



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Manual para el facilitador

Prácticas clave que salvan vidas en salud materna y neonatal

**Contrato de Prestación de
Servicios PSPJ N° 2295 de 2016
MPS- 003**



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
**Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios**

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención



OIM Organización Internacional para las Migraciones

ALEJANDRO GUIDI
Representante OIM Colombia

BEATRIZ GUTIERREZ RUEDA
Oficial de Salud y Migración

REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

JOSÉ F. VALDERRAMA
Supervisión MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

CONSULTORÍA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina – Centro Nacer, Salud Sexual y
Reproductiva

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 547 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Compilación de este material

Este material es producto del trabajo de varios años, realizado por los docentes y profesionales del Departamento de Ginecología y Obstetricia y Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia, con el apoyo de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de orden nacional e internacional y del personal de la salud y los estudiantes quienes en su proceso de aprendizaje nos han permitido enriquecerlo y mejorarlo. El mayor aprendizaje lo hemos obtenido de las mujeres que hemos atendido a lo largo de la vida profesional, algunas de las cuales han tenido complicaciones o desenlaces fatales en su proceso de dar vida.

Reconocimiento

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones, han confiado en nosotros para difundir estos conocimientos en nuestro país, con el propósito de contribuir a mejorar la salud materna y neonatal, especialmente de las mujeres que habitan en los territorios más vulnerables de Colombia.

Facilitadores para la estrategia

Médicos, especialistas en ginecología y obstetricia, con formación en epidemiología clínica, salud pública, especialización en medicina fetal, cuidado crítico materno y con experiencia en docencia Universitaria, capacitación en escenarios de simulación, investigación y en vigilancia epidemiológica de eventos que afectan la salud materna y perinatal y con práctica asistencial en clínicas y hospitales que ofrecen servicio de atención obstétrica en la Ciudad de Medellín:

- Dra. Gladis Adriana Vélez Álvarez
Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster en Salud Pública
- Dr. Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Magíster Epidemiología con énfasis en epidemiología clínica
- Dr. Juan Guillermo Londoño Cardona
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dr. Jesús Velásquez Penagos
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Perfeccionamiento en Cuidado Intensivo Materno
- Dr. Mauricio Urrego Pachón
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dra. Cristina Margarita Pérez Torres

Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología, Especialista en Medicina Materno Fetal

- Dra. Liliana Gallego Vélez
Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dr. Camilo Guerra Palacio
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dra. Carolina Álvarez Mesa
Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dr. Walter Emilio Osorio Ramírez
Médico, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dra. Ana María Quiceno Ceballos
Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología
- Dra. Paola Andrea Múnera Carmona
Médica, Especialista en Obstetricia y Ginecología

Compiladores del material para este manual

- Dra. Gladis Adriana Vélez Álvarez
- Dr. Juan Guillermo Londoño Cardona
- Dr. Jesús Velásquez Penagos
- Dr. Mauricio Urrego Pachón
- Dra. Cristina Margarita Pérez Torres
- Enf. Sandra María Ariza Arizal
- Enf. Silvia Elena Uribe Bravo

Validación de contenidos y enfoque

- Doctor Germán Augusto Gallego Vega
Consultor en salud materna y neonatal
Ministerio de Salud y Protección Social
Bogotá - Colombia
- Doctora Yesica Paola Mejía González
Salud Materna, Migración y Salud
Organización Internacional para las Migraciones OIM
Bogotá - Colombia



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Contenido

1. Presentación	13
2. Objetivo	14
3. Estructura del documento	14
4. ¿Cómo utilizar este manual?	15
5. Aspectos conceptuales	16
5.1. Estrategia de capacitación	16
5.2. Antes de iniciar una simulación	18
5.3. Desarrollo del ejercicio - simulación	19
5.4. Después del ejercicio “debriefing”	19
5.5. Aspectos pedagógicos y comunicacionales	20
5.5.1. Principios del aprendizaje en adultos	20
5.5.2. Habilidades de los facilitadores para la comunicación	20
5.5.3. Rol del facilitador	21
5.5.4. Características de un buen facilitador	22
5.5.5. Lo que no debe hacer un buen facilitador	22
5.5.6. Recomendaciones para el facilitador	22
5.5.7. Consejos prácticos	24
5.5.8. ¿Cómo conformar rápidamente grupos de trabajo?	24
5.5.9. Bibliografía	25
6. Aspectos logísticos	27
6.1. Día previo	27
6.2. Capacitación Día 1	27
6.3. Al finalizar el día 1	28
6.4. Agenda académica	28
6.5. Desarrollo de la agenda	32
6.6. Pre-test y Pos-test / día 1	34
6.7. Pre-test y Pos-test / día 2	42
6.8. Pre-test y Pos-test / día 1 respuestas	47
6.9. Pre-test y Pos-test / día 2 respuestas	59

7. Temas priorizados	70
7.1. Atención preconcepcional	73
7.1.1. <i>Introducción / Justificación</i>	73
7.1.2. <i>Objetivo general</i>	73
7.1.3. <i>Objetivos específicos</i>	73
7.1.4. <i>Contenidos</i>	74
7.1.5. <i>Actividades</i>	74
7.1.6. <i>Bibliografía</i>	74
7.2. Anticoncepción	77
7.2.1. <i>Introducción / Justificación</i>	77
7.2.2. <i>Objetivo general</i>	78
7.2.3. <i>Objetivos específicos</i>	78
7.2.4. <i>Contenidos</i>	78
7.2.5. <i>Actividades</i>	79
7.2.6. <i>Bibliografía</i>	80
7.2.7. <i>Anexo conversatorio sobre mitos en anticoncepción</i>	80
7.2.8. <i>Anexo casos clínicos de anticoncepción</i>	80
7.3. Detección de alteraciones del embarazo	85
7.3.1. <i>Introducción / Justificación</i>	85
7.3.2. <i>Objetivo general</i>	85
7.3.3. <i>Objetivo específicos</i>	85
7.3.4. <i>Contenidos</i>	86
7.3.5. <i>Actividades</i>	86
7.3.6. <i>Bibliografía</i>	86
7.4. Prevención del aborto inseguro e Interrupción voluntaria del embarazo	89
7.4.1. <i>Introducción / Justificación</i>	89
7.4.2. <i>Objetivos específicos</i>	90
7.4.3. <i>Contenidos</i>	90
7.4.4. <i>Actividades</i>	91
7.4.5. <i>Bibliografía</i>	91
7.4.6. <i>Caso clínico 1</i>	92
7.4.7. <i>Caso clínico 2</i>	99
7.4.8. <i>Caso clínico 3</i>	101
7.4.9. <i>Caso clínico 4</i>	102
7.5. Aspiración manual endouterina – AMEU –	105
7.5.1. <i>Contenido</i>	105
7.5.2. <i>Objetivo</i>	105
7.5.3. <i>Indicaciones</i>	105
7.5.4. <i>Protocolo IVE</i>	106
7.6. Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica	113
7.6.1. <i>Introducción / Justificación</i>	113
7.6.2. <i>Objetivo General</i>	113

7.6.3.	<i>Objetivos específicos</i>	114
7.6.4.	<i>Contenidos</i>	114
7.6.5.	<i>Actividades</i>	114
7.6.6.	<i>Guión para los videos</i>	115
7.6.7.	<i>Video 1: Brindando un adecuado cuidado del trabajo de parto</i>	115
7.6.8.	<i>Video 2: Manejo del segundo estadio del parto</i>	118
7.6.9.	<i>Bibliografía</i>	123
7.7.	Manejo del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE	127
7.7.1.	<i>Introducción / Justificación</i>	127
7.7.2.	<i>Objetivo general</i>	127
7.7.3.	<i>Objetivos específicos</i>	127
7.7.4.	<i>Contenido</i>	128
7.7.5.	<i>Actividades</i>	128
7.7.6.	<i>Bibliografía</i>	129
7.7.7.	<i>Caso clínico 1</i>	129
7.7.8.	<i>Caso clínico 2</i>	135
7.7.9.	<i>Caso clínico 3</i>	136
7.8.	Sepsis en el embarazo	141
7.8.1.	<i>Introducción / Justificación</i>	141
7.8.2.	<i>Objetivo general</i>	141
7.8.3.	<i>Objetivo específicos</i>	141
7.8.4.	<i>Contenidos</i>	142
7.8.5.	<i>Actividades</i>	142
7.8.6.	<i>Bibliografía</i>	143
7.8.7.	<i>Caso Clínico Sepsis</i>	143
7.9.	Hemorragia obstétrica: código rojo taller de simulación	149
7.9.1.	<i>Introducción / Justificación</i>	149
7.9.2.	<i>Objetivo general</i>	150
7.9.3.	<i>Objetivo específicos</i>	150
7.9.4.	<i>Contenido</i>	150
7.9.5.	<i>Actividades</i>	151
7.9.6.	<i>Traducción video: Salvando la vida de las madres, uso del traje anti-choque</i>	152
7.9.7.	<i>Anexo Código Rojo - lista de chequeo</i>	162
7.9.8.	<i>Anexo Taponamiento uterino con preservativo - lista de chequeo</i>	166
7.9.9.	<i>Bibliografía</i>	168



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



OIM Organización Internacional para las Migraciones

1. Presentación

Este manual es parte de una estrategia diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, orientada a mejorar la salud materna y neonatal, principalmente en los municipios más vulnerables del país.

La estrategia está fundamentada en la conformación de 25 clúster de salud materna, cada uno de ellos integrado por un grupo de municipios que comparten características geográficas y sociales que los exponen a la presencia de muertes maternas y neonatales, en su mayoría evitables; en total se seleccionaron 236 municipios ubicados en las diferentes regiones de Colombia.

En los municipios seleccionados, se desarrollan diversas intervenciones, entre ellas: el entrenamiento en prácticas clave que salvan vidas (objeto de este manual), implementación de la estrategia de empoderamiento Mujeres, Individuos Familias y Comunidades MIFC, para mejorar la salud materna y neonatal, apoyo con la entrega del Kit de emergencia obstétrica para algunos municipios, dotación con balones de Bakri y trajes antichoque para la atención de mujeres que presentan hemorragia de origen obstétrico y la asignación de un grupo de profesionales de la salud ubicados en los territorios (gestores territoriales) para impulsar el mejoramiento de la calidad y la articulación de actores en pro de la salud de dicho grupo poblacional.

Diseñado por especialistas en ginecología y obstetricia, epidemiólogos y salubristas de Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia, con la participación de profesionales de enfermería que tienen formación en las áreas de calidad, gestión de los servicios de salud y en educación para la salud.

En el marco de un contrato de servicios realizado entre la Organización Internacional para las Migraciones y la Universidad de Antioquia, con recursos y bajo lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Objetivo

Realizar entrenamiento en prácticas clave que salvan vidas, bajo escenarios de simulación, para la atención integral de la mujer que presenta una emergencia obstétrica y para la prevención del aborto inseguro, en subregiones identificadas con mayor vulnerabilidad y mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal en Colombia.

3. Estructura del documento

En la primera parte de este manual se encuentran las generalidades relacionadas con los objetivos y contenidos de la capacitación, unas orientaciones pedagógicas y comunicativas que el facilitador debería tener en cuenta al momento de replicarla y algunos conceptos relacionados con los beneficios del aprendizaje basado en escenarios de simulación. La segunda parte contiene la propuesta de dos agendas: la primera para un taller de tres días dirigido a gineco-obstetras para formarse como facilitadores y una segunda agenda para desarrollar un taller de dos días dirigido a médicos generales y personal de enfermería, proveedores directos de los servicios. Posteriormente se presenta el desarrollo de cada uno de los temas propuestos como “Prácticas Clave que Salvan Vidas”. Cada tema contiene la justificación, los objetivos del taller, los contenidos y agenda específica, el tiempo y los recursos, el pre y el pos-test con las respuestas y la justificación de las mismas, así como la bibliografía básica. Adicionalmente los temas que se desarrollan en escenarios de simulación contienen el paso a paso para el montaje de la escena, los casos clínicos, las guías de trabajo, listas de chequeo y en general se anexa en medio electrónico todo el material de apoyo necesario para realizar la réplica del taller.

Los facilitadores capacitados en el marco de este proyecto están autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, por la Organización Internacional para las Migraciones y por Nacer, Salud Sexual y Reproductiva de la Universidad de Antioquia, para hacer uso de los materiales que aquí se presentan, dando los créditos a las entidades que lo realizaron.

4. ¿Cómo utilizar este manual?

Esta es una guía práctica que permite replicar los aprendizajes orientados a mejorar la calidad de la atención a las mujeres en su proceso de gestación, parto y posparto en el nivel básico de atención, partiendo de elementos técnico - científicos desarrollados en las guías de práctica clínica vigentes para el País y considerando los aspectos éticos y humanos como ejes transversales a incorporar durante todo el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Se recomienda que sea utilizado por médicos especialistas en ginecología y obstetricia, con entrenamiento como facilitadores en prácticas clave que salvan vidas. Antes de realizar un taller es muy importante que el facilitador revise cuidadosamente los materiales disponibles y prepare con antelación todos los recursos necesarios para lograr un desarrollo exitoso de las capacitaciones.

Perfil de los participantes

Formador de formadores: especialistas en ginecología y obstetricia de instituciones públicas y privadas de Colombia. Reciben un entrenamiento en línea en los temas objeto de la estrategia y la experiencia práctica basada en escenarios de simulación con duración de 24 horas.

Personal de los municipios del clúster de salud materna y neonatal: Médicos y personal de enfermería que laboran en alguno de los 236 municipios priorizados para la estrategia de mejoramiento de la salud materna y neonatal en Colombia.

5. Aspectos conceptuales

5.1. Estrategia de capacitación

En términos generales el conocimiento acerca de cuáles estrategias educativas son más eficaces aún es imperfecto. Lo que único que parece evidente, es que ninguna estrategia es efectiva en todos los escenarios; por ello la principal recomendación como instructor es que sea flexible: considere y adapte a las necesidades de la audiencia.

La estrategia educativa de este taller pretende integrar elementos identificados como más eficaces para el éxito en la socialización y aplicación de una guía clínica: el contacto cara a cara del experto con el usuario final de la guía (proveedor directo del servicio), estudio y discusión de escenarios clínicos con enfoque en unas recomendaciones seleccionadas, colaboración multidisciplinaria y soporte y estímulo al equipo¹.

Es importante igualmente, identificar los líderes de opinión que sobresalen en los grupos ya que ellos pueden ser motores del cambio; se recomienda permitir que estos participantes destacados tengan un rol más activo pues ello puede favorecer la adopción de la guía en el territorio específico. Otro elemento fundamental de la estrategia es permitir espacios para que los participantes identifiquen y discutan los posibles obstáculos para aplicar las recomendaciones de las Guías, pues este es el primer paso para superar algunas de las barreras frecuentemente planteadas por el personal de salud para la implementación efectiva de las mismas como falta de familiaridad o confianza con las recomendaciones, falta de acuerdo con los conceptos, falta de autoconfianza para la aplicación de los mismos y la inercia con el conocimiento previo, entendida como la resistencia al cambio que lleva a que se sigan aplicando ciertas conductas simplemente porque siempre se ha hecho así. Una de las teorías que ha estudiado cómo la adopción de una recomendación o una guía está influenciada por las creencias, actitudes y normas sociales es la "teoría del comportamiento planeado" descritas por Ceccato y otros autores, según esta teoría, las creencias personales acerca de una recomendación, las opiniones que predominen en el medio o que otros colegas tengan acerca de la misma y

¹ Si se desea ampliar el tema de las estrategias más efectivas para lograr el cambio en los profesionales de la salud se recomiendan las revisiones de Grimsahw et al, Changing provider behavior: an overview of sistematyc reviews of interventions y de Chaillet N. et al. Evidence-Based strategies for implementing guidelines in obstetrics).

la confianza que el proveedor tenga en sus propias habilidades influyen en que adopte o no el cambio propuesto. Obviamente otras variables externas como las normas y procedimientos definidos por el sistema de salud, el tiempo, disponibilidad de recursos y las preferencias de los pacientes también tienen influencia.

El otro elemento que se integra en la estrategia del taller es la práctica en escenarios simulados. El entrenamiento en escenarios de simulación cobra cada vez más relevancia por su impacto no solo en el mejoramiento de las competencias de los profesionales de la salud, sino en los resultados en la atención de los pacientes. El entrenamiento en simulación está basado en competencias y sigue la lógica de aprender haciendo.

Un meta-análisis que incluyó 609 artículos con 35226 participantes de Cook D. y otros autores, mostró que el entrenamiento en simulación se asoció en general con mejores resultados de aprendizaje para los profesionales de la salud y el efecto fue mayor en las conductas clínicas y moderado en el cuidado del paciente. En algunos temas específicos en salud, no importa que tan efectivo sea el entrenamiento para proveer información o influenciar actitudes de los participantes, si no se logra el objetivo de que estén capacitados para realizar satisfactoriamente una tarea o actividad crítica, el entrenamiento falló.

En este curso se utilizará la simulación para lograr que los participantes adquieran ciertas competencias para el tratamiento de la mujer con hemorragia posparto: el tratamiento del choque hemorrágico, el uso de traje anti-choque y la realización del taponamiento uterino con balón hidrostático.

A continuación se presentan algunos aspectos generales sobre cómo desarrollar un ejercicio de simulación de manera controlada y efectiva.

Siempre tenga bien identificado el público al que va dirigido: ¿quiénes son? y ¿cuáles son sus necesidades? Esto le permitirá definir los objetivos de aprendizaje y a partir de ahí el caso.

Una vez tenga claro lo que se espera que los participantes aprendan de un ejercicio podrá definir las tareas que se desarrollarán y los recursos necesarios.

No es recomendable que se incluyan demasiados objetivos de aprendizaje, probablemente dos o tres serán más que suficientes.

Las siguientes recomendaciones pueden serle útiles cuando se desempeñe como instructor en un ejercicio de simulación:

5.2. Antes de iniciar una simulación

- No improvise: tenga claros los objetivos, los tiempos y el número de participantes.
- Siempre asegúrese de que dispone de todos los recursos necesarios.

Realice el encuadre del ejercicio:

- Haga hincapié en que se parte del principio básico de que todos son profesionales competentes, y que han llegado al taller con la mejor voluntad de aprender.
- Explíqueles las ventajas pero también las limitaciones de la simulación: proponga el pacto de ficción en el cual todos se comprometen a actuar como si fuera una situación real. Para esto es de mucha ayuda que cada participante pueda actuar en su propio rol, sin hacer nada diferente a lo que haría en la vida real.
- Procure crear un entorno de confianza y seguro: proponga un compromiso de confidencialidad: la simulación es un ejercicio para el aprendizaje de todos; todos los participantes se deben comprometer a no compartir información relacionada con de lo ocurra durante la simulación fuera de este entorno. Si se va a utilizar video para el debriefing, solicite autorización de manera verbal a los participantes y explíqueles que solo se hará con fines didácticos para analizarlo en caso de que fuera necesario. No se subirá a ninguna red social y luego será eliminado.
- Enseñe a los participante el simulador que se tiene disponible y cómo usarlo. Si ya lo conocen y saben usarlo, omita este paso.
- Explique a los participantes que se espera de ellos y como deben realizar las tareas: ejemplo: como poner la sonda vesical... o poner los líquidos, ¿se usaran líquidos reales?
- Se debe definir claramente el entorno, el tipo de institución en el que se supone que se está desarrollando la acción, así como los recursos con los que los participantes cuentan.
- Defina de manera clara los objetivos de la actividad

- Asigne los roles: defina quién será el coordinador, asistente 1, asistente 2, circulante, quien armará el balón o como se organizaron los grupos para la práctica con el traje.
- Explíqueles cuánto tiempo durará el ejercicio de simulación, y que luego del mismo tendrán un espacio de conversación (debriefing) para aprender del mismo.
- Explíquelo a las personas que participarán como observadores que tendrán un rol muy importante en el debriefing: harán la realimentación a los participantes directos. Enséñeles la guía para seguir el ejercicio y como utilizarla.

5.3. Desarrollo del ejercicio - simulación

Lo ideal es que una persona dirija el ejercicio y otra observe la acción y tome notas para el debriefing. En muchas ocasiones esto no será posible y por lo tanto será necesario que mantenga su concentración para lograr retener los aspectos esenciales para la discusión posterior.

Deje trascurrir el ejercicio de acuerdo a lo pactado, detenga la acción y de por concluido el ejercicio cuando considere que los objetivos de aprendizaje han sido cubiertos. Una simulación siempre será una oportunidad para aprender.

No hay simulaciones buenas o malas. Recuerde que los errores son oportunidades de aprendizaje, pero no se debe forzar a los participantes a cometerlos; por el contrario debe darles la oportunidad de evitar el error.

Tenga en cuenta la «transferencia negativa potencial»: esto significa que debe explicar las diferencias entre la práctica de la simulación y la situación real.

Salvo en circunstancias muy particulares, no se recomienda que un ejercicio termine con la muerte del paciente simulado.

5.4. Después del ejercicio “debriefing”

El debriefing puede definirse como una conversación que examina lo ocurrido durante la simulación. Se considera que tiene tres fases: la primera de reacciones, la segunda de comprensión y una final de síntesis.

En la fase de reacciones se debe permitir que los participantes expresen los sentimientos que tienen inmediatamente terminan la simulación. Esto permite relajar un poco el ambiente y preparar al grupo para el análisis.

En la segunda fase a partir de la descripción de las situaciones observadas se debe generar la discusión de los objetivos de aprendizaje. Sea muy descriptivo: detalle las posibles consecuencias de la acción, pero no juzgue a las personas. Sea específico y de ejemplos concretos de comportamientos, acciones y reacciones tanto las positivas que se deben reforzar como aquellas que se deben mejorar o evitar. Permita que los participantes opinen, posibilite que descubran los nuevos conocimientos y sus aplicaciones las situaciones reales.

En la fase final haga una síntesis de las lecciones aprendidas y los conceptos y herramientas que se pueden llevarse para su práctica profesional.

5.5. Aspectos pedagógicos y comunicacionales

5.5.1. Principios del aprendizaje en adultos

El aprendizaje es más efectivo cuando la persona está "lista para aprender": Si bien la motivación es algo personal, el instructor debe buscar nutrir la motivación de los participantes.

- El aprendizaje es más efectivo cuando se construye a partir de lo que los participantes conocen o han vivido.
- El aprendizaje es más efectivo cuando los participantes son conscientes de lo que necesitan aprender.
- El aprendizaje se hace más sencillo cuando se usa una variedad de técnicas y métodos de entrenamiento.
- Tener la oportunidad de practicar en situaciones controladas o simuladas es necesario para la adquisición de habilidades y el desarrollo de competencias.
- La repetición es necesaria para que los participantes se hagan competentes o pro eficientes en una tarea.
- Mientras más realista la situación de aprendizaje, más efectivo es el aprendizaje.
- Para que el proceso de realimentación sea efectivo debe ser inmediato, concreto y no juzgar.

5.5.2. Habilidades de los facilitadores para la comunicación

Para apoyar el logro de los propósitos trazados en las capacitaciones, se enuncian a continuación las habilidades que los facilitadores deben desarrollar.

Su aprendizaje puede ser progresivo, es decir, que no necesariamente el

profesional requiere tener estas habilidades. La recomendación, por lo tanto, es la continua práctica consciente de las mismas.

- Escucha activa: demostrar aceptación y comprensión de las ideas y sentimientos del otro, aunque no se compartan. Además es importante mostrar interés, ser tolerante, mantener el contacto visual, no se debe interrumpir o tratar de adivinar el pensamiento del otro adelantándose con respuestas y captar la idea principal del interlocutor.
- Tono de voz: se relaciona con las características y volumen de la voz. Se recomienda hacer entonaciones específicas en los aspectos que se quieren enfatizar.
- Parafrasear: consiste en repetir las ideas del interlocutor con palabras propias del facilitador.
- Elogios e incentivos: identificar en las participantes, características positivas para animar, dar confianza y establecer una relación cordial.
- Asertividad: significa "Expresar puntos de vista sobre asuntos, ideas, ideales, conceptos en forma directa con honestidad y respeto a usted y a las otras personas". Esta habilidad facilita el manejo de conflictos y de imaginarios, aunque también es claro que para el correcto manejo de los últimos se requiere de soporte teórico confiable.
- Hacer preguntas: los tipos de preguntas referenciadas en la literatura son las preguntas cerradas que se caracterizan por generar respuestas breves. Preguntas abiertas que se caracterizan porque las respuestas son más extensas, demandan explicaciones y permiten expresar sentimientos y/o preocupaciones. Las preguntas de profundidad se realizan a partir de una respuesta para obtener mayor información y por último están las preguntas tendenciosas que ya incluyen una posible respuesta, induciendo a las personas a dar esta respuesta. La recomendación es iniciar con preguntas cerradas y continuar con preguntas abiertas y/o de profundidad, según sea pertinente.

5.5.3. **Rol del facilitador**

- Ser agente de transformación/motivación
- Facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje
- Ayudar a las personas y al grupo a construir su autonomía
- Facilitar la construcción del vínculo afectivo del grupo
- Ser mediador del proceso enseñanza-aprendizaje
- Ser referente

- Mantener la coherencia teoría-práctica
- Ser didáctico, líder, flexible, objetivo, ético
- Motivar, respetar, estimular la reflexión y el pensamiento crítico
- Colocar límites

5.5.4. **Características de un buen facilitador**

- Que le guste y confíe en lo que hace y en su conocimiento
- Tener credibilidad – generar confianza
- Tener competencia técnica (contenido técnico y técnicas de comunicación interpersonal)
- Abordar con naturalidad los aspectos de sexualidad humana
- Conocer y respetar a las personas como sujetos de derecho
- Conocer sus valores y sentimientos con respecto a los temas
- Tener facilidad de comunicación y para establecer vínculos
- Saber reconocer su papel y sus límites como capacitador
- Tener una postura ética, abierta, flexible, coherente con la propuesta de trabajo.
- Respetar la diversidad de opiniones

5.5.5. **Lo que no debe hacer un buen facilitador**

- Juzgar, descalificar, menospreciar, ridiculizar, oprimir, imponer, regañar, utilizar expresiones como “gracias por aguantarme”, “no soy experto en esto pero...” o “aquí yo soy el que tengo el conocimiento”, usar el celular mientras realiza la acción educativa o distraerse en otras actividades mientras el grupo desarrolla los talleres.

5.5.6. **Recomendaciones para el facilitador**

- Conocer con antelación el perfil del grupo con el cual se va a trabajar, su formación, su problemática, sus conocimientos previos y necesidades con el fin de orientar el proceso educativo, ajustar el material didáctico y los instrumentos a utilizar.
- Vocabulario: conocer los vocablos, expresiones y modismos que son usados por los grupos a capacitar. Este conocimiento se adquirirá a partir de la interacción inicial y permite ubicar el facilitador en la realidad de su entorno.

- La acción educativa debe ser participativa y colaboradora, por lo tanto se debe basar en el diálogo y la comunicación.
- Presentarse tratando de mantener el foco en el aspecto profesional.
- Pedir autorización al grupo para hacer registro fotográfico e informar el objetivo.
- Estimular la participación individual y colectiva haciendo reconocimientos en las diferentes intervenciones.
- Evitar interrupciones cuando otro se expresa.
- Estimular al grupo a hablar de sus sentimientos, reacciones y emociones al final de cada actividad.
- Estimular la autocrítica y la reflexión sobre la práctica.
- Promover reflexiones sobre límites y posibilidades que ayuden a mejorar su trabajo.
- Estimular al grupo a que se permita vivenciar, reflexionar y vivir nuevas visiones y nuevas prácticas.
- Entender que inclusive en las relaciones horizontales existen papeles diferenciados.
- Familiarizarse con todos los recursos disponibles para el desarrollo de la capacitación.
- Cuando realiza presentaciones magistrales buscar una posición que le permita tanto al facilitador como al grupo ver la presentación y estar cómodo.
- Ambientar el espacio de trabajo de manera que se facilite la participación y diálogo dentro del grupo.
- Evitar los vicios del lenguaje y muletillas.
- Dar las instrucciones con claridad y verificar siempre su comprensión.
- Dar ejemplos con hechos de la práctica de trabajo y no con vivencias personales.
- Realizar pausas activas, especialmente cuando la actividad requiere alto grado de concentración y procurar incluir dinámicas basadas en la lúdica.
- Interrumpir la oferta de contenido cuando la demanda del grupo se convierte en una prioridad.

- Aclarar las instrucciones de las técnicas utilizadas sin profundizar mucho en las explicaciones para no anticipar las reacciones y las discusiones, sin perder los objetivos trazados.
- Garantizar que se respete la filosofía y los marcos de referencia del programa educativo.
- Recordar recoger el material didáctico distribuido si así se planeó.
- Realizar diariamente una evaluación del trabajo del grupo y una autoevaluación de cada uno sobre como están actuando y como se están sintiendo frente al grupo, facilitadores y el programa.
- Reprogramar el día siguiente si es necesario
- Recoger las evidencias que exija el programa educativo (listados de asistencia, registro fotográfico, evaluaciones técnicas y de satisfacción)

5.5.7. **Consejos prácticos**

- Una de las formas de poner límites a las personas que son muy detallistas o hablan mucho es mirar el reloj o desviar la mirada de quien está hablando.
- Para conseguir que los más callados hablen, usted puede mirarlas directamente y pedirles su opinión.
- Si hay conversaciones paralelas, pare de hablar y mire a las personas que están hablando y espere o pídale que traigan al grupo lo que están comentando.
- Convide a las personas que tienen mucha experiencia de trabajo para que den ejemplos que ayuden a ilustrar los temas.
- Cuando una persona hace comentarios más íntimos que pueden incomodar a otros, abra la discusión al grupo para identificar si la incomodidad es generalizada.
- Cuando la discusión es muy rica se puede suspender el flujo de la presentación y aprovechar la discusión como herramienta pedagógica.

5.5.8. **¿Cómo conformar rápidamente grupos de trabajo?**

No deje la conformación de los grupos al azar; además de que puede consumir mucho tiempo, es importante que responda a los objetivos del taller a realizar. Dependiendo de la actividad puede ser importante para el desarrollo de la misma, que las personas queden mezcladas según su perfil, por ejemplo para un taller de código rojo es mejor si el grupo está conformado por un médico, una enfermera y dos auxiliares que si lo integran 4 médicos. Por el contrario

puede ser necesario agruparlos por profesiones para facilitar la discusión de temas específicos: por ejemplo en un taller de preeclampsia, puede ser más útil agrupar los médicos para que discutan el tratamiento de la emergencia hipertensiva y a las auxiliares de enfermería para discutir cuales serían los cuidados específicos de enfermería para brindar a la misma paciente.

Defina el número máximo de participantes por grupo. Se recomienda que no sean muy grandes, máximo 5. Una forma rápida de hacer esto es dividir el número total de asistentes por 5, el resultado (N) será el número de grupos que se tendrán. Luego solicíteles que se numeren de manera secuencial desde 1 hasta el número N y luego se reúnan quienes tengan el mismo número: el grupo de "los 1"; el grupo de "los 2" y así sucesivamente. Si quiere que los grupos queden equilibrados en cuanto a los perfiles profesionales, deberá hacer este proceso primero para los médicos, luego enfermeras etc.

5.5.9. **Bibliografía**

- Ceccato N, Ferris L, Manuel D & Grimshaw J. Adopting health behavior change theory throughout the clinical practice guideline process. *Journal of continuing education in the health professions*, 2007; 27(4): 201-207.
- Chaillet N. et al. Evidence-Based strategies for implementing guidelines in obstetrics. A systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 2006, 108(5): 1234-1245
- Ennen C, Satin A. Training and assessment in obstetrics: the role of simulation. *Best practice & research Clinical obstetrics and Gynaecology*, 2010 (24): 747-758.
- Grimsahw et al. Changing provider behavior: an overview of sistematyc reviews of interventions. *Medical Care*. 2001. 39(8) sup. 2: II2-II45.
- Cook D. et al. Technology-enhanced simulation for health professions education. A systematic review. *JAMA*, 2011; 306 (9): 978-988.
- Center for Medical Simulation. Hospital Virtual Valdecilla. La simulación como herramienta docente. Curso de Instructores. 7-10 de junio de 2016, Libro de trabajo. Santander, España.
- Clinical Training Skills for Reproductive
- Pastor Bustamante, Amparo (1ª edición 2002. 2ª edición 2009) "Dossier sobre habilidades de comunicación. escucha y lenguaje". Material elaborado para cursos de formación.

- Díaz, Margarita. Cabral, Francisco. Curso capacitación de capacitadores. Reprolatina-Soluciones innovadoras en Salud Sexual y Reproductiva. Adapatación 2014.
- López Valero YL. Aportes de Paulo Freire a la dimensión educativa [Internet]. <http://www.monografias.com>. p. 2. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos58/aportes-paulo-freire/aportes-paulo-freire.shtml>
- Freire P. Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores; 2005. 226 p.

6. Aspectos logísticos

El instructor o capacitador será responsable de que el curso se desarrolle tal y como fue diseñado. El secreto del éxito está en que cada una de las actividades esté cuidadosamente planeada.

Antes, durante y después del curso, los instructores deberán cumplir varios roles diferentes:

- Como instructor: guiar a los participantes hacia el logro de sus objetivos de aprendizaje
- Como encargado de la logística: estar atento a que todos los recursos necesarios para el desarrollo de cada actividad estén disponibles.
- Como responsable de la información: recopilar toda la información necesaria para las evaluaciones e informes que deberán ser entregadas a la entidad contratante.

Este curso está diseñado para que sea conducido por un mínimo de dos instructores, que cuenten con experiencia en el desarrollo de ejercicios de simulación.

6.1. Día previo

- ¿Los salones cumplen con unos requerimientos mínimos de luz y ventilación que garanticen el confort de los participantes?
- ¿Se tienen disponibles y funcionan de manera adecuada los equipos audiovisuales?
- Recuerde que si el grupo es mayor de 20 participantes, se recomienda dividirlo y por lo tanto va a requerir dos computadores y dos equipos de video-beam.
- ¿El equipo de sonido es adecuado y los videos corren y se escuchan adecuadamente?
- ¿El material para entregar está completo? escarapelas, carpetas, listas de asistencia, paquetes de pre y pos-test (uno para cada día)
- Verifique los aspectos logísticos de alimentación y estación de café

6.2. Capacitación Día 1

- Es probable que tenga que hacer algunos ajustes o modificaciones a la metodología propuesta por las siguientes circunstancias:

- El número de asistentes es muy grande o muy pequeño
- Se detectan necesidades de aprendizaje diferentes a las que se habían planteado
- Trate, en la medida de lo posible, de dar inicio de manera puntual. Sólo si el número de asistentes es inferior a la mitad de lo esperado de un compás de espera.
- Sea preciso con los tiempos para que se dé cumplimiento a la agenda. Sin embargo procure mantener el equilibrio entre la necesidad de presentar el contenido predefinido y las necesidades expresadas por los asistentes.

6.3. Al finalizar el día 1

- Revise el cumplimiento de la agenda
- ¿Es necesario reprogramar alguna actividad?
- ¿Piense si hubo alguna situación que lo haga replantearse alguna actividad específica?
- Haga un balance de los asistentes y su participación durante el día. Defina los grupos para el día siguiente.
- Proceda al montaje de los escenarios de simulación desde la noche anterior.

6.4. Agenda académica

A continuación se presentan dos agendas una de dos días para los talleres dirigidos al personal asistencial de los territorios priorizados y otra agenda de tres días que sirve para cuando el curso va dirigido a la formación de formadores.

Como podrá ver los temas son los mismos, solo que en el taller de formadores se integra una conferencia sobre el tema de la simulación en la formación médica y adicionalmente se dispone de más tiempo para la discusión de cada uno de los temas y para las prácticas de simulación.

Agenda taller para facilitadores (taller de 3 días)

Prácticas Clave que Salvan Vidas Formación de Formadores

Agenda académica
Día 1

Hora	Tema	Observaciones
07:30-08:00	Inauguración del evento:	Presentación del proyecto y de los participantes. Expectativas, acuerdos pedagógicos
08:00-08:30	Simulación en medicina	Presentación y discusión
08:30-10:30	Guía de atención Pre-concepcional	Presentación y discusión
10:30-11:00	<i>Café</i>	
11:00-13:00	Anticoncepción	Casos Clínicos
13:00-14:00	<i>Almuerzo</i>	
14:00-16:00	Guía de control prenatal	Presentación y discusión de casos clínicos
16:00-16:30	<i>Café</i>	
16:30-17:00	Manual de buenas prácticas (Kit de emergencias Obstétricas)	Conferencia

Día 2

Hora	Grupo A	Grupo B
07:30-09:30	Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE	Sepsis
09:30-10:00	<i>Café</i>	
10:00-12:00	Sepsis	Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE
12:00-13:00	<i>Almuerzo</i>	
13:30-15:00	Prevención del aborto inseguro e Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE	Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica
15:00-15:15	<i>Café</i>	
15:15-17:15	Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica	Prevención del aborto inseguro e Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE
17:15-18:15	Aspiración Manual Endouterina, AMEU	Conferencia para todos los grupos

Día 3

Hora	Tema	observaciones
07:30-08:00	Conferencia Código Rojo	Presentación y discusión con todos los participantes
08:00-08:45	Videos Código Rojo	

Simulaciones:

Hora	Grupo A	Grupo B	Grupo C
08:45-10:00	Código Rojo	Taponamiento Uterino	Traje antichoque
10:00-10:30	<i>Café</i>		
10:30-12:00	Traje antichoque	Código Rojo	Taponamiento Uterino
12:00-13:00	<i>Almuerzo</i>		
13:00-15:00	Taponamiento	Traje antichoque	Código Rojo
15:00-15:30	<i>Café</i>		

Hora	Tema	Observaciones
15:30-17:30	Cierre	Evaluación de satisfacción con todos los participantes

Agenda taller de prestadores de servicios de salud (taller de 2 días)

Prácticas Clave que Salvan Vidas Talleres de simulación

Agenda académica
Día 1

Hora	Tema	Observaciones
07:30-08:00	Inauguración del evento	Presentación del proyecto, los participantes. Expectativas
08:00-08:30	Pre-test	Temas día 1
08:30-09:45	Guía de atención pre-concepcional	Presentación y discusión
09:45-10:15	<i>Café</i>	
10:15-11:30	Anticoncepción	Casos Clínicos
11:30-13:00	Guía de Control prenatal	Presentación y discusión
13:00-14:00	<i>Almuerzo</i>	

Hora	Grupo A	Grupo B
14:00-15:40	Prevención del aborto inseguro e Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE	Guía de Práctica Clínica de Atención del parto / prevención de la violencia obstétrica
15:40-16:00	<i>Café</i>	
16:00-17:30	Guía de Práctica Clínica de Atención del parto / prevención de la violencia obstétrica	Prevención del aborto inseguro e Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE
17:30-18:00	Pos-test	Temas día 1

Día 2

Hora	Tema	Observaciones
07:30-08:00	Pre-test	Temas día 2
08:00-08:20	Kit de emergencias obstétricas	Presentación

Hora	Grupo A	Grupo B
08:20-10:00	Sepsis	Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE
10:00-10:15	<i>Café</i>	
10:15-12:00	Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE	Sepsis
12:00-13:00	<i>Almuerzo</i>	

Hora	Tema	Observaciones
13:00-13:40	Código Rojo	Presentación
13:40-14:20	Videos	Video de Nacer: Guía para la atención de la mujer con hemorragia obstétrica Traje anti-choque y taponamiento uterino
14:20-15:30	Ejercicios de simulación	Ejercicios de simulación para practicar la estrategia de reanimación, diagnóstico y estabilización de la paciente con hemorragia posparto
15:30-15:45	<i>Café</i>	

Hora	Grupo A	Grupo B
15:45-16:45	Práctica traje antichoque	Práctica taponamiento
16:45-17:45	Práctica taponamiento	Práctica traje antichoque

Hora	Tema
17:45-18:30	Pos- test temas día 2 y evaluación de satisfacción

6.5. Desarrollo de la agenda

Día 1/ a.m.

La primera actividad de la mañana debe permitirle conocer los perfiles de los asistentes grupo y establecer sus expectativas con el taller. Esto facilitará su trabajo y le permitirá conciliar los objetivos previamente definidos con los de los participantes.

Actividades:

Inauguración del evento.

Presentación del taller.

Realice la presentación del proyecto usando la presentación del ANEXO en formato electrónico. Si asiste algún representante de OIM o del Ministerio invítelo a que haga esta actividad.

Dinámica: conociendo los participantes y sus expectativas:

Divida el grupo en parejas (personas que no se conozcan). Invítelos a que se compartan el uno al otro quienes son y cuáles son sus expectativas con el taller (5 minutos). No deben tomar nota, sino hacer el esfuerzo por recordar. Realice luego una plenaria de 20 minutos. Recoja en un documento (Papelógrafo o

digital) las expectativas de las personas alrededor del taller puede ser en general o sobre los temas de la mañana. Uno de los facilitadores tomará nota mientras que el otro coordina la actividad. No olvide que los facilitadores también deben presentarse y plantear sus expectativas.

Pre-test

Cada participante responde de manera individual un pre-test que incluye preguntas de todos los temas que se tratarán el primer día: atención pre-concepcional, anticoncepción, control prenatal, trabajo de parto e interrupción voluntaria del embarazo que estará marcado como tal: pre-test Día 1. Cada participante debe marcarlo con su nombre y el facilitador recogerlo (Tiempo: 20 minutos).

Aclare que el pre test sirve para tener una línea de base de sus conocimientos, que no se compartirá con sus jefes y que su principal objetivo es evaluar al grupo facilitadores y la estrategia del taller.

Resumen actividades: Inauguración del evento

Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Presentación del taller	5 minutos	Presentación de PowerPoint. (anexo formato electrónico)
Dinámica: conociendo los participantes y sus expectativas:	25 minutos	Computador portátil Papelógrafo y marcadores
Pre-test	20 minutos	Copia del pre-test: una para cada participante. ANEXO pre-test y pos-test día 1
Implementos generales		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

6.6. Pre-test y Pos-test / día 1

Atención preconcepcional, anticoncepción, detección alteraciones del embarazo, prevención del aborto inseguro, atención del parto y prevención de la violencia obstétrica

Nombres Apellidos: _____
Documento No.: _____ Profesión _____

1. Dentro de los paraclínicos a ser solicitados en la consulta preconcepcional, se encuentran los siguientes excepto:
 - a. VIH
 - b. Ecografía transvaginal
 - c. Serología
 - d. IgG para Rubeola

2. Dentro de las recomendaciones de cuidado preconcepcional se encuentran las siguientes, excepto:
 - a. Consumo de ácido fólico 400mg/día
 - b. Suspender hábitos no saludables
 - c. Remisión a ginecología
 - d. Valoración por nutrición

3. Paciente de 35 años, obesa, un hijo de 5 años, fumadora de 6 cigarrillos al día, dice que desea embarazo, después de realizar la asesoría, finalmente la paciente dice que desea mejor esperar un tiempo para embarazarse, ante lo anterior usted le recomienda la siguiente excepto:
 - a. Actividad física regular
 - b. Planificación con anticonceptivos orales combinados
 - c. Valoración por nutrición
 - d. Dejar el consumo de cigarrillo

4. Con respecto a la planificación familiar en el posparto, señale la opción falsa:
- a. Los implantes de Etonorgestrel (Implanon) y Levonorgestrel (Norplant) están contraindicados para uso en mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto.
 - b. Los métodos inyectables de solo progestágeno (Acetato de Medroxiprogesterona) no se recomienda para uso en mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto, ya que se consideran categoría 3 de la OMS.
 - c. Las mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto pueden usar sin restricción píldoras de solo progestágeno.
 - d. Los métodos reversibles de larga duración deben ofrecerse como primera línea de tratamiento dado su bajo porcentaje de falla.
5. Dentro de los efectos adversos y riesgos del dispositivo intrauterino, se puede afirmar lo siguiente excepto:
- a. Dismenorrea
 - b. Embarazo ectópico aumenta en relación a las pacientes que no usan ningún método.
 - c. Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) en los primeros 20 días luego de la inserción
 - d. Sangrado/anemia

6. Paciente de 16 años sin hijos, no recuerda su fecha de última menstruación dado que es irregular, consulta porque fue víctima de un abuso sexual 2 días atrás, dice que no había consultado por temor y vergüenza. Señale la mejor opción que usted considera para la paciente:
- La probabilidad de embarazo en esta paciente es muy baja porque no se encuentra en su ventana de fertilidad.
 - No se considera en esta paciente el dispositivo intrauterino porque es una paciente sin hijos que actualmente no está menstruando
 - La paciente ya no requiere planificación de emergencia puesto que han pasado dos días desde el evento.
 - Es candidata para anticoncepción de emergencia, siendo una buena opción de manejo el dispositivo intrauterino.
7. Usted se encuentra realizando una asesoría en planificación familiar a una mujer de 26 años, soltera con pareja estable, sin hijos, quien desea planificar con anticonceptivos orales combinados (AOC), ella tiene varias inquietudes relacionadas con los posibles efectos adversos. Señale la opción verdadera:
- La mayoría de las usuarias de AOC presentan aumentos variables de peso.
 - La amenorrea puede ser un efecto encontrado en pacientes usuarios de anticonceptivos de bajas dosis.
 - La paciente requiere descanso entre un método y otro para lograr que se regule el eje hipotálamo- hipófisis – ovario.
 - El uso prolongado, mayor a 10 años, puede asociarse con disminución en la fertilidad y retorno lento a la ovulación.

8. Con relación a las visitas prenatales según las guías GAI 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre las alteraciones del embarazo, parto y puerperio, podemos afirmar lo siguiente, excepto:
- La valoración del riesgo sicosocial debe realizarse en la primera visita y cada trimestre usando para ello la escala de Herrera y Hurtado.
 - En gestantes con embarazos normales, la atención puede ser dirigida por médico general o enfermera capacitada.
 - La participación rutinaria por especialista Gineco-Obstetra ha mostrado mejorar los resultados perinatales en embarazos de curso normal.
 - No se recomienda un número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal.
9. A su consulta llega una paciente de 43 años, primigestante, obesa, con embarazo de 10 semanas, quien quiere iniciar sus controles prenatales. En relación a la identificación e intervención de riesgos en esta paciente, señale la falsa:
- Requiere inicio de Calcio 1200mg/día desde las 14 semanas de gestación.
 - Requiere profilaxis con ASA 100mg/día para prevención de pre-eclampsia.
 - Requiere profilaxis con Heparina de bajo peso molecular para prevención de pre-eclampsia.
 - Se considera una paciente con alto riesgo de pre-eclampsia
10. Hace parte de las actividades a realizar a todas las gestantes durante sus visitas prenatales, las siguientes, excepto:
- Se recomienda realizar tacto vaginal para valorar la pelvis materna a las 36 semanas de gestación.
 - Valoración del esquema de vacunación, y aplicación de las vacunas requeridas.

- c. Registro del IMC al ingreso a control prenatal, y con base en éste establecer las metas de ganancia de peso en el embarazo.
 - d. Valoración del riesgo psicosocial en cada trimestre del embarazo
11. En relación a las ecografías obstétricas y la detección de alteraciones del crecimiento fetal, podríamos afirmar lo siguiente excepto:
- a. La guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia contempla la realización de 3 ecografías durante el embarazo, una por cada trimestre.
 - b. No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazos normales.
 - c. No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos normales.
 - d. Se recomienda ecografías en el tercer trimestre cuando la altura uterina es menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.
12. En relación a los micronutrientes recomendados para las gestantes durante los controles prenatales, señale la opción incorrecta:
- a. Se debe aconsejar la suplencia con Vitamina D a todas las gestantes para prevenir la pérdida ósea en el embarazo.
 - b. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren suplemento con sulfato ferroso.
 - c. El uso de ácido fólico debe ser recomendado hasta las 12 semanas a una dosis de 400 microgramos/día.
 - d. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos

13. Seleccione la afirmación que mejor se ajuste a la recomendación acerca de la vigilancia fetal durante el parto en embarazos de bajo riesgo
- a. La auscultación fetal intermitente y la monitorización electrónica fetal son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto
 - b. La monitorización electrónica fetal es superior a la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo
 - c. El mejor método para la vigilancia fetal es la pulsoximetría fetal
 - d. La auscultación fetal intermitente es superior a la monitorización electrónica fetal en embarazos de bajo riesgo
14. Acerca del cuidado del trabajo de parto, cuál de las siguientes recomendaciones está de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social:
- a. Realizar amniotomía de rutina y perfusión de oxitocina desde el momento de la admisión
 - b. Realizar amniotomía y perfusión de oxitocina a partir de 5 cm de dilatación
 - c. Iniciar perfusión de oxitocina a todas las pacientes en trabajo de parto
 - d. Realizar amniotomía y perfusión de oxitocina sólo en las pacientes que tienen un trabajo de parto que no lleva un curso normal
15. Las siguientes son recomendaciones de la guía GAI 2013, excepto:
- a. Se debe permitir el acompañamiento a la gestante por una persona significativa para ella.
 - b. No se recomienda el rasurado ni el enema de rutina a las gestantes.
 - c. Se debe permitirle a la mujer deambular y adoptar la posición más cómoda para ella durante el trabajo de parto y el expulsivo.
 - d. Se debe restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto.

16. Aparee la cada opción de la columna A con la correspondiente de la columna B con relación al proceso del parto.

Columna A		Columna B	
a)	Periodo del trabajo de parto desde el inicio clínico del trabajo de parto y 4 cm de dilatación		Dilatación completa del cuello antes o en ausencia de contracciones involuntarias del expulsivo
b)	Periodo del trabajo de parto que transcurre desde una dilatación > 4 cm hasta 10 cm		Cuando el feto es visible, pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa
c)	Periodo que transcurre entre la dilatación completa y la expulsión fetal		Fase activa del trabajo de parto
d)	Definición de expulsivo activo		Fase latente del trabajo de parto
e)	Definición de expulsivo pasivo		Segunda etapa del parto

17. Ante una mujer adulta con retraso menstrual, quien fue víctima de violencia sexual, los pasos que usted debe seguir en la atención son los siguientes. Excepto:

- a. Por tener derecho a la IVE no requiere exámenes prenatales
- b. Debe confirmar el estado de embarazo.
- c. La mujer debe presentar denuncia de la violación ante las autoridades competentes
- d. Si no se ha hecho debe aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales

18. Una mujer víctima de violencia sexual, con 8 semanas de gestación confiables, habitante de una zona apartada del Departamento, solicita IVE al único hospital del municipio donde reside, en el cual el único médico se declara objetor de conciencia, señale la opción correcta para esta paciente:
- En este caso el médico está en la obligación de resolver la solicitud de la paciente
 - Ante esta situación debe dirigirse a otro municipio para que le realicen el procedimiento
 - El médico debe solicitar autorización al juez municipal
 - Debe solicitar al asegurador la autorización para realizar la interrupción voluntaria del embarazo
19. Mujer de doce (12) años, perteneciente a una etnia, quien no habla español, con veinticinco (25) semanas de gestación, acude al hospital local, porque optó por terminar su embarazo. De las siguientes sólo una opción es correcta:
- El médico debe solicitar el consentimiento de los tutores
 - Por pertenecer a una Etnia se debe solicitar autorización de los líderes de la comunidad
 - Requiere interprete y tiene derecho a la terminación del embarazo
 - Por su edad gestacional no se puede hacer la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la legislación Colombiana
20. ¿Quién puede solicitar la IVE cuando se trate de mujeres menores 14 años?
- Solo el compañero, sí vive en unión
 - Puede hacerlo la menor
 - Sólo el defensor de menores
 - Solo Bienestar familiar

6.7. Pre-test y Pos-test / día 2

SHAE, Sepsis y Hemorragia

Nombres Apellidos: _____
Documento No.: _____ Profesión: _____

1. Cuál de los siguientes NO es actualmente un parámetro que se deba tener en cuenta para clasificar la gravedad de la preeclampsia:
 - a. La proteinuria
 - b. La presión arterial
 - c. La presencia de convulsiones
 - d. Los síntomas neurológicos

2. Cuál de las siguientes NO es una acción que se deba priorizar con una paciente que durante su proceso de atención inicial (antes de canalizar una vena) presenta una convulsión ecláptica:
 - a. Garantizar vía aérea permeable
 - b. Administrar 5 gramos de sulfato de magnesio
 - c. Evitar el trauma a la paciente
 - d. Suministrar oxígeno suplementario

3. Para la atención integral de la paciente embarazada con una emergencia hipertensiva los siguientes medicamentos están indicados, EXCEPTO:
 - a. Nifedipina de 10 mg vía oral
 - b. Labetalol IV
 - c. Alfa metil dopa vía oral
 - d. Hidralazina IV

4. Para el manejo inicial en el primer nivel de atención de una paciente que presentó una convulsión ecláptica y tiene una PA de 170/120, se deben realizar las siguientes acciones EXCEPTO:
 - a. Aplicar sulfato de magnesio intravenoso
 - b. Aplicar Labetalol 20mg IV
 - c. Oxigenoterapia para mantener saturación >95%
 - a. Administrar un bolo de 600 c.c de solución salina normal

5. En relación con la atención integral de la paciente con eclampsia en el primer nivel de atención señale la afirmación correcta:
 - a. El uso de Diazepan está proscrito en la mujer con eclampsia
 - b. El sulfato de magnesio NO se debe utilizar en primer nivel
 - c. La Hidantoína es la mejor opción para el manejo de la convulsión
 - d. Antes de utilizar un anticonvulsivo se debe descartar daño neurológico

6. Las siguientes condiciones califican a la gestante como gravemente enferma por sepsis, excepto.
 - a. Fisiología materna alterada
 - b. Mujer en puerperio
 - c. Presencia del feto en el vientre materno
 - d. Alteración de algunos valores de laboratorio

7. Los siguientes son criterios de SIRS, excepto:
 - a. Frecuencia cardiaca > 90 latidos por minuto
 - b. Leucocitos >20 000/mm³, <12 000/mm³, o >2 % de formas inmaduras (bastones)
 - c. Frecuencia respiratoria >20 por minuto Pa CO₂ < 32 mm. Hg
 - d. Temperatura > 38°C o < 36 °C

8. Las siguientes intervenciones deben considerarse en el protocolo de manejo de la sepsis durante la gestación, excepto:
- Iniciar terapia antibiótica empírica temprana
 - Expansión rápida de volumen con Cl Na 9%0 (1000 ml), seguido por 150 a 200 ml/hora
 - No considerar soporte inotrópico así los parámetros invasivos indican insuficiencia cardiaca
 - Administrar O₂ para mantener PO₂ > 60 mmHg ó saturación de Oxígeno mayor del 95%
9. Señale falso (F) o verdadero (V) en cada una de las siguientes afirmaciones
- _____ La disminución fisiológica de la resistencia vascular periférica-RVS- en la gestante predispone al colapso cardiovascular y shock durante la sepsis.
- _____ Puede ser necesario iniciar tempranamente terapia vasopresora durante la resucitación con fluidos en la gestante.
- _____ La posición decúbito supino mejora el gasto cardiaco en un 20 % optimizando la perfusión materna y fetal.
- _____ El feto debe ser considerado como un tejido u órgano materno, de forma tal que el trabajo de parto pretérmino y las alteraciones de la fetocardia deben considerarse como una manifestación de hipoperfusión tisular.
10. Paciente con embarazo a término quien hace 30 minutos tuvo parto en el camino mientras se desplazaba hacia el centro de salud; no ha expulsado la placenta y es traída al servicio de urgencias de la institución para continuar la atención. Se encuentra en buenas condiciones y sin sangrado. Señale la respuesta correcta, asumiendo que tiene disponibles todos los medicamentos que se mencionan:
- Se debe administrar oxitocina 5 o 10 UI intramuscular
 - Se debe remitir inmediatamente para realizar extracción manual de la placenta.
 - Se le debe administrar Misoprostol para prevenir la hemorragia
 - Ya no se debe aplicar ningún uterotónico porque ya pasaron 30 minutos después del parto.

11. Señale cual es la secuencia lógica de valoración en la mujer con hemorragia posparto:
 - a. Estado de conciencia, perfusión, pulso y presión arterial
 - b. Estado de conciencia. Presión arterial, pulso y perfusión
 - c. Pulso, presión arterial, perfusión y estado de conciencia
 - d. Presión arterial, pulso, perfusión y estado de conciencia

12. Para una mujer con una hemorragia posparto, que está letárgica, con un llenado capilar mayor 3 segundos, con la piel pálida, fría, con presión arterial (PA) de 90/60, pulso débil de 90 por minuto se le calcula una pérdida sanguínea aproximada de:
 - a. Leve (1000 a 1500 mL)
 - b. Moderado (de 1500 a 2000 mL)
 - c. Grave (más de 2000 mL)

13. ¿Cuál es la conducta en un primer nivel de atención, si después de aplicar una segunda dosis de oxitocina, para el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se desprende sino que por el contrario permanece adherida y la mujer está sin sangrado?
 - a. Iniciar oxitocina IV: 20 unidades en 500 mL a 60 mL/hora y remitir
 - b. Intentar la extracción manual de la placenta
 - c. Aplicar una tercera dosis de oxitocina muscular

14. Con respecto a la administración de los líquidos en la propuesta de Código Rojo obstétrico señale la opción verdadera:
 - a. Se debe iniciar una perfusión de cristaloides calentados a 39°C
 - b. Se debe iniciar una perfusión de coloides calentados a 39°C
 - c. Los líquidos calculados se deben administrar en bolos de 1000 cc

15. Si se tienen 4 personas disponibles para organizar el personal que atenderá a la mujer con hemorragia obstétrica definidos como coordinador, asistente 1 y 2 y circulante, para cada una de las siguientes funciones defina quien deberá realizarla.
- a. Administrar oxígeno suplementario Respuesta: _____
 - b. Buscar la causa de la hemorragia Respuesta: _____
 - c. Definir las maniobras o intervenciones necesarias para el control del sangrado Respuesta: _____
 - d. Controlar los signos vitales Respuesta: _____
 - e. Canalizar las venas. Respuesta: _____
 - f. Cubrir la paciente con una manta: Respuesta: _____
 - g. Calentar los líquidos. Respuesta: _____
 - h. Aplicar los medicamentos Respuesta: _____
 - i. Transmitir la información a la familia: Respuesta: _____
 - j. Registrar permanentemente los signos vitales y la condición de la paciente: Respuesta: _____
16. De los siguientes esquemas de administración de oxitocina cual considera el más adecuado como terapia inicial para el tratamiento de una paciente con hemorragia pos parto por atonía:
- a. 5 unidades IV diluidas lentas y luego 30 Unidades en 500 c.c de 40 a 200 mU/minuto
 - b. 10 unidades IV directas y luego 10 unidades en 500 c.c de SSN de 20 a 40 mU/minuto
 - c. 10 unidades vía IM y luego 10 unidades en 500 c.c de SSN de 20 mU/minuto
 - d. 5 unidades IV diluidas lentas y 10 Unidades I.M.

6.8. Pre-test y Pos-test / día 1 respuestas

1. Dentro de los paraclínicos a ser solicitados en la consulta preconcepcional, se encuentran los siguientes excepto:
 - a. VIH
 - b. Ecografía transvaginal
 - c. Serología
 - d. IgG para Rubeola

R/ b

La ecografía transvaginal no es un examen necesario a ser ordenado en una paciente sana que consulta a atención preconcepcional.

2. Dentro de las recomendaciones de cuidado preconcepcional se encuentran las siguientes, excepto:
 - a. Consumo de ácido fólico 400mg/día
 - b. Suspender hábitos no saludables
 - c. Remisión a ginecología
 - d. Valoración por nutrición

R/ c

Justificación: Nuevamente se refuerza que la valoración por obstetra se reserva para casos de pacientes con enfermedades de base, que ameritan valoración especializada

3. Paciente de 35 años, obesa, un hijo de 5 años, fumadora de 6 cigarrillos al día, dice que desea embarazo, después de realizar la asesoría, finalmente la paciente dice que desea mejor esperar un tiempo para embarazarse, ante lo anterior usted le recomienda la siguiente excepto:
 - a. Actividad física regular
 - b. Planificación con anticonceptivos orales combinados
 - c. Valoración por nutrición
 - d. Dejar el consumo de cigarrillo

R/ b

Justificación: Los anticonceptivos orales combinados en pacientes fumadoras, se consideran categoría 3, por lo que en esta paciente no sería la mejor opción de uso. Considerar anticonceptivos de solo progestágeno, o en caso de desear anticoncepción a largo plazo un DIU o un anticonceptivo de depósito.

4. Con respecto a la planificación familiar en el posparto, señale la opción falsa:
- Los implantes de Etonorgestrel (Implanon) y Levonorgestrel (Norplant) están contraindicados para uso en mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto.
 - Los métodos inyectables de solo progestágeno (Acetato de Medroxiprogesterona) no se recomienda para uso en mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto, ya que se consideran categoría 3 de la OMS.
 - Las mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto pueden usar sin restricción píldoras de solo progestágeno.
 - Los métodos reversibles de larga duración deben ofrecerse como primera línea de tratamiento dado su bajo porcentaje de falla.

R/ b

Justificación: Los implantes de Etonorgestrel (Implanon) y Levonorgestrel (Norplant) NO están contraindicados para uso en mujeres lactantes con menos de 6 semanas posparto, se consideran según las categorías de la OMS categoría 2, al igual que las píldoras de solo progestágeno. La primera línea de manejo en el posparto son los métodos reversibles de larga duración, incluyendo los implantes y el DIU. El Acetato de Medroxiprogesterona, pese a ser el más formulado en el posparto inmediato es categoría 3 según criterios de la OMS.

5. Dentro de los efectos adversos y riesgos del dispositivo intrauterino, se puede afirmar lo siguiente excepto:
- Dismenorrea
 - Embarazo ectópico aumenta en relación a las pacientes que no usan ningún método.
 - Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EPI) en los primeros 20 días luego de la inserción
 - Sangrado/anemia

R/ b

Justificación: El DIU disminuye la probabilidad de todo tipo de embarazo intrauterino y extrauterino. El riesgo de embarazo ectópico sin anticoncepción es de 1.2 - 5 por 1000 mujeres año y el riesgo para la mujeres que usan DIU es de 0.2 - 2.5 por 1000 mujeres año, por lo tanto su uso no aumenta el riesgo de gestación ectópica. Sin embargo, si el método falla y se produce una gestación, el riesgo de que sea ectópica es mayor que con otros anticonceptivos, pero en todo caso será menor que si no se usara ningún método anticonceptivo. Las mujeres deben ser informadas de que el riesgo de embarazo ectópico es menor que entre las no usuarias de método anticonceptivo. El riesgo de desarrollar una EPI está fundamentalmente relacionado con el proceso de inserción y con la presencia de infecciones de transmisión sexual en el cérvix. Las mujeres deben ser advertidas de que existe un riesgo mayor de padecer una EPI en los 20 primeros días tras la inserción, pero que después el riesgo es el mismo que en las no usuarias de DIU.

6. Paciente de 16 años sin hijos, no recuerda su fecha de última menstruación dado que es irregular, consulta porque fue víctima de un abuso sexual 2 días atrás, dice que no había consultado por temor y vergüenza. Señale la mejor opción que usted considera para la paciente:
- La probabilidad de embarazo en esta paciente es muy baja porque no se encuentra en su ventana de fertilidad.
 - No se considera en esta paciente el dispositivo intrauterino porque es una paciente sin hijos que actualmente no está menstruando
 - La paciente ya no requiere planificación de emergencia puesto que han pasado dos días desde el evento.
 - Es candidata para anticoncepción de emergencia, siendo una buena opción de manejo el dispositivo intrauterino.

R/ d

Justificación: la paciente tiene riesgo de embarazo, que si está en su ventana de fertilidad (en este caso no se conoce con exactitud porque no hay claridad en la FUM) puede llegar al 30%, requiere por lo tanto planificación de emergencia. El tiempo de aplicación del método depende del tipo de método elegido, pero en el caso del DIU puede ser entre 5-10 días posteriores al evento. En esta paciente por ser adolescente, el DIU se constituye en la primera línea de manejo.

7. Usted se encuentra realizando una asesoría en planificación familiar a una mujer de 26 años, soltera con pareja estable, sin hijos, quien desea planificar con anticonceptivos orales combinados (AOC), ella tiene varias inquietudes relacionadas con los posibles efectos adversos. Señale la opción verdadera:
- La mayoría de las usuarias de AOC presentan aumentos variables de peso.
 - La amenorrea puede ser un efecto encontrado en pacientes usuarios de anticonceptivos de bajas dosis.
 - La paciente requiere descanso entre un método y otro para lograr que se regule el eje hipotálamo- hipófisis – ovario.
 - El uso prolongado, mayor a 10 años, puede asociarse con disminución en la fertilidad y retorno lento a la ovulación.

R/ b

Justificación: las pacientes que usan AOC de dosis bajas, pueden presentar amenorrea en grado variable, que en general se reduce en aquellas con dosis de etinilestradiol de 30 ó 35 mcg. El resto de efectos adversos se incluyeron por ser mitos frecuentemente encontrados tanto en la comunidad como en los proveedores de salud.

8. Con relación a las visitas prenatales según las guías GAI 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, sobre las alteraciones del embarazo, parto y puerperio, podemos afirmar lo siguiente, excepto:
- La valoración del riesgo sicosocial debe realizarse en la primera visita y cada trimestre usando para ello la escala de Herrera y Hurtado.
 - En gestantes con embarazos normales, la atención puede ser dirigida por médico general o enfermera capacitada.
 - La participación rutinaria por especialista Gineco-Obstetra ha mostrado mejorar los resultados perinatales en embarazos de curso normal.
 - No se recomienda un número reducido de visitas por asociarse con mayor mortalidad perinatal.

R/ b

Justificación: la participación rutinaria de especialistas en obstetricia no ha mostrado impacto en la reducción de la mortalidad perinatal en gestaciones normales. La guía recomienda sin embargo, una evaluación por obstetra en la semana 28 - 30 y semana 34 – 36 para una nueva valoración del riesgo. Así mismo recomienda contar con un sistema de referencia claro para que las mujeres embarazadas que requieran cuidados adicionales sean atendidas por Gineco- obstetras cuando se identifiquen riesgos durante el control prenatal.

9. A su consulta llega una paciente de 43 años, primigestante, obesa, con embarazo de 10 semanas, quien quiere iniciar sus controles prenatales. En relación a la identificación e intervención de riesgos en esta paciente, señale la falsa:
- Requiere inicio de Calcio 1200mg/día desde las 14 semanas de gestación.
 - Requiere profilaxis con ASA 100mg/día para prevención de pre-eclampsia.
 - Requiere profilaxis con Heparina de bajo peso molecular para prevención de pre-eclampsia.
 - Se considera una paciente con alto riesgo de pre-eclampsia

R/ c

Justificación: se trata de una paciente con alto riesgo de pre-eclampsia, ya que presenta 3 factores de riesgo para presentar la enfermedad (primigestante, mayor de 40, y obesa), por lo cual la guía del Ministerio y otras guías internacionales recomiendan el inicio de ASA 100mg/día desde las 12 semanas, y Carbonato de Calcio 1200mg/día a partir de las 14 semanas. La profilaxis con heparinas de bajo peso molecular NO ha mostrado beneficio en la prevención de la pre-eclampsia.

10. Hace parte de las actividades a realizar a todas las gestantes durante sus visitas prenatales, las siguientes, excepto:
- Se recomienda realizar tacto vaginal para valorar la pelvis materna a las 36 semanas de gestación.
 - Valoración del esquema de vacunación, y aplicación de las vacunas requeridas.
 - Registro del IMC al ingreso a control prenatal, y con base en éste establecer las metas de ganancia de peso en el embarazo.
 - Valoración del riesgo psicosocial en cada trimestre del embarazo

R/ c

Justificación: la guía recomienda específicamente que en ausencia de indicación clínica, no se recomienda la evaluación cervical digital repetida (Tacto Vaginal) porque no ha mostrado ser efectiva en determinar la edad gestacional, predecir el parto pretérmino o detectar la desproporción cefalopelvica. (Recomendación A de la evidencia).

11. En relación a las ecografías obstétricas y la detección de alteraciones del crecimiento fetal, podríamos afirmar lo siguiente excepto:

- a. La guía del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia contempla la realización de 3 ecografías durante el embarazo, una por cada trimestre.
- b. No se recomienda el Doppler de arterias umbilicales para la detección de alteraciones del crecimiento fetal en embarazos normales.
- c. No se recomienda la ecografía rutinaria después de la semana 24 de gestación en gestantes de embarazos normales.
- d. Se recomienda ecografías en el tercer trimestre cuando la altura uterina es menor del percentil 10 o mayor del percentil 90.

R/ b

Justificación: la guía del Ministerio, al igual que las guías internacionales recomiendan únicamente la realización de 2 ecografías una entre las 10 semanas +6 días y 13 semanas+ 6 días, y la segunda de detalle anatómico o tercer nivel entre las 18 y 23+6 semanas. Las ecografías después de las 24 semanas, no están indicadas ya que no han mostrado que mejoren los resultados perinatales y pueden por el contrario aumentar el número de cesárea no indicadas. La ecografía por lo tanto, en tercer trimestre solo estaría indicada en aquellas pacientes que tiene altura uterina por debajo del percentil 10 o por encima del percentil 95. La altura uterina debe ser medida de forma adecuada en cada control prenatal y graficada en las curvas respectivas después de las 24 semanas.

12. En relación a los micronutrientes recomendados para las gestantes durante los controles prenatales, señale la opción incorrecta:
- a. Se debe aconsejar la suplencia con Vitamina D a todas las gestantes para prevenir la pérdida ósea en el embarazo.
 - b. Las pacientes con valores de hemoglobina (Hb) superiores a 14 g/dL no requieren suplemento con sulfato ferroso.
 - c. El uso de ácido fólico debe ser recomendado hasta las 12 semanas a una dosis de 400 microgramos/día.
 - d. Se recomienda que la ingesta de hierro y calcio se realice en horarios diferentes con una diferencia de por lo menos una hora entre ellos

R/ d

Justificación: no se recomienda la suplencia con Vitamina D en el control prenatal de gestantes de bajo riesgo. Se recomienda en población de riesgo, tales como pacientes vegetarianas estrictas y en las mujeres que limitan la

ingesta de leche, debe considerarse la conveniencia de suplementar con vitamina D en dosis de 5 a 10 µg/día

13. Seleccione la afirmación que mejor se ajuste a la recomendación acerca de la vigilancia fetal durante el parto en embarazos de bajo riesgo
- La auscultación fetal intermitente y la monitorización electrónica fetal son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto
 - La monitorización electrónica fetal es superior a la auscultación intermitente en embarazos de bajo riesgo
 - El mejor método para la vigilancia fetal es la pulsoximetría fetal
 - La auscultación fetal intermitente es superior a la monitorización electrónica fetal en embarazos de bajo riesgo

R/ c

Justificación: El monitoreo continuo no ha mostrado beneficios sobre la auscultación intermitente; ambos se pueden utilizar pero teniendo presente que el monitoreo continuo puede aumentar el índice de cesáreas. Esta es una recomendación grado A que sigue la recomendación de la vigilancia fetal clínica según la guía del cuidado intraparto de la OMS y GPC 2013

14. Acerca del cuidado del trabajo de parto, cuál de las siguientes recomendaciones está de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud y Protección Social:
- Realizar amniotomía de rutina y perfusión de oxitocina desde el momento de la admisión
 - Realizar amniotomía y perfusión de oxitocina a partir de 5 cm de dilatación
 - Iniciar perfusión de oxitocina a todas las pacientes en trabajo de parto
 - Realizar amniotomía y perfusión de oxitocina sólo en las pacientes que tienen un trabajo de parto que no lleva un curso normal

R/ d

Justificación: Según la GPC del Ministerio, la recomendación es no realizar amniotomía de rutina ni perfusión de oxitocina a las pacientes que tienen un trabajo de parto de curso normal. El uso de oxitocina o de amniotomía no mostró diferencias en el tipo de parto, necesidad de epidural, duración del parto o resultados neonatales. El uso rutinario de amniotomía no modifica la duración del periodo de dilatación.

15. Las siguientes son recomendaciones de la guía GAI 2013, excepto:
- Se debe permitir el acompañamiento a la gestante por una persona significativa para ella.
 - No se recomienda el rasurado ni el enema de rutina a las gestantes.
 - Se debe permitirle a la mujer deambular y adoptar la posición más cómoda para ella durante el trabajo de parto y el expulsivo.
 - Se debe restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto.

R/ b

Justificación: Se debe permitir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto para evitar la deshidratación. No se ha demostrado que la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto esté relacionada con eventos adversos en la gestante.

16. Aparee la cada opción de la columna A con la correspondiente de la columna B con relación al proceso del parto.

Columna A		Columna B	
a)	Periodo del trabajo de parto desde el inicio clínico del trabajo de parto y 4 cm de dilatación		Dilatación completa del cuello antes o en ausencia de contracciones involuntarias del expulsivo
b)	Periodo del trabajo de parto que transcurre desde una dilatación > 4 cm hasta 10 cm		Cuando el feto es visible, pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa
c)	Periodo que transcurre entre la dilatación completa y la expulsión fetal		Fase activa del trabajo de parto
d)	Definición de expulsivo activo		Fase latente del trabajo de parto
e)	Definición de expulsivo pasivo		Segunda etapa del parto

Respuestas correctas: 1 (f), 2(d), 3(g), 4 (b), 5 (a), 6 (e), 7(c)

17. Ante una mujer adulta con retraso menstrual, quien fue víctima de violencia sexual, los pasos que usted debe seguir en la atención son los siguientes. Excepto:

- a. Por tener derecho a la IVE no requiere exámenes prenatales
- b. Debe confirmar el estado de embarazo.
- c. La mujer debe presentar denuncia de la violación ante las autoridades competentes
- d. Si no se ha hecho debe aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales

R/a

18. Una mujer víctima de violencia sexual, con 8 semanas de gestación confiables, habitante de una zona apartada de departamento, solicita IVE al único hospital del Municipio donde reside, en el cual el único médico se declara objetor de conciencia, señale la opción correcta:
- a. Ante esta situación debe dirigirse a otro municipio para que le realicen el procedimiento.
 - b. Debe solicitar al asegurador la autorización para realizar la interrupción voluntaria del embarazo.
 - c. El médico debe solicitar autorización al Juez Municipal.
 - d. En este caso el médico está en la obligación de resolver la solicitud de la paciente.

R/d

Justificación: Si el médico se declara objetor de remitir la mujer a otro prestador no objetor de manera oportuna. Si se trata de un a urgencia vital debe resolverla de acuerdo a sus competencias. No hay que solicitar autorización a juez municipal.

El médico del presente caso debe asesorar a la mujer y remitirla a un prestador no objetor y hacer seguimiento al proceso de atención, puesto que el objetor tiene las mismas obligaciones que cualquier médico en Colombia. Todo caso de IVE secundario a violencia a la mujer debe ser reportado al SIVIGILA

19. Niña de doce (12) años, perteneciente a una etnia indígena, quien no habla español, con veinticinco (25) semanas de gestión, acude al hospital local, porque optó por terminar su embarazo. De las siguientes señale la afirmación correcta:
- a. El médico debe solicitar el consentimiento de los tutores.
 - b. Por su edad gestacional no se puede hacer la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la legislación Colombiana.
 - c. Por pertenecer a una Etnia se debe solicitar autorización de los líderes de la comunidad
 - d. Requiere intérprete y tiene derecho a la terminación del embarazo

R/d

Justificación: La sentencia C355 de 2006 es clara cuando establece que para la IVE en Colombia se requiere la decisión de la mujer en cualquiera de las tres causales; todo embarazo en menor de 14 años se considera producto de violencia sexual por que estas menores no pueden consentir relaciones sexuales de acuerdo con el código penal colombiano

20. ¿Quién puede solicitar la IVE cuando se trate de mujeres menores 14 años?
- Solo el compañero, sí vive en unión
 - Puede hacerlo la menor
 - Sólo el defensor de menores
 - Solo Bienestar familiar

R/b

Justificación: la menor puede solicitar la IVE y no requiere autorización de los padres y/o tutor.

21. Ante una mujer adulta con retraso menstrual, quien fue víctima de violencia sexual, los pasos que usted debe seguir en la atención son los siguientes. Excepto:
- Por tener derecho a la IVE no requiere exámenes prenatales
 - Debe confirmar el estado de embarazo.
 - La mujer debe presentar denuncia de la violación ante las autoridades competentes
 - Si no se ha hecho debe aplicar el protocolo de atención a víctimas de violencias sexuales

R/a

22. Una mujer víctima de violencia sexual, con 8 semanas de gestación confiables, habitante de una zona apartada del Departamento, solicita IVE al único hospital del municipio donde reside, en el cual el único médico se declara objetor de conciencia, señale la opción correcta para esta paciente:
- En este caso el médico está en la obligación de resolver la solicitud de la paciente
 - Ante esta situación debe dirigirse a otro municipio para que le realicen el procedimiento
 - El médico debe solicitar autorización al juez municipal

- d. Debe solicitar al asegurador la autorización para realizar la interrupción voluntaria del embarazo

R/d

Justificación: Si el médico se declara objetor de remitir la mujer a otro prestador no objetor de manera oportuna. Si se trata de un a urgencia vital debe resolverla de acuerdo a sus competencias. No hay que solicitar autorización a juez municipal.

El médico del presente caso debe asesorar a la mujer y remitirla a un prestador no objetor y hacer seguimiento al proceso de atención, puesto que el objetor tiene las mismas obligaciones que cualquier médico en Colombia. Todo caso de IVE secundario a violencia a la mujer debe ser reportado al SIVIGILA

23. Mujer de doce (12) años, perteneciente a una etnia, quien no habla español, con veinticinco (25) semanas de gestación, acude al hospital local, porque optó por terminar su embarazo. De las siguientes sólo una opción es correcta:
- El médico debe solicitar el consentimiento de los tutores
 - Por pertenecer a una Etnia se debe solicitar autorización de los líderes de la comunidad
 - Requiere interprete y tiene derecho a la terminación del embarazo
 - Por su edad gestacional no se puede hacer la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con la legislación Colombiana

R/d

Justificación: La sentencia C355 de 2006 es clara cuando establece que para la IVE en Colombia se requiere la decisión de la mujer en cualquiera de las tres causales; todo embarazo en menor de 14 años se considera producto de violencia sexual por que estas menores no pueden consentir relaciones sexuales de acuerdo con el código penal colombiano

24. ¿Quién puede solicitar la IVE cuando se trate de mujeres menores 14 años?
- Solo el compañero, sí vive en unión
 - Puede hacerlo la menor
 - Sólo el defensor de menores
 - Solo Bienestar familiar

R/b

Justificación: la menor puede solicitar la IVE y no requiere autorización de los padres y/o tutor.

25. Las siguientes son recomendaciones de la Guía de práctica Clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, excepto:
- Se debe permitir el acompañamiento a la gestante por una persona significativa para ella.
 - Se recomienda restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto.
 - Se debe permitirle a la mujer deambular y adoptar la posición más cómoda para ella durante el trabajo de parto y el expulsivo.
 - No se recomienda el rasurado ni el enema de rutina a las gestantes.

R/b.

Justificación: Se debe permitir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto para evitar la deshidratación. No se ha demostrado que la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto esté relacionada con eventos adversos en la gestante.

26. Aparee la cada opción de la columna A con la correspondiente de la columna B con relación al proceso del parto.

- | | |
|---|--|
| 1. () Definición de expulsivo pasivo | a) Fase latente del trabajo de parto |
| 2. () Dos horas | b) Fase activa del trabajo de parto |
| 3. () Definición de expulsivo activo | c) Segunda etapa del parto |
| 4. () Periodo del trabajo de parto que transcurre desde una dilatación > 4 cm hasta 10 cm | d) Duración normal de ambas fases de la segunda etapa del parto en nulíparas sin epidural |
| 5. () Periodo del trabajo de parto desde el inicio clínico del trabajo de parto y 4 cm de dilatación | e) Duración normal de ambas fases de la segunda etapa del parto en multíparas con epidural |
| 6. () Tres horas | f) Dilatación completa del cuello antes o en ausencia de contracciones involuntarias del expulsivo |
| 7. () Periodo que transcurre entre la dilatación completa y la expulsión fetal | g) Cuando el feto es visible, pujos maternos espontáneos en presencia de dilatación completa |

Respuestas correctas: 1 (f), 2(d), 3(g), 4 (b), 5 (a), 6 (e), 7(c)

6.9. Pre-test y Pos-test / día 2 respuestas

1. Cuál de los siguientes **NO** es actualmente un parámetro que se deba tener en cuenta para clasificar la gravedad de la preeclampsia:
 - a. La proteinuria
 - b. La presión arterial
 - c. La presencia de convulsiones.
 - d. Los síntomas neurológicos.

R/a.

Justificación: la proteinuria ya no es un elemento indispensable para la clasificación del síndrome, porque no tiene relación con el pronóstico.

2. Cuál de las siguientes **NO** es una acción que se deba priorizar con una paciente que durante su proceso de atención inicial (antes de canalizar una vena) presenta una convulsión ecláptica:
 - a. Garantizar vía aérea permeable
 - b. Administrar 5 gramos de sulfato de magnesio
 - c. Evitar el trauma a la paciente
 - d. Suministrar oxígeno suplementario.

R/b.

Justificación: Administrar sulfato IV durante la convulsión ecláptica no es prudente por la dificultad para canalizar una vena en ese momento y porque un estímulo doloroso favorece la convulsión. Una vez termine la convulsión se debe hacer, a no ser que la paciente tenga una vena canalizada, situación en la cual se debe administrar inmediatamente.

3. Para la atención integral de la paciente embarazada con una emergencia hipertensiva los siguientes medicamentos están indicados, **EXCEPTO**:
 - a. Nifedipina de 10 mg vía oral
 - b. Labetalol IV
 - c. Alfa metil dopa vía oral
 - d. Hidralazina IV

R/c

Justificación: el alfa-metil dopa no es un medicamento adecuado para la crisis hipertensiva debido a su mecanismo de acción y el tiempo de inicio de su acción terapéutica.

4. Para el manejo inicial en el primer nivel de atención de una paciente que presentó una convulsión ecláptica y tiene una PA de 170/120, se deben realizar las siguientes acciones EXCEPTO:
- Aplicar sulfato de magnesio intravenoso
 - Aplicar Labetalol 20mg IV
 - Oxigenoterapia para mantener saturación >95%
 - Administrar un bolo de 600 c.c de solución salina normal

R/d

Justificación: no se deben utilizar bolos con grandes volúmenes de cristaloides por el riesgo elevado de edema pulmonar, estas pacientes tienen incremento de la presión hidrostática, disminución de la presión coloidosmótica y daño endotelial, condiciones que predisponen a edema pulmonar si se administran grandes volúmenes de líquidos.

5. En relación con la atención integral de la paciente con eclampsia en el primer nivel de atención señale la afirmación correcta:
- El uso de Diazepan está proscrito en la mujer con eclampsia.
 - El sulfato de magnesio NO se debe utilizar en primer nivel
 - La Hidantoína es la mejor opción para el manejo de la convulsión.
 - Antes de utilizar un anticonvulsivo se debe descartar daño neurológico.

R/ a

Justificación: El uso de Diazepan para el tratamiento de la convulsión ecláptica, está proscrito en estas pacientes por el riesgo de depresión en la madre y el feto. Los estudios muestran que cuando se usan benzodiazepinas aumenta la mortalidad materna.

6. Las siguientes condiciones califican a la gestante como gravemente enferma por sepsis, excepto.
- Fisiología materna alterada
 - Mujer en puerperio
 - Presencia del feto en el vientre materno
 - Alteración de algunos valores de laboratorio

R/b

Justificación: el puerperio por sí mismo no es un factor de beneficio o perjuicio en cuanto a la sepsis. Las demás condiciones listadas si lo son, puesto que cambios fisiológicos tales como la disminución de la resistencia vascular sistémica y la disminución del volumen de reserva pulmonar predisponen a una instauración más rápida de colapso y falla ventilatoria respectivamente. La presencia del feto, aumenta las demandas metabólicas e incrementa el consumo

de oxígeno en la madre, situaciones que se acentúan más en la gestante con sepsis.

Valores de laboratorio en la gestante tales como los valores de creatinina (que deben ser menores a 0.8 mg/dl) o el acortamiento de los tiempos de coagulación y el aumento de fibrinógeno deben interpretarse de manera diferente, puesto que desviaciones que en otro tipo de pacientes parecieran sutiles, en la gestante son sinónimo de disfunción de órgano.

7. Los siguientes son criterios de SIRS, excepto:
- Frecuencia cardiaca > 90 latidos por minuto
 - Leucocitos $>20\ 000/\text{mm}^3$, $<12\ 000/\text{mm}^3$, o $>2\ %$ de formas inmaduras (bastones)
 - Frecuencia respiratoria >20 por minuto Pa $\text{CO}_2 < 32$ mm. Hg
 - Temperatura $> 38^\circ\text{C}$ o $< 36^\circ\text{C}$

R/b

Justificación: Los criterios tradicionales de SIRS, en cuanto a las alteraciones del hemograma son: Leucocitos >12000 ó < 4000 , ó $> 10\%$ de formas inmaduras. En la gestante se deben aceptar estos mismos criterios. Aún no hay un consenso diferente para las embarazadas, si bien hay ciertas particularidades como en el puerperio inmediato normal donde puede haber una leucocitosis mayor, pero es transitoria.

8. Las siguientes intervenciones deben considerarse en el protocolo de manejo de la sepsis durante la gestación, excepto:
- Iniciar terapia antibiótica empírica temprana
 - Expansión rápida de volumen con Cl Na 9%0 (1000 ml), seguido por 150 a 200 ml/hora
 - No considerar soporte inotrópico así los parámetros invasivos indican insuficiencia cardiaca
 - Administrar O_2 para mantener $\text{PO}_2 > 60$ mmHg ó saturación de Oxígeno mayor del 95%

R/c

Justificación: En las pacientes gestantes no se contraindica el soporte vasopresor y/o inotrópico; es más, se debe lograr una rápida expansión de volumen para tomar oportunamente la decisión de iniciar este tipo de medicamentos. El segundo trimestre es de particular importancia pues es en éste donde se acentúa la disminución de la resistencia vascular sistémica.

El inicio temprano de antibióticos, dentro de la primera hora de identificado el síndrome sepsis, es quizás la intervención más efectiva para impactar

mortalidad. El retraso en la administración guarda relación directa con el aumento de la mortalidad.

El incremento de consumo de oxígeno materno, dado por los cambios fisiológicos de la gestación y por la presencia del feto, obliga a mantener como meta una saturación de oxígeno de 95%, garantizando el menor trabajo respiratorio posible.

9. Señale falso (F) o verdadero (V) en cada una de las siguientes afirmaciones:

- La disminución fisiológica de la resistencia vascular periférica-RVS- en la gestante predispone al colapso cardiovascular y shock durante la sepsis.
- Puede ser necesario iniciar tempranamente terapia vasopresora durante la resucitación con fluidos en la gestante.
- La posición decúbito supino mejora el gasto cardiaco en un 20 % optimizando la perfusión materna y fetal.
- El feto debe ser considerado como un tejido u órgano materno, de forma tal que el trabajo de parto pretérmino y las alteraciones de la fetocardia deben considerarse como una manifestación de hipoperfusión tisular

R/ todas son verdaderas

Justificación: En las respuestas anteriores se han explicado las razones por las cuales es importante considerar, en la gestante, el inicio temprano de soporte vasopresor si después de lograr una expansión rápida de volumen persisten signos de bajo gasto cardiaco, tales como: alteración del estado de consciencia, oliguria, llenado capilar lento, hipotensión persistente (PAM < 60 mmHg). Por otro lado, dado que la unidad feto-placentaria al término recibe un gasto cardiaco del 10-12%, valor similar al del cerebro, corazón -pulmón, en condiciones de hipo-perfusión sistémica, la unidad feto-placentaria deja de ser una circulación vital para la madre y la expresión clínica de este fenómeno son la aparición de contracciones uterinas y desaceleraciones cardiacas fetales. Por tal motivo los esfuerzos se deben enfocar a reanimar a la madre.

El decúbito lateral izquierdo materno mejora el gasto cardiaco de la madre, pues al disminuir la compresión aorto- cava que provoca el útero grávido, mejora la precarga, es decir la el volumen sanguíneo que llega al corazón derecho y que es fundamental para el adecuado funcionamiento cardiovascular.

10. Paciente con embarazo a término quien hace 30 minutos tuvo parto en el camino mientras se desplazaba hacia el centro de salud; no ha expulsado la placenta y es traída al servicio de urgencias de la institución para continuar la atención. Se encuentra en buenas condiciones y sin sangrado. Señale la respuesta correcta, asumiendo que tienen disponibles todos los medicamentos que se mencionan:
- Se debe administrar oxitocina 5 o 10 UI intramuscular
 - Se debe remitir inmediatamente para realizar extracción manual de la placenta.
 - Se le debe administrar Misoprostol para prevenir la hemorragia
 - Ya no se debe aplicar ningún uterotónico porque ya pasaron 30 minutos después del parto.

R/ a

Justificación: de acuerdo a la GPC del Ministerio de Salud, "Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal". El Misoprostol a la dosis de 600 mcg por vía sublingual para profilaxis durante el alumbramiento sólo está indicado cuando la oxitocina no esté disponible.

Esto puede hacerse aún después de 30 minutos del parto. Recomendación: "Si después de 30 minutos de haber realizado el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se expulsa de forma espontánea, se recomienda administrar 10 UI de oxitocina intramuscular o intravenosa, en combinación con la tracción controlada del cordón umbilical".

11. Señale cual es la secuencia lógica de valoración en la mujer con hemorragia posparto:
- Estado de conciencia, perfusión, pulso y presión arterial
 - Estado de conciencia. Presión arterial, pulso y perfusión.
 - Pulso, presión arterial, perfusión y estado de conciencia.
 - Presión arterial, pulso, perfusión y estado de conciencia.

R/a

Justificación: por los cambios fisiológicos de la mujer durante el embarazo (aumento del volumen y de la frecuencia cardiaca) la mujer embarazada permanece estable hasta que la pérdida sanguínea es muy superior. Los cambios iniciales serán sutiles a nivel de estado de conciencia y en la piel.

De acuerdo a la recomendación #6, de la GPC los criterios que determinan el inicio del manejo del choque hipovolémico son:

Sensorio (estado de conciencia).

Perfusión (color de la piel, temperatura de la piel y llenado capilar).

Pulso.

Presión arterial.

Se recomienda clasificar el grado del choque e iniciar el manejo con el peor parámetro clínico encontrado.

12. Para una mujer con una hemorragia posparto, que está letárgica, con un llenado capilar mayor 3 segundos, con la piel pálida, fría, con presión arterial (PA) de 90/60, pulso débil de 90 por minuto se le calcula una pérdida sanguínea aproximada de:
- Leve (1000 a 1500 mL)
 - Moderado (de 1500 a 2000 mL)
 - Grave (más de 2000 mL)

R/c

Justificación: El grado de choque es grave y la pérdida estimada es mayor a 2000 mL. Se ha propuesto la siguiente tabla para estimar la pérdida.

Perdida de volumen % - ml entre 50-70Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	Presión Arterial sistólica (mm/Hg)	Grado del choque
10-15% 500-1000 ml	Normal	Normal	60-90	>90	Compensado
16-25% 1001-1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve
26-35% 1501-2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad, más sudoración	101-120	70-79	Moderado
>35% >2000ml	Letárgica o inconciente	Palidez, frialdad, más sudoración y llenado capilar > 3segundos	>120	<70	Severo



OIM Organización Internacional para las Migraciones

13. ¿Cuál es la conducta en un primer nivel de atención, si después de aplicar una segunda dosis de oxitocina, para el manejo activo del alumbramiento, la placenta no se desprende sino que por el contrario permanece adherida y la mujer está sin sangrado?
- Iniciar oxitocina IV: 20 unidades en 500 mL a 60 mL/hora y remitir
 - Intentar la extracción manual de la placenta
 - Aplicar una tercera dosis de oxitocina muscular

R/a

Recomendación: *“Si la atención de la mujer se está realizando en un primer nivel de atención y la placenta no se desprende con el manejo anterior (se refiere a un segundo intento de manejo activo), se recomienda iniciar la infusión de 20 UI de oxitocina en 500 ml de cristaloides a 60 ml/hora (40 miliunidades/min) y remitirla”.* No se debe intentar la extracción manual de la placenta en un primer nivel de atención por el riesgo de que se trate de un acretismo placentario que no podrá ser resuelto de manera adecuada en este nivel de atención.

14. Con respecto a la administración de los líquidos en la propuesta de Código Rojo obstétrico señale la opción verdadera:
- Se debe iniciar una perfusión de cristaloides calentados a 39°C
 - Se debe iniciar una perfusión de coloides calentados a 39°C.
 - Los líquidos calculados se deben administrar en bolos de 1000 cc

R/a

Recomendación # 8. ¿Cuáles son las medidas más efectivas para la recuperación del volumen sanguíneo en el manejo del choque hipovolémico por hemorragia obstétrica?

Recomendación: “Se recomienda iniciar infusión de cristaloides calentados a 39°C, titulando cada 5 minutos la respuesta basada en los signos de choque: sensorio conservado, llenado capilar < 5 seg, pulso radial presente y presión arterial sistólica mayor de 90 mmHg con bolos de 500 ml si alguno de los parámetros se encuentra alterado”.

Los coloides no son mejores que los cristaloides y son más costosos.

15. Si se tienen 4 personas disponibles para organizar el personal que atenderá a la mujer con hemorragia obstétrica definidos como coordinador, asistente 1 y 2 y circulante, para cada una de las siguientes funciones defina quine deberá realizarla.
- Administrar oxígeno suplementario **R/ Asistente 1**
 - Buscar la causa de la hemorragia **R/ Coordinador**
 - Definir las maniobras o intervenciones necesarias para el control del sangrado **R/ Coordinador**
 - Controlar los signos vitales **R/ Asistente 1**
 - Canalizar las venas. **R/ Asistente 2**
 - Cubrir la paciente con una manta: **R/ Asistente 1**
 - Calentar los líquidos. **R/ Circulante**
 - Aplicar los medicamentos **R/ Asistente 2**
 - Trasmitir la información a la familia: **R/ Circulante**
 - Registrar permanentemente los signos vitales y la condición de la paciente **R/ Asistente 1**

Justificación: Para la atención de la mujer con hemorragia se requieren una serie de acciones que son vitales para mejorar la probabilidad de sobrevivida, dirigidas a controlar rápidamente el estado de choque y prevenir la hipotermia y la coagulación intra-vascular diseminada (Descritas en la respuesta a la pregunta 5).

Según la evaluación del recurso humano que cada institución haga y el número de personas que calcule tendrá disponibles para atender la emergencia, se asignarán las funciones. Si se tienen 4 personas disponibles se recomienda usar el esquema propuesto, haciendo énfasis en ser flexibles y adaptarlo a las condiciones propias de la institución. Lo importante es que todas las acciones se lleven a cabo de una manera ordenada y con una secuencia lógica.

16. De los siguientes esquemas de administración de oxitocina cual considera el más adecuado como terapia inicial para el tratamiento de una paciente con hemorragia pos parto por atonía
- 5 unidades IV diluidas lentas y luego 30 Unidades en 500 c.c de 40 a 200 mU/minuto
 - 10 unidades IV directas y luego 10 unidades en 500 c.c de SSN de 20 a 40 mU/minuto
 - 10 unidades vía IM y luego 10 unidades en 500 c.c de SSN de 20 mU/minuto
 - 5 unidades IV diluidas lentas y 10 Unidades I.M.

R/a.

Justificación: Para el tratamiento de la paciente con hemorragia posparto es necesario tener en cuenta que por el estado de choque la vía muscular no será efectiva. Por lo tanto siempre se debe utilizar, hasta donde sea posible la vía venosa, pero la oxitocina no se debe administrar en bolos de manera directa y rápida por el riesgo de ocasionar un descenso profundo y prologando de la presión arterial.

Aunque existen muchos esquemas sin que ninguno haya sido validado en el contexto de un ensayo clínico, la recomendación de la GPC acogió el siguiente:

Recomendación: *"Si la causa de la hemorragia es la atonía uterina, se recomienda implementar las siguientes medidas hasta que cese el sangrado o se defina la necesidad de otra intervención:*

Inserción de una sonda Foley para evacuar la vejiga.

Compresión uterina bimanual.

Administrar 5 UI de oxitocina por vía IV lenta, mientras se inicia una infusión de 30 UI de oxitocina diluida en 500 ml de cristaloides para pasar en 4 horas.

Ergometrina 0.2 mg por vía IM. Repetir una sola dosis adicional después de 20 minutos. Puede continuarse 0.2 mg cada 4 a 6 horas, máximo 5 ampollas en 24 horas. (Contraindicada en mujeres con hipertensión)".

7. Temas priorizados

Estos ocho temas, fueron seleccionados por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones, luego de analizar la situación de salud materno perinatal del país y encontrar que la calidad de la atención impactaba directamente en las altas tasas de mortalidad de este grupo poblacional. Esperamos que con el entrenamiento del personal de la salud en estas temáticas, se contribuya al mejoramiento de la atención de las mujeres y sus familias y por ende contribuir con mejores resultados en salud en Colombia.

1. Atención preconcepcional
2. Anticoncepción
3. Detección de alteraciones del embarazo
4. Prevención del aborto inseguro e Interrupción voluntaria del embarazo
5. Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica
6. Manejo de la Sepsis de origen obstétrico
7. Manejo del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE
8. Manejo de la Hemorragia obstétrica

A continuación se presenta la metodología que se debe desarrollar en cada taller.

Atención preconcepcional



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.1. Atención preconcepcional

7.1.1. Introducción / Justificación

Diversos estudios han demostrado que las condiciones de salud de la mujer previas al embarazo, sus enfermedades de base, y otros factores de riesgo modificables, se han asociado con mortalidad materna indirecta. De otra parte, el mayor número de muertes perinatales, están asociados a condiciones maternas, presentes desde ANTES de la gestación, las cuales si son detectadas y tratadas, pueden reducir o controlar sus efectos nocivos en la gestación y período posnatal.

De otra parte, existen ciertos casos, en los cuales ejerciendo los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, la mejor alternativa es evitar o contraindicar la gestación. Igualmente la planificación de la familia y el número de hijos que se desea tener y el momento en el cual se deben tener, es una estrategia de prevención de la mortalidad materna.

El Protocolo de atención pre-concepcional para proveedores de salud del Ministerio de Salud y Protección Social, se convierte en una estrategia de protección del derecho de las mujeres, a decidir sobre su vida reproductiva, por medio de un proceso de atención que evalúa sus intereses, condiciones personales y familiares e identifica los factores de riesgo que pueden afectar futuros los embarazos, con el fin de intervenirlos, modificarlos o atenuarlos.

7.1.2. Objetivo general

Difundir el protocolo de atención preconcepcional del Ministerio de Salud y Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA, para garantizar la atención con calidad de las mujeres y hombres en las diferentes etapas del ciclo vital, con énfasis en la identificación de los riesgos, y su intervención oportuna.

7.1.3. Objetivos específicos

- Reconocer la importancia de realizar una anamnesis completa de la mujer, incluyendo sus antecedentes personales, familiares y psicosociales, con el fin de definir desde el primer contacto los factores de riesgo modificables, y establecer un plan de intervención.
- Conocer los paraclínicos que se deben solicitar en una consulta preconcepcional.

- Revisar aspectos relacionados con la nutrición de la mujer y el consumo de micronutrientes en el periodo preconcepcional.

7.1.4. **Contenidos**

Se revisará el Protocolo Atención pre-concepcional del Ministerio de Salud y Protección Social

7.1.5. **Actividades**

- Pre test para conocer el estado basal de conocimiento sobre el Protocolo de atención preconcepcional: estas preguntas están incluidas en el pre-test que se hace al inicio de la mañana e incluye los temas del primer día.
- Presentación magistral del Protocolo, con el fin de dar a conocer el abordaje correcto de los riesgos en la consulta preconcepcional, los exámenes, e intervenciones a realizar (40 minutos).
- Sesión de dudas y preguntas (15 minutos).
- Pos- test: se realiza al final del día.

Resumen actividades: Taller atención pre-concepcional		
Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Presentación del protocolo del Ministerio de Salud	40 minutos	Presentación de PowerPoint. Anexo en formato electrónico
Sesión de dudas y preguntas	15 minutos	Computador portátil Papelógrafo y marcadores
Implementos generales		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

7.1.6. **Bibliografía**

- Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Protocolo de atención preconcepcional. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014.

Anticoncepción



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.2. Anticoncepción

7.2.1. *Introducción / Justificación*

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. En Colombia cerca del 48% de las gestaciones son no planeadas y de estas el 23% son totalmente no deseados. En nuestro país son precisamente las mujeres con mayor fecundidad las que tienen mayores tasas de mortalidad materna; por ejemplo, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 x100.000 nacidos vivos y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64 x100.000 nacidos vivos.

De otra parte, la mortalidad materna se asocia de forma inversamente proporcional a la prevalencia de uso anticonceptivo; las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior al 74%, presentan una razón de mortalidad materna de 74 x100.000 RN vivos, mientras que aquellas donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos, la mortalidad materna asciende a 111 x100.000 nacidos vivos². De esta manera, la anticoncepción constituye una herramienta de gran importancia en la reducción de la mortalidad materna en el país.

La anticoncepción permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Reduce la necesidad de recurrir al aborto, especialmente al aborto inseguro, y es una estrategia de prevención de muerte de mujeres y niños el prevenir los embarazos no deseados. La promoción de la anticoncepción resulta esencial para lograr el bienestar, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la autonomía de las mujeres y al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Existen muchas barreras para que las mujeres y los hombres accedan a la anticoncepción, tales como un número restringido de métodos, acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros. También influye el desconocimiento de los métodos, las indicaciones y los beneficios de los mismos y el temor a los efectos adversos y en este punto en particular existen muchos mitos y creencias erradas en relación a los riesgos o reacciones adversas de algunos de los métodos de anticoncepción más efectiva como es el caso del DIU. La oposición por razones culturales o religiosas no solo dentro de la comunidad sino

² Colombia Ministerio de la Protección Social. Plan de choque para la reducción de la mortalidad materna. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2004. 23 p.

también entre los prestadores de los servicios de salud así como los servicios de mala calidad son obstáculos para el acceso.

Este taller pretende evidenciar, discutir y resolver, mediante el análisis de casos clínicos, las dudas y los mitos que existen dentro del personal de salud asistente; fortalecer sus conocimientos acerca de las indicaciones, beneficios y posibles riesgos de los métodos de planificación, particularmente los métodos reversibles de larga duración con énfasis en población adolescente, en mujeres en el puerperio inmediato, y las víctimas de violencia sexual.

7.2.2. **Objetivo general**

Favorecer en los proveedores de salud la adquisición y mantenimiento de las competencias necesarias para brindar una asesoría integral, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, en anticoncepción según los criterios de elegibilidad de la OMS.

7.2.3. **Objetivos específicos**

- Sensibilizar de los profesionales de la salud en la importancia de fortalecer los programas de planificación en sus sitios de trabajo, como una estrategia de reducción de la muerte materno- perinatal.
- Discusión de los principales mitos y creencias tanto dentro de la comunidad como en los mismos prestadores de la salud, presentando la evidencia disponible en relación a la seguridad y uso correcto de los métodos de planificación.
- Conocer las indicaciones, efectos adversos, riesgos y forma de aplicación de los métodos reversibles de larga acción.
- Conocer los métodos recomendados para planificación en el posparto inmediato, las indicaciones, restricciones y momento de aplicación.
- Conocer los métodos recomendados para planificación en casos de violencia sexual, momento de aplicación y posibles riesgos de los mismos.
- Discutir los criterios de elegibilidad de la OMS, forma de aplicación y cómo orientar la asesoría a las mujeres y hombres, con enfoque de derechos.

7.2.4. **Contenidos**

- Los tópicos definidos como focos de este taller son:
- Anticoncepción en el posparto inmediato
- Anticoncepción en la adolescente
- Anticoncepción de emergencia

7.2.5. **Actividades**

- Pre test: para conocer el estado basal de conocimiento sobre los temas a tratar: se realizó a primera hora de la mañana.
- Encuesta: los participantes deben responder de manera grupal dos preguntas relacionadas con mitos y dudas en anticoncepción con énfasis en los temas específicos definidos. Las preguntas están en la carpeta que tiene cada participante. Esta actividad tiene una duración de 10 minutos, para responder la encuesta y para recoger los principales comentarios del auditorio por medio de lectura de la encuesta y anotarlos en un tablero.
- Análisis de 3 casos clínicos: los cuales deben ser desarrollados en pequeños grupos de trabajo, para luego ser presentados en plenaria a todo el grupo; deben designar un relator. Asigne un caso a cada grupo, pero si el número grupos es mayor de 3, asigne el mismo caso a dos grupos para fomentar la discusión. Tiempo: 20 minutos
- Plenaria para discusión de los 3 casos clínicos, análisis de las respuestas de cada grupo, presentadas por el relator. Cuando sea necesario, complementa o aclare los conceptos con base en los criterios de elegibilidad de la OMS (año 2015), usando la presentación en PowerPoint. Tener en cuenta hacer énfasis en uso de progestágenos en lactantes, uso de progestágenos en hipertensión, entre otros (Tiempo: 45 minutos)
- Pos- test: se realiza al final del día.

Resumen actividades: Taller de anticoncepción		
Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Encuesta participantes	10 minutos	Copias de la encuesta: 1 por cada participante (ANEXO)
Análisis de 3 casos clínicos	20 minutos	Copias de los casos clínicos: 1 para cada grupo de 4 o 5 personas (ANEXO)
Plenaria	45 minutos	Presentación de power point. (ANEXO)
Implementos generales		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

7.2.6. **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5th ed. Ginebra: OMS; 2015. 14 p.
- Zuleta Tobón JJ. Anticoncepción : ¿cuál método seleccionar? = Contraception: What method should be selected? Iatreia. 2008 Sep;21(3):280-91.
- Colombia Ministerio de la Protección Social. Resolución número 000459 de 2012: por la cual se adopta el Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. Diario Oficial. 2012; CXLVII (48367): 3-17.

7.2.7. **Anexo conversatorio sobre mitos en anticoncepción**

Por favor anote las situaciones o conceptos en anticoncepción que usted considera como falsos o mitos y que usted ha identificado en las comunidades que ha atendido a lo largo de su carrera

Por favor anote sus dudas acerca de los métodos de anticoncepción: *“aquellas dudas que siempre ha tenido y nunca ha podido aclarar”*

7.2.8. **Anexo casos clínicos de anticoncepción**

Caso clínico 1

Mujer de 28 años, en unión libre, tiene 2 hijos, residente en área rural, bajo nivel socioeconómico. Con embarazo de 36 semanas, en control prenatal, sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, no fuma, no ha tenido enfermedades durante la presente gestación, los exámenes paraclínicos han sido normales y no tuvo complicaciones en las gestaciones previas. Asiste a las charlas del curso para gestantes y luego de la charla de anticoncepción, decide que luego del parto desea planificar con el dispositivo intrauterino T de cobre y solicita más información.

- ¿Cuáles métodos conoce para uso en el posparto?
- ¿La orientaría mejor a elegir anticonceptivos hormonales?
- ¿Cuáles beneficios del DIU le resaltaría?
- ¿Cuáles efectos secundarios del DIU le explicaría?
- ¿En qué momento le aplicaría el DIU?
- ¿Cuáles riesgos le explicaría?

Caso clínico 2

Mujer de 16 años, sin hijos, estudiante de décimo grado, residente en zona urbana. Consulta solicitando asesoría en planificación. Inició vida sexual hace 1 año y ha tenido 3 compañeros sexuales; refiere que ha planificado con coito interrumpido o con condón. Esta asintomática y no sufre enfermedades ni toma medicamentos. Consume licor semanalmente. Refiere ciclos menstruales regulares cada 30 días por 3 días de cantidad normal asociados a dolor en hipogastrio leve. El examen físico es normal.

- ¿Cuál sería su recomendación acerca del preservativo?
- ¿Qué recomendaciones de sexo seguro le daría?
- ¿Con cuales métodos comienza la asesoría?
- ¿Tiene contraindicación para algún método?

Caso clínico 3

Paciente de 20 años, sin hijos, vendedora, consulta a las 10 am al servicio de urgencias de un hospital de primer nivel muy angustiada diciendo que sufrió abuso sexual. Relata que la noche anterior salió con amigas a un bar, conoció a un hombre que le ofreció una bebida, y después no recuerda que sucedió, pero despertó desnuda en un motel. La paciente no estaba planificando pues había terminado con su pareja anterior hacía unos meses, sus ciclos menstruales son regulares 30/3 y su última menstruación había sido hacía 13 días. No tiene antecedentes de importancia. Al examen físico no hay equimosis ni lesiones en piel, y en genitales no hay desgarros ni sangrado. Se lleva a cabo el protocolo para víctima de abuso sexual. En cuanto a la anticoncepción de emergencia:

- ¿Considera que la paciente realmente tiene riesgo de embarazo? Si o no y porque
- ¿Le ofrecería algún método de planificación de emergencia? Si su respuesta es sí diga cual le recomendaría y si es No especifique porque
- ¿Cuáles métodos conoce para anticoncepción de emergencia?
- ¿Cómo actúan estos métodos?
- ¿Cuándo debería iniciarlo?
- ¿Cuál es el método más eficaz?



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Detección de alteraciones del embarazo



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.3. Detección de alteraciones del embarazo

7.3.1. *Introducción / Justificación*

Las estadísticas de morbilidad materna y perinatal en los países en desarrollo reflejan las consecuencias de no ofrecer un buen cuidado al binomio madre hijo, el cual inicia desde antes de la concepción misma, y se continúa con un programa de atenciones prenatales, bien coordinadas, con calidad y basadas en la mejor evidencia científica, que permita la identificación e intervención oportuna de riesgos durante el embarazo (OMS 2003).

El disponer en nuestro país de una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto y puerperio nos permite estandarizar el cuidado de la mujer gestante, partiendo de la prevención, el establecimiento de hábitos de vida saludables, la detección temprana y el tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, todo esto con el objetivo de reducir la morbilidad materna y perinatal asociada

7.3.2. *Objetivo general*

Fortalecer las competencias de los participantes para garantizar la atención con calidad de las mujeres durante sus visitas prenatales, con énfasis en la identificación de los riesgos, y su intervención oportuna, con base en las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

7.3.3. *Objetivo específicos*

- Reconocer la importancia de realizar una anamnesis completa de la mujer, incluyendo sus antecedentes personales, familiares y psicosociales, con el fin de definir desde el primer contacto los factores de riesgo modificables, y establecer un plan de intervención.
- Revisión de los paraclínicos que se deben solicitar en cada uno de los trimestres del embarazo.
- Conocer cuántas y cuáles ecografías solicitar en la gestación, y la utilidad que tiene cada una de ellas.
- Revisar aspectos relacionados con la nutrición de la mujer en el embarazo, la ganancia de peso esperada, y el consumo de micronutrientes.

- Realizar un diligenciamiento adecuado de la historia clínica perinatal CLAP.

7.3.4. **Contenidos**

Se revisarán las recomendaciones de la Guía de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo. Ministerio de Salud y Protección social de Colombia.

7.3.5. **Actividades**

- Pre test: para conocer el estado basal de conocimiento sobre la guía de práctica clínica de detección de alteraciones del embarazo: se realiza en la primera actividad de la mañana.
- Presentación magistral tipo taller: se presenta un caso clínico de una paciente hipotética a todo el grupo y se van discutiendo las principales recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para la prevención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, desde el ingreso al control prenatal, y los diferentes momentos del proceso de atención; haciendo énfasis en la identificación y abordaje correcto de los riesgos en la gestación, los exámenes, ecografías e intervenciones a realizar durante cada visita prenatal. Se motiva la participación de los asistentes en todo momento (tiempo: 1 hora y 15 minutos)
- Sesión de dudas y preguntas (tiempo: 15 minutos).
- Pos-test: se realizara al finalizar el primer día

Resumen actividades: Taller de control prenatal		
Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Presentación magistral tipo taller	1 hora y 15 minutos	Presentación de PowerPoint. Anexo en formato electrónico.
Sesión de dudas y preguntas	15 minutos	
Implementos generales		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

7.3.6. **Bibliografía**

- Colombia Ministerio de la Protección Social. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2013

Prevención del aborto inseguro e interrupción voluntaria del embarazo



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.4. Prevención del aborto inseguro e Interrupción voluntaria del embarazo

7.4.1. *Introducción / Justificación*

A pesar de que en mayo de 2006 la Corte Constitucional Colombiana despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo en tres circunstancias especiales, la morbimortalidad asociada al aborto inseguro continúa como un grave problema de salud pública en Colombia.

Estudios recientes realizados por la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia muestran que el desarrollo de los estándares de calidad para la realización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) de manera segura en las IPS de algunos municipios del Departamento de Antioquia, es incipiente, lo que limita el acceso de las mujeres a la libre opción de la interrupción del embarazo; esto se manifiesta en el limitado número de pacientes que acceden a la IVE y las que aún recurren al aborto inseguro. Esta situación se presenta de igual manera en todos los departamentos del país.

En Colombia existe desconocimiento del personal de la salud en lo referente a la interrupción voluntaria del embarazo, en los aspectos relacionados con la legislación y los aspectos médicos y psicológicos relacionados con él. Las IPS no disponen de los insumos para la práctica idónea de la IVE, lo cual se constituye en una barrera más para las mujeres que optan a la libre opción a la IVE.

Además se ha identificado que en Colombia aún se realiza la interrupción del embarazo por métodos obsoletos, con las consecuentes complicaciones y altos costos al sistema de salud³.

Por lo anteriormente expuesto se hace necesario realizar un proceso de capacitación al talento humano en salud en aspectos legales, éticos, el protocolo de prevención de aborto inseguro y en los métodos modernos de IVE.

Objetivo general

Favorecer en los proveedores de salud la adquisición/fortalecimiento de las competencias necesarias para brindar una asesoría integral, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, con enfoque jurídico, médico, psicológico y ético para implementar los programas

³ Darney BG, Simancas-Mendoza W, Edelman AB, Guerra-Palacio C, Tolosa JE, Rodríguez MI. Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia. Contraception. 2014 Jul;90(1):36–41.

de Interrupción voluntaria del embarazo en municipios priorizados de Colombia, con el fin de garantizar un acceso sin barreras a las mujeres, que haciendo uso de sus derechos solicitan la IVE y así lograr un impacto positivo en la salud de las mujeres.

7.4.2. **Objetivos específicos**

- Sensibilizar de los profesionales de la salud a la problemática de la salud sexual y reproductiva y en especial a las consecuencias del aborto inseguro y las violencias contra las mujeres.
- Promover el acceso sin barreras de las mujeres a la libre opción de la IVE de acuerdo con la sentencia C355/2006.
- Aplicar la norma técnica sobre prevención de aborto seguro aprobada para Colombia.
- Atender a las mujeres con carácter de integralidad en aspectos médicos, psicológicos, jurídicos, éticos y de derechos humanos.
- Lograr disminuir el número de mujeres que recurren al aborto inseguro en Colombia.
- Disminuir la morbilidad asociada al aborto inseguro y los costos al sistema de salud secundarios a las complicaciones de la atención post aborto

7.4.3. **Contenidos**

- Durante el proceso de capacitación se desarrollarán los siguientes temas:
- Interrupción Voluntaria del Embarazo IVE: aspectos médicos y legales
- Objeción de conciencia: aspectos generales
- Protocolo de atención para la prevención del aborto inseguro aprobado para Colombia
- Taller de simulación: Interrupción Voluntaria del Embarazo en el cual se analizarán casos clínicos que representen las tres causales despenalizadas por la corte Constitucional Colombiana.
- Taller sobre AMEU: se realizará una demostración acerca de la aspiración manual endo-uterina sólo en los 3 talleres dirigidos a facilitadores.
- Aspectos humanos: comunicación con la paciente, educación, enfoque de atención integral con perspectiva de derechos y equidad de género.

7.4.4. **Actividades**

- Pre test para conocer el estado basal de conocimiento sobre IVE. Las preguntase están incluidas en el pre-test del día 1.
- Taller de casos clínicos: los asistentes se organizan en grupos de cinco personas; cada grupo recibe un caso clínico con una de las tres causales despenalizadas por la corte. El análisis se hará con enfoque de derechos; tendrá en cuenta aspectos jurídicos y éticos. Analizarán y contestarán el cuestionario asignado y nombrarán un relator para presentar lo analizado en la plenaria. (tiempo: 30 minutos).
- Plenaria: a medida que se discuten los casos se van aclarando y ampliando los aspectos legales, jurídicos, éticos, de derechos humanos y el protocolo aprobado para Colombia y se dará respuesta a los interrogantes que planteen los participantes. Se utiliza una presentación para apoyar y aclarar los conceptos.
- Es función del facilitador estimular la participación activa de todos los asistentes.

Resumen actividades: Interrupción Voluntaria del Embarazo		
Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Taller de casos clínicos	30 minutos	Copia del taller de casos clínicos para cada grupo. Anexo taller de IVE (incluido en la carpeta) Hojas en blanco y bolígrafos
Plenaria:	1 hora y 10 minutos	Presentación power point Anexo Computador portátil Video beam

7.4.5. **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2003.
- Colombia Ministerio de la Protección Social, Universidad Nacional de Colombia. Implicaciones éticas, jurídicas y médicas de la Sentencia C-355 de la Corte Constitucional: un avance para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las colombianas. Bogotá D.C.: MPS; 2007
- Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 000459 de 2012: por el cual se adopta el protocolo y

modelo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual. Diario Oficial. 2012; CXLVII(48367):3–17.

- Corte Constitucional. Sentencia C-355/06. Bogotá D.C.: Corte Constitucional; 2006.
- Procuraduría General de la Nación. Informe de vigilancia a la Sentencia C-355 de 2006: de los casos excepcionales de la despenalización del aborto. Bogotá D.C.: Procuraduría General de la Nación; 2010.
- World Health Organization. Safe abortion: thecnical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2012.
- Consentimiento Informado Atención Inicial de Urgencias en Salud para la Víctima de Violencias Sexuales
- Darney BG, Simancas-Mendoza W, Edelman AB, Guerra-Palacio C, Tolosa JE, Rodríguez MI. Post-abortion and induced abortion services in two public hospitals in Colombia. Contraception. 2014 Jul;90(1):36–41.

7.4.6. **Caso clínico 1**

Joven de 16 años, quien pertenece al sistema subsidiado de salud. Desde los 8 años es atendida en un hospital que se declara confesional, por presentar una cardiopatía congénita cianósante que le ha conducido a una hipertensión pulmonar severa. La condición médica de esta paciente contraindica la gestación, con elevado riesgo de morir durante la misma (nivel de evidencia Ia), sus médicos de cabecera así lo han sugerido.

Hace un mes y medio fue violada por dos individuos. La paciente fue atendida en el servicio de urgencias de su hospital de confianza, presentando la denuncia respectiva, No le prescribieron planificación de emergencia porque lo tiene prohibido la junta directiva.

Recibió profilaxis para ITS y le solicitaron los exámenes pertinentes al caso de violación, es grupo ORh -. La unidad hospitalaria contactó a la Fiscalía para los procedimientos de rigor.

Hoy, la paciente ingresa al servicio de consulta externa general de su hospital, con el motivo de consulta: “estoy embarazada y no quiero morir a causa de esta gestación que no busqué y que no deseo...”.

Se encuentra angustiada, llora inconsolable y dice que allí le tienen que resolver su situación porque ella no quiere ir a otro hospital y sólo tiene confianza a lo que allí le sugieran y practiquen.

El médico general la lleva de manera personal al servicio de Obstetricia donde la presenta como caso difícil ante una junta médica.

La determinación de este grupo de trabajo es contundente: “no puede abortar, eso va contra nuestros principios...”

Preguntas:

- Analice el caso anterior, teniendo en cuenta:
- Identifique las barreras impuestas en el presente caso
- ¿Cuáles son los derechos humanos vulnerados?
- Analice la objeción de conciencia argumentada por la institución
- ¿Cuáles son causales que aplican de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006?
- ¿Cuál es el protocolo que aplicaría de acuerdo con norma técnica para IVE vigente en Colombia?
- ¿Si usted se declara objetor redacte el documento donde lo justifique y simule como le informaría a la paciente?
- ¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?
- ¿Cuál es el mecanismo para garantizar la atención de la paciente por otro agente de salud?

Respuestas caso clínico 1

Identifique las barreras impuestas en el presente caso:

Negación de la anticoncepción de emergencia, intervención contemplada en la guía colombiana, resolución 412 de 2000, sobre atención a víctimas de violencia sexual, la cual aplica en todo el territorio nacional, tanto en el régimen contributivo como el subsidiado y aplica para instituciones confesionales.

Se llevó el caso a consideración de los médicos del servicio de urgencias, los cuales se declararon objetores en forma irregular, al manifestarlo verbalmente y en forma colectiva, La objeción de conciencia aplica solo a personas naturales.

Cuáles son los derechos humanos vulnerados:

Principio de la dignidad humana, y derechos a la autonomía reproductiva y al libre desarrollo de la personalidad

Porque se está obligando a las mujeres a llevar a cabo embarazos no deseados -desde el comienzo como en el caso de violación, o en el transcurso del mismo como cuando se descubre que el feto

presenta graves malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.

En el presente caso la objeción de conciencia se expresó de manera colectiva y verbal, lo cual va en contravía de lo establecido en la legislación colombiana, la cual establece que:

“La objeción de conciencia es el derecho constitucional en cuya virtud un ciudadano puede negarse a cumplir un mandato o norma jurídica cuando entra en conflicto con las propias convicciones de conciencia. No se trata de una desobediencia a la ley, sino del ejercicio de un derecho amparado por la propia constitución y reconocido como tal por abundante jurisprudencia del tribunal constitucional”

Sentencia C-355/06: "En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, ..., y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres.

La objeción de conciencia es personal no institucional, aplica solo a personas naturales no a personas jurídicas.

Sentencia T-209/08: "la objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional, que aplica exclusivamente a prestadores directos y no a personal administrativo".

Si el médico se declara objetor debe remitir la mujer a otro prestador para que resuelva la solicitud de la paciente.

¿Cuáles son causales de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 que aplican en el presente caso?

En el presente caso aplican las siguientes causales:

- a. Causal salud: mujer con diagnóstico de hipertensión pulmonar grave, situación que contraindica el embarazo por la posibilidad alta de morir de la madre.
- b. Afección de la salud mental de la mujer: El alcance del trastorno mental se ha ampliado para incluir el dolor psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima, situación que se presenta claramente en esta mujer.
- c. Se trata además de un caso de violación y la sentencia c 355 DE 2006 lo contempla: "Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de

inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

El único requisito para la IVE en esta causal es la presentación de copia de la denuncia formulada ante autoridad competente (Fiscalía, en los lugares en los cuales no exista esta institución, la denuncia debe realizarse ante la Inspección de Policía).

Analice la objeción de conciencia argumentada por la institución:

En el presente caso la objeción de conciencia se expresó de manera colectiva y verbal, lo cual va en contravía de lo establecido en la legislación colombiana, la cual establece que:

“La objeción de conciencia es el derecho constitucional en cuya virtud un ciudadano puede negarse a cumplir un mandato o norma jurídica cuando entra en conflicto con las propias convicciones de conciencia. No se trata de una desobediencia a la ley, sino del ejercicio de un derecho amparado por la propia constitución y reconocido como tal por abundante jurisprudencia del tribunal constitucional”

Sentencia C-355/06: "En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir, que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, ..., y tampoco puede implicar el desconocimiento de los derechos fundamentales de las mujeres.

La objeción de conciencia es personal no institucional, aplica solo a personas naturales no a personas jurídicas.

Sentencia T-209/08: "la objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional, que aplica exclusivamente a prestadores directos y no a personal administrativo".

Si el médico se declara objetor debe remitir la mujer a otro prestador para que resuelva la solicitud de la paciente.

¿Cuáles son causales de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 que aplican en el presente caso?

En el presente caso aplican las siguientes causales:

- a. Causal salud: mujer con diagnóstico de hipertensión pulmonar grave, situación que contraindica el embarazo por la posibilidad alta de morir de la madre.
- b. Afección de la salud mental de la mujer: El alcance del trastorno mental se ha ampliado para incluir el dolor

psicológico o el sufrimiento mental asociado con la pérdida de la integridad personal y la autoestima, situación que se presenta claramente en esta mujer.

- c. Se trata además de un caso de violación y la sentencia c 355 DE 2006 lo contempla: "Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

El único requisito para la IVE en esta causal es la presentación de copia de la denuncia formulada ante autoridad competente (Fiscalía, en los lugares en los cuales no exista esta institución, la denuncia debe realizarse ante la Inspección de policía).

¿Cuál es el protocolo que aplicaría de acuerdo con norma técnica para IVE vigente en Colombia?

- Entrevista clínica
- Asesoría psicosocial
- Decisión informada por escrito.
- Historia clínica - laboratorio.
- Evaluación edad gestacional.
- Confirmar el principio de voluntariedad.
- Asesoría y anticoncepción.
- Estudio de ITS Y vacunación

Si la paciente es elegible: interrupción del embarazo por métodos farmacológicos, Misoprostol, por tratarse de gestación del primer trimestre: 6 semanas.

Revisión y alta con signos de alarma.

Si usted se declara objetor redacte el documento donde lo justifique. A continuación se presenta un ejemplo de cómo se puede redactar.

¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?

De acuerdo con la sentencia C355 de 2006 la solicitud de la paciente debe resolverse en los 5 días siguientes a su presentación.

¿Cuál es el mecanismo para garantizar la atención de la paciente por otro agente de salud?

Sentencia C-355/06: "en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas, a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto..."

El médico objetor está en obligación de remitir adecuada y oportunamente la paciente a otro prestador que resuelva su solicitud en plazo no mayor de 5 días

Es responsable si se vulnera derechos fundamentales como: libre desarrollo de la personalidad, dignidad humana y autonomía.

Debe dejar constancia en la historia clínica de las diligencias adelantadas para cumplir la ley.

Las EPS deben garantizar la Red de atención con personal capacitado para atender las solicitudes de IVE acordes con la sentencia de la corte.

Modelo con parámetros para ejercicio de la objeción de conciencia

_____, identificado con CC _____ y con Registro Médico No. _____, en mi calidad de Ginecobstetra de la IPS _____, desde dónde se presta dicho servicio en el caso concreto para la EPS _____; me declaro Objeto de Conciencia para la realización de la IVE.

En ejercicio del derecho a la Objeción de Conciencia reconocido por la Corte Constitucional Colombiana tanto en las sentencia C – 355 de 2006, como en la T- 209 de 2008 y la T-388 de 2009 y demás decisiones posteriores, adhiero al mismo de manera: INDIVIDUAL, EXPRESA, PACIFICA, COHERENTE, RESPONSABLE, FUNDAMENTADA y ESPECÍFICA PARA EL PRESENTE CASO.

FUNDAMENTOS DE LA OC: Mi derecho a Objetar Conciencia se encuentra soportado en los siguientes FUNDAMENTOS: (Enunciar y explicar si son "Manifestación de íntimas e irrenunciables convicciones morales, filosóficas o religiosas" Sentencia T – 388 de 2009)

1. _____
2. _____
3. _____

Del mismo modo, DECLARO que:

El ejercicio de mi derecho no obstaculizará la garantía del derecho fundamental a la IVE que tiene la paciente, ejercido en el marco de los Derechos Humanos.

No impondré cargas desproporcionadas a esta, ni a sus acompañantes o a la entidad para la que laboro, en las acciones que se definan para materializar su derecho a la IVE, en cumplimiento de las disposiciones legales y jurisprudenciales, protocolos y demás normatividad vigente que regula la materia.

Remitiré de manera INMEDIATA a un profesional NO OBJETOR para que se realice la IVE

Haré llegar copia del presente escrito al Tribunal de Ética Médica competente, por ser esta la autoridad responsable de verificar lo por mi expresado en este documento.

CC.
RM
Teléfono
Dirección
Correo electrónico
CC: Tribunal Ética Médica

7.4.7. **Caso clínico 2**

Adolecente de 12 años quien vive con su madre y su padrastro, este individuo venía abusando sexualmente de ella desde hacía aproximadamente un año y para asegurar su silencio, la amenazaba con asesinar a su madre. La niña presentó náuseas y vómito persistentes, por lo cual fue llevada al centro de salud donde diagnosticaron embarazo de 8 semanas.

Al enterarse de su situación la niña llora desesperadamente y dice que no quiere ese embarazo. La madre pregunta al médico que se puede hacer y este le responde que por tratarse de un primer nivel de atención no se puede hacer nada, que allí no hay condiciones para hacerlo, que además él no es partidario del aborto, que la inscriba en el programa de control prenatal del centro de salud, que vuelva el mes siguiente.

Analice el caso anterior, teniendo en cuenta:

- ¿Cuáles son las barreras impuestas en el presente caso?
- ¿Cuáles son los derechos humanos vulnerados?
- Acerca de la objeción de conciencia argumentada por el médico, redacte el documento de objeción de conciencia y simule como le explicaría a la paciente su objeción
- ¿Cuáles son las causales de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 que aplican en el presente caso?
- Analice cual es la capacidad de un mujer menor de 12 años para tomar esta decisión
- ¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?
- ¿Cómo aplicaría el protocolo para IVE vigente en Colombia?

Respuestas al caso clínico 2:

¿Cuáles son las barreras impuestas en el presente caso?

Negación de la atención, alegando que lo hace por tratarse de un primer nivel de atención, en el cual puede explicarle los derechos a la paciente y remitirla a otro centro para que la atiendan.

El médico alega objeción de conciencia de manera verbal e irregular y no cumple con la obligación legal de remitir la paciente, como la establece la sentencia C 355 de 2006.

¿Cuáles son los derechos humanos vulnerados?

Libre desarrollo de la personalidad, dignidad humana y autonomía, a la salud a la vida.

Si usted se declara objetor redacte el documento donde lo justifique.

¿Cuáles son las causales de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 que aplican en el presente caso?

Se trata de un caso de violación, por qué la menor de 14 años en Colombia no puede consentir la relación sexual, la sentencia C 355 DE 2006 lo contempla cuando establece: " Cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto".

Analice cual es la capacidad de una mujer menor de 12 años para tomar la decisión de terminar su gestación.

Cuando se trata de mujeres menores de 14 años: El derecho a decidir por una interrupción voluntaria del embarazo también ha sido reconocido a las niñas menores de 14 años, con base en su derecho al libre desarrollo de la personalidad. El consentimiento de las niñas deberá ser respetado incluso cuando sus padres no estén de acuerdo con cualquier decisión. Sentencias C-355/06, T-209/08, T-388/09

"Cuando la violación se presume por tratarse de una mujer menor de catorce (14) años, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo". Sentencia T-209/08.

El único requisito para la IVE en esta causal es la presentación de copia de la denuncia formulada ante autoridad competente (Fiscalía, en los lugares en los cuales no exista esta institución, la denuncia debe realizarse ante la inspección de policía).

¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?

De acuerdo con la sentencia C355 de 2006 la solicitud de la paciente debe resolverse en los 5 días siguientes a su presentación.

Cuál es el protocolo que aplicaría de acuerdo con norma técnica para IVE vigente en Colombia.

Entrevista clínica
Asesoría

Decisión informada por escrito.
Historia clínica –exámenes de laboratorio.
Evaluación edad gestacional.
Asesoría psicosocial y médica y anticoncepción
Si la paciente es elegible: interrupción del embarazo por medicamentos o AMEU por tratarse de gestación del primer trimestre: 6 semanas.
Estudio de ADN del producto si es por violación.

7.4.8. **Caso clínico 3**

Paciente de 34 años, unión libre, ORh+, G2A1V0. Le realizaron curetaje hace 13 años. Paciente con antecedente de enfermedad renal crónica diagnosticada 15 días antes de la consulta, ERC grado 5 por glomerulopatía no especificada, con riñones ya ecogénicos y pequeños no susceptibles de biopsia renal, con severo deterioro renal que requiere inicio de terapia, con TFG 8 ml / minuto, acidosis metabólica, leve hiperkalemia. Actualmente en programa de protección renal, ya le han realizado 5 diálisis. FUM 6/02/2015, ingreso a control prenatal el 8 de mayo de 2015 a las 12+6 semanas. Asintomática.

Antecedentes: médicos negativos. Quirúrgicos: legrado.

AF madre y hermana cáncer de tiroides

Aceptables condiciones generales consiente orientada hidratada Peso: 42.3Kgs Talla: 149.0 cms PA: 110/80. Abdomen útero grávido FCF 148 lpm flotante no hay dolor a la palpación

Hb 12.1, HTO 37.1 VDRL NR, GS o +, VIH: neg; AGSHB B: neg; albumina: 3.77, creatinina: 4.63 mg/dl; TFG; 14, uroanálisis: proteínas: 15 mg/24 horas, IGG toxoplasma: neg, glucosa 87 mg/ dl.

Analice el caso anterior, teniendo en cuenta:

- ¿Cuáles son causales que aplican de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006?
- ¿Debe el médico hacer conocer los derechos de la paciente en relación con la IVE, así sea objetor de conciencia?
- En caso de que la paciente solicita IVE, ¿Cuál es el protocolo que aplicaría de acuerdo con norma técnica para IVE vigente en Colombia?
- Si usted se declara objetor redacte el documento donde lo justifique y simule como le informaría a la paciente

- ¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?
- ¿Cuál es el mecanismo para garantizar la atención de la paciente por otro agente de salud?

7.4.9. **Caso clínico 4**

Paciente de 25 años, primigestante, soltera, estudiante de odontología. Desde hace 15 días no quiere volver a la universidad. Consulta a un obstetra. Tiene vida sexual activa desde los 17 años. Planifica con anticonceptivos. Tiene un atraso de 7 semanas y prueba de embarazo positiva. Dice haber tomado los anticonceptivos de manera adecuada.

Consulta angustiada porque esta gestación no estaba en su proyecto de vida. Durante la entrevista llora desconsolada. Su acompañante dice que no está durmiendo ni comiendo bien. En la familia existe el antecedente de suicidio. La acompañante manifiesta preocupación porque ella ha presentado ideación suicida.

El obstetra le dice que no puede terminar la gestación porque su situación no se contempla en las tres circunstancias aprobadas por la ley. Le sugiere que continúe con la gestación y le recrimina su “irresponsabilidad”.

Analice el caso anterior, teniendo en cuenta:

- Identifique las barreras impuestas en el presente caso
- ¿Cuáles son los derechos humanos vulnerados?
- ¿Cuáles son las causales de la sentencia C-355 de mayo 10 de 2006 que aplican en el presente caso?
- Analice la posición del obstetra ante la solicitud de la paciente
- ¿Cuánto tiempo tiene usted para resolver la petición de esta paciente?
- ¿Cómo aplicaría la norma técnica para IVE vigente en Colombia?
- ¿Cómo asesoraría usted a esta mujer para su futuro?

Aspiración manual endouterina – AMEU –



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.5. Aspiración manual endouterina – AMEU –

7.5.1. **Contenido**

- Indicaciones
- Descripción del equipo
- Preparación
- Anestesia paracervical
- Esterilización

7.5.2. **Objetivo**

- Efectuar correctamente los pasos del procedimiento de AMEU en sus diferentes indicaciones.
- Explicar cómo resolver los problemas técnicos que puedan presentarse durante el procedimiento de AMEU.

7.5.3. **Indicaciones**

El AMEU está indicado en

- Interrupción del embarazo en edades gestacionales inferiores a 12 semanas o hasta 15 semanas por personal bien entrenado.
- Aborto incompleto
- Huevo anembrionado
- Biopsia de endometrio
- Aborto inminente
- Mola hidatidiforme

Factores a tener en cuenta durante la realización del procedimiento

- La naturaleza del procedimiento que se practicará
- La edad gestacional
- El dolor preexistente
- Los recursos disponibles

7.5.4. **Protocolo IVE**

El protocolo del Ministerio de Salud de Colombia para la prevención del aborto inseguro que incluye

- Entrevista clínica
- Asesoría médica y psicosocial
- Decisión informada por escrito
- Historia clínica - laboratorio
- Evaluación edad gestacional
- Confirmar el principio de voluntariedad de la mujer
- Asesoría y planificación familiar
- Estudio de ITS y vacunación
- Si la paciente es elegible: interrupción del embarazo por AMEU
- Alta con signos de alarma y revisión en 15 días

Paso 1. Formule un plan con la participación de la mujer

- Explique el procedimiento paso a paso
- Hable sobre los diferentes tipos de dolor
- Explique los riesgos, los beneficios y las alternativas a cada opción
- Permita que la mujer participe en la selección de las intervenciones
- Pregúntele qué medidas de apoyo prefiere

Paso 2. Siempre utilice métodos para aliviar el dolor

- Interacción y comunicación amables y respetuosas
- Apoyo verbal reconfortante
- Técnica clínica gentil y delicada

Estos suplementan pero no substituyen a los medicamentos.

- Ofrezca las medidas de apoyo que solicitó la mujer
 - Hable o guarde silencio
 - Notifíquelo de antemano cada paso que efectuará
- Motívela a relajarse y a respirar profundamente

Paso 3. Métodos farmacológicos para mitigar el dolor

- Ansiolíticos/sedantes: disminuyen la sensación de ansiedad, puede usar si se requiere Diazepan 0.01 mg por kg de peso
- Analgésicos para aliviar el dolor: 800mg de ibuprofeno VO 30 minutos antes del procedimiento
- Anestesia general: utilizada solo en casos extremos
- Para el manejo del dolor inducido por la dilatación cervical, se utiliza bloqueo para cervical con lidocaína sin epinefrina 200 mg aplicados así: la técnica estándar implica la aplicación de 5 cc de lidocaína al 1% en la unión de la mucosa cervical con la vaginal, se introduce la aguja una pulgada, se aspira y se inyecta el anestésico a las 3, las 5, las 7 y las 9 del cuadrante del reloj, se esperan unos minutos y se procede a aspirar el contenido uterino. Si la mujer tiene el cuello dilatado, no procede este paso.

Paso 4. Efectuar la aspiración

Preparar a la mujer:

- Pida a la mujer que vacíe su vejiga
- Ayúdela a subirse a la mesa
- Pídale permiso para iniciar el procedimiento
- Preparare el instrumental
- Utilice siempre medidas de protección universal: lavado de manos, gorro, gafas, mascarilla, guantes y delantal
- Realice tacto vaginal bimanual y verifique el tamaño y la posición uterina
- Efectúe la preparación antiséptica del cuello uterino con yodopovidona y la técnica de no tocar, es decir no vuelva sobre las mismas áreas que ya limpió
- Luego de la asepsia Coloque el bloqueo para cervical con 200 mg de lidocaína al 1%
- Dilate el cuello uterino solo en caso necesario

Paso 5. Coloque el tenáculo.

Ejerza una ligera tracción en el cuello uterino para distinguir la transición entre el epitelio liso del cuello uterino y el tejido vaginal y permitir que el útero quede en posición neutra o intermedia

- Inserte la cánula cuyo número corresponda con la edad gestacional, los milímetros de la cánula indican la edad gestacional para la cual se va a utilizar. La cánula debe pasar justamente por el orificio cervical para conservar el vacío.
- Utilice progresivamente cánulas o dilatadores mecánicos de mayor tamaño en caso de ser necesario.
- Realice la histerometría con la cánula.
- Puede utilizar Misoprostol previo al AMEU para dilatar el cuello, solo si es necesario.
- Inserte la cánula lentamente hasta que toque el fondo del útero y después retírela un poco.
- Conecte el aspirador ya cargado a la cánula.
- Aspire el contenido uterino.
- Libere los botones para iniciar la aspiración.
- Desplace la cánula suavemente 180 grados con movimientos de rotación en cada dirección, para cubrir todas las paredes del útero.
- Ejercer un movimiento suave de adentro hacia afuera.
- No retire la abertura de la cánula más allá del orificio cervical externo.
- Inspeccione el tejido obtenido, verificando que haya vellosidades coriales y decidua
- Procese el instrumental.
- Cerciórese que el aspirador conserve el vacío.

Paso 6. Signos que indican que el útero está vacío

- Se observa el paso de sangre con espuma roja o rosada a través de la cánula.
- Se percibe una sensación de aspereza a medida que la cánula se desliza sobre la superficie del endometrio – llanto uterino.
- El útero se contrae alrededor de la cánula y aumentan los cólicos uterinos.

Paso 7. Al finalizar el procedimiento

- Presione los botones hacia adentro y hacia adelante para cerrar la válvula.

- Desconecte la cánula del aspirador o retire la cánula del útero sin desconectarla.
- Puede repetir la aspiración después de inspeccionar los restos ovulares -RO.

Si la extracción de los RO es satisfactoria:

Practique un examen bimanual con el fin de verificar la altura y la consistencia del útero, si es aconsejable.

Practique cualquier procedimiento concurrente.

- Comuníquelo a la mujer que el procedimiento ha concluido.
- Ayúdela a adoptar una posición cómoda.
- Asegúrese de que sea llevada a la sala de recuperación.

Paso 8. Al terminar el procedimiento tenga en cuenta

- Si se trata de embarazo secundario violencia sexual, solicite estudio de ADN. Para esto es necesario lavar los restos ovulares con solución salina estéril, secarlos, introducirlos en frasco estéril, refrigerarlos, ponerlos en cadena de custodia antes de enviarlos para estudio.
- Reporte semanal de todos los casos de IVE a la secretaría local de salud y la EAPB.
- Codifique adecuadamente el procedimiento.
- De asesoría en anticoncepción y garantice que la mujer reciba método anticonceptivo Inmediato posterior al evento.
- Explique a la mujer los Signos de alarma y la necesidad de consultar inmediatamente si se presentan.

Todo lo anterior lo puede hacer luego de ver y discutir el video de Ipas con los asistentes al taller

Se debe utilizar un caso clínico corto que recoja una de las causales y por medio de un sociodrama simule la atención a la mujer, un asistente asume el papel de paciente, uno de médico y otro de auxiliar.

Loa pasos de la aspiración se simulan en una pitahaya mediana, de un tamaño que simule el de un útero de aproximadamente 10 semanas de gestación, que no esté muy madura color "verdeamarillo".

Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.6. Atención del parto y prevención de la violencia obstétrica

7.6.1. *Introducción / Justificación*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la tasa ideal de cesáreas debe ser menor al 15%. En Colombia se encuentra una clara tendencia al incremento de la cesárea desde 24,9% en 1998 hasta el 45,7% en el año 2013 (Fecolsog y Fecopen 2014). El análisis por departamentos muestra marcadas diferencias en las tasas de utilización de cesárea en las distintas regiones del país, siendo particularmente elevadas en la región Caribe aunque en todas las zonas del país se encuentran tasas por encima de las metas propuestas por la OMS

Es por esto que los países a nivel mundial han iniciado estrategias con el fin de reducir las altas tasas de cesárea, volviéndose una prioridad cambiar el paradigma de la atención obstétrica, para volver a la mujer como el centro de la atención, basados en el respeto de sus derechos y haciéndola partícipe integral de su proceso de gestación y parto.

Las evidencias demuestran que la protección del momento de nacer soportada en el respeto, el cuidado amoroso y sensible del encuentro del bebé con su madre y la disminución de efectos nocivos sobre la mujer y el neonato, brindan resultados favorables para la salud integral de la mujer y de su hijo, además de contribuir con la salud posterior del nuevo ser. La mejor práctica obstétrica posible podría ser aquella que logre un sano equilibrio entre el manejo respetuoso y sensible, las consideraciones espirituales y holísticas propias del ser humano y la intervención médica y tecnológica necesaria.

Por tanto es importante re-educar a los profesionales de la salud en una nueva forma de atender a la mujer y su familia, haciéndoles partícipes de todo el proceso, desde el deseo de concebir un hijo (etapa pre-concepcional), durante la gestación en los controles prenatales, el momento del parto y su posparto inmediato y reconociendo a la mujer como la protagonista del mismo.

7.6.2. *Objetivo General*

Fortalecer las competencias de los participantes para la atención de la mujer durante el trabajo de parto, el parto y el posparto inmediato, incorporando los conceptos de prevención de la violencia obstétrica, el respeto por las preferencias de la mujer y su familia y las mejores prácticas basadas en la evidencia científica.

7.6.3. **Objetivos específicos**

Al finalizar el taller se espera que los asistentes estén en capacidad de:

- Integrar los conocimientos actuales del proceso fisiológico del trabajo de parto, parto y puerperio teniendo en cuenta la mejor evidencia científica.
- Generar una nueva actitud en la atención del binomio madre e hijo, acompañando su proceso fisiológico, centrándose en una atención digna y respetuosa como componente esencial de la calidad.
- Reconocer la importancia de la aplicación del manejo integral del tercer y cuarto períodos del parto (MATEP) para la prevención de la morbilidad materna y perinatal y la promoción de la lactancia materna.
- Aplicar de manera adecuada el MATEP
- Promover o fortalecer la implementación del MATEP en sus sitios de trabajo.
- Promover el contacto piel a piel, resaltando los beneficios tanto para la madre como para el nuevo ser.

7.6.4. **Contenidos**

Se revisaran las recomendaciones más relevantes de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: Detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

7.6.5. **Actividades**

- Pre-test: preguntas que se realizan en la primera hora de la mañana.
- Proyección de videos y discusión de la GPC: Para esta actividad se utilizan tres videos demostrativos de la atención del parto y manejo del MATEP del proyecto "Global Health media project":
- Video 1: Brindando un adecuado cuidado del trabajo de parto
- Video 2: Manejo del segundo estadio del parto
- Video 3. Cuidado inmediato después del Nacimiento.

Revise de manera cuidadosa los videos y el guión que se presenta a continuación para conducir la discusión. De acuerdo al tiempo disponible, el facilitador podrá tomar la opción de pasar cada video completo y propiciar la discusión al terminar cada uno de ellos; se sugiere desarrollar esta opción cuando apenas se disponga de media hora para cada video (10-12 minutos de video y el resto del tiempo para la discusión). Si se dispone de dos horas y media o más, se pueden proyectar los videos haciendo pausas en “momentos clave”, los cuales están señalados en el guión, con el segundo específico en el que se recomienda detener el video para hacer las aclaraciones pertinentes.

Para esta actividad se requiere: computador que reproduzca los videos, video beam y equipo de amplificación.

7.6.6. **Guión para los videos**

Trabajo de parto, parto y posparto

Para recordar: es muy importante que tome registro de las opiniones, experiencias y discusiones que se presenten, le serán de mucha utilidad al Ministerio de Salud y Protección Social. Si está solo y desea grabar, solicite permiso a la audiencia para hacerlo o simplemente tome notas para alimentar su diario de campo.

Si se cuenta con la presencia de dos o más facilitadores, uno de ellos se debería concentrar en coordinar el taller y el otro estar atento a tomar notas.

7.6.7. **Video 1: Brindando un adecuado cuidado del trabajo de parto**

Como introducción al video haga la siguiente pregunta:

- ¿Alguien sabe cuál es la primera recomendación de la Guía de práctica Clínica del Ministerio de salud de Colombia para la atención del parto?
- La primera recomendación de la guía de práctica clínica es que se practique una política de parto humanizado en todos los niveles de atención, y advierte la guía que todas las actividades que se realicen deberán estar acordes a esta recomendación.

Permita que los asistentes manifiesten sus opiniones acerca de esta recomendación,

- ¿Qué entienden por parto humanizado?
- ¿Qué concepto tienen acerca del término violencia obstétrica?

- Que experiencias, exitosas o no, han vivido en relación con la humanización de la atención obstétrica

El video que veremos a continuación muestra cómo, aún en escenarios de bajos recursos es posible, prestar una atención respetuosa y tener en cuenta las necesidades de la mujer, convirtiéndola en el centro del proceso.

Permita que el video corra de manera ininterrumpida hasta el minuto 05:28.

Minuto 05:28. Parar el video y reforzar el mensaje: Se debe permitir la ingesta de líquidos orales, se prefieren bebidas hidratantes o endulzadas que el agua, insista en que no hay evidencia que demuestre que permitir la vía oral aumente los riesgos para la mujer.

Preguntas:

- ¿Qué práctica tienen en sus instituciones? ¿Mantienen la vía oral? ¿O la restringen?
- ¿Cuáles son los potenciales beneficios?
- Tener una paciente en mejores condiciones, hidratada para el momento del expulsivo.
- Para algunos los estados de ayuno prolongados están relacionados con un aumento del riesgo de la hemorragia posparto.

¿Qué dice la guía?

9. ¿Cuál es la mejor vía para garantizar el aporte calórico durante el trabajo de parto?

A	Se recomienda permitir la ingesta de líquidos claros durante el parto en pequeñas cantidades para la prevención de la cetosis.
✓	Se recomienda informar a las gestantes que falta evidencia sobre el riesgo de la ingesta de alimentos para presentar bronco-aspiración en caso de complicaciones que requieran uso de anestesia.
A	Se recomienda que las mujeres sean informadas que las bebidas isotónicas (hidratantes) son eficaces para combatir la cetosis, y por ello, preferibles a la ingesta de agua.

Al finalizar el video, permita que los asistentes expresen nuevamente sus opiniones, esta vez proponga los siguientes temas:

Utilidad del acompañamiento en el trabajo de parto, la deambulaci3n, la posici3n vertical

- ¿Cuáles han sido sus experiencias?
- ¿Qué dificultades identifican en sus instituciones para permitir el acompañamiento de las mujeres: ¿de índole administrativo? ¿Locativo? ¿Del personal?
- ¿Cómo creen que se podrían subsanar?
- ¿Cada cuánto realizan la vigilancia de la FCF durante el trabajo parto? con auscultaci3n intermitente? ¿O con monitor?
- ¿Cuál es la frecuencia con la que realizan la auscultaci3n de la FCF en su instituci3n?
- ¿Quién la realiza?
- ¿Está claramente protocolizado quien y cada cuanto debe hacerlo?

¿Qué dice la guía?

8. ¿Cuál es el impacto de la compaa del familiar durante el trabajo de parto?

A 	Se recomienda que la mujer en trabajo de parto sea acompañada de manera individual y de forma continua por la persona que ella elija.
A	Se recomienda que las mujeres en fase activa de parto cuenten con atenci3n por personal de la salud en forma permanente excepto por cortos períodos de tiempo o cuando la mujer lo solicite.

7. ¿Cuál (es) método(s) de vigilancia fetal mejora(n) los resultados perinatales?

B	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la auscultaci3n intermitente (AI) son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
	La auscultaci3n intermitente se puede realizar tanto con ultrasonido Doppler como con estetoscopio.
A	Tanto la monitoría electrónica fetal continua (MEFC) como la monitoría electrónica fetal intermitente (MEFI) acompañada de auscultaci3n intermitente son dos métodos válidos y recomendables para el control del bienestar fetal durante el parto.
A	No se recomienda el uso rutinario de la pulsioximetría fetal.

11. ¿Con qué frecuencia se deben vigilar los signos vitales maternos durante el trabajo de parto?

D

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante el trabajo de parto se recomienda:

- Revisar cada 30 minutos la frecuencia de las contracciones.
- Revisar cada hora el pulso (frecuencia cardíaca materna) y la frecuencia respiratoria.
- Revisar al menos cada 4 horas la presión arterial y la temperatura.
- Comprobar regularmente la frecuencia del vaciado de la vejiga.
- Considerar las necesidades emocionales y psicológicas de la mujer.

Es importante aclarar que en Colombia se recomienda la canalización de un acceso venoso, sin ser necesario el uso de líquidos intravenosos de rutina y sin que esto limite la deambulación de la paciente.

10. ¿Se requiere canalizar rutinariamente una vena periférica a toda gestante en el período de dilatación, borramiento y atención del parto?

D

Se sugiere mantener un acceso venoso permeable con un catéter venoso o heparinizado de al menos calibre 18G, durante todo el trabajo de parto y el expulsivo.

D

La canalización de un acceso venoso no implica la restricción de la ingesta de líquidos claros ni de la libre movilización de la mujer durante el trabajo de parto.

✓

Se recomienda el uso de soluciones cristaloides iso-osmolares (lactato de ringer, solución de ringer y solución salina normal) al suministrar líquidos endovenosos durante el trabajo de parto.

7.6.8. **Video 2: Manejo del segundo estadio del parto**

Permita que el video corra hasta el minuto 00:57.

Minuto 00:57. El tacto vaginal debe ser realizado por personal con experiencia o siempre bajo la supervisión si el personal está en entrenamiento. Recalcar la importancia de la lectura de las señales del cuerpo humano que facilitan la identificación de un periodo expulsivo. Si hay presencia de parteras permita que expresen sus experiencias acerca de estas “formas de leer el cuerpo de la mujer”.

Minuto 03:15. Enfatizar en la libre posición en el expulsivo. Si se utiliza la camilla de parto, inclinarla para que la paciente se ubique lo

más vertical posible, apoyando los pies sobre los estribos, lo cual mejora la efectividad del pujo, al mismo tiempo que se realiza de forma profiláctica la maniobra de Mac. Roberts, generando cambios en la pelvis que favorecen el parto.

Permita que los asistentes expresen sus opiniones, experiencias e inquietudes sobre la posición durante el expulsivo. Tome sus notas.

¿Qué dice la guía?

A


Se recomienda que durante el expulsivo, las mujeres adopten la posición que les sea más cómoda.

Minuto 04:38: La vigilancia de los signos vitales durante el expulsivo:

Estimule la participación: ¿Lo hacen de rutina? ¿Cómo lo hacen? ¿Cada cuánto?

¿Qué dice la guía?

24. ¿Cuál es la frecuencia indicada para la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal durante el expulsivo?

✓

Se recomienda auscultar la frecuencia cardíaca fetal durante el expulsivo según los siguientes parámetros:

- El corazón fetal se debe auscultar al menos cada 5 – 15 minutos en el periodo expulsivo.
- La auscultación se llevará a cabo durante 30 – 60 segundos, como mínimo, después de una contracción.
- El pulso materno también debe ser reconocido para diferenciar entre el ritmo materno y el latido cardíaco fetal.

D

Referente a la vigilancia de los signos vitales maternos durante la segunda etapa del parto se recomienda:

- Revisar cada 30 minutos la frecuencia e intensidad de las contracciones.
- Comprobar cada hora la presión arterial, el pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura.
- Comprobar el vaciado de la vejiga.

Minuto 05:10: ¿Cuál es la duración recomendada del expulsivo?: si la condición materna y fetal lo permiten puede permitirse una duración de 2 horas en multíparas y de 3 horas en Multíparas. Si la paciente está bajo el efecto de analgesia epidural, se pueden aumentar estos tiempos en 1 hora. Hablar del concepto de la fase pasiva del expulsivo y de evitar poner a la madre sin que manifieste deseos de pujar en la

camilla de partos. Tener presente que también se deben tener en cuenta los factores geográficos y de recursos para el transporte de la paciente. Adicionalmente, insista en que aunque se consideren estos tiempos, se debe continuar la vigilancia regular de la paciente y nunca abandonarla!

Minuto 07:10. “pare el video”: insista: No se recomienda la estimulación del periné ni de los pezones. Esta recomendación no es adecuada, pues puede causar edema de vulva que facilitará desgarros.

¿Qué dice la guía?

25. ¿Cuáles son las intervenciones probadamente benéficas y cuáles no durante el expulsivo en un parto normal?

A	No se recomienda la realización del masaje perineal durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda posibilitar la aplicación de compresas calientes durante el segundo periodo del parto.
A	Se recomienda el pujo espontáneo durante el expulsivo. En ausencia de sensación de pujo, se recomienda no dirigirlo hasta que haya concluido la fase pasiva del segundo periodo del parto.
A	Se recomienda no utilizar la aplicación de anestésico local en spray como método para reducir el dolor perineal durante la segunda etapa del parto.
A	No se recomienda practicar episiotomía de rutina en el parto espontáneo.

Minuto 08:40. Se recomienda realizar la maniobra de protección del periné, y la extracción de los hombros fetales, primero el anterior y luego el posterior protegiendo el periné, para finalizar con la extracción del bebe.

¿Qué dice la guía?

B	Se recomienda la protección activa del periné mediante la técnica de deflexión controlada de la cabeza fetal y pidiendo a la mujer que no puje durante la extensión y desprendimiento.
✓	Se recomienda hacer uso de la episiotomía solo si hay necesidad clínica, como en un parto instrumentado o sospecha de compromiso fetal.
✓	Antes de llevar a cabo una episiotomía, se recomienda realizar una analgesia eficaz, excepto en una emergencia debida a un compromiso fetal agudo.
✓	La episiotomía no debe recomendarse de forma rutinaria durante un parto vaginal en mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado en partos anteriores.
A	No se recomienda realizar la maniobra de Kristeller.

Video 3. Cuidado inmediato después del nacimiento.

Como introducción al video haga la siguiente pregunta: ¿En qué consiste el manejo activo del alumbramiento? ¿Qué ventajas trae?

Deje correr el video hasta el minuto 1:55

Minuto 1:55. Se recomienda la administración de 5 a 10 UI de oxitocina después de verificar que no haya un segundo bebe, la vía puede ser intramuscular o intravenosa. Insista en que si se va a usar la vía venosa, la oxitocina debe administrarse diluida y en un tiempo no inferior a 3 minutos para evitar hipotensión.

1. ¿Cuáles son las intervenciones efectivas para prevenir la hemorragia posparto al finalizar el segundo período del parto?

<p>A</p> 	<p>Se recomienda realizar manejo activo del alumbramiento para disminuir la pérdida de sangre materna y reducir el riesgo de hemorragia posparto.</p>
<p>A</p>	<p>Se recomienda utilizar de forma rutinaria oxitócicos profilácticos en el manejo del alumbramiento en todas las mujeres.</p>
<p>A</p>	<p>Se recomienda la administración de oxitocina 5 UI o 10 UI (según la presentación de oxitocina disponible) por vía intramuscular como medicamento de elección para profilaxis durante el alumbramiento en mujeres que tengan parto por vía vaginal.</p>
<p>✓</p>	<p>Cuando exista un acceso venoso permeable, puede administrarse oxitocina 5 UI o 10 UI en infusión lenta diluida en 10ml de cristaloides en un tiempo no inferior a 3 minutos.</p>

Es muy importante verificar la disponibilidad de oxitocina. Identificar los municipios y/o instituciones donde se presenten dificultades para su disponibilidad.

Minuto 05:35. Aclarar la recomendación sobre la vigilancia del posparto inmediato. Se recomienda la vigilancia cada 15 minutos de: el sensorio, los signos vitales, el tono uterino y el sangrado vaginal, dejando reporte escrito de dicha vigilancia e informar cualquier alteración en las variables evaluadas.

Seguimiento activo del posparto para la madre y del recién nacido												
Realice evaluación general y masaje uterino cada 15 minutos en las primeras dos horas pos-alumbramiento y registre lo												
Nombre de la paciente: _____			Documento: _____									
Hora del alumbramiento: _____			Fecha: _____			Peso de la paciente: _____ Kilos						
Hora	Sensorio	Perfusión	Pulso	PA	Sangrado	Tono uterino	Responsable	Detección del choque hipovolémico Asuma conducta con un solo criterio de gravedad				
								Signo	Compensado 500-1.000 ml	Leve 1.001-1.500 ml	Moderado 1.501-2.000 ml	Severo 2.001-3.000 ml
								Sensorio	Sin cambio	Normal o agitada	Agitada	Letárgica
								Perfusión	Normal	Palidez fría	Pálida sudorosa	Llenado capilar > 3 seg
								Pulso	60-90	91-100	101-120	> 120
								PA sistólica	Sin cambios	80-90	70-79	< 70
								Conducta	Continúe vigilancia	Active el código rojo Inicie con 2000 cc de solución salina y continúe la reposición		
Tono uterino: Firme (F): útero endurecido, globo de seguridad positivo Relajado (R): útero blando, globo de seguridad negativo												
Realice la evaluación del recién nacido cada que evalúe a la madre y registre mínimo cada hora en las primeras dos horas posparto												
Hora	Respiración ó llanto	F.C.	Color	Succión	Temperatura	Responsable	Signo	Asuma conducta con un solo criterio de gravedad				
								Respiraciones ó llanto	Fuerte (+++)	Débil (++)	Ausente (-)	
							Frecuencia cardiaca	≥ 100	< 100	Ausente (-)		
							Color	Rosado	Cianosis periférica	Cianosis generalizada		
							Temperatura	Normal	Febril	Hipotérmico		
<small>Recuerde estos otros signos de alarma para llamar al médico o reanimar:</small> <ul style="list-style-type: none"> • Si el bebé no succiona (no se alimenta) • Si presenta sialorrea (babea) o vómito persistentes • Si está hipotónico (no se mueve o no reacciona a estímulos) • Si presenta ictericia precoz (aparición en menos de 24 horas) • Si presenta hipo o hipertermia (cambios en temperatura) • Si presenta temblores continuos sin estímulo evidente (convulsiones) 							Conducta	Continúe vigilancia	Llame al médico	Inicie resucitación		

Ponga a lactar al bebé en el posparto inmediato, a libre demanda ó mínimo cada 2 – 3 horas si no lo pide. Verifique el adecuado procedimiento de lactancia.

7.6.9. Bibliografía

- Ministerio de la Protección Social. Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 2013; 64: 379-424.
- República de Colombia. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 65 (2), Abril-Junio 2014: 139-151.
- Jackson S, Gregory K. Management of the First Stage of Labor: Potential Strategies to Lower the Cesarean Delivery Rate. Clin. Obstet. Gynecol. 2015.

- ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus. Safe prevention of primary cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2014;123: 693-711.

Día 2

Jornada A.M.

Pre-test y pos-test día 2:

La primera actividad del segundo día es el desarrollo del Pre- test con los temas de los talleres que se desarrollarán este día: manejo de la sepsis de origen obstétrico, manejo del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo (SHAE) y manejo de la Hemorragia obstétrica. Encuentre este ejercicio en aspectos logísticos.

Segunda actividad: Conferencia: Buenas prácticas obstétricas: Kit de emergencias: se hará a todo el grupo. Utilice el PowerPoint Anexo en formato electrónico. (Tiempo: 20 minutos).

A continuación divida nuevamente el grupo de participantes en dos. Puede usar la misma distribución del día anterior, si su percepción de que la composición de los grupos fue adecuada para facilitar el trabajo. Si hubo alguna dificultad, recomponga los grupos en este momento. Cada grupo desarrolla uno de los talleres y luego se intercambian.

Manejo del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo SHAE



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.7. Manejo del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, SHAE

7.7.1. Introducción / Justificación

Más que un simple trastorno hipertensivo, el síndrome de preeclampsia-eclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, que se caracteriza por el inicio de hipertensión en una mujer previamente normotensa, que puede presentar o no proteinuria y/o compromiso de órganos blanco. Hace su aparición, luego de la semana 20 de gestación o más temprano, cuando el embarazo cursa con hidrops fetal, síndrome antifosfolípídico o enfermedad molar.

Desde hace varias décadas es la primera causa de muerte materna y perinatal en países en desarrollo. En los países desarrollados, como resultado de la implementación de programas de control prenatal de calidad, diagnóstico temprano, remisión oportuna y adecuada de las pacientes y terminación oportuna de la gestación en niveles adecuados de atención por parte de profesionales calificados, sus complicaciones se han reducido considerablemente.

En Colombia, ocupó el primer lugar en 2015, con un 21.9% del total de las muertes maternas. (Instituto Nacional de Salud, informe de evento).

Sin lugar a dudas el aspecto más preocupante de esta situación es que casi la totalidad de las muertes maternas por SHAE en Colombia, siguen un patrón común: son evitables en su mayoría, pertenecen a estratos socioeconómicos bajos y ocurren en el posparto inmediato. Para tratar de impactar positivamente esta situación que tiene implicaciones sociales y familiares graves, es necesario implementar una serie de acciones que modifiquen ese patrón común que las caracteriza.

7.7.2. Objetivo general

Fortalecer las competencias de los participantes para la implementación y/o mejor utilización de las herramientas disponibles para la atención de la mujer con diagnóstico de hipertensión durante el embarazo, mediante el uso de prácticas basadas en la mejor evidencia para la prevención de la morbilidad y mortalidad por esta causa.

7.7.3. Objetivos específicos

Al finalizar el taller se espera que los asistentes estén en capacidad de:

- Realizar de manera adecuada el diagnóstico, estabilización y remisión oportuna de las pacientes con síndrome hipertensivo asociado a la gestación
- Reconocer la importancia del tratamiento adecuado del síndrome hipertensivo asociado a la gestación para la prevención de la morbilidad materna y perinatal.
- Promover en las instituciones la disponibilidad y utilización adecuada de los medicamentos necesarios para el manejo de la emergencia hipertensiva en la paciente embarazada.

7.7.4. **Contenido**

Se tratarán los aspectos más relevantes de las recomendaciones de la Guía de práctica Clínica-GPC- Abordaje de las complicaciones hipertensivas asociadas al embarazo, aprobada por el Ministerio de Salud y de la Protección Social. Se hará énfasis además en la importancia de la comunicación con la paciente y su familia para la toma de decisiones, la educación y un enfoque de atención integral con perspectiva de derechos y equidad de género.

7.7.5. **Actividades**

Pre test para conocer el estado basal de conocimiento sobre SHAE: se realiza un pre-test que incluye los 3 temas del día: SHAE, sepsis y hemorragia obstétrica.

Taller de análisis de casos clínicos: se presentan diferentes escenarios en los cuales se pueden encontrar las gestantes con SHAE, con énfasis en diagnóstico, estabilización y remisión. Divida el grupo de asistentes en grupos más pequeños. Indique a cada grupo el caso que deben discutir. Deben designar un relator que presentara en la plenaria las discusiones del grupo. (Tiempo: 30 minutos). (Anexo Taller Casos Clínicos SHAE)

Plenaria: discusión grupal del análisis realizado por cada equipo; el relator de cada grupo presenta los argumentos. El facilitador puede apoyarse en la presentación para ampliar o aclarar conceptos, cuando sea pertinente. El facilitador estimulará la participación de todos los asistentes (Tiempo: 1 hora y 20 minutos).

Nota: en el taller de facilitadores se trabajará una hora más con ampliación de la discusión

Resumen actividades: Taller SHAE

Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Pre test	20 minutos	Copia del pre-test: una para cada participante. ANEXO pre-test DIA 2
Taller de análisis de casos clínicos:	30 minutos	Copia de los casos: 1 para cada participante (disponible en la carpeta)
Plenaria	1 hora y 20 minutos	Presentación de power point
Implementos generales NOTA: Tenga en cuenta que como los talleres son simultáneos necesita 2 computadores y 2 video beam.		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

7.7.6. Bibliografía

- República de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento mortalidad materna. En: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/MORTALIDAD%20MATERNA%20Periodo%20XIII%202015.pdf>. Consultada el 5 de marzo de 2016.
- World Health Organization. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: WHO; 2011. p. 38.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, The Royal College of Midwives. Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: RCOG; 2010. p. 288.
- Colombia Ministerio de la Protección Social. Guías de atención integral para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social; 2012. p. 45.

7.7.7. Caso clínico 1

En este caso clínico se hacen unas preguntas abiertas y otras de selección múltiple que buscan reforzar los conceptos más importantes en los que se quiere hacer énfasis.

Parte A

Paciente de 16 años, soltera, natural de Carepa Antioquia, oficios domésticos, residente en un municipio de Córdoba.

MC y EA: consulta a una Unidad hospitalaria de primer nivel por presentar cefalea intensa, visión borrosa y epigastralgia. Refiere movientes fetales positivos.

Al examen físico: PA: 140/110 mmHg; altura uterina: 28 cms y FCF: 140 latidos por minuto. Presenta edema generalizado.

A.P: Negativos. A.G.O: M: 12 años, ciclos 30/3, G: 1 P: 0, Nunca planificó, no hizo control prenatal y por su fecha de ultima regla calcula 7 meses cumplidos de gestación.

A.F: Negativos

Cuestionario Parte A

¿Cuál es el diagnóstico de esta paciente?

R/ Preeclampsia grave por los síntomas premonitorios y cifras de presión arterial

¿Cuál de los siguientes NO es actualmente un parámetro que se deba tener en cuenta para clasificar la gravedad de la preeclampsia?:

- La proteinuria
- La presión arterial
- La presencia de convulsione.
- Los síntomas neurológicos.

R/a

Justificación: la proteinuria ya no es un elemento indispensable para la clasificación del síndrome, porque no tiene relación con el pronóstico.

¿Qué manejo le darían esta paciente? ¿Requiere anti- hipertensivo? Si o no y por qué?

Para el manejo inicial en el primer nivel de atención de esta paciente, se deben realizar las siguientes acciones EXCEPTO:

- Aplicar sulfato de magnesio intravenoso
- Aplicar Labetalol 20mg IV
- Oxigenoterapia para mantener saturación >95%
- Administrar un bolo de 600 c.c de solución salina normal

R/d

Justificación: no se deben utilizar bolos con grandes volúmenes de cristaloides por el riesgo elevado de edema pulmonar, estas pacientes tienen incremento de la presión hidrostática, disminución de la presión coloidsmótica y daño endotelial, condiciones que predisponen a edema pulmonar si se administran grandes volúmenes de líquidos.

Discuta la forma de administración del sulfato de magnesio.

Para la atención integral de la paciente con una emergencia hipertensiva los siguientes medicamentos están indicados, EXCEPTO:

- a. Nifedipina de 10 mg vía oral
- b. Labetalol IV
- c. Alfa metil dopa vía oral
- d. Hidralazina IV

R/c.

Justificación: el alfa-metil dopa no es un medicamento para la crisis hipertensiva debido a su mecanismo de acción y el tiempo de inicio de su acción terapéutica.

Discuta las dosis y forma de administración de los medicamentos: haga énfasis en nifedipina y labetalol.

Parte B

Durante la observación en el servicio de urgencias del primer nivel, presentó convulsión tónico-clónica generalizada, para lo cual recibió 20 mg intravenosos de diazepam y 200 mg IM de fenobarbital y se remitió al tercer nivel de atención.

Ingresó al Hospital de tercer nivel el mismo día, consciente, orientada, percibiendo bien movimientos fetales. Con PA: 160/120 en decúbito lateral izquierdo.

Hallazgos positivos al examen físico general: útero grávido, AU: 30 cm, actividad uterina espontánea, dos contracciones en diez minutos de 30" de duración y buena intensidad. Situación longitudinal cefálica, FCF: 144/min. Extremidades: Edema grado III, reflejos osteo tendinosos +++ simétricos.

T.V: Cuello intermedio, blando, longitud 1 cm, dilatación 2 cm, membranas íntegras, pelvis adecuada. Estación: 0

Exámenes de Laboratorio, Seis horas luego del ingreso:

Diuresis de 300 cc en dos horas

Monitoreo electrónico fetal: variabilidad 7 latidos/min, FCF basal 120/min. Sin desaceleraciones.

Gases arteriales normales.

Ionograma normal., Hb: 15 gr,Hto: 45, plaquetas: 160.000/mm³.

Grupo sanguíneo 0+,

V.D.R.L. no reactivo, citoquímico de orina: normal

Proteinuria 500 mg/L en 24 horas, creatinina 1.4 mg/dl

B.T. 1.2mg/dl, B.D: 0,5mg/dl, ELISA HIV: negativo.

Los demás exámenes no habían llegado a la hora de decidir la conducta.

A las ocho horas del ingreso, la paciente estaba consciente, sin convulsiones y la presión arterial era 150/100, tenía adecuada eliminación urinaria.

Cuestionario Parte B

¿Qué opinan del manejo dado a la paciente durante la convulsión en el primer nivel de atención? ¿Cuál debe ser el tratamiento de una paciente con una convulsión ecláptica?

- 1.Cuál de las siguientes NO es una acción que se deba priorizar con una paciente que durante su proceso de atención inicial (antes de canalizar una vena) presenta una convulsión ecláptica:
 - a. Garantizar vía aérea permeable
 - b. Administrar 5 gramos de sulfato de magnesio
 - c. Evitar el trauma a la paciente
 - d. Suministrar oxígeno suplementario.

R/b

Justificación: Administrar sulfato IV durante la convulsión ecláptica no es prudente por la dificultad para canalizar una vena en ese momento y porque un estímulo doloroso favorece la convulsión. Una vez termine la convulsión se debe hacer, a menos que la paciente tenga una vena canalizada, situación en la cual se debe administrar inmediatamente.

2. En la atención integral de la paciente con eclampsia por el equipo de salud, se deben aplicar los siguientes principios básicos excepto:
- Terminación inmediata de la gestación
 - Mejoramiento de las condiciones vitales
 - Tratamiento de la convulsión
 - Tratamiento de la hipertensión grave.

R/a

Justificación: antes de terminar la gestación es necesario evaluar y lograr la estabilización hemodinámica de la paciente con el fin de buscar un buen desenlace para madre y feto, es difícil lograrlo en un primer nivel con una gestante eclámptica.

3. Los siguientes son elementos necesarios que se debieron tener en cuenta en el primer nivel para la atención de esta paciente, excepto:
- Si la inducción está indicada se debió iniciar inmediatamente
 - Se debió avisar previamente al centro de mayor nivel
 - Se debió remitir en ambulancia medicada
 - Se debió administrar sulfato de magnesio y oxígeno.

R/a

Justificación: El primer nivel de atención no es el lugar adecuado para terminar la gestación en estas pacientes, por el compromiso multisistémico que presentan, que hace que se requiera de un equipo interdisciplinario con experiencia para su manejo.

4. En relación con la vía del parto para esta paciente, señale la afirmación correcta:
- Tiene condiciones para inducción del parto
 - Por tratarse de una eclampsia la vía siempre debe ser cesárea
 - El índice de Bishop contraindica la inducción
 - La administración de sulfato de magnesio contraindica la inducción.

R/a

Justificación: Lo ideal en una gestante con compromiso multisistémico es el parto vaginal por los riesgos conocidos de hemorragia, infección, descompensación, insuficiencia renal y muerte, la cesárea se realiza solo si hay indicación materna o fetal.

5. En relación con la administración de sulfato de magnesio en esta paciente, señale la afirmación correcta.
- Su administración debe continuar mínimo hasta 6 horas pos parto
 - Se deben monitorear los niveles plasmáticos cada 4 horas
 - La dosis de sostenimiento debe reducirse a la mitad
 - Está contraindicado en pacientes con creatinina de 1.3 mg/dl o más.

R/c

Justificación: cuando hay daño renal y creatinina superior a 1,3/dl la dosis de sulfato de magnesio se debe reducir a la mitad por el riesgo de intoxicación.

6. En relación con el seguimiento pos-parto a esta paciente, señale la afirmación correcta:
- Una vez ocurrido el parto, el riesgo en el puerperio es mínimo.
 - La vigilancia debe ser estricta en las primeras 24 horas y la primera semana
 - El alta puede darse antes de 12 horas.
 - Por tratarse de una mujer adolescente el pronóstico a largo plazo es excelente.

R/b

Justificación: el riesgo de convulsión, descompensación y crisis hipertensiva esta incrementado en el posparto inmediato de allí la necesidad de control estricto.

7. En relación con el pronóstico a largo plazo de estas pacientes señale la afirmación falsa:
- No se ha podido demostrar ningún impacto de la preeclampsia en la salud posterior de las mujeres que la sufren.
 - Todas deben ingresar a control en programas de prevención cardiovascular
 - En seguimientos a 10 o más años el riesgo de enfermedad cardiovascular es significativo.
 - A las 6 semanas posparto se debe evaluar función cardiovascular y renal.

R/ a

Justificación: estas mujeres tienen riesgo incrementado de hipertensión arterial crónica, infarto del miocardio y preeclampsia en futuras gestaciones. Razón por la cual deberían ingresar a programas de prevención de riesgo cardiovascular. Y en el posparto inmediato los riesgos son significativos.

Los siguientes casos clínicos se trabajarán dependiendo de la dinámica del grupo y si el tiempo lo permite. Además se discutirán con el grupo participantes en el taller de formación de formadores:

7.7.8. **Caso clínico 2**

Mujer de 28 años, secundigestante con antecedentes de preeclampsia en el anterior embarazo, el cual terminó con un feto vivo de 34 semanas hace 3 años.

Control prenatal hasta ahora "normal", recibiendo sulfato ferroso y micronutrientes. A la semana 30+ 3 le encuentran PA 140/100mmhg y la remiten a una unidad de segundo nivel.

La paciente refería cuadro clínico de más o menos 2 días caracterizado por edema facial, en manos y miembros inferiores, además de cefalea, malestar general, mareo y epigastralgia. Al examen físico de ingreso al segundo nivel: buenas condiciones generales, presión arterial (PA): 140/100; sin otras anomalías al examen físico.

Al ingreso al segundo nivel refería epigastralgia. La hospitalizaron con antihipertensivo, y ordenaron paraclínicos. Ordenaron: sulfato de magnesio; nifedipino 10 mg/día; alfametildopa 500 mg cada 8 horas y Betametasona 12 mg IM.

Solicitaron proteínas en orina de 24 horas y demás exámenes.

Los resultados fueron los siguientes: fibrinógeno: 336 mg%; TP: 12,4 seg; TTP: 29,7 seg; HLG: Hb: 13,2 gr; HTO : 37,3 %; Plaquetas: 201,000; leucocitos: 11,940; N: 72,1%; L: 18,8 ; Citoquímico de orina: normal, proteínas negativas; LDH: 179 UI/L; ALT: 16,9 UI/L; AST: 22,3 UI/L; Ácido úrico: 6,8 mg%; Cr: 0,85 mg%; BUN: 10,7 mg%.

Ese día refirió cefalea persistente hasta las horas de la noche y la PA fue de 140/90; Ya en la madrugada y el día siguiente: sin premonitorios.

Al siguiente día a las 7:00 a.m.: PA: 155/101; FC: 56 lpm; SPO2: 99 %; FR: 20 rpm; T: 36.5 grados. A las 10:00 a.m.: P/A 150/95.

Al segundo día a las 6:00 am: PA: 146/93; en la ronda: PA: 132/86 mmHg, FC: 75 lpm, FR: 18 rpm, Sat: 96%; FCF 144 lpm. Alerta, tranquila, orientada, sin déficit. La eco gestacional reportó: 31.1 semanas. El resultado de la proteinuria fue de 237.3 mgr/24 horas, por lo cual se consideró que "se descarta preeclampsia y consideran el diagnóstico de hipertensión gestacional". Dan de alta con antihipertensivo oral y cita en 7 días de revisión por consulta externa por obstetricia.

Questionario caso clínico 2

1. ¿Es posible prevenir en una gestante el síndrome hipertensivo asociado a la gestación?
2. ¿Cuáles serían las gestantes candidatas a prevención?
3. ¿Existen factores de riesgo para preeclampsia? Por favor enúncielos
4. ¿Cómo se haría la prevención y con cuáles medicamentos?
5. ¿Tiene esta gestante criterios diagnósticos de preeclampsia?, ¿cuáles son esos criterios?
6. ¿Con cuál examen se evalúa la proteinuria?
7. ¿Existe preeclampsia sin proteinuria?
8. ¿Cómo remitiría usted ésta gestante? Por favor describa el proceso, teniendo en cuenta los aspectos técnicos y humanos de la atención, así como los cuidados propios de enfermería para este caso.
9. Explique cada una de las medidas que el equipo de salud debería tener en cuenta para garantizar la estabilización hemodinámica de la gestante.

7.7.9. Caso clínico 3

Teresa es una mujer de 38 años, G5P3V2A1. Realizó 4 CPN. Los inició en la semana 22. Aumentó 5 kg de peso.

En la semana 34, en el CPN No 4 refirió edema de miembros inferiores y disminución de movimientos fetales. Se encontró PA: 150/100, feto en podálica. Se trasladó a urgencias, le solicitaron paraclínicos, se inició sulfato de magnesio y esquema de maduración pulmonar fetal y se remitió a unidad de segundo nivel.

Ingresó allí con PA de 150/93. En la evaluación realizada por obstetra se anotó que la paciente no presentaba premonitorios. Le solicitaron

paraclínicos, se inició alfametildopa 500 mg cada 12 h y se completó esquema de maduración pulmonar. Al día siguiente, se anotó que el laboratorio era normal, que faltaba el resultado de la proteinuria en 24h.

En vista que la PA fue de 150/90 se decidió incrementar la dosis de metildopa a 500 mg cada 8 horas. A los dos días, se anotó que no tenía premonitorios. La PA fue de 140/90. El resultado de proteinuria fue de 279 mg en 24 horas. Se anotó que aún no había criterio para terminar gestación. Al siguiente día se anotó PA de 135/78, asintomática, se decidió alta para ser evaluada por ARO en dos semanas.

Cuestionario caso clínico 3

1. ¿Cuál es el diagnóstico de esta gestante?
2. De acuerdo con su respuesta, ¿cuál sería el manejo?
3. ¿Cuáles son los criterios a considerar para diagnosticar preeclampsia grave?
4. ¿Cuáles son los principios básicos para la atención integral de una mujer con preeclampsia grave? Por favor tenga en cuenta los aspectos técnicos, humanos y los cuidados de enfermería que deberían brindarse a esta mujer y su familia.



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

Sepsis en el embarazo



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.8. Sepsis en el embarazo

7.8.1. *Introducción / Justificación*

La sepsis es causa importante de muerte materna; las causas no obstétricas son las más frecuentes, siendo la neumonía y la infección urinaria las más relevantes.

Las guías de atención en sepsis tanto en embarazo como en población general van enfocadas a la identificación y tratamiento adecuados, en cuya etiología se sospechan bacterias. Sin embargo en el último año infecciones como el dengue, Chikungunya, Zika y la malaria han cobrado protagonismo, por un lado porque eran desconocidas en nuestro medio o porque hay una tendencia al aumento en su frecuencia. Por otro lado no se debe dejar de lado las infecciones por bacterias multi-resistentes, que empiezan a ser importantes en las gestantes.

Es indudable, que los cambios que sufre nuestro entorno relacionados con el clima, la globalización, las migraciones humanas, la contaminación de fuentes hídricas, el avance de la minería, el abuso de antibióticos tanto en humanos como en animales, el abuso de pesticidas juegan un papel determinante en el impacto de estas infecciones en los humanos.

Las gestantes por sus cambios fisiológicos y por la adaptación de su sistema inmune siempre serán de riesgo para deteriorarse ante la presencia de cualquier infección, independientemente de su origen. Es por ello que se hace necesario un alto índice de sospecha y sensibilidad para el diagnóstico oportuno y enfocar el tratamiento hacia el logro de las metas de reanimación, que es la estrategia que ha mostrado impacto en la reducción de la mortalidad en población general.

7.8.2. *Objetivo general*

Discutir los elementos necesarios para identificación e inicio temprano del tratamiento en los casos en que se sospecha sepsis en una mujer durante la gestación o el puerperio.

7.8.3. *Objetivo específicos*

- Conocer las definiciones necesarias para identificar sepsis en una mujer en estado de embarazo.
- Discutir la epidemiología de sepsis en embarazo en nuestro medio.
- Identificar los cambios fisiológicos que alteran la respuesta de la gestante a la sepsis.

- Utilizar herramientas prácticas para la identificación y solicitud de ayuda en sepsis.
- Aplicar los pilares fundamentales del manejo inicial de la sepsis durante la gestación.
- Identificar algunos esquemas de tratamiento antibiótico inicial.
- Reconocer las condiciones óptimas de referencia de pacientes con sepsis.

7.8.4. **Contenidos**

- Epidemiología de sepsis en embarazo en nuestro medio.
- Definiciones de sepsis
- Herramientas de reconocimiento temprano en sepsis
- Cambios fisiológicos del embarazo de interés en sepsis durante la gestación.
- Enfoque terapéutico inicial (aspectos técnicos y humanos de la tención).
- Algunas medidas de prevención.
- Aspectos humanos: comunicación con la paciente y su familia, educación, enfoque de atención integral con perspectiva de derechos y equidad de género.

7.8.5. **Actividades**

- Pre test para conocer el estado basal de conocimiento sobre sepsis: se realiza un pre-test que incluye los temas del día 2. Se desarrolla a primera hora de la mañana.
- Trabajo en grupos: análisis de caso clínico: 30 minutos.
- Conferencia: Sepsis en embarazo: 30 minutos
- Plenaria: para discusión del caso taller: 40-45 minutos

Nota: en el taller de facilitadores se trabajará una hora más con ampliación de la discusión

Resumen actividades: Taller Sepsis		
Actividad	Tiempo disponible	Recursos necesarios
Taller de análisis de casos clínicos:	30 minutos	Copia del taller sepsis: 1 para cada grupo

Resumen actividades: Taller Sepsis		
Conferencia: sepsis en la paciente embarazada	30 minutos	Presentación de PowerPoint
Plenaria	1 hora y 20 minutos	Presentación de PowerPoint
Implementos generales NOTA: Tenga en cuenta que como los talleres son simultáneos necesita 2 computadores y 2 video beam.		Video- beam Computador portátil Papelógrafo y marcadores Hojas en blanco y lapiceros disponibles

7.8.6. **Bibliografía**

- Velásquez, Jesús. Sepsis en la gestación y el puerperio. En: Texto integrado de Obstetricia y ginecología. Novena edición. Medellín, Colombia, 2015.
- Velásquez, Jesús. Reanimación guiada por metas en sepsis durante la gestación. En: memorias XXII curso de actualización de ginecología y obstetricia, Medellín, Colombia. 2014.
- Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012.
- Royal college of obstetricians and gynaecologists. Bacterial Sepsis following Pregnancy. Green-top Guideline No. 64b. 1st edition. April 2012.
- Royal college of obstetricians and gynaecologists. Bacterial Sepsis in Pregnancy. Green-top Guideline No. 64a. 1st edition April 2012.

7.8.7. **Caso Clínico Sepsis**

María del Carmen tiene 19 años, hoy asiste por urgencias acompañada por la suegra, por presentar fiebre subjetiva y orina "fuerte" desde hace tres días. Tiene 24 semanas de gestación. Ha realizado 3 controles prenatales. Pertenece al régimen contributivo, reside en área urbana de Medellín. Tiene resultados negativos para VIH y hepatitis B. La paciente refiere que ha tenido dos infecciones urinarias en la actual gestación. La primera en la semana 16, fue tratada con

ampicilina por siete días y la segunda en la semana 20, tratada con cefalexina por cinco días. Lleva los resultados de ambos urocultivos. Niega antecedentes personales y familiares de importancia.

Al examen físico se encuentra lo siguiente: pulso: 128 lpm ; PA: 80/50 mmHg ; T: 38.5 grados ; FR: 21 rpm. Abdomen: AU 24 cm FCF: 138/min

Resto del examen sin hallazgos anormales.

Por favor discutan en el grupo el caso de María del Carmen, tengan en cuenta la atención integral por el equipo de salud, considerando los aspectos clínicos y humanos de la atención.

Preguntas

- ¿Cuál es el diagnóstico inicial de trabajo?
- ¿Qué tan grave es este problema en nuestro medio?
- ¿Está de acuerdo con la selección de antibióticos usados para las infecciones previas que presentó María del Carmen?, justifique su respuesta.
- ¿Cuáles antibióticos hubiera empleado usted en ambos episodios?

Es importante en el momento inicial definir el sitio de origen de la infección. Justifique su respuesta.

- ¿Cuáles exámenes de laboratorio se deben solicitar?
- ¿Dónde deben ser atendidas las pacientes con sepsis?
- ¿En qué condiciones se deben realizar los traslados en este tipo de pacientes?
- ¿Cuáles deben ser las órdenes médicas iniciales de la paciente del caso clínico? por favor escribanlas y justifiquen la respuesta.
- ¿Cuáles deben ser las metas terapéuticas?
- ¿Cuántos días debe durar la terapia antibiótica?
- ¿Qué medidas preventivas se deben tomar en este caso? y ¿Qué medidas preventivas se deben tomar en la población general?

Veamos los resultados de los exámenes de María del Carmen:
 Resultado de antibiograma 1. Semana 16 de embarazo
 Se obtuvieron > 100000 UFC de E. Coli

Antibiótico	Sensibilidad
Ampicilina	Sensible
Cefalotina	Intermedio
Ceftriaxona	Resistente
Cefepime	Sensible
Ampicilina sulbactam	Intermedio
Gentamicina	Sensible
Amikacina	Intermedio
Ciprofloxacina	Sensible
Meropenem	Sensible
Nitrofurantoína	Sensible

Resultados antibiograma 2. Semana 20

Antibiótico	Sensibilidad	CIM (concentración inhibitoria mínima)
Ampicilina	Sensible	>4
Cefalotina	Intermedio	>8
Ceftriaxona	Resistente	16
Cefepime	Sensible	<2
Ampicilina sulbactam	Intermedio	>8
Gentamicina	Sensible	4
Amikacina	Intermedio	8
Ciprofloxacina	Sensible	<0.25
Meropenem	Sensible	<0.25
Nitrofurantoína	Sensible	<16

Resultados antibiograma episodio actual – institución tercer nivel

Antibiótico	Sensibilidad	CIM (concentración inhibitoria mínima)
Ampicilina	Sensible	>4
Cefalotina	Intermedio	>8
Ceftriaxona	Resistente	16
Cefepime	Sensible	<2
Ampicilina sulbactam	Intermedio	>8
Gentamicina	Sensible	4
Amikacina	Intermedio	8
Ciprofloxacina	Sensible	<0.25
Meropenem	Sensible	<0.25
Nitrofurantoína	Sensible	<16
Betalactamasas de espectro extendido (BLEE)	PRESENTE	

Hemorragia obstétrica: Código Rojo



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones

7.9. Hemorragia obstétrica: código rojo taller de simulación

7.9.1. *Introducción / Justificación*

Entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna global pasó de 385 a 216 por 100.000 nacidos vivos; lo que representa una reducción del 44% (1). Aunque todas las regiones del mundo mostraron progresos sustanciales con reducciones iguales o superiores a esta cifra, no se logró la meta de los objetivos de desarrollo del milenio y la hemorragia continúa como la primera causa de muerte materna en el mundo (2).

En Colombia el comportamiento fue similar: la razón de mortalidad materna pasó de 102 por 100.000 nacidos vivos en 2000 a 54 por 100.000 en 2013 y para 2015 se estimó en 51,4/1000.000 nacido vivos. En 2015 se presentaron 342 muertes maternas de las cuales el 52.6% fueron atribuidas a causas directas; la primera causa fueron los trastornos hipertensivos con 71 casos (21.9%) y la segunda la hemorragia con 56 casos (16.4%) (3).

Los estudios realizados a nivel internacional y local muestran como una proporción importante de estas muertes por hemorragia, está asociada con un cuidado no óptimo. Uno de los aspectos esenciales para disminuir la mortalidad y discapacidad por hemorragia es lograr que las mujeres sean atendidas por personal calificado en ambientes habilitantes, que aplique las medidas básicas que se han mostrado como eficaces para la prevención y el tratamiento oportuno de esta entidad.

De todos los eventos hemorrágicos que pueden ocurrir durante el embarazo y el parto el que aporta la mayor proporción de casos en todo el mundo es la hemorragia posparto, el 70% de las cuales ocurre como consecuencia de la atonía. La aplicación de oxitocina inmediatamente después del nacimiento es la medida más importante para la reducción del riesgo de esta complicación. La recuperación rápida del choque mediante el uso de líquidos endovenosos y la aplicación del traje anti-choque, así como el control del sangrado usando de manera apropiada los útero-tónicos, el masaje uterino y el balón hidrostático, tendrán repercusiones en la probabilidad de sobrevida de estas pacientes.

Una de las formas de mejorar el desempeño de los profesionales y por ende la seguridad de los pacientes es el entrenamiento en aspectos que superan lo relativo a los conocimientos teóricos y que tienen que ver con la respuestas de los individuos a las situaciones de estrés, su capacidad de trabajo en equipo, el liderazgo, la capacidad de toma de decisiones, reconocer sus errores y escuchar a los subordinados. La

simulación que ha sido utilizada desde hace mucho tiempo con fines de adiestramiento y reentrenamiento en la aviación, plantas nucleares y otras industrias como las de software cumple todos estos objetivos.

El objetivo fundamental de este tipo de entrenamiento es que las personas puedan manejar situaciones complejas y reciban retroalimentación tanto de su desempeño individual como en equipo.

La estrategia educativa de este taller, está basada en escenarios de simulación y casos clínicos, e integra elementos identificados como necesarios para el éxito en la socialización y aplicación de una guía clínica: estudio y entrenamiento en grupos en escenarios clínicos, flexibilidad, colaboración multidisciplinaria, soporte y estímulo al equipo, apropiación y entusiasmo por parte del equipo e interacción individual personalizada con los usuarios finales de la guía.

7.9.2. **Objetivo general**

Fortalecer las competencias de los participantes en la estrategia Código Rojo obstétrico para la atención oportuna y adecuada de la mujer con diagnóstico de hemorragia obstétrica con énfasis en la hemorragia posparto

7.9.3. **Objetivo específicos**

Al finalizar el taller se espera que los asistentes estén en capacidad de:

- Explicar y analizar los cambios fisiológicos del embarazo con énfasis en las modificaciones del volumen sanguíneo y los cambios en la hemostasia y su relación con las complicaciones derivadas de la hemorragia obstétrica.
- Realizar el tratamiento de la mujer con hemorragia obstétrica de manera integral y secuencial aplicando la metodología propuesta: "Código Rojo".
- Promover la implementación del Código Rojo en sus sitios de trabajo.
- Emplear de manera adecuada el traje anti-choque
- Emplear la técnica del taponamiento uterino con balón hidrostático

7.9.4. **Contenido**

- De manera transversal, se consideraran aspectos fundamentales como el trabajo en equipo, la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo y con la paciente y su familia.

- Tratamiento de la paciente con choque hemorrágico
- Manejo médico de la paciente con atonía uterina
- Organización del equipo de trabajo y asignación de funciones
- Indicaciones, uso y mantenimiento del traje anti- choque
- Indicaciones y técnica del taponamiento uterino con balón hidrostático: usando balón de Bakri

7.9.5. **Actividades**

Actividad	Detalle/ Tiempo	Material Necesario
Bases teóricas:	2 actividades: Conferencia con una presentación en PowerPoint : 30 minutos Videos: Código rojo, taponamiento uterino y traje antichoque, este video está en inglés, se recomienda que el facilitador lea la traducción mientras el video corre. 30 minutos	Presentación de PowerPoint. Video de Código Rojo Video -Beam Portátil Equipo de sonido
Práctica de simulación	Caso: hemorragia posparto en paciente con atonía uterina. Se hará énfasis en: asignación y cumplimiento de funciones, nemotecnia de las "4 T" y uso de medicamentos. Se procurara realizar dos veces el mismo ejercicio, esto depende en gran medida de las habilidades y conocimientos previos de los participantes. De manera voluntaria se seleccionan 4 participantes para desarrollar el ejercicio: actuaran como coordinador, asistente 1 y 2 y circulante. Las demás personas observan y evaluaran al final usando listas de chequeo (se entregan antes de iniciar el ejercicio listas prediseñadas con las actividades de cada uno de los participantes del código rojo). tiempo: 1 hora	Simulador Noelle Caja de Código rojo Tarjetas Manta
Maniobras obstétricas: taponamiento uterino con balón y uso del traje anti-choque	Prácticas: Se divide el grupo en dos para que se haga cada práctica y luego se rotan, cada grupo con un facilitador. Conformar equipos de trabajo: dos personas para traje anti- choque y 3 para taponamiento. Objetivo: repetir cada actividad 3 veces en 45 minutos.	Video de Taponamiento uterino Video traje anti-choque Video -Beam Computador Portátil Equipo de sonido 1 pelvis

Actividad	Detalle/ Tiempo	Material Necesario
		Útero con equipo para simular sangrado (anilina) 2 bolsas de nutrición enteral una con sangre y otra con agua Equipo de venoclisis Condones Sondas de Nelaton Sonda de Foley Seda trenzada negra Gasas pequeñas 2 valvas vaginales (o las inferiores de un espéculo) y 2 pinzas de foester

7.9.6. Traducción video: Salvando la vida de las madres, uso del traje anti-choque

Traducción realizada por: Gladis Adriana Vélez Álvarez

Referencia: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. En: http://www.glowm.com/resource_type/resource/video/title/training-guide-for-the-use-of-the-non-pneumatic-anti-shock-garment-/resource_doc/705

No hay mayor alegría que el nacimiento de un bebé, y no hay mayor tragedia que la muerte de una madre durante el parto. La muerte materna es un evento tan frecuente que cada día en el mundo mueren aproximadamente 1000 mujeres dando a luz. La principal causa de muerte materna directa es la hemorragia. Las mujeres entran rápidamente en choque debido a la hemorragia y mueren debido a "demoras": demora para encontrar transporte, demora durante el transporte y demora esperando por atención definitiva en los centros de referencia.

El NASG: "NON PNEUMATIC ANTI-SHOCK GARMENT" (traje anti-choque no neumático) es un dispositivo de primeros auxilios, que puede salvar a estas madres; es de bajo costo, reusable y fácil de aplicar, está hecho de neopreno y velcro. Mediante la compresión, el NASG detiene el sangrado y mantiene la circulación en los órganos vitales durante el choque. El Programa de Maternidad Segura en la Universidad de California (San Francisco) ha demostrado que el NASG "compra tiempo" que ayuda a estas mujeres a sobrevivir a las demoras.

Aplicación:

El traje anti-choque es un traje de compresión hecho de neopreno y velcro, con 6 segmentos que se ajustan alrededor de los tobillos, la pantorrilla, los muslos, la pelvis y el abdomen. El velcro permite mantener el traje ajustado fuertemente. El segmento abdominal (numero 5) contiene un pequeño balón de espuma para comprimir el útero. Cualquier persona puede ser entrenada para aplicar de manera correcta el NASG.

Pasos:

Primero: Ponga el traje debajo de la mujer. El borde superior del traje debe estar al nivel de la costilla más inferior, y la línea de puntos alineada a lo largo de su columna.

Empiece a cerrar el traje a nivel de los tobillos, asegúrese de que esté tan ajustado que al distenderlo y soltarlo, escuche un sonido agudo como al chasquear los dedos. Continúe con los segmentos dos y tres, tratando de dejar libres las rodillas para que la paciente pueda doblarlas. Ajuste el segmento número 3 en el muslo de la misma forma que los segmentos 1 y 2.

Ajuste el segmento numero 4 (que es el segmento pélvico) alrededor de la pelvis de la mujer a nivel del pubis.

Ponga el segmento número 5 con su espuma para la compresión sobre el abdomen, directamente sobre el ombligo y luego cierre el NASG con el segmento número 6.

Para hacer más rápida la aplicación dos personas pueden ajustar de manera simultánea los segmentos 1, 2 y 3; los segmentos 4, 5 y 6, deberán ser aplicados por una sola persona para evitar que se ejerza una presión exagerada. Todos los segmentos deben quedar tan ajustados como sea posible, pero se debe tener cuidado de que el segmento abdominal no debe tan apretado que limite la respiración de la paciente. Si la causa del sangrado parece ser una atonía uterina, administre drogas utero-tónicas y masajee el útero. El traje permite introducir la mano para continuar haciendo masaje uterino.

El NASG se puede adaptar a mujeres de diferentes tamaños. Aquí con propósito demostrativo se está aplicando a una mujer que pesa 103 Kg.

También puede ser utilizado en mujeres de talla más baja. Se empieza igual, colocando el borde superior del traje justo al nivel de la costilla más inferior. Luego sin ajustar el velcro asegúrese de que al cerrarlo el balón de espuma y los segmentos 5 y 6 quedan sobre el ombligo.

Luego verifique si el NASG se extiende más allá de los pies de la mujer; si es así, el traje es muy largo y deberá ser ajustado. Para acortarlo doble el segmento número uno hacia atrás sobre el segmento número dos y empiece a ajustar el traje con este último a nivel de los tobillos. Se continúa igual con los segmentos siguientes como con una mujer más alta.

Se requieren dos personas para aplicar el traje a una mujer que esta inconsciente. Se aplican los mismos principios que cuando se va a cambiar una cama con el paciente en ella. Voltee la mujer hacia un lado, doble el traje por la mitad exactamente por la línea punteada. Doble los segmentos 4 y 6 (pélvico y abdominal) para que el velcro quede hacia adentro y no se pegue. Ponga el borde superior del traje al nivel del borde de la costilla más inferior, y la línea punteada a lo largo de su columna. Empuje la mitad de los segmentos abdominal y pélvico con el velcro doblado hacia dentro, debajo del cuerpo de la mujer. Luego rote la mujer hacia el otro lado para que la otra persona pueda sacar la mitad de los segmentos 4 y 6. Rote la mujer sobre su espalda y verifique, sin cerrar los segmentos 5 y 6, que el traje está bien aplicado chequeando que el balón de espuma quede sobre el ombligo. Luego inicie cierre el traje empezando por los tobillos.

Trasporte

El NASG “compra tiempo” para transporta a las mujeres hasta las instituciones donde se les dará el tratamiento definitivo. Los conductores de ambulancias y otras personas auxiliares encargadas del transporte de pacientes con hemorragia, pueden aprender fácilmente como usar el traje.

NASG para procedimientos y cirugía vaginal y abdominal

El traje puede dejarse en su lugar mientras se le realizan los procedimientos vaginales requeridos. Las cirugías para detener la hemorragia también pueden realizarse dejando el traje en su lugar. Los segmentos abdominal y pélvico deben ser abiertos pero sólo inmediatamente antes de hacer la primera incisión. El personal y el quirófano deben estar ya listos, y el anesthesiólogo debe estar consciente de que la presión puede caer inmediatamente se abre el traje. Se deben abrir solamente los segmentos 4, 5 y 6 y se deben cerrar inmediatamente se termine el procedimiento.

TIP # 1 Aquí se muestra cómo ayudar a la mujer que tiene puesto el traje a orinar o defecar

Deslice el segmento número 4 hacia arriba y coloque el dispositivo para orinar o defecar debajo y ayúdela a levantarse para que se siente. También se puede ayudar a la mujer a que se gire hacia un lado, se desplaza el segmento número 4 hacia arriba hacia su espalda, se voltea nuevamente boca arriba y se coloca el dispositivo para orinar debajo y se lleva a la posición sentada. Cuando termine se baja nuevamente el segmento 4 a su posición y no retire el NASG.

TIP # 2: limpieza del traje

Si el traje se ensucia mucho con sangre y todavía no puede retirarse, se puede cambiar por uno limpio de manera gradual de tal forma que no se pierda la presión. Deslice el traje limpio debajo de la mujer, y colóquelo de tal forma que el borde superior del traje este a nivel del borde de la costilla inferior.

Empezando por los tobillos abra el traje sucio y enrolle el segmento número 1 hacia arriba y afuera. Cierre el segmento número 1 del traje limpio alrededor de los tobillos. Luego abra el segmento número 2 del traje sucio, enróllelo y póngalo fuera aparte. Cierre los segmentos # 2 del traje limpio. Continúe con el mismo procedimiento con los segmentos 3 y 4. Los segmentos 5 y 6 son los más importantes. Para mantener la compresión, remueva los segmentos del traje sucio y aplique los del traje limpio tan rápido como sea posible. La persona que este del lado de balón de espuma debe retirar el traje sucio tirando de él hacia ella. Inmediatamente ajuste los segmentos 5 y 6 del traje limpio. Ponga el traje sucio en un recipiente para equipos de riesgo biológico. La mujer está usando ahora un NASG limpio.

Remoción del NASG

La remoción del NASG solo debe hacerse **bajo supervisión médica**, cuando la paciente tenga una **vena permeable y que sus signos vitales hayan permanecido estables por lo menos 2 horas, con una presión sistólica por encima de 90 mmHg, el pulso menor a 100 lpm y el sangrado menor a 50 mL/hora**. Aunque la paciente haya estado monitorizada, inmediatamente antes de empezar a retirar el traje se deben tomar la presión arterial y el pulso.

Abra el segmento #1 de cada tobillo. Espere 15 minutos. Reevalúe la PA y el pulso. Se espera que no haya un cambio "superior a 20"; esto es, que la presión arterial no disminuya más de 20 MM Hg y el pulso no aumente más de 20 lpm: "la regla del 20". Remueva el segmento #2 en ambas piernas. Espere otros 15 minutos. Reevalúe la PA y el pulso. Si la presión arterial y el pulso permanecen estables, remueva el segmento #3. Luego continúe con los segmentos 4, 5 y 6 esperando

15 minutos entre uno y otro. Si en cualquier momento la PA desciende más de 20 mmHg o el pulso se incrementa más de 20 lpm, suspenda la remoción del traje y empezando por el último segmento que se había abierto aplique nuevamente el traje, desde la parte superior a la inferior y busque la fuente de sangrado.

Lavado y secado del NASG

Cuando se haya removido el traje inmediatamente se debe colocar en una bolsa plástica y en un recipiente plástico para riesgos biológicos. Siempre se deben usar guantes de goma resistentes cuando se manipule un NASG contaminado. Primero remueva el tejido u otro material orgánico, limpiándolo con un cepillo. El siguiente paso es descontaminar el NASG. Prepare una solución de hipoclorito al 0,01 %. La presentación del hipoclorito varía, por lo cual es muy importante asegurarse de que la solución preparada si es al 0.01%. La mezcla correcta en general se prepara con 40 a 100 mL de hipoclorito diluidos por cada 30 litros de agua. Refiérase a esta tabla que hace parte del kit de entrenamiento del NASG para determinar la cantidad correcta de hipoclorito. Sumerja el traje en la solución durante 10 minutos. Es posible que se requiera poner un objeto pesado como una roca, sobre el traje para mantenerlo sumergido. Luego lave el traje con detergente en agua fría o tibia, bien sea a mano o en máquina lavadora. **NO LO PONGA EN SECADORA**, se debe colgar para secarlo. Si el NASG no se dobla de manera apropiada el velcro su puede pegar a sí mismo o contra el traje haciendo más lenta la aplicación del mismo durante la emergencia.

Como doblar el traje.

Ponga el NASG en una superficie limpia y seca, extiéndalo, empiece con el segmento 1 doblándolo sobre sí mismo de tal forma que el velcro no se pegue contra el material de color externo sino que quede hacia adentro. Doble los segmentos 2 y 3 en la misma forma. Luego doble los segmentos 1 al 3 sobre sí mismos y póngalos dentro del segmento abdominal. Luego doble el segmento pélvico de tal forma que el velcro quede hacia la parte negra no hacia la azul externa. Luego doble los segmentos de los miembros inferiores y el segmento pélvico en el segmento abdominal. Doble el segmento número 5; ajuste muy bien el segmento #6 al rededor del 5. Ahora el traje está listo para ser almacenado en un sitio seco y limpio, donde este visible y fácilmente accesible. Si se dobla correctamente quedara listo para usarlo con la próxima paciente.

Práctica y simulacros

Si usted trabaja en una institución de primer nivel o a nivel comunitario esto nos significa que no vaya a llegar alguna vez una paciente que requiera el uso de traje. Por ello es importante que se hagan practicas poniéndose el traje uno al otro por lo menos 1 vez al mes. Así, cuando llegue una paciente con hemorragia que requiera usar el traje usted tendrá la experiencia necesaria para poder ayudarla.

Puede que el NASG no salve la vida de cada mujer que está muriendo durante el parto, pero los datos iniciales recopilados durante 10 años en África en tres diferentes estudios muestran una disminución en la mortalidad del 50% cuando el NASG fue usado. Un implemento simple, fácil de aplicar, reusable y de bajo costo puede salvar la vida de miles de mujeres cada año y también puede preservar la integridad de sus familias y comunidades.

Instrucciones para el desarrollo de la simulación

La efectividad de un ejercicio de simulación depende no solo de las especificaciones técnicas del simulador para evocar de una manera real la respuesta humana fisiológica sino que también depende del diseño cuidadoso del ejercicio y la experiencia del instructor para lograr un «ambiente completo de simulación» que dispare las emociones del participante.

Para ello es necesario que el facilitador realice un ejercicio de aprestamiento previo y unos acuerdos con los participantes antes de iniciar el ejercicio.

Preparación del ejercicio

Definir los objetivos

Tenga claro cuál es el perfil de las personas que participarán en el ejercicio: quienes son y cuáles son sus intereses. Esto le permitirá definir los objetivos del taller. Es posible que algunas veces tenga que hacer ajustes de último minuto en los objetivos a alcanzar, porque las personas que usted esperaba no fueron las que llegaron a la capacitación. Sea flexible.

La simulación cumple un rol fundamental para lograr que los participantes de un ejercicio puedan realizar satisfactoriamente una tarea o actividad crítica. En el taller de Código rojo se utilizara la simulación para lograr que los participantes adquieran ciertas competencias para el tratamiento de la mujer con hemorragia posparto:

Identificar el estado de choque.

Llevar a cabo de manera secuencial y ordenada las actividades de estabilización y diagnóstico de los primeros 20 minutos de atención de la mujer con hemorragia posparto por atonía.

Mantener una comunicación fluida entre el grupo de trabajo y con la familia.

Aplicar de manera adecuada el taponamiento uterino con balón de bakri o con preservativo.

Aplicar de manera adecuada el traje anti-choque.

Prepare el caso

Dependiendo del simulador disponible se pueden tener tres escenarios:

Si tiene un simulador de última generación, utilice uno de los casos preparados que estén previamente grabados en el software. Tenga la precaución de revisarlo previamente. En este caso se tendrá disponible la información del examen físico de manera secuencial a medida que los participantes ejecuten las acciones: el simulador habla, se queja, los signos vitales parecen en el monitor al tomarlos; palpación uterina etc...

También se puede grabar la información del caso en un archivo de Word o PowerPoint para tenerla disponible en una pantalla de computador y mostrarla a los participantes.

Usted puede informar de manera verbal los datos de la historia y el examen clínico.

Se realizarán tres simulaciones: una para la atención de la paciente con choque hemorrágico, otra para el taponamiento uterino con balón y una para la aplicación del traje anti-choque.

Prepare el escenario:

El instructor debe revisar y preparar el material; adecuar el escenario según los objetivos propuestos y el número de participantes que se esperan. Según el número de participantes, es probable que algunos de ellos no puedan actuar y tendrán un papel de observadores. Disponga el salón de tal forma que se facilite la observación si interferir en el ejercicio.

Tenga en cuenta que aunque cuente con personal auxiliar que le colabore, es su responsabilidad verificar que el escenario esté adecuadamente preparado.

En este caso se requieren tres espacios:

Para taller el código rojo: tratamiento de la mujer con choque hemorrágico por Hemorragia posparto por atonía.

Práctica de aplicación de traje anti- choque

Práctica de taponamiento uterino con balón

Desarrollo del ejercicio:

Ejercicio de simulación 1: Tratamiento de la mujer con choque hemorrágico por hemorragia posparto por atonía.

Presente el escenario:

Se trata de un hospital de primer nivel, localizado a dos horas del hospital de segundo nivel más cercano. Se cuenta con los recursos mínimos necesarios excepto paquete transfusional de emergencia.

Caso clínico 1

Caso: Marcela, 32 años. Tuvo su cuarta gestación, que terminó de 41 más cinco días, luego de una inducción con oxitocina por tres días, El parto evolucionó normal, sin complicaciones, con un expulsivo de una hora. Nació un bebé de 3900 gramos. No se realizó el alumbramiento activo. Se pasó a la sala de recuperación y a los 30 minutos la señora manifiesta:

Minuto 0:

Marcela: *“Señorita, me siento mareada, se me va el mundo... ayúdeme”* (Si es un simulador sencillo usted tendrá que dar inicio al ejercicio simulando la voz de la paciente).

Permita que el circulante sea quien entre en contacto en el minuto 0.

Objetivo 1: evaluar momento de contacto. El objetivo es verificar que los participantes tienen clara la secuencia de eventos en la alteración hemodinámica de la paciente embarazada o posparto que está entrando en un estado de choque: se debe evaluar en su orden: sensorio, perfusión, pulso y presión arterial.

Activación del Código Rojo:

Objetivo 2: clarificar la asignación de funciones y como debe interactuar el equipo de trabajo para no generar caos en esta situación de emergencia.

Evolución:

Primera evaluación:

Signos de hipoperfusión:

Excitación, ansiosa

Piel fría, sudorosa y palidez

Llenado capilar de dos segundos

Signos vitales:

PA: 86/54

Pulso de 110/min, débil

Saturación de O₂: 92%

Hallazgos:

Primera evaluación:

Útero con atonía: fondo uterino por encima del ombligo

A la expresión salen coágulos por vagina, queda con sangrado abundante por vagina

No hay desgarramiento vaginal ni genital

Objetivo 3: definir el estado de choque y la causa de la hemorragia. Verificar el cumplimiento de las funciones por cada uno de los participantes. Ver lista de chequeo adjunta (anexo).

Enfatice:

Deben verificar siempre el tono uterino (la atonía causa el 70% de la HPP) y descartar que no se trate de una inversión uterina. Pensar siempre en las otras 3 Ts.

Tipo de líquidos a administrar y la forma de hacerlo: bolos de cristaloides de 500 mL cada 5 minutos, calentados previamente.

Uso de la oxitocina: dosis y vía de administración

Segunda evaluación: minuto 10

PA: 80/50

Pulso de 116/min, débil

Saturación de O₂: 90%

El sangrado ha disminuido pero continúa

Objetivo 4: de acuerdo al desempeño del equipo de trabajo resalte los aspectos positivos y defina en qué aspectos deben mejorar.

Enfatice:

Si se controló el sangrado, deben mantener las acciones de hemostasia y los líquidos de sostenimiento durante el traslado de la paciente o mientras es llevada a cirugía

Ejercicio de simulación 2: Taponamiento uterino con balón hidrostático.

Los objetivos de ésta práctica son:

Los participantes conocen las indicaciones y condiciones para realizar un taponamiento uterino con balón.

Los participantes saben usar el balón de Bakri

Los participantes saben utilizar una sonda de Nelaton y un preservativo como un método alternativo de taponamiento cuando no se tiene disponible del balón de Bakri

Desarrollo:

Aunque los participantes ya hayan visto el video asegúrese que tienen claras las indicaciones y requisitos para realizar el taponamiento.

Realice demostraciones "paso a paso": con el balón de Bakri y con el preservativo. Se sugiere que uno de los asistentes lo haga y usted supervise y corrija cada detalle.

Divida el grupo en subgrupos de a tres. Cada subgrupo arma y realiza el taponamiento en una de las pelvis.

Ejercicio de simulación 3: Traje anti-choque

Los objetivos de ésta práctica son:

Los participantes saben las indicaciones del traje anti-choque

Los participantes saben colocar el traje

Los participantes saben retirar el traje y "aplicar la regla del 20"

Los participantes saben doblar el traje.

Desarrollo:

Aunque los participantes ya hayan visto el video asegúrese que tienen claras las instrucciones para la colocación del traje.

Realice una demostración "paso a paso": Se sugiere que uno de los asistentes haga las veces de paciente y dos más apliquen el traje. Supervise y corrija cada detalle.

Repita la práctica varias veces de colocar y retirar el traje enfatizando en la colocación a la altura adecuada (panel 5 al nivel del ombligo), ajuste suficiente de los paneles y que las rodillas queden libres. Recuerde la "regla del 20" para el retiro del traje.

7.9.7. Anexo Código Rojo - lista de chequeo

Código Rojo obstétrico

Hemorragia Obstétrica- Taller de simulación

Coloque un "2" si la actividad o tarea se realizó adecuadamente, un "1" si no se realizó satisfactoriamente y "0" si no se observó. NA: si no aplica realizar la acción

Actividad	NA	0	1	2
Momento de contacto: Actividad que se debe realizar				
La persona que establece contacto verifica el estado de choque hipovolémico, el sangrado y la condición crítica de la paciente, apoyado en los signos de hipo-perfusión cerebral y estado de perfusión				
Activa el código rojo, llama al equipo asignado para esta función Nota: si está capacitado, canaliza una vena con catéter Nº 14 o 16, e inicia los primeros 500 ml de cristaloides a temperatura ambiente				
Minuto 1 al 20: Actividad que se debe realizar				
Coordinador: Nombre: _____ Solicita información de la condición inicial de la paciente en el momento del contacto				
Se ubica al lado derecho de la pelvis				
Solicita la aplicación de la sonda vesical bajo asepsia				
Calcula la pérdida de volumen según el estado inicial de choque hipovolémico, y determina cuanto volumen hay que restituir luego de los líquidos iniciales.				
Inicia la búsqueda de la fuente de sangrado (placenta previa, abruptio de placenta, hemorragia interna, etc): aprecia el tono, el tamaño del útero, la fetocardia (si es pertinente), realiza examen genital y verifica dilatación y sangrado por la vía vaginal.				

Actividad	NA	0	1	2
Verifica que los otros miembros del equipo cumplan con las funciones asignadas por el código rojo				
Mantiene la calma y el orden en el equipo de trabajo				
Solicita que se brinde la información suficiente a los familiares				
Solicita la orden de remisión, ambulancia y asigna el equipo acompañante hasta el próximo nivel de atención				

Código Rojo

Hemorragia Obstétrica- Taller de simulación

Coloque un "2" si la actividad o tarea se realizó adecuadamente, un "1" si no se realizó satisfactoriamente y "0" si no se observó. NA: si no aplica realizar la acción

Actividad	NA	0	1	2
Minuto 1 al 20: Actividad que se debe realizar				
<p>Asistente 1: Nombre _____</p> <p>Se ubica en la cabecera de la paciente, toma la máscara de no-reinhalación y-o Ventury, procede a iniciar la oxigenación. Nota: debe proteger la vía aérea por el estado potencial de inconciencia (verificar presencia de prótesis y retirarlas)</p>				
Si la paciente está consciente, establece contacto con ella y le brinda confianza y las explicaciones pertinentes				
Verifica y registra los signos vitales, en su orden: estado de conciencia, color y humedad de la piel, calidad del pulso y presión arterial. Mantiene la vigilancia permanente de estos signos				
Cubre a la paciente con una frazada				
Si la paciente está embarazada con más de 20 semanas, desvía el útero un poco a la izquierda colocando un paquete _____ debajo _____ de la región lumbo-sacra derecha				
Inicia el registro de la historia del código rojo (CR), y lo continua en el tiempo e informa al coordinador la condición del paciente periódicamente				
<p>Asistente 2: Nombre: _____</p> <p>Se ubica en el lado izquierdo de la paciente, al lado del acceso venoso</p>				

Actividad	NA	0	1	2
Procede a garantizar dos buenos accesos venosos: por lo menos 1 con catéter N° 14 o 16, y vigila que se mantenga su permeabilidad.				
Inicia la infusión de los cristaloides, pasando 500 ml de solución salina a temperatura ambiente, como parte de los líquidos iniciales. Continúa con los líquidos restantes calientes 500 c.c cada 5 minutos o según las instrucciones del coordinador				
Toma las muestras de sangre en los tres tubos				
Minuto 1 al 20: Actividad que se debe realizar				
<p>Circulante: Nombre: _____</p> <p>Abre el paquete de Código Rojo (si este está organizado así), y toma los primeros 500 ml a temperatura ambiente y el equipo de venoclisis, y se lo entrega al asistente dos</p>				
Inicia el calentamiento de los líquidos en el microondas (inicialmente los restantes 1500 ml)				
Colabora con el asistente dos y con el coordinador en los procedimientos pertinentes				
Contacta al laboratorio y le informa acerca del Código Rojo, solicita las dos unidades de glóbulos rojos ordenadas e informa el envío de muestras para procesar				
Reserva la ambulancia para el transporte de la paciente				
Con un trato amable, firme y seguro, le informa al centro de regulación local acerca de la condición crítica de la paciente, la necesidad de transferir a un centro de mayor complejidad				
Mantiene el contacto con la familia y le transmite a la familia la información que el coordinador le indique.				

7.9.8. **Anexo Taponamiento uterino con preservativo - lista de chequeo**

(Para ser utilizada por los participantes durante el entrenamiento y por el instructor en la evaluación)

Coloque un "2" si la actividad o tarea se realizó adecuadamente, un "1" si no se realizó satisfactoriamente y "0" si no se observó. "NA" si no aplica de acuerdo al caso.

- Satisfactorio: realiza la tarea o actividad de acuerdo al estándar definido en la guía.
- No satisfactorio: No realiza la tarea o actividad de acuerdo al estándar definido en la guía.
- No observable: la tarea o actividad no fue realizada por el participante

Actividad / Tarea	Casos				
Prepararse					
Explicar a la mujer la maniobra que va a realizar					
En lo posible proveer soporte emocional, escuchar sus inquietudes y responderlas adecuadamente.					
Lavar las manos con un jabón antiséptico y enjuagarlas con agua corriente. Secarlas con un secador o un paño estéril.					
Utilizar equipo de protección					
Preparar el equipo: con precauciones estériles introducir una sonda de Nelaton # 18 en un preservativo y fijarla firmemente. Tenga precaución de dejar libre el extremo superior del preservativo.					
La mujer debe estar en posición de litotomía y tener colocada una sonda vesical. Si no se ha colocado previamente, este es el momento para hacerlo (sonda de foley).					
Suministrar analgesia y sedación de acuerdo a los recursos disponibles.					

Actividad / Tarea	Casos				
Administrar una dosis de antibiótico profiláctico: Cefalosporina de primera generación					
<i>La actividad/habilidad se desarrolló satisfactoriamente</i>					
Taponamiento uterino					
Usar guantes estériles					
Limpiar la vulva y el periné con una solución antiséptica					
Visualizar el cérvix separando las paredes vaginales con las valvas o separadores vaginales					
Insertar el condón en la cavidad uterina (puede hacerse con una pinza de foester o de manera manual si la dilatación del cérvix lo permite) hasta que la punta de la sonda entre en contacto con el fondo uterino.					
Conectar el extremo externo de la sonda a un equipo con solución salina normal estéril y llenar con aproximadamente 250-500 ml					
Observar el sangrado, cuando éste se reduzca considerablemente, suspender el paso del líquido y amarrar fuertemente el extremo externo de la sonda.					
La contracción uterina se mantiene dejando una infusión de oxitocina(40-60 mu/min) por lo menos durante 6 horas					
Colocar un taponamiento con gasas en la vagina para evitar la expulsión del preservativo (balón).					
El condón se mantiene en su sitio durante 24-48 horas y cuando se vaya a retirar se desinfla gradualmente (en un lapso de 10 -15 minutos) en un ambiente quirúrgico.					

Actividad / Tarea	Casos			
La paciente debe recibir un régimen de antibióticos profilácticos de amplio espectro, durante el tiempo que permanezca el condón en la cavidad.				
<i>La actividad/habilidad se desarrolló satisfactoriamente</i>				
Actividades pos- procedimiento				
Quitarse los guantes volteándolos sobre si				
Depositarlos en el contenedor adecuado				
Usar una solución antiséptica para limpiarse las manos o lavarlas con agua y jabón y séquelas con un paño estéril o aire seco.				
Monitorear el sangrado vaginal, controlar los signos vitales y verificar que el útero está firmemente contraído Cada 15 minutos por dos horas. Cada 30 minutos por dos horas				

7.9.9. **Bibliografía**

- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Bogotá D.C.: Colciencias; 2013. 83 p.
- The Global Library of Women`s Medicine. Arulkumaran S et al. Editores. A comprehensive textbook of postpartum hamorrhage. Capítulos 46 y 48. 2th ed. Sapiens publishing. Londres 2012.
- FIGO guidelins. Non-pneumatic anti-shock garment to stabilize women with hypovolemic shock secondary to obstetric hemorrhage. Intenational Journal of Ggynecology and obstetrics. March 2015. 128 (3). Pages 194–195.
- Miller S, Belizan J. A promising device to save maternal lives associated with obstetric hemorrhage: the non-pneumatic anti-

shock garment (NASG). Reproductive health. 2015 12:26. DOI: 10.1186/s12978-015-0019-6

- World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2015. Disponible en: www.who.int
- Say et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Global Health, 2 (6), e323–e333, June 2014. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/abstract)
- República de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Informe del Evento mortalidad materna. En: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiolgico/MORTALIDAD%20MATERNA%20Periodo%20XIII%202015.pdf>. Consultada el 5 de marzo de 2016.



MINSALUD



OIM Organización Internacional para las Migraciones