza el rastreo ultrasonográfico básico (vitalidad fetal, localización placentaria y líquido amniótico, en su caso).
 - Efectúa exploración de la pelvis genital.
 - Maneja la condición del embarazo de acuerdo al diagnóstico (conservador y/o resolutivo o del estado puerperal).
- 4. Personal Médico Especialista en Anestesiología**
- Conoce las condiciones materno-fetales y adecúa manejo anestésico.
 - Efectúa intubación oro o naso traqueal en caso necesario.
 - Realiza procedimiento anestésico de urgencia.
 - Participa activamente en la reanimación hemodinámica.
- 5. Personal Médico Especialista en Neonatología (o Médico Especialista en Pediatría)**
- Revisa los antecedentes sobre la evolución del embarazo y patología que lo complica.
 - Identifica las condiciones fetales y prepara el área para la reanimación fetal.
- 6. Personal Médico Especialista en Cirugía General**
- Evalúa la participación conjunta con el Gineco-obstetra para la resolución definitiva del problema.

7. Enfermería*

A. Enfermera /o brazo izquierdo (monitoreo hemodinámico)

- Toma y valoración de signos vitales: presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y oximetría.
- Da asistencia para intubación.
- Efectúa aspiración de secreciones.
- Efectúa fijación de cánula endo-traqueal.
- Efectúa instalación de invasivos, sonda Foley y sonda nasogástrica.
- Otorga asistencia para la instalación de catéter venoso central.
- Coloca cánula nasal y/o mascarilla facial.
- Forma parte del equipo para la entrega del paciente al servicio correspondiente.

B. Enfermera/o brazo derecho (circulatorio)

- Canaliza vena o permeabiliza accesos venosos.
- Toma de muestras de laboratorio.
- Toma de glucometría capilar.
- Realiza prueba multirreactiva de orina.
- Ministra medicamentos.
- Efectúa vendaje de miembros pélvicos.
- Da vigilancia del estado neurológico.
- Ministra hemoderivados.
- Coloca pantalón antichoque, en su caso

C. Enfermera/o circulante

- Prepara medicamentos.
- Provee material de curación.
- Prepara soluciones.
- Maneja el carro rojo y caja roja.

D. Enfermera/o administrativa

- Efectúa control de los medicamentos, soluciones y hemoderivados administrados a la paciente.
- Realiza registros clínicos (datos completos).
- Efectúa control de tiempos.
- Coloca la pulsera de identificación.

* En caso de no contar con suficiente personal o si por protocolo en la unidad deciden incluir en el equipo tres o incluso dos enfermeras, las actividades deberán ser reestructuradas

- Efectúa ficha de identificación.
 - Requisita la hoja de evaluación inicial.
 - Registra los censos del servicio.
- 8.** Personal de Laboratorio de Análisis Clínicos
- Realiza exámenes de laboratorio solicitados con carácter “urgente”.
- 9.** Personal de Banco de Sangre o Servicio de Transfusión
- Agiliza la tipificación y abastecimiento oportuno de hemocomponentes.
- 10.** Personal de Imagenología
- Realiza rastreo abdominal y pélvico.
 - Efectúa algún otro estudio de imagen requerido de acuerdo a la patología de la paciente.
- 11.** Trabajadora/or Social
- Realiza vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.
 - Informa al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente.
 - Consentimiento informado.
- 12.** Camilleros
- Traslado de pacientes.

Proceso de atención

El proceso inicia con la activación del Código Mater ante la presencia de una paciente con emergencia obstétrica (código rojo) y termina al decidir el manejo definitivo una vez lograda la mejor estabilización posible. El tiempo de llegada del equipo no deberá ser mayor de tres minutos una vez activado el Código Mater. (Anexo 4. Diagrama de flujo del proceso Código Mater- ERIO.)

Tabla 2. Proceso de Atención Código Mater-ERIO

Área y persona que interviene	Actividad	Descripción
Responsable de <i>Triage</i> médico o enfermera que detecta la emergencia	1	Activación de del Sistema de “alerta” o Código Mater
	2	Inicia manejo inmediato
	3	Presenta en forma breve y concisa a la paciente..
Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	4	Ante la alarma sonora o visual acude al área de llamado en un tiempo menor a tres minutos.
	5	Evalúan a la paciente y determinan la emergencia.
	6	Inician su intervención de acuerdo a las funciones definidas.
	7	Mejoran estabilidad de la paciente.
	8	Determinan continuidad del manejo.
Coordinadora/or del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica	9	Registra las actividades realizadas durante el proceso de atención.
Líder del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, el personal de enfermería y demás personal médico requerido	10	Entregan a la paciente de manera personalizada y con la documentación correspondiente, misma que podrá incluirse como nota del expediente clínico, registrando la información que se sugiere en el formato correspondiente (Anexo 7).

Monitoreo y evaluación

Se emplea el siguiente indicador:

- Promedio de tiempo de respuesta del ERIO. (Anexo 9)

Anexos

Anexo 1. Sistema de evaluación del Triage obstétrico

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre (s):

Fecha de la atención:

Hora:

No. Expediente:

Fecha de nacimiento:

OBSERVACIÓN

	CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	CÓDIGO AMARILLO (urgencia calificada)	CÓDIGO VERDE (urgencia no calificada)
Estado de conciencia	Alteraciones (sornolienta, estuporosa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de la piel	Cianótica/acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal

INTERROGATORIO

Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/presente No pulsátil	Ausente
Acúfenos/Fosfenos*	Presentes	Ausentes	Ausente
Epigastralgia/Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente

*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla

SIGNOS VITALES

Tensión arterial (Hipertensión)	Igual o mayor a 160 /110 mmHg	Menor a 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor a 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (Hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto	Menor a 80/100 latidos por minuto y mayor a 50/60 latidos por minuto	60-80 lpm
Índice de Choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20
Temperatura	Menor a 35°C Mayor a 39°C	37.5°C a 38.9°C	Mayor a 35° C Menor a 37.5° C

Nombre de quien evalúa:

Categoría:

Anexo 2. Instructivo de llenado del formato: Sistema de Evaluación en el *Triage* Obstétrico

El formato está integrado por tres rubros:

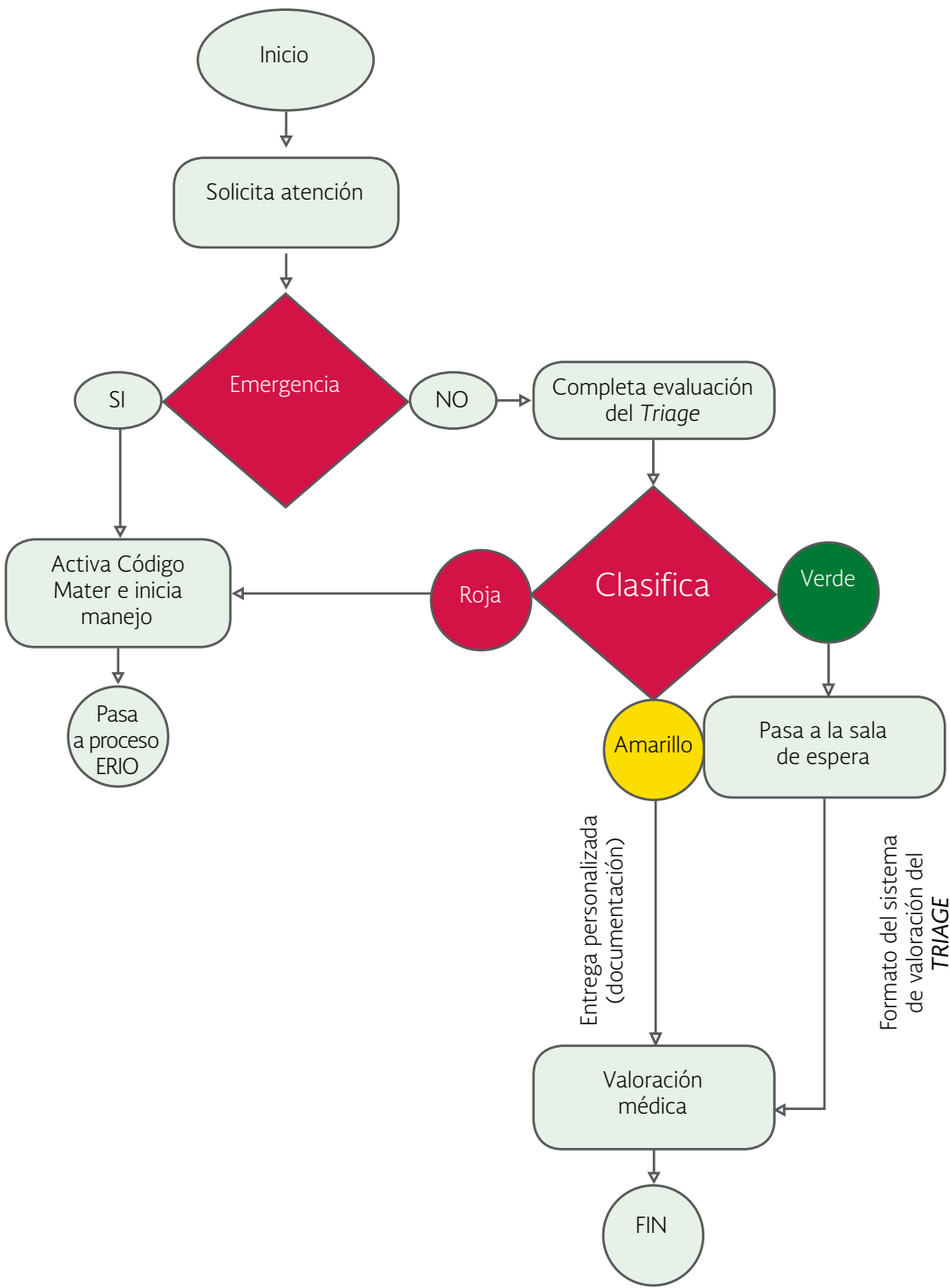
- A) Datos generales de la paciente.
- B) Criterios para la evaluación y clasificación.
- C) Datos del evaluador (personal del servicio de *Triage* obstétrico).

Instrucciones de llenado:

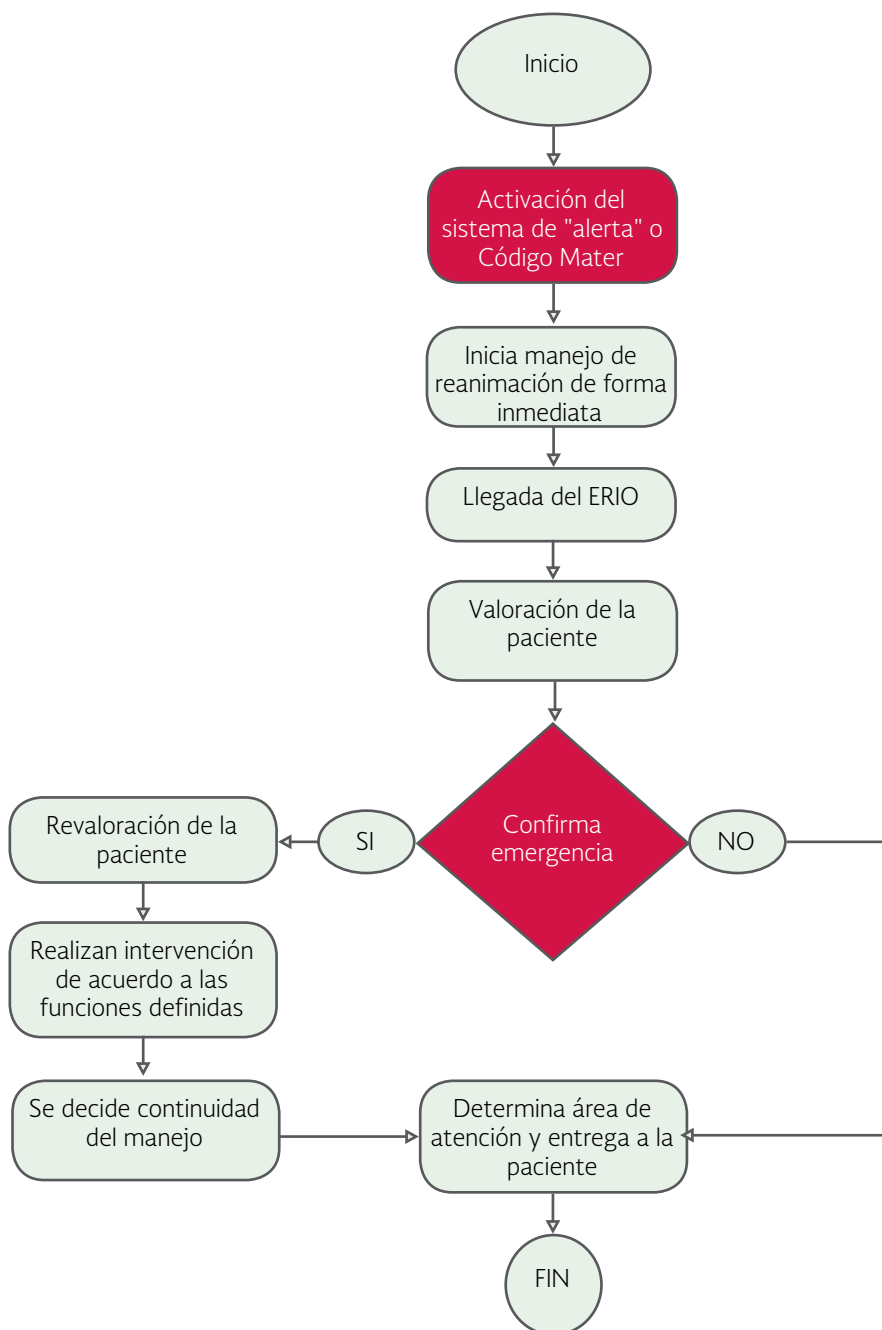
- A) Datos generales de la paciente: consignar nombre completo de la paciente –sin abreviaturas–, fecha de nacimiento, fecha y hora de llegada, número de expediente o filiación según la institución.
- B) Criterios para la evaluación y clasificación: según la condición de la paciente el sistema de evaluación se integra con tres elementos: la observación, el interrogatorio y la toma de signos vitales, tomando como base los criterios establecidos en la parte izquierda del instructivo, la paciente deberá clasificarse en tres colores: rojo, amarillo y verde, en función de la condición de urgencia/gravedad con la que se presenta al servicio, rojo: EMERGENCIA, amarillo: URGENCIA CALIFICADA y verde: URGENCIA NO CALIFICADA.
 - Si en la valoración de la paciente hay uno o más datos de la columna marcada en color rojo, la paciente será clasificada como código rojo –emergencia obstétrica– y de inmediato deberá activarse el Código Mater (proceso de llamado), para la intervención del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO).
 - Si en la evaluación encontramos uno o más datos de la columna de color amarillo, la paciente será clasificada como código amarillo –urgencia calificada–, el personal del servicio de *Triage* deberá realizar la valoración completa y registrar todos los datos solicitados en el instrumento de valoración, el cual será entregado junto con la paciente al médico responsable de la atención, es necesario enfatizar que estas pacientes deben ser entregadas y recibidas, ya que sólo de esta manera garantizamos la continuidad y responsabilidad de la atención. Cuando la paciente es clasificada en código amarillo la atención deberá garantizarse en un tiempo no mayor a 15 minutos.
 - Si en la evaluación encontramos los datos marcados en la columna verde, la paciente será clasificada como código verde –urgencia no calificada–, el personal del servicio de *Triage* deberá realizar la valoración completa y registrar todos los datos solicitados en el instrumento de valoración, explicar a la paciente y el familiar la condición de salud y el proceso a seguir, enfatizar que no se pueden retirar hasta ser valorada por el médico responsable, lo cual puede tardar hasta 30 minutos.
- C) Datos del evaluador (personal de *Triage* obstétrico): nombre completo del profesional que realizó la evaluación –sin abreviaturas– y categoría.

El formato constituye parte del expediente clínico por lo que de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico deberá anexarse al resto del expediente.

Anexo 3. Diagrama de flujo del proceso del *Triage* obstétrico



Anexo 4. Diagrama de flujo del proceso Código Mater- ERIO



Anexo 5. Formato de entrega de paciente con emergencia (código rojo) por el personal de Triage obstétrico

Identificación	Nombre: _____ Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Problema principal: _____
Antecedentes	Embarazo de: _____ semanas Patologías asociadas: Diabetes Mellitus: _____ Hipertensión arterial crónica: _____ Cardiopatía: _____ Enf. Tiroidea: _____ Enf. Renal: _____ Otras patologías: _____ Especifique: _____ Problema obstétrico actual: Amenaza de aborto: _____ Amenaza de parto pretérmino: _____ Embarazo de término en trabajo de parto: _____ Actualmente con complicaciones del embarazo del grupo: Enfermedad Hipertensiva del Embarazo: _____ Hemorragia: _____ Sepsis: _____ Otros: _____ Sintomatología: _____ _____ Signos vitales: Tensión arterial: _____ Frecuencia cardiaca: _____ Frecuencia respiratoria: _____ Temperatura: _____ Índice de choque (Frecuencia cardiaca/presión sistólica): _____
Evaluación	Diagnóstico probable: _____ _____ _____
Plan Terapéutico	_____ _____ _____ _____
	Nombre del evaluador: _____ Firma: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Anexo 6. Instructivo de llenado del formato: entrega personalizada de paciente con emergencia

El formato consta de cinco apartados:

- a) Identificación: se consigna el nombre y apellidos de la paciente, fecha de nacimiento, edad y problema principal por el que acude o es llevada al servicio de urgencias obstétricas.
- b) Antecedentes: anotar la edad gestacional en semanas. Marcar con una “x” si la paciente cursa con diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial crónica, enfermedad tiroidea, enfermedad renal u otras. En caso de marcar el rubro “otras”, especificar cuál es la patología concomitante.

Marcar con una “x” si cursa con alguna complicación del embarazo como: amenaza de aborto, parto pretérmino o si se encuentra cursando con un embarazo de término en trabajo de parto.

Señalar si se encuentra cursando con alguna complicación como: enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE), hemorragia obstétrica, sepsis o alguna otra, en este último caso, especificar cuál.

Anotar la sintomatología que predomina el cuadro o que motivó el ingreso de la paciente. Consignar sus signos vitales incluyendo: presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), temperatura e índice de choque (se obtiene de la división de la frecuencia cardíaca entre presión arterial sistólica).

- c) Evaluación: se escribe el diagnóstico de probabilidad al momento de pasar al área de choque o al servicio que dará continuidad a su atención, independientemente de que sea modificado posteriormente de acuerdo a evolución y hallazgos.
- d) Plan terapéutico: se consigna el servicio al que pasará la paciente y el probable plan de manejo independientemente de las modificaciones que se realicen al continuar su protocolo diagnóstico-terapéutico.
- e) Se consigna el nombre y firma del evaluador, así como la fecha y hora en la que se realizó la entrega de la paciente.

En cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, el formato deberá anexarse al resto del expediente. Deberá ser entregado por parte del personal de *Triage* obstétrico, al personal que recibe a la paciente con código rojo, al momento de su entrega al personal del área de choque o al servicio receptor que dará continuidad a su manejo.

Anexo 7. Registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica

I. ACTIVACIÓN:

Hora de la activación: _____ Hora de integración del equipo: _____

Responsable de la activación: _____ Cargo: _____

Área de activación: _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE:

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

No. Expediente: _____

III. ÁREA DE CHOQUE

☐ NO APLICA (PASE A INCISO IV)

Diagnóstico de ingreso: _____

Forma de llegada: Espontánea ☐ Referida ☐ Traslado ☐

Acompañamiento: Familiar ☐ Paramédico ☐ Médico ☐ Ambulancia básica ☐ De terapia intensiva ☐

1. Datos clínicos:

Signos vitales de ingreso: Tensión arterial _____/_____ Frecuencia cardíaca _____ x'

Frecuencia respiratoria _____ x'

Frecuencia cardíaca fetal _____x' Método de auscultación _____ No aplica ☐

Saturación de oxígeno _____ %

2. Problema principal:

Hemorragia ☐ Crisis convulsivas ☐ Crisis hipertensiva ☐ Sepsis ☐ Otro ☐

Especifique: _____

IV. SI SE SOLICITA EL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN, ESPECIFIQUE:

Quirófano ☐ Unidad tocoquirúrgica ☐ Recuperación ☐ Hospitalización ☐

**V. MANEJO INTEGRAL:
SOLUCIONES**

Tipo	Cantidad	Hora	Servicio que indica
------	----------	------	---------------------

MEDICAMENTOS

Tipo y cantidad	Dosis	Vía	Hora	Servicio que indica
-----------------	-------	-----	------	---------------------

HEMODERIVADOS

Tipo	Cantidad	Hora	Servicio que indica
------	----------	------	---------------------

VI. OTRAS ACCIONES Y/O PROCEDIMIENTOS:

VII. EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE:

Bh ☐ Qs ☐ Es ☐ Tiempos de coagulación ☐ EGO ☐ PFH ☐ Ac. Úrico ☐

Ultrasonido ☐ Rx ☐

Hallazgos relevantes: _____

VIII. PERSONAL QUE ACUDE AL LLAMADO DEL EQUIPO DE RESPUESTA INMEDIATA

(NOMBRE Y FIRMA) GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA	(NOMBRE Y FIRMA) UCIA
(NOMBRE Y FIRMA) CIRUGÍA	(NOMBRE Y FIRMA) ANESTESIOLOGÍA
(NOMBRE Y FIRMA) NEONATOLOGÍA	(NOMBRE Y FIRMA) ENFERMERÍA
(NOMBRE Y FIRMA) CAMILLERO	(NOMBRE Y FIRMA) OTROS SERVICIOS

Anexo 8. Instructivo de llenado del formato: hoja de registro de actividades del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO)

En este formato se registran las actividades de la activación del Código Mater y del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), consta de ocho apartados:

Apartado I: se registran hora de activación, hora de integración del equipo, nombre del personal que activó el código mater, su cargo y lugar de la unidad en donde se requiere la intervención.

Apartado II: se registran los datos de identificación de la paciente; nombre, edad, fecha de nacimiento y número de expediente.

Apartado III: se registran las acciones en el área de choque: a) diagnóstico de ingreso, b) forma de llegada, si fue espontánea, referida por sus propios medios o trasladada c) especificar el tipo de ambulancia en que fue trasladada es decir, ambulancia de traslado, de urgencias básicas, de urgencias avanzadas o de cuidados intensivos.

En este mismo apartado se registran los datos clínicos que incluyen: 1) tensión arterial sistólica/diastólica, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca fetal, método de auscultación empleado y saturación de oxígeno de la paciente. 2) El problema principal que presenta la paciente y que puede ser hemorragia, crisis convulsivas, crisis hipertensiva, sepsis o algún otro; en éste último caso se debe especificar.

Apartado IV: marcar con una "x", el área donde se activó el código mater.

Apartado V: se realizan las acciones terapéuticas implementadas por los miembros del ERIO. Se deberá anotar las soluciones, medicamentos y hemoderivados, especificando las dosis, vía de administración, hora y servicio al que corresponde quien lo indica (ginecoobstetricia, cirugía, medicina interna, UCIA, entre otros.).

Apartado VI: se registran otras acciones y procedimientos aplicados a la paciente, estos pueden ser maniobras o procedimientos para la contención de la hemorragia, procedimientos quirúrgicos, entre otros.

Apartado VII: se registran los resultados de los exámenes de laboratorio y gabinete, señalando los hallazgos relevantes.

Apartado VIII: se realizará el registro del personal que acudió al llamado del equipo de respuesta inmediata.

En cumplimiento a la NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, el formato deberá anexarse al expediente.

Anexo 9. Indicadores de *Triage* obstétrico, Código Mater y ERIO

Ficha de Indicador	
1. Promedio de pacientes obstétricas atendidas en urgencias	
Elemento	Características
Indicador	Promedio de pacientes obstétricas atendidas en urgencias.
Objetivo	Identificar el número de atenciones que se otorgan en el servicio de urgencias obstétricas por hora y determinar su comportamiento. Con este resultado se decide la necesidad de instalación del <i>Triage</i> obstétrico.
Descripción general	El indicador mide el promedio de consultas de urgencias obstétricas por hora.
Observaciones	$\frac{\text{Total de atenciones obstétricas otorgadas en urgencias}}{24 \text{ horas}}$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	En caso de ser mayor de cinco se aplica el <i>Triage</i> obstétrico.

Ficha de Indicador	
2. Porcentaje de pacientes clasificadas como urgencia no calificada (código verde)	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes clasificadas como urgencia no calificada.
Objetivo	Identificar el número de consultas otorgadas en el servicio de urgencias obstétricas clasificadas como urgencia no calificada.
Descripción general	El indicador mide el número de consultas otorgadas en urgencias en el periodo.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con código verde atendidas en urgencias}}{\text{Total de atenciones otorgadas en el servicio en el mes}} \times 100$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	Menor al 85%.

Ficha de Indicador 3. Porcentaje de pacientes con emergencia obstétrica (código rojo)	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes con emergencia obstétrica.
Objetivo	Identificar el número de atenciones otorgadas en el servicio de urgencias obstétricas a pacientes con emergencia.
Descripción general	El indicador mide el número de emergencias atendidas con código rojo en urgencias obstétricas en el mes.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes con código rojo atendidas en urgencias}}{100} \times \text{Total de atenciones otorgadas en el servicio en el periodo}$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	2%.

Ficha de Indicador 4. Promedio de tiempo de espera en <i>Triage</i> obstétrico	
Elemento	Características
Indicador	Promedio de tiempo de espera en <i>Triage</i> obstétrico.
Objetivo	Monitorear el tiempo que se demora a la paciente obstétrica para realizar el tamizaje.
Descripción general	El indicador mide el tiempo de espera de las usuarias para ser valoradas y clasificadas en el <i>Triage</i> obstétrico. Nos permite conocer la oportunidad en el servicio de urgencias obstétricas.
Observaciones	$\frac{\text{Sumatoria de los tiempos de espera en minutos}}{\text{Número de atenciones en el periodo}}$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	Menos de quince minutos.

Ficha de Indicador 5. Porcentaje de eficacia en la clasificación del <i>Triage</i> obstétrico	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de eficacia en la clasificación del <i>Triage</i> obstétrico.
Objetivo	Evalúa la competencia del personal de <i>Triage</i> obstétrico en la clasificación de las pacientes.
Descripción general	Determina la certeza de la clasificación de las pacientes valoradas como emergencias en el <i>Triage</i> obstétrico.
Observaciones	<p>Número de pacientes confirmadas como emergencia por el dictamen del ERIO</p> <p>_____ x 100</p> <p>Número de pacientes clasificadas con código rojo en el <i>Triage</i> en el mes</p>
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	100%.

Ficha de Indicador 6. Porcentaje de pacientes reclasificadas	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de pacientes reclasificadas.
Objetivo	Realizar las mejoras necesarias en la capacitación del personal o en la definición del proceso de <i>Triage</i> para mejorar la seguridad en la atención de la paciente obstétrica.
Descripción general	El indicador mide el número de pacientes que inicialmente fueron clasificadas con código verde y que tuvieron que ser reclasificadas a código rojo debido a la aparición de datos de gravedad.
Observaciones	<p>Número de pacientes reclasificadas</p> <p>_____ x 100</p> <p>Total de pacientes valoradas en el <i>Triage</i> obstétrico en el mes</p>
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	0%.

Ficha de Indicador 7. Porcentaje de apego al protocolo entrega-recepción	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de apego al protocolo entrega-recepción.
Objetivo	Evaluar la seguridad y continuidad en la atención de pacientes de alto riesgo en el servicio de urgencias obstétricas.
Descripción general	El indicador mide el número de pacientes valoradas en el <i>Triage</i> obstétrico y entregadas al servicio tratante cumpliendo el protocolo de entrega-recepción.
Observaciones	$\frac{\text{Total de pacientes entregadas en apego al protocolo de entrega-recepción}}{\text{Total de pacientes entregadas en el mes}} \times 100$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	100%.

Ficha de Indicador 8. Porcentaje de activaciones de Código Mater	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de Activaciones de Código Mater.
Objetivo	Evaluar el comportamiento de la emergencia obstétrica en los diferentes servicios de la unidad que participan en la atención de la paciente.
Descripción general	El indicador evalúa el porcentaje de pacientes con emergencia que son atendidas en la unidad en el mes y que ameritaron la activación del Código Mater.
Observaciones	$\frac{\text{Número de activaciones de Código Mater en el mes}}{\text{Total de pacientes atendidas en urgencias y hospitalización obstetricia en el mes}} \times 100$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias. Registro del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios.
Línea base	2%.

Ficha de Indicador 9. Porcentaje de activaciones de Código Mater por área de atención obstétrica	
Elemento	Características
Indicador	Porcentaje de activaciones de Código Mater por área de atención obstétrica.
Objetivo	Determina el número de activaciones del Código Mater por área de atención de la paciente obstétrica.
Descripción general	El indicador mide el porcentaje de activaciones de Código Mater por área.
Observaciones	$\frac{\text{Número de activaciones por área}}{\text{Total de activaciones en el mes}} \times 100$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registro de pacientes embarazadas atendidas en urgencias.
Línea base	Urgencias 90%, otras áreas hospitalarias 10%.

Ficha de Indicador 10. Promedio de tiempo de respuesta del ERIO	
Elemento	Características
Indicador	Promedio de Tiempo de Respuesta del ERIO.
Objetivo	Monitorear el tiempo de integración del ERIO ante la activación del Código Mater.
Descripción general	El indicador evalúa el tiempo que transcurre entre la activación del Código Mater y la integración del Equipo de Respuesta Inmediata (ERIO). La realización de simulacros permite detectar áreas de oportunidad y establecer mejoras en el proceso.
Observaciones	$\frac{\text{Hora de integración del ERIO completo menos la hora de activación del Código Mater}}{\text{Número de activaciones en el mes}} \times 100$
Periodicidad	Mensual.
Fuente	Registros del Coordinador del equipo y la Enfermera administrativa.
Línea base	Tres minutos.

Bibliografía

1. Barroso C, Langer A. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades. Grupo de Trabajo Regional Interagencial para la Reducción de la Mortalidad Materna. Documento sin fecha. 2009.
2. Borghi J, Ensor T, Somanathan A, Lissner C, Mills A, group LMSSs. Mobilising financial resources for maternal health. *The Lancet*. 2006;368(9545):36.
3. Romero-Pérez I, Sánchez-Miranda G, Romero-López E, Chávez-Courtois M. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. *Perinatol Reprod Hum*. 2010;24(1):42-50.
4. Langer A, Hernández B. La mortalidad materna. Una prioridad para la investigación y la acción. *Gac Med Mex*. 2000;136(Supl 3):S49-S53.
5. Organization WH. Mortalidad materna. Datos y Cifras. Vol. Nota descriptiva 348: Noviembre 2015. En <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
6. Cubos dinámicos-Defunciones (Mortalidad). 2014. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_defunciones.html. Accessed 05 de abril de 2016.
7. Langer A, Lozano R, Hernandez B. Mortalidad materna/niveles, tendencias, y diferencias. *DemoS*. 1993(006).
8. Campbell O, Graham W. Estrategias para reducir la mortalidad materna: avanzar con lo que funciona *Supervivencia Materna 2*. *Lancet*. 2009.
9. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health>.
10. Gobierno de México. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU 2000.
12. Calderón MAK, Montes PB, González MC, Pliego ÁC. Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*. 2007;2(4):205-211.
13. Secretaría de Salud/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Mexico; 2009.
14. Gobierno de México, Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Secretaría de Gobernación. México; 2013.
15. Secretaría de Salud. Plan Sectorial de Salud 2013-2018. Secretaría de Salud. México; 2013.
16. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna: acciones y estrategias hacia una maternidad segura: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009.
17. Duncan KD, McMullan C, Mills BM. Early warning systems: the next level of rapid response. *Nursing* 2015. 2012;42(2):38-44.

18. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *Emergency Medicine Journal*. 2006;23(2):154-155.
19. Fernández GJL. Triage: atención y selección de pacientes. *Trauma*. 2006;9(2):48-56.
20. Álvarez B, Gorostidi J, Rodríguez O, Antuña A, Alonso P. Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 1998;10(2):100-104.
21. Hoyt DB, Coimbra R, Potenza BM. Trauma systems, triage, and transport. Feliciano DV, Mattox KL and Moore EE. *Trauma*, 6th edition. New York, NY, McGraw-Hill. 2008:57-82.
22. Neves Silva MdF, Oliveira GN, Pergola-Marconato AM, Marconato RS, Bargas EB, Muglia Araujo IE. Protocolo de evaluación y clasificación de riesgo de pacientes en unidad de emergencia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2014;22(2):218-225.
23. Services. USDoHH. Emergency Severity Index, Version 4 Implementation Handbook. 2015; <http://archive.ahrq.gov/research/esi/esi1.htm>. Accessed 28 de julio 2015.
24. Cobos MI, Miller T, Salguero MR. Hacia la armonización de las estimaciones de mortalidad materna en América Latina. 2013.
25. Obregón Gutiérrez N, Rebollo Garriga G, Costa Gil M, Puig Calsina S, Calle Del Fresno S, Garrido Domínguez M. El triaje obstétrico: nuevo reto para las matronas. Experiencia del Hospital Parc Taulí en la implementación de un sistema de triaje obstétrico. *Matronas profesión*. 2011;12(2):49-53.
26. Salvador MdSdE. Lineamientos técnicos para realizar el triaje en hospitales de la RISS. 2012; http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_triage_en_hospitales_riiss.pdf.
27. Smithson DS, Twohey R, Rice T, Watts N, Fernandes CM, Gratton RJ. Implementing an obstetric triage acuity scale: interrater reliability and patient flow analysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2013;209(4):287-293.
28. Alvarado Berrueta RM, Arroyo Vázquez M, Hernández Pérez C, Vélez Calderón M, Márquez Torres P. Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enfermería universitaria*. 2012;9(2):61-71.
29. Angelini DJ, LaFontaine D. *Obstetric triage and emergency care protocols*: Springer Publishing Company; 2012.
30. Secretaría de Salud/Centro Nacional de Excelencia Tecnológica. Guía de práctica clínica. Triage hospitalario de primer contacto en los servicios de urgencias adultos para el segundo y tercer nivel. CENETEC-SALUD México; 2015.
31. Martínez-Rodríguez ÓA, Portillo-Durán J, Tamés-Reyerros JÁ, Martínez-Chéquer JC, Carranza-Lirae S. Equipo de respuesta inmediata, análisis de 59 casos con hemorragia obstétrica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):132-135.
32. Chan PS, Jain R, Nallmothu BK, Berg RA, Sasson C. Rapid response teams: a systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*. 2010;170(1):18-26.
33. DB H, AW M, RJ W. Triage y transferencia interhospitalaria de los traumatizados. In: Interamericana M, ed. *Trauma*. Vol 1: Mattox KL Feliciano DV Moore EE; 2001:87-107.

34. Flores AGR, Loredó BG. Triage En La Sala De Urgencias: Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas; 2010.
35. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. OMS, Ginebra; 2000.
36. Jiménez JG. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias. *emergencias*. 2003;15:165-174.
37. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Paper presented at: Anales del sistema sanitario de Navarra 2010.
38. Navarro JR, Castillo VP. Código rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2010;38(1):86-99.
39. Buist MD, Moore GE, Bernard SA, Waxman BP, Anderson JN, Nguyen TV. Effects of a medical emergency team on reduction of incidence of and mortality from unexpected cardiac arrests in hospital: preliminary study. *Bmj*. 2002;324(7334):387-390.
40. Ristagno G, Tang W, Weil MH. Cardiopulmonary resuscitation: from the beginning to the present day. *Critical care clinics*. 2009;25(1):133-151.
41. Franklin C, Mathew J. Developing strategies to prevent inhospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Critical care medicine*. 1994;22(2):244-247.
42. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a Safer Health System. Vol 6: National Academies Press; 2000.
43. Leape LL, Berwick DM. Five years after To Err Is Human: what have we learned? *Jama*. 2005;293(19):2384-2390.
44. Wachter RM. The end of the beginning: patient safety five years after "To Err Is Human.". *Health Affairs*. 2004;23(11):534-545.
45. Garduño JCB, de León Ponce MD, Calderón JM. Estrategias para reducir la mortalidad materna Hospitalaria en el Estado de México.
46. Garduño JCB, Vázquez MdCG, Gutiérrez LJE, de León Ponce MD, Vega CGB. Experiencia exitosa con el Código MATER. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2011;25(1):43-45.
47. Ángel Salinas Arnaut MVJ. Guía técnica para el funcionamiento del código mater en las unidades hospitalarias de segundo nivel de atención médica del Instituto de Salud del Estado de México. Estado de México. 2009.
48. Briones G, Díaz de León P. MATER equipo de respuesta rápida en obstetricia crítica. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 2010;34(3):108-109.
49. DeVita MA, Bellomo R, Hillman K, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. *Critical care medicine*. 2006;34(9):2463-2478.
50. Esper RC, Rosillo FR, Córdova JRC, Córdova LDC. Equipo de respuesta rápida. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*. 2009; 23(1); 38-46. 2009.
51. Castellanos, J. L., & Pineda, M. L. (2005). Sensibilidad y especificidad del índice de choque en el diagnóstico de hemorragia intraperitoneal en pacientes con contusión cerrada de abdomen. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 4(1), 1.

[illegible]

Lineamiento Técnico

Se terminó de imprimir en 2016

La edición consta de 1,500 ejemplares

La impresión se llevó a cabo sobre papel bond de 120 gr para interiores
y couché de 200 gr para portadas

Impreso en offset por:

cnegsr.salud.gob.mx

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político.
Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa".