



Resolución Directoral

Lima, 21 de marzo del 2023

VISTO:

El expediente N° 23-6165-1 conteniendo, Memorando N° 0156-2023-OEAIDE-INMP de fecha 20 de marzo del 2023, del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional Materno Perinatal.

CONSIDERANDO:

Que, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo; la protección de la salud es de interés público, por tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable, en consecuencia debe promoverse las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, dentro de términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad con arreglo a principios de equidad;

Que, la Ley N° 26842-Ley General de Salud, en su numeral XV del Título Preliminar, prescribe que el Estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud, así como la formación, capacitación y entrenamiento de los recursos humanos para el cuidado de la salud;

Que, el artículo 28° de la Ley N° 26842-Ley General de Salud, establece que la investigación experimental con personas debe ceñirse a la legislación especial sobre la materia y a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados;

Que, el artículo 119° del Reglamento de Establecimientos de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA señala que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo podrán desarrollar actividades de docencia y de investigación de conformidad con lo dispuesto en su artículo 14° del mismo cuerpo legal;

Que, el Decreto Supremo N° 021-2022-SA, define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, siendo que el Instituto Nacional Materno Perinatal, tiene a su cargo la Ficha N° 27.4: "Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de la DIRIS de Lima, formación de capacitadores de la DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencia Obstétricas y atención inmediata del recién nacido";

Que, para tal fin el Instituto Nacional Materno Perinatal ha elaborado de manera consensuada, con la Dirección Ejecutiva de Salud Sexual y Reproductiva y Dirección Ejecutiva de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud



Pública del Ministerio de Salud, el plan de capacitación denominado: "Plan de capacitación en emergencias obstétricas y atención del recién nacido con complicaciones";

Que, el artículo 1° del Reglamento de Organización y Funciones de la Institución, aprobado por Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA, establece que el Instituto Nacional Materno Perinatal es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud, responsable de la investigación científica, la enseñanza y la atención especializada y altamente especializada en el campo de la salud reproductiva de la mujer y el neonato. Asimismo, debe desarrollar la innovación tecnológica y proponer normas en su campo con énfasis en la salud materno neonatal;

Que, de conformidad a las precitadas disposiciones normativas, el Instituto debe brindar asistencia técnica a los profesionales del sector salud a nivel nacional, en los nuevos métodos y técnica de manejo de la salud reproductiva de la mujer y del niño de alto riesgo, constituyéndose como centro docente a nivel nacional e internacional;

Que, mediante Memorando N° 0156-2023-OEAIDE-INMP, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada informa que en coordinación con los Directores de Línea se elaboró el Plan de Actividad Educativa – PAE del curso en mención, el mismo que fue remitido con Oficio N° 222-2023-DG-075-OEAIDE/INMP y por correo electrónico el día 26 de enero de 2023, a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA, para su revisión y/o aprobación; en consecuencia, habiendo sido previamente revisado y subsanada las observaciones al PAE, con fecha 17 de marzo del presente año, se emite opinión favorable del curso vía correo electrónico por parte de la Lic. Liz Albormoz Ureta – del Equipo Técnico de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA y Dr. Mario Izquierdo Hernández – Director de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – MINSA, debiendo dar continuidad con el proceso de aprobación del plan con acto resolutivo;

Con visación del Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Administración, del Jefe de la Oficina de Recursos Humanos y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica y en armonía con las facultades conferidas por Resolución Ministerial N° 504-2010/MINSA y la Resolución Ministerial N° 006-2022/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Aprobar el "Documento técnico: Plan de Capacitación en Emergencias Obstétricas y Atención del Recién Nacido con Complicaciones del Instituto Nacional Materno Perinatal" 2023, el mismo que contiene trece (13) numerales, todo ello hace un total de sesentaidos (62) páginas y forma parte integrante de la presente resolución.

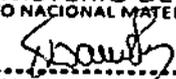
ARTICULO SEGUNDO: La Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto, será responsable de la ejecución del Plan de Capacitación.

ARTICULO TERCERO: La ejecución del referido Plan está supeditada a la disponibilidad presupuestal correspondiente.

ARTICULO CUARTO: Disponer que el responsable de elaborar y actualizar el Portal de Transparencia, publique la presente Resolución Directoral en el Portal Web de la Institución.

Regístrese y Comuníquese

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL


Mg. Félix Dasio Ayala Peralta
C.M.P. 19726 - R.N.E. 9170
DIRECTOR DE INSTITUTO

FDAP/JLCHR/aiyl

Cc.

- OEA
- OEPE
- OEAIDE

- ORRHH
- OAJ
- OGC

- Oficina de Estadística e Informática (Pub Web)
- Archivo

DOCUMENTO TECNICO: PLAN DE CAPACITACIÓN EN EMERGENCIAS OBSTETRICAS Y ATENCION DEL RECIEN NACIDO CON COMPLICACIONES

ITEMS		DATOS	
1. Documento de aprobación del PDP-2023			
2. Documento con la cual se inicia el trámite		D.S. N° 021-2022-SA, Decreto Supremo que Define los Indicadores de Desempeño, Compromisos de Mejora de los Servicios a Cumplir en el Año 2023 y los Criterios Técnicos para su Aplicación e Implementación DL 1153 que regula la política integral de las compensaciones y entregas económicas del personal de salud.	
3. Nombre de la actividad educativa		Curso taller de Aplicación de las claves roja, azul y amarilla en las emergencias Obstétricas y atención inmediata del recién nacido con complicaciones.	
4. Modalidad Educativa		Presencial	
5. Órgano, Unidad Orgánica		Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada (OEAIDE)	
6. Fechas		abril a noviembre 2023	
7. Sede de la Actividad Educativa		Instituto Nacional Materno Perinatal	
8. Responsable de Capacitación		Dr. Luis Meza Santibañez Dra Carmen Dávila Arteaga	
9. Nombre de Coordinador (a) Académica		Dr. Carlos Alvarado Nato (DEOG) Dra. Rosemary Hinojosa Pérez (DEN)	
10. Presupuesto total ejecutado			
11. Fuente de Financiamiento		Recursos Ordinarios, para 2 tutores en 2 regiones	
12. Nombre del Proveedor		Instituto Nacional Materno Perinatal	
13. Valor Curricular	Horas /Créditos	Emergencias obstétricas	Atención inmediata del RN complicado
	N.º de Horas Cronológicas	27	27
	N.º de Horas Académicas	36	36
	N.º de Créditos	2.25	2.25
14. Características de público objetivo*		Médico Ginecólogo Médico Cirujano Lic. Obstetricia	Médico Pediatra Medico Neonatólogo Médico Cirujano Lic. Enfermería
15. N° Docentes/ponentes/facilitadores /tutores que desarrollaran la actividad educativa.		31 tutores	



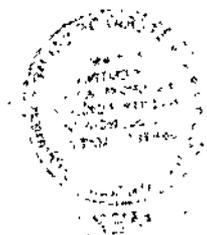
L. MEZA

INDICE:

1. Introducción	3
2. Finalidad	4
3. Objetivos	4
4. Ámbito de aplicación	4
5. Base Legal	4
6. Competencias	5
7. Metodología	6
8. Desarrollo de actividades y contenidos	9
• Curso Taller de Emergencias Obstétricas	10
• Curso Taller de Atención Inmediata del recién Nacido	12
9. Capacitación de Tutores	14
10. Cronograma de los Talleres	15
11. Responsabilidades	16
12. Bibliografía	16
13. Anexos	18
• Ficha de matrícula	19
• Perfil del tutor regional	20
• Formato de compromiso como beneficio de capacitación	21
• Ficha de evaluación del Taller	22
• Lista de Materiales para los talleres	24
• Listado de tutores	25
• Plan de mejora continua de la calidad en salud	26
• Lista de chequeo	27



L. MEZA



1. INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), es una institución encargada de la asistencia altamente especializada en salud reproductiva de la mujer con énfasis en la atención materno perinatal y seguimiento coordinado del recién nacido y el niño de alto riesgo.

Se ha observado un incremento del acceso de las mujeres a los servicios de salud materna, que está reflejado en el aumento de la cobertura nacional de la Atención Prenatal de 72% en 1996, 84% en el año 2000, 88% en el 2021 98% de ellos el 89% tiene más 6 controles prenatales. El parto institucional al año 2000 fue 58% y según datos de la ENDES continua en el 2021 fue 93% de los nacimientos ocurridos, en los últimos 5 años tuvieron lugar en un establecimiento de salud en el ámbito nacional. Este incremento podría ser explicado por la implementación del Seguro Integral de Salud - SIS, casas de espera, adecuación cultural de los servicios y atención de parto vertical, entre otras estrategias implementadas, que han incrementado el acceso de las mujeres a los servicios de salud.

Las muertes neonatales están asociadas problemas maternos, pero también, a la falta de atención de calidad durante el parto o de atención por parte de personal calificado y tratamiento inmediatamente después del parto y en los primeros días de vida. En el año 2022 (hasta la SE 44) se notificaron 2345 defunciones neonatales, 68% (1409) fueron prematuros y el 22.7% fueron muertes evitables, es decir, muertes de recién nacidos con peso mayo a 2500, edad gestacional mayor a 37 semanas de gestación y sin malformaciones letales, en comparación a los años anteriores, la mortalidad neonatal muestra un discreto descenso



L. MEZA

En este contexto, el área de Capacitación en coordinación con Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, desarrolla durante el 2023 actividades para el Fortalecimiento de competencias de los profesionales de salud de los establecimientos de salud del primer nivel de las DIRIS de Lima, formación de capacitadores de las DIRESA, GERESA en la aplicación de las Claves en Emergencias Obstétricas y atención inmediata del recién nacido.

El curso taller de Emergencias Obstétricas y el curso Taller de atención inmediata del recién nacido es de naturaleza teórico- práctico, y de acuerdo al perfil profesional permite fortalecer habilidades y competencias clínicas necesarias para detectar precozmente a las usuarias expuestas y no expuestas a factores de riesgo. Las clases familiarizan al profesional con los conceptos, procedimientos y herramientas acorde con las necesidades del usuario y el uso de ellos para desempeñarse con solvencia.

2. FINALIDAD

Contribuir a la disminución de la morbilidad materno y neonatal a través del manejo estandarizado de las emergencias maternas y neonatales según funciones obstétricas y neonatales, de acuerdo a la capacidad resolutive de la institución de salud

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo General

Mejorar las competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales en el manejo de emergencias obstétricas y en la atención inmediata del recién nacido con complicaciones de manera eficiente.

3.2 Objetivos Específicos:

- Fortalecer la capacidad técnica del personal de salud para la identificación oportuna de la emergencia obstétrica y neonatal.
- Mejorar los procesos de la atención de las emergencias obstétricas y la atención inmediata del recién nacido con complicaciones según nivel de capacidad resolutive y roles de desempeño de los profesionales de salud.
- Monitorear la atención de las emergencias obstétricas y neonatales, evaluar la performance de los capacitados mediante indicadores de proceso y resultado.

4. AMBITO DE APLICACIÓN:

El plan está dirigido a profesionales médicos, enfermeras y obstetras del primer nivel de atención de las Diresas, Geresas y Diris de Lima metropolitana priorizadas.

5. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, y su modificatoria.
- Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, y sus modificatorias.
- Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- Decreto Legislativo N° 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Legislativo N° 1490, Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la Telesalud.
- Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N° 815-2010/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Gestión Local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna".



- Resolución Ministerial N° 827-2013/MINSA, que aprueba la NTS N° 105-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna", y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS N°106 - MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal"
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA, que aprueba la NTS N° 124-2016-MINSA-V.01: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, y su modificatoria.
- Resolución Ministerial N° 250-2017/MINSA, que aprueba la NTS N° 134-MINSA/2017/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas, y sus modificatorias.
- Resolución Ministerial N° 146-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 286-MINSA/2020/DIGTEL: "Directiva Administrativa para la Implementación y Desarrollo de los Servicios de Teleorientación y Telemonitoreo".
- Resolución Ministerial N° 456-2020-MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 161-MINSA/2020/DGAIN, "Norma Técnica de Salud para el uso de los Equipos de Protección Personal por los trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud".
- Resolución Ministerial N° 649-2020/MINSA, que aprueba la NTS N° 164-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual.
- Resolución Ministerial N° 004-2021/MINSA, que aprueba NTS N° 171-MINSA/2021/DGAIN: "Norma Técnica de Salud para la Adecuación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 Perú".
- Resolución Ministerial N° 450-2022/MINSA, que aprueba NTS N° 171-MINSA/2021/DGAIN: "Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la covid-19"
- Resolución Ministerial N° 249-2020/MINSA, que aprueba la DIRECTIVA SANITARIA N° 098-MINSA/2020/DGIESP: "Directiva Sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud.
- Resolución Ministerial N° 653-2021/MINSA, que aprueba NTS N° 174-MINSA/2021/CDC Norma técnica de salud para la vigilancia epidemiológica de la: Morbilidad Materna Extrema



6. COMPETENCIAS:

Al final de la capacitación, los participantes estarán en condiciones de:

- Aplicar nociones teóricas y prácticas sobre el manejo de las Emergencias

Obstétricas según funciones obstétricas y capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

- Aplicar nociones teóricas y prácticas para la atención inmediata del Recién Nacido, detección de signos de alarma y manejo, según funciones y capacidad resolutive de los establecimientos de salud.

7. METODOLOGÍA:

El plan de capacitación se realizará de manera presencial con una duración de tres días para el componente materno y también de 3 días para el componente neonatal. El horario programado es desde las 8:00 a 13 horas y de 14:00 a 18:00 horas, con un intermedio de 1 hora para el almuerzo.

7.1. De la organización por Grupos

ITEM	Capacitación Obstétricas	Capacitación Neonatal
Características del grupo objetivo	- Médicos gineco obstetras - Médicos cirujanos - Lic. de Obstetricia	- Médicos neonatólogos - Médicos pediatras - Médicos cirujanos - Lic. Enfermería
Horas cronológicas	27	27
Horas académicas	36	36
Nº de créditos	2.25	2.25



7.2. De las Etapas de la capacitación: Se organizarán de la siguiente manera:

- **PRIMERA ETAPA: Capacitación de profesionales de la salud de las DIRIS de Lima**
 - La capacitación se realizará para el componente Materno (Médico, Lic. Obstetricia) y para el componente Neonatal (Médico, Lic. Enfermería), cada uno con 12 participantes de las DIRIS de Lima Metropolitana. Serán capacitados 144 profesionales en el componente materno y 144 profesionales en el componente Neonatal.
 - Se realizarán 12 cursos Talleres de Abril a noviembre 2023 tanto para el componente materno, como el componente neonatal.
 - Componente Materno: Curso taller de Aplicación de las claves roja, azul y amarilla en las emergencias Obstétricas, duración 3 días **presenciales**.

- Componente Neonatal: Curso Taller Atención inmediata del recién nacido con complicaciones, duración 3 días **presenciales**

- **SEGUNDA ETAPA: Capacitación a tutores de 12 regiones priorizadas**

- Se capacitará como facilitadores regionales a 6 representantes de las 12 regiones priorizadas, 3 capacitadores de atención materna y 3 capacitadores de atención neonatal, en total 72 capacitadores.
- Se desarrollará el Taller de Capacitación en educación del Adulto para los facilitadores procedentes de las regiones, un taller se realizará en la segunda semana de Abril (36 participantes) y el segundo taller la segunda semana de Agosto (36 participantes) vía zoom.
- Criterios de inclusión: El personal seleccionado por la DIRESA / GERESA debe ser ginecólogo, pediatra, neonatólogo, obstetra y enfermera: de preferencia del hospital regional o equivalente o el de mayor capacidad resolutive
 - Personal nombrado / CAS en actividad asistencial
 - Para la temática de salud materna: médico ginecólogo y obstetra
 - Para la temática de salud neonatal: médico neonatólogo, médico pediatra y enfermera
 - Habilidades para transmitir conocimientos
 - Experiencia Mínima de 03 años en el trabajo asistencial
 - De preferencia con Experiencia en Docencia universitaria
- En el mes programado los profesionales mencionados asistirán de manera presencial al Curso taller de 3 días de duración continua e ininterrumpida. Se desempeñarán como co-facilitadores.
- De la convocatoria: la convocatoria será realizada por la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSa; quienes priorizaron las siguientes regiones

- | | |
|----------------|----------------|
| 1) Piura | 7) Junín |
| 2) La Libertad | 8) Cusco |
| 3) Cajamarca | 9) Huánuco |
| 4) Loreto | 10) Puno |
| 5) Lambayeque | 11) San Martín |
| 6) Ucayali | 12) Amazonas |

La priorización de regiones estará sujeto a modificación según situaciones de emergencia sanitaria u otros a considerar.

- **TERCERA ETAPA: ACOMPAÑAMIENTO A LOS TUTORES REGIONALES**

- De la priorización de regiones: El MINSa ha determinado que el acompañamiento en la capacitación de réplica será en las Regiones de La Libertad y Huánuco.



- De la actividad a realizar: El acompañamiento será para Región La Libertad en julio y para Región Huánuco en octubre.
- De la organización: El INMP enviara capacitador de la temática Materna(médico ginecólogo y obstetra) y capacitador de la temática neonatal (médico neonatólogo y enfermera) para los 3 días de capacitación presencial que se realizara en las regiones seleccionadas.
- De la organización: El capacitador coordinara con la región la organización del taller de réplica-
- Las funciones del Capacitador
 - Apoyar en la capacitación que realizaran los tutores regionales que participaron de la capacitación a tutores
 - Supervisar que la metodología de capacitación y los materiales a usar, son los que se usaron en la capacitación que se realizó en el INMP
 - Realizara el informe de la capacitación con las fichas de evaluación del taller
 - Evaluará si la región cuenta con un Centro de desarrollo de competencias. (CDC)

7.3. Métodos de evaluación

- Evaluación de entrada (20%)
- Evaluación final (40%)
- Evaluación practica (Casos clínicos, prácticas en modelos anatómicos) (40%)
- El curso se aprueba con nota mayor a 14, para certificación, las evaluaciones son obligatorias



L. MEZA

7.4. Del control de asistencia: Se controlará diariamente 2 veces, al día al ingreso y salida diariamente.

7.5. De la certificación: Se otorgará a los participantes que cumplan los siguientes requisitos:

- 7.5.1. Asistencia del 85% (No asistir 1 bloque de los seis que tiene las practicas)
- 7.5.2. Entrega de todos los trabajos antes de iniciar el taller presencial en forma individual.
- 7.5.3. Nota aprobatoria promedio mínimo 14
- 7.5.4. Notas menos de 14 se entregará constancia de asistencia, no certificado de aprobación.

7.6. Del financiamiento: los participantes de las regiones se movilizarán con presupuesto regional.

8. DESARROLLO DE ACTIVIDADES y CONTENIDOS (Primera etapa)

8.1. ACTIVIDADES PREPARATORIAS

Previo a la realización de los Curso taller: Emergencias Obstétricas y Curso Taller de Atención inmediata del recién nacido complicado.

Elaboración de las herramientas a trabajar con los participantes:

- a) Elaboración de presentaciones
- b) Elaboración de casos clínicos
- c) Elaboración de prueba entrada y salida
- d) Elaboración de lista de chequeo
- e) Coordinación de las maquetas necesarias a utilizar en los talleres
- f) Coordinación de los materiales impreso
- g) Coordinación de entrega de los materiales a los participantes.

8.2. CONTENIDO EMERGENCIAS OBSTETRICAS

- **UNIDAD I: Mortalidad materna, atención prenatal y sepsis en el embarazo.**
 - Mortalidad materna y enfoques de derechos, interculturalidad y género.
 - Emergencias obstétricas y claves en obstetricia.
 - Atención pre natal reenforcada
 - Sepsis en Obstetricia.
 - Aborto séptico
 - Rotura prematura de membranas (RPM)
 - Corioamnionitis
 - Endometritis puerperal
- **UNIDAD II: Hemorragia obstétrica**
 - Hemorragia en la primera mitad del embarazo:
 - Aborto
 - Embarazo ectópico.
 - Hemorragia en la segunda mitad del embarazo:
 - Hemorragia intraparto y postparto.
 - Manejo del Shock hipovolémico obstétrico.
- **UNIDAD III: Hipertensión en el embarazo**
 - Trastornos hipertensivos en el embarazo.
 - Fisiopatología de los trastornos hipertensivos del embarazo.
 - Manejo de los trastornos hipertensivos en el embarazo.
- **UNIDAD IV: Atención del parto y alteraciones del trabajo de parto.**
 - Partograma OMS
 - Alumbramiento dirigido.
 - Alteraciones del trabajo de parto



**Curso - Taller Habilidades clínicas de Emergencias Obstétricas
INMP 2023 DIRIS LIMA METROPOLITANA**

PRIMER DIA				
HORA		SESION	FACILITADOR	RECURSOS
08:00	08:15	Inscripción	EQUIPO DE CAPACITACION	Formulario de Inscripción
08:15	08:30	Inauguración	EQUIPO DE CAPACITACION	
08:30	09:00	Evaluación Escrita de Entrada EO	EQUIPO DE CAPACITACION	Formulario de Examen
09:00	09:30	Pautas del Taller, presentación de participantes	Obst. Elizabeth Fuentes	Tarjetas
09:30	10:15	Situación de la Materna y Neonatal	Dr Carlos Alvarado	Proyección Multimedia
10:15	11:00	Atención Prenatal reenfocada	Dr Luis Meza	Proyección Multimedia
11:00	11:15	REFRIGERIO		
11:15	13:15	Taller Atención Prenatal reenfocada	Dr Luis Meza Obst Elizabeth Fuentes	Proyección Multimedia papel sabana plumones
13:15	14:15	ALMUERZO		
14:15	15:30	TALLER Tecnologías Perinatales	Dr Luis Meza Obst Elizabeth Fuentes	Proyección Multimedia papel sabana plumones
15:30	16:30	Sepsis en Obstetricia	Dr Juan Olivos	Proyección Multimedia
16:30	18:00	Taller Clave Amarilla	Dr Juan Olivos Obst Elizabeth Fuentes	Proyección Multimedia papel sabana plumones
18:00	18:15	Resumen del día		



SEGUNDO DIA				
HORA		SESION	FACILITADOR	RECURSOS
08:00	08:30	Retroalimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	Tarjetas
08:30	10:00	Código Rojo- HEMORRAGIA OBSTETRICA	Dr Hayderr Torres	Proyección Multimedia papel sabana plumones
10:00	11:00	Manejo del shock hemorrágico	Dr Alexis Valladares	Proyección Multimedia papel sabana plumones
11:00	11:15	REFRIGERIO		
11:15	13:00	Taller Hemorragia Obstétrica. Simulación de Hemorragia: mama Natale	Dr Hayder Torres Dr Alexis Valladares Obst Miriam Apolaya	Casos clínicos, maquetas de hemorragia, Mama Natale
13:00	14:15	ALMUERZO		

14:15	15:15	Trastorno hipertensión Gestacional	Dr Enrique Guevara	Proyección Multimedia
15:15	17:15	Taller Clave Azul	Dra Rommy Novoa Obst Miriam Apolaya	Casos clínicos, maquetas de hemorragia, Mama Natale
17:15	18:00	Taller Proteinuria	Dr Luis Meza Miriam Apolaya	Obst Tubos de ensayo, albumina humana, ASS, mechero alcohol vinagre
18:00	18:15	Retro alimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	
TERCER DIA				
HORA		SESION		RECURSOS
08:00	08:30	Retroalimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	Tarjetas
08:30	09:15	Adecuación cultural en la atención del parto	Obst Lucinda Flores	Proyección
09:15	10:00	Atención del Parto	Obst Haydee Jimenez	Proyección
10:00	10:45	Partograma	Obs. Jenny Zavaleta	Proyeccion
10:45	11:00	REFRIGERIO		
11:00	11:45	TDP disfuncional	Dr Jhon Silva	Proyección
11:45	13:00	Taller Atención parto	Obst Elizabeth Fuentes	Casos clínicos, partograma
13:00	14:15	ALMUERZO		
14:15	16:00	Estación 1: Atonía Uterina Estación 2: Retención Placentaria, Revisión del Canal del parto	Dr Jorge Fernandini Dr Luis Meza	Maqueta parto, Tec Zea, Maqueta Extracción manual de placenta, Utero,
16:00	17:30	Estación 3: Atención del Parto Estación 4: Traje antishock - Test Rodamiento	Obst Haydee Jiménez Obst Elizabeth Fuentes	Maqueta parto, Tec Zea, Maqueta Extracción manual de placenta, Utero,
17:30	18:00	Evaluación Escrita de Salida ES	EQUIPO DE CAPACITACION	Formulario de Examen
18:00	18:15	CLAUSURA		

CONTENIDO ATENCION INMEDIATA DEL RECIEN NACIDO COMPLICADO

- **UNIDAD I: Atención inmediata del recién nacido con complicaciones**
 - Preparación para la atención inmediata
 - Fisiología respiratoria y circulatoria fetal y neonatal
 - Anticipación: Valoración de factores de riesgo materno y su repercusión
 - Equipamiento, materiales, insumos y medicamentos
 - Recurso humano competente.
- **UNIDAD II: Procedimientos a realizar en la atención inmediata**
 - Corte oportuno del cordón umbilical
 - Contacto piel a piel
 - Lactancia materna en la primera hora de vida
 - Rutina de la atención inmediata

- Evaluación física del recién nacido
- **UNIDAD III: Detección de signos de alerta**
 - Anticipación
 - Pasos iniciales de reanimación neonatal.
- **UNIDAD IV: Manejo de signos de alerta**
 - RCP neonatal, ventilación neonatal e intubación
 - Masaje cardiaco neonatal
 - Uso de drogas
 - Estabilización y transporte neonatal
- **UNIDAD V Seguimiento de casos**
 - Seguimiento de casos contra referidos
 - Tamizaje neonatal

CURSO TALLER: ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO CON COMPLICACIONES

PRIMER DIA			
HORA	SESION	FACILITADOR	RECURSOS
08:00	08:15	Inscripción	Formulario de inscripción
08:15	08:15	Inauguración	EQUIPO DE CAPACITACIÓN
08:15	08:30	Filmación basal	Filmadora
08:30	09:00	Evaluación Escrita de Entrada EO	Formulario de Examen
09:00	09:30	Pautas del Taller, presentación de participantes	Dra. Carmen Dávila Aliaga Tarjetas
09:30	10:15	Situación de Mortalidad Neonatal	Dra Rosmery Hinojosa Proyección Multimedia
10:15	11:00	Fisiología respiratoria y circulatoria fetal y neonatal	Dr Walter Gómez Proyección Multimedia
11:00	11:15	REFRIGERIO	
11:15	13:15	Anticipación: Valoración de factores de riesgo materno y su repercusión en el RN. Equipamiento. Recurso humano.	Dra. Elina Mendoza Proyección Multimedia papel sabana plumones
13:15	14:15	ALMUERZO	
14:15	15:30	Corte oportuno de cordón umbilical. Contacto piel a piel, Lactancia materna en la primera hora de vida	Dra. Carmen Dávila Proyección Multimedia papel sabana plumones
15:30	16:15	Rutina de la atención Inmediata. Examen físico del recién nacido.	Dra. Elsa Torres Proyección Multimedia
16:15	18:00	Taller Atención inmediata del recién nacido. Rotación por postas. Casos clínicos.	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martínez Enf. Silvia Choque Maqueta de pelvis materna, maqueta de Rn, materiales en insumos,
18:00	18:15	Resumen del día	



L. MEZA

SEGUNDO DIA				
HORA		SESION		RECURSOS
08:00	08:30	Retroalimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	Tarjetas
08:30	09:15	Detección de signos de alerta Anticipación Pasos iniciales de reanimación neonatal	Dr Walter Gómez	Proyección Multimedia papel sabana plumones
09:15	10:00	RCP neonatal, ventilación neonatal e intubación	Dra Carmen Dávila	Proyección Multimedia papel sabana plumones
11:00	11:15	REFRIGERIO		
11:15	12:00	Masaje cardiaco neonatal Uso de drogas	Dra. Elina Mendoza	Proyección Multimedia papel sabana plumones
12:00	13:00	Cateterismo umbilical Estabilización y traslado neonatal	Dra. Elsa Torres	Proyección Multimedia papel sabana plumones
13:00	14:00	ALMUERZO		
14:00	16:15	Rotación por Postas (A) TALLER I. Práctica supervisada: Pasos iniciales de RCP: Identificar indicaciones de reanimación. Preparación del equipo: anticipación. Permeabilización de vías aéreas. Secado y estimulación del Recién Nacido.	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Maqueta de pelvis materna, maqueta de Rn, materiales en insumos.
16:15	18:00	II. Ventilación a Presión Positiva. TALLER Indicaciones de ventilación a presión positiva. Selección de Mascarillas. Adecuada preparación del equipo. Evaluación de la Eficacia de la Ventilación. Medidas correctivas de ventilación. Detección de errores más frecuentes.	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales en insumos.
18:00	18:15	Retro alimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	



TERCER DIA				
HORA		SESION		RECURSOS
08:00	08:30	Retroalimentación	EQUIPO DE CAPACITACION	Tarjetas
08:30	09:15	Seguimiento de casos contrareferidos Tamizaje neonatal	Dra. Carmen Dávila	Proyección Multimedia papel sabana plumones
09:15	10:15	II. Masaje Cardiaco + Ventilación a Presión Positiva. TALLER. Técnica de masaje Sincronía con ventilación	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martínez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales e insumos.
10:30	10:45	REFRIGERIO		

10:45	12:00	III. Intubación. Cateterismo Umbilical. Uso de drogas TALLER	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martínez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales en insumos
12:00	12:30	Casos clínicos recién nacido con complicaciones. Traslado neonatal. Seguimiento. Tamizaje. TALLER	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martínez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales en insumos
12:30	13:00	Presentación de Filmación. RCP Discusión y análisis. Retroalimentación	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Proyección Multimedia
13:00	14:15	ALMUERZO		
14:15	16:00	Casos Clínicos TALLER Presentación de Talleres Integrados Atención Inmediata. Los 4 Pasos de RCP neonatal: Pasos Iniciales. Ventilación a Presión Positiva. Masaje Cardíaco y Medicación	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales en insumos
16:00	17:00	Actividad filmada Práctica Integrada de Atención Inmediata y Reanimación <ul style="list-style-type: none"> Evaluación de Competencias. Actuación en casos clínicos. Aplicación eficaz en equipo del Fluxograma de reanimación.	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Maqueta de Rn, materiales e insumos.
17:00	17:30	Presentación Final de Filmación. Discusión y análisis. Retroalimentación	Dr. Walter Gómez Dra. Carmen Dávila. Dra. Elina Mendoza. Dra. Elsa Torres. Dra. Yulahima Martinez Enf. Silvia Choque	Proyección Multimedia
17:30	18:00	Evaluación Escrita de Salida ES	EQUIPO DE CAPACITACION	Formulario de Examen
18:00	18:15	CLAUSURA		



9. CAPACITACION DE TUTORES

PROGRAMA TALLER VIRTUAL DE EDUCACION DE ADULTOS

ACTIVIDAD	Horas	Descripción
Introducción al Taller - Reglas de convivencia y características del desarrollo del taller	08:30-08:40	Establecer compromiso a las reglas de convivencia, así como explicación de desarrollo del taller.
Nuevos aportes en los procesos de Aprendizaje	08:40-09:40	Principios, ciclo y estilos de aprendizaje de adultos.
Características del capacitador eficiente	09:40-10:30	. Características del capacitador eficiente . Habilidades de comunicación eficaz . Cómo crear un ambiente provechoso de aprendizaje
<i>Receso</i>	<i>10:30-10:45</i>	
Trabajo en equipo eficaz	10:45-11:45	Características y tendencias para conformar equipos de trabajo eficaz
Métodos y técnicas de capacitación	11:45-13:00	Manejo de herramientas y técnicas para promover la participación
<i>Almuerzo</i>	<i>13:00-14:00</i>	
Presentación de Grupo 1 y 2 "Clase modelo" de los participantes al Curso	14:00-15:30	. Evaluación de las clases modelos . Retroalimentación de facilitador y participantes
Presentación de Grupo 3 y 4 "Clase modelo" de los participantes al Curso	15:30-17:00	. Evaluación de las clases modelos . Retroalimentación de facilitador y participantes
<i>Evaluación de salida</i>	<i>17:00-17:30</i>	<i>Equipo Docente</i>
<i>Fin de actividades</i>		



L. MEZA

10. CRONOGRAMA DE LOS TALLERES

N°	MES	TALLER PRESENCIAL	FECHA TALLER EO/AIRN	REGION
2	ABRIL	LIMA NORTE 1	19, 20, 21	Piura
3	MAYO	LIMA SUR 1	10,11,12	Cajamarca
4	MAYO	LIMA ESTE 1	24,25,26	La Libertad
5	JUNIO	LIMA CENTRO 1	14,15,16	Loreto
6	JULIO	LIMA NORTE 2	12,13,14	Lambayeque
7	AGOSTO	LIMA SUR 2	9,10,11	Ucayali
8	AGOSTO	LIMA ESTE 2	23,24,25	Junín
9	SETIEMBRE	LIMA CENTRO 2	12,14,15	Cusco
	SETIEMBRE	LIMA ESTE 3	26,27,28	Huánuco
10	OCTUBRE	LIMA NORTE 3	18,19, 20	Puno
11	NOVIEMBRE	LIMA SUR 3	8,9,10	San Martín
12	NOVIEMBRE	LIMA CENTRO 3	22,23,24	Amazonas

Las fechas están sujetas a modificación por causas de emergencia sanitaria u otros a considerar.

- Por cada DIRIS participaran 24 profesionales: 12 por materno y 12 por neonatal
- De la región para la capacitación de tutores: 03 para neonatología y 03 para materno (participaran como co-facilitadores)

11. RESPONSABILIDADES

Nivel Nacional

El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública: la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral, son responsables de la difusión del presente plan de capacitación hasta el nivel regional, así como de supervisar su cumplimiento.

Nivel Regional

Las DIRESA/GERESA/DIRIS, son responsables de asegurar las condiciones para el traslado y estancia de sus profesionales para su participación en las capacitaciones consideradas en el presente plan.

Nivel Local

El INMP es el responsable de la ejecución del presente plan de capacitación.



L. MEZA 12. BIBLIOGRAFIA

1. American College of Obstetricians and Gynecologists Bulletin. Gestacional Hypertension and Preeclampsia. Am Coll Obstet Gynecol. 2019;95(76):1–9.
2. Instituto Nacional Materno Perinatal Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Neonatal. Lima. Perú; 2014.
3. Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. 2ª Edición. Montevideo. Uruguay; 2011. en la salud pública
4. Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA que aprueba "Guías Nacionales de Salud sexual y Reproductiva". Ministerio de Salud. Lima Perú 2004
5. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba "Guías de práctica clínica de Emergencias Obstétricas". Ministerio de Salud Lima Perú 2007
6. Phipps E, Prasanna D, Brima W, Jim B, Einstein A. Mini-Review Preeclampsia: Updates in Pathogenesis , Definitions , and Guidelines. 2016; (6):1–12.
7. Kenny LC, Mccarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. 2015;7–12.
8. Boghossian NS, Yeung E, Mendola P, Hinkle SN, Laughon SK, Zhang C, et al. Risk factors differ between recurrent and incident preeclampsia: A hospital-based cohort study. Ann Epidemiol [Internet]. 2014;24(12):871–877.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2014.10.003>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists Bulletin. Gestacional Hypertension and Preeclampsia. Am Coll Obstet Gynecol. 2019;95(76):1–9.
10. Conocimientos Actuales en la Fisiopatología de la Sepsis. C Ortiz Leyba. J Guerrero Peralta. Medicina Intensiva. Abril 2005. Volumen 29. N° 03

11. Protocolo SEGO. INFECCION URINARIA Y GESTACION (actualizado Febrero 2013)
12. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2013 Nov;
13. José Pacheco-Romero, Rev Peru Ginecol Obstet. 2017;63(2) Introducción al Simposio sobre Preeclampsia.
13. FLASOG uso de misoprostol en obstetricia y ginecología tercera edición mayo 2013
14. Organización Panamericana de la Salud, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR. Sistema Informático Perinatal. Historia Clínica Perinatal. 2ª Edición. Montevideo, Uruguay; 2011. en la salud pública
15. Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA que aprueba "Guías Nacionales de Salud sexual y Reproductiva". Ministerio de Salud. Lima Perú 2004
16. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba "Guías de práctica clínica de Emergencias Obstétricas". Ministerio de Salud Lima Perú 2007
17. Resolución Ministerial N° 751-2004/MINSA Norma Técnica del Sistema Referencia y Contrareferencia de los Establecimientos del Ministerio. Lima Perú 2004
18. Bajo Arenas JM, Melchor Martos, Merce LT, Fundamentos de Obstetricia SEGO. Madrid España 2007. Fisiología Obstétrica.
19. Carrera Maciá, José M., J. Mallafré Dols, Bernat Serra, Zantop, et al. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. 3ra Edición. Barcelona; 2003.
20. Instituto Nacional Materno Perinatal Guías Clínicas y Procedimientos para la Atención Neonatal. Lima. Perú; 2018.
21. Pathfinder International. Módulo de capacitación en Emergencias Obstétricas y Neonatales. Programa Merck for Mothers proyecto "Salvando la vida de madres y recién nacidos en la Red de Salud de Otuzco y Julcan de la Región de la Libertad en el Peru", 2013.
22. Ministerio de Proyección social Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Universidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigaciones Públicas Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades Bogotá, Colombia. Mayo 2017
23. Cunningham F, Leveno K, et al Williams Obstetricia 23ª Edición Mac Graw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.Mexico. 2011
24. Emergency Obstetric care, quick reference guide for front line providers, JHPIEGO, 2003
25. Guías de atención morbilidad maternal. Manejo de hemorragias obstétricas, 2013. Colombiana de salud S.A.
26. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP SMR/1594. 2012
27. Código Rojo: una estrategia para la prevención y tratamiento de la hemorragia obstétrica. Joaquín G. Gómez Dávila. NACER centro de la Universidad de Antioquia, Colombia, 2006
28. Código Rojo, un ejemplo de sistema de respuesta rápida. J. Navarro, Revista Colombiana de anestesiología. Febrero 2010, volumen 38, N° 1 86 – 99
29. Manual del Código Rojo para el manejo de la hemorragia obstétrica, 2013. Ministerio de Salud Pública, Guatemala
30. Guía práctica de urgencia en obstetricia y ginecología. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia 2008
31. Lineamientos técnicos para la implementación del Código Rojo. Ministerio de salud de El Salvador 2015
32. Guía de referencia rápida: detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas. IMSS 436-11 Gobierno Federal 2011
33. Guía para la atención de las Principales Emergencias Obstétricas. Segunda Edición. 2019. OPS
34. Manual de Obstetricia y Ginecología Universidad Católica de Chile. X Edición 2019



ENLACES RECOMENDADOS

35. <https://www.cochranelibrary.com/es>
36. <http://www.reproline.jhu.edu/spanish/>
37. <http://www.bvs.org.pe>
38. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51029>
39. <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>
40. <https://youtu.be/k5sVIHfmUWw>
41. <https://youtu.be/xl5BKp7yBJo>

13. ANEXOS

- Ficha de matricula
- Ficha del Tutor Regional
- Formato de compromiso como beneficio de capacitación
- Evaluación del curso taller
- Lista de materiales del curso taller
- Lista de tutores
- Plan de mejora continua de la calidad en salud
- Lista de chequeo



L. MEZA



ANEXOS



N°

FICHA DE MATRICULA

Código de la Capacitación _____ Fecha _____

Nombre exacto de la capacitación técnica

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno

LLENAR CON LETRA LEGIBLE

Grid for last name

Apellido Materno

Grid for mother's last name

Nombres

Grid for first names

Doc. Identidad _____ Teléfono: _____ Lugar de nacimiento _____

E. MAIL: _____

II. DATOS PROFESIONALES Y LABORALES

PROCEDENCIA

MINSA () ESSALUD () FF.AA. () P.N.P. () SISOL () EPS () Clínicas () Otro () _____

PROFESIÓN:

Técnico: Descripción: _____

POST GRADO:

Especialidad: _____ Maestría: _____ Doctorado: _____

Centro de trabajo: _____ Teléfono: _____ Cargo/Puesto actual: _____

Situación laboral Nombrado (CAS () DL 728 () Otros: _____

Forma de pago:

Al contado () N° de Recibo: _____ Descuento por planilla () Becado ()

Firma del Coordinador

Firma del participante



L. 1972

PERFIL DEL TUTOR REGIONAL

La selección del pasante lo realiza la GERESA/DIRESA en coordinación con el V*B° del Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, Director de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA,

NOMBRE:

PROFESION:

ESTABLECIMIENTO:

1. Profesional de la salud nombrado o con contrato CAS	
2. Menor de 50 años	
3. Haber realizado el SERUM	
4. Experiencia mínima de 3 años	
5. Trabajar en la parte asistencial.	
6. Gozar de buena salud	
7. No estar gestando ni en periodo de lactancia exclusiva.	
8. Cumplir con los horarios de las pasantías	
9. Realizar las tareas y trabajos durante la pasantía	
10. Realizar las réplicas con el personal de su establecimiento	
11. Elaborar un plan de mejora en base a la capacitación realizada	



L. MEZA

Aprobado por: -----

Firma y sello

FORMATO DE COMPROMISO COMO BENEFICIO DE CAPACITACIÓN

Por medio del presente el / la suscrito/a participo voluntariamente:

Apellidos y Nombres:	
Puesto	
Órgano o Unidad Orgánica	
Nombre de la Capacitación	
Proveedor de Capacitación	
Números de horas de la capacitación	
Costo de la Capacitación	Costos directos: () Monto: S/. Costos Indirectos: () Monto: S/.
Valor de la Capacitación	
Tiempo de Permanencia	
Tipo de Capacitación	Formación Laboral () Formación Profesional ()

Como Parte de la responsabilidad me comprometo a:

- a) Permanecer en la entidad el tiempo establecido o devolver el valor de la capacitación calculado o, en caso corresponda, el remate de dicho valor.
- b) Participar y colaborar en las evaluaciones previas o posteriores, que se desarrollen como parte de la capacitación.
- c) Cumplir con el 100% de asistencia y obtener la nota aprobatoria requerida por el proveedor de capacitación.
- d) Obtener y acreditar la certificación de la capacitación de la cual soy beneficiario.
- e) Entregar una copia fedateada de la Certificación a la Oficina de Recursos, para la actualización de legajo personal, dentro de los (30) días hábiles de culminada la capacitación o posterior a la obtención del grado académico (solo en caso de formación profesional).
- f) Transmitir los conocimientos adquiridos a otros servicios, cuando lo solicite la entidad.

Penalidades:

- i. En caso de incumplimiento al tiempo de permanencia por renuncia, o de no superar la nota mínima aprobatoria autorizo expresamente al órgano competente, para que realice el descuento del Valor de la Capacitación o el remanente de corresponder, de mi remuneración, liquidación u otro concepto derivado de mi relación laboral a la que tuviera derecho.
- ii. Declaro conocer que, en caso de incumplimiento de los compromisos asumidos, no podré ser beneficiario de otra acción de capacitación por el periodo de seis (06) meses luego de culminada la capacitación.

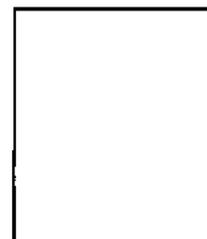
Declaro conocer que, en caso de incumplimiento de los compromisos asumidos, estos serán registrados



L. MEZA

FIRMA:

DNI:



FICHA DE EVALUACION DEL TALLER

Establecimiento:	
Fecha:	

Esta encuesta tiene como objetivo, conocer su opinión sobre esta actividad académica y administrativa a fin de mejorar nuestros procesos y brindarle un mejor servicio. Sírvase considerar los siguientes criterios de valoración.

Gracias por su colaboración.

Criterios de valoración: Muy bueno (MB) Bueno (B) Regular(R) Deficiente (D)

1. Sobre la organización y el desarrollo de la pasantía:

PARAMETROS	MB	B	R	D	COMENTARIOS
Organización de la pasantía					
Nivel de contenidos					
Utilidad de los contenidos aprendidos					
Equipos audiovisuales					
Aulas y demás instalaciones					
Duración del curso taller					
Los talleres de simulación					
En general, el curso le ha parecido					



2. Sobre los docentes especialistas/tutores (puede opinar individualmente, indicando el nombre de cada uno y su valoración).

Indique el nombre de cada docente																
	MB	B	R	D												
Experiencia y dominio del tema																
Ha realizado explicaciones teóricas																
Ejecuta la actividad educativa aplicando los principios de la educación de adultos mostrando respeto por los participantes																
Realiza sesiones de aprendizaje dinámico y participativo considerando la pedagogía de problematización																
Realiza la enseñanza aprendizaje en la modalidad aprender – haciendo (Demostración)																
Ha realizado aplicaciones practicas																
Uso correcto de ayudas audiovisuales																
Ha fomentado el trabajo en equipo																
Ha propiciado buena comunicación																
Ha sabido motivar al grupo																
Monitorea y evalúa con transparencia el logro de las competencias de los pasantes																

3. Por favor indíquenos sus sugerencias para mejorar:

4. ¿Le interesa participar en otros eventos académicos? Por favor, indique en orden de importancia o prioridad los temas de su interés:



LISTA DE MATERIALES PARA EL TALLER

MAQUETAS

Maqueta de Extracción manual de placenta
Maqueta Técnica de Zea
Balón Bakry, Balón intrauterino
Traje antishock
Útero con desgarros
Útero para compresión bimanual externa e interna
Material de revisión del canal del parto
Albumina Humana al 20%
20 tubos de ensayo de 10 cc
Gestograma, cinta métrica, tabla peso talla Edad Gestacional
Maqueta de RCP básico
Maqueta de RCP intermedio
Bolsa autoinflable con manómetro
Laringoscopio con hoja 00/0
Resucitador en T con Neo PAP
Válvula PEEP
Mango de bisturí
Oxímetro de pulso
Mezclador de oxígeno y aire comprimido
Pinzas Mosquito, Allis Iris, Sección

MATERIALES A IMPRIMIR

Prueba de entrada y salida (2 hojas ambas caras) GO y Neo
Casos de tecnologías perinatales (2 hojas ambas caras)
Casos de Hemorragias (1 hoja)
Casos de preeclampsia (1 hoja)
Casos de sepsis (1 hoja)
Prueba ASS 3% y toma de Presión arterial (1 hoja ambas caras)
Lista de Chequeo se enviará archivo al correo de participantes
Presentaciones y materiales de lectura se enviarán al correo de participantes
Lista de chequeo de atención inmediata
Lista de chequeo de RCP Neonatal

MATERIALES DE ESTUDIO

Se envía las presentaciones y lecturas 7 días antes de las sesiones VIRTUALES para que los participantes vayan estudiando y vayan resolviendo los casos

NOTA: Los casos clínicos de Emergencias obstétricas deben ser resueltos en forma individual y enviarlas por correo electrónico imeza@iemp.gob.pe, iramirez@iemp.gob.pe
Enviar los trabajos será 2 días antes de iniciar la fase presencial.

De no haber presentado los trabajos no podrá ingresar a los talleres de simulación



LISTADO DE TUTORES

N°	NOMBRE	DNI	PROFESION	COLEGIATURA	CORREO ELECTRONICO	SERVICIO
1	CHACON UGARTE VICKY	06686778	MEDICO	061912	vickycelmi@hotmail.com	SERVICIO B
2	FERNANDEZ HAQUEHUA JULIO CESAR	09852949	MEDICO	035767	jucefh@yahoo.com	SERVICIO B
3	FERNANDINI ARTOLA JORGE ANTONIO LUIS	09582265	MEDICO	031653	ifernandiniartola@yahoo.com	SERVICIO B
4	GUARNIZO CHALCO PATRICIA ROSEMARIE	10141294	MEDICO	038789	pguarnizo@gmail.com	SERVICIO B
5	GUEVARA RIOS ENRIQUE	10287323	MEDICO	019758	enriqueguevararios@gmail.com	EMERGENCIA
6	HIZO MULLISACA NEIL ERICSON	43055761	MEDICO	059232	neilhizo85@outlook.com	SERVICIO C
7	MAMANI SOLORZANO JAIME	06215152	MEDICO	026668	jaimemasol@yahoo.com	EMERGENCIA
8	MEZA SANTIBAÑEZ LUIS ALFONSO	07415051	MEDICO	019815	drluismeza@yahoo.com	OEAIDE
9	OBANDO RODRIGUEZ JUAN AURELIO	08486084	MEDICO	014289	jobandor@hotmail.com	SERVICIO D
10	OLIVOS RENGIFO JUAN CARLOS	07040476	MEDICO	021464	juancarlosolivos@yahoo.com	SERVICIO D
11	PEREZ ALIAGA CARLOS	07972438	MEDICO	028792	carlosperezaliaga@hotmail.com	DOP
12	TORRES CONTRERAS HAYDER RONALD	07244977	MEDICO	026177	haydertorresc@yahoo.com	EMERGENCIA
13	VALLADARES GUTIERREZ ELIAS ALEXIS	09822024	MEDICO	032974	alexve02@hotmail.com	EMERGENCIA
14	GÓMEZ GALIANO WALTER	07821554	MEDICO	030775	walterdavidgomez@yahoo.com	NEONATOLOGIA
15	TORRES MARCOS, ELSA	21448355	MEDICO	022235	elsatoma1501@gmail.com	NEONATOLOGIA
16	ELINA MENDOZA IBAÑEZ	10471532	MEDICO	016970	eliros1@yahoo.com	NEONATOLOGIA
17	DÁVILA ALIAGA, CARMEN ROSA	25477980	MEDICO	023705	davilacarmen@hotmail.com	NEONATOLOGIA
18	PELLA LEYVA, CARLOS	09189961	MEDICO	026781	cpella13@hotmail.com	NEONATOLOGIA
19	MARTINEZ ORTIZ, YULAHIMA MARGARITA	01806977	MEDICO	087872	yuhmart@gmail.com	NEONATOLOGIA
20	CHOQUE ARANGO SILVIA	21550191	ENFERMERA	025016	silviaparcona@gmail.com	NEONATOLOGIA
21	OJEDA REYES ROSA PATRICIA	46588139	ENFERMERA	072386	aicitarsm@gmail.com	NEONATOLOGIA
22	FUENTES RIVERA MEDINA ELIZABETH	10384379	OBSTETRIZ	5251	elilizfuentes@hotmail.com	OEAIDE
23	APOLAYA ANDAHUA MIRIAM ESTHER	08515084	OBSTETRIZ	5238	mirap2005@hotmail.com	OEAIDE
24	VEGAS YACHEZ LUCINDA AMELI	08267970	OBSTETRIZ	5411	lawy94@hotmail.com	CENTRO OBSTETRICO
25	JIMENEZ MAYS HAYDEE JANET	08153639	OBSTETRIZ	10774	camaleonhj@hotmail.com	CENTRO OBSTETRICO
26	ZAVAleta LUJAN JENNY ELENISSE	09327337	OBSTETRIZ	7646	jelenisse@hotmail.com	CENTRO OBSTETRICO
27	COTRINA CACERES MARIA DEL PILAR	08506279	OBSTETRIZ	5250	cotrina.mapy.1609@hotmail.com	OEAIDE
28	QUISPE ALOSILLA YOLANDA	07588009	OBSTETRIZ	3036	yolandaiemp@yahoo.es	EPIDEMIOLOGIA
29	NIEVES PEÑA MILENA GERALDINE	43291942	OBSTETRIZ	28074	nieves17_90@hotmail.com	EMERGENCIA
30	CARRERO DIAZ DAYANA ANGELICA	45778059	OBSTETRIZ	29474	dayanacarrero.2416@gmail.com	CENTRO OBSTETRICO
31	LUQUE MIRANDA ELIZABETH	45017506	OBSTETRIZ	29822	elizabeth.luque.miranda@gmail.com	CENTRO OBSTETRICO



Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud

- 1) Título del proyecto:
Debe responder las siguientes preguntas: ¿Qué hacer?, Para quién?, ¿dónde y cuándo se realizará?
- 2) Equipo del proyecto:
Nombre y grupo ocupacional de los integrantes del equipo que llevara a cabo el proyecto.
Colocar el nombre del responsable general del proyecto.
- 3) Dependencia.
- 4) Población Objetivo.
- 5) Lugar de ejecución.
- 6) Duración.
- 7) Antecedentes.
- 8) Justificación.
- 9) Objetivos.
Objetivo General:
Debe responder: ¿Qué?, ¿Cuánto?, ¿Para quién?, A dónde?, ¿Cuándo?
Indicador.
Enunciado del indicador y fórmula.
Objetivos Específicos:
Debe responder: ¿Qué?, ¿Cuánto?, ¿Para quién?, A dónde?, ¿Cuándo?
Indicadores.
Enunciado del indicador y fórmula.
- 10) Metodología de solución de problemas:
Desarrollar los 8 pasos de la metodología para el análisis y solución de problema.
 - Identificación de posibles problemas.
 - Decidir el problema a tratar primero.
 - Describir el problema priorizado.
 - Identificar las causas raíz del problema.
 - Identificar las causas raíz principales causantes del problema.
 - Identificar las soluciones efectivas viables.
 - Implementar las soluciones efectivas.
 - Monitoreo del proyecto.
- 11) Resultados esperados.
- 12) Cronograma de Actividades (Anexos).
- 13) Financiamiento.

GUÍA DE APRENDIZAJE DE ORIENTACIÓN Y HABILIDADES CLÍNICAS EN ATENCIÓN DE LAS HEMORRAGIAS OBSTÉTRICAS

(A ser usada por los/as participantes.)

ATENCIÓN INICIAL DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EN GENERAL				
PASO / TAREA	OBSERVACIONES			
1. INTERACTUAR ADECUADAMENTE EN EL PROCESO PRESTADOR-CLIENTE Y REALIZAR ACCIONES GENERALES DE ATENCIÓN EN SALUD. Interrogar rápidamente a la paciente y / o acompañante y precisar la razón de la consulta				
2. Evaluación inicial rápida para determinar el grado de enfermedad de la paciente. En primer lugar PEDIR AYUDA.				
2.1 Aplicar una venoclisis y administrar Lactato Ringer o Cloruro de sodio al 9%. Evaluar vías aéreas y piel buscando palidez, cianosis, frecuencia respiratoria, dificultad respiratoria, auscultar pulmones				
2.2 Examinar aparato circulatorio buscando signos de choque <ul style="list-style-type: none"> • ¿Piel fría y húmeda? • ¿Ruidos cardíacos? • ¿Pulso rápido o débil? • ¿Presión arterial? 				
2.3 Examinar si existe sangrado genital evidente. Preguntar si está embarazada y la duración del embarazo o si es puérpera. Evaluar la cuantía del sangrado. Visualizar la vulva, la vagina y constatar las características del útero. Si es una gestante en la segunda mitad del embarazo No hacer tacto vaginal.				
2.4 Evaluar el estado de conciencia. Investigar antecedentes de convulsiones, eclampsia, malaria, tétanos. Constatar temperatura				
2.5 Ante un cuadro predominantemente febril preguntar por astenia, letargia, síntomas urinarios. Examinar: <ul style="list-style-type: none"> • Funciones vitales • Estado de conciencia. • Contractura cervical, trismus. • Pulmones (d / c condensación) • Características de las mamas. • Abdomen buscando signos peritoneales. • Genitales buscando flujo purulento • Palpación bimanual buscando las características del útero y anexos. 				
2.6 Si existe dolor abdominal investigar embarazo probable y la duración del mismo. Examinar: <ul style="list-style-type: none"> • Funciones vitales • Características del abdomen, buscó signos de abdomen agudo. • Características del útero y anexos. 				
3. Manejar el caso según el problema identificado y de acuerdo con los protocolos de atención				

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS: MANEJO DEL SHOCK HEMORRAGICO					
PREPARACIÓN					
1. Pida ayuda en voz alta, ACTIVE CLAVE ROJA , para movilizar con urgencia al personal disponible.					
2. Dé la bienvenida a la mujer con respeto y delicadeza.					
3. Explíquela lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
4. Escuche lo que ella tenga que decir.					
5. Bríndele apoyo emocional y tranquilícesela.					
Nota: Los pasos del 1 al 6 se deben ejecutar simultáneamente con los pasos siguientes.					
MANEJO INMEDIATO					
1. Coloque a la mujer de costado y asegúrese de que las vías aéreas estén abiertas: • Si la mujer no está respirando, inicie de inmediato las medidas para la resucitación.					
2. Coloque vía segura a la mujer (2 vías en un solo brazo con catéter N°16 o catéter N°18 con solución salina.					
3. Adminístrele oxígeno 10 litros por minuto con una máscara con reservorio sino cuenta use 3 litros por minuto mediante con una cánula binasal o 5 litros por minuto con una máscara Venturi. o					
4. Monitoree los signos vitales de la mujer cada 15 minutos: • Pulso. • Presión arterial. • Respiración. • Temperatura (1 SOLA VEZ).					
5. Cubra a la mujer con una cobija para mantener la temperatura					
6. Eleve las piernas de la mujer en 45° (posición antishock) o posición de litotomía 90°					
TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE Y REEMPLAZO DE FLUIDOS					
1. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
2. Conecte el tubo de infusión intravenosa a un recipiente de 1 litro de salina (ClNa 9%) normal o solución de Ringer. o solución Hartmann					
3. Deje correr el fluido por el tubo.					
4. Seleccione un sitio idóneo para la infusión en cara anterior del antebrazo, canalice 2 vías, de preferencia en un brazo..					
5. Aplique un torniquete alrededor del brazo de la mujer.					
6. Póngase guantes de examen en ambas manos.					

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS MANEJO DEL SHOCK				
PASO / TAREA	OBSERVACIONES			
7. Limpie la piel del sitio escogido para la infusión.				
8. Introduzca una cánula o un catéter calibre 14 ,16,18 en la vena.				
<p>9. Tome una muestra de sangre para determinar la hemoglobina, GS y RH, hacer prueba compatibilidad sanguínea (prueba cruzada) y una prueba instantánea de coagulación.</p> <p>Coloque 2 mililitros de sangre en un tubo de ensayo pequeño (aproximadamente de 10 milímetros x 75 milímetros) para hacer una prueba instantánea de coagulación: Test Wiener</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloque el tubo de ensayo dentro del puño cerrado para mantenerlo caliente. • Después de cuatro minutos, incline lentamente el tubo de ensayo para determinar si se está formando un coágulo. • Vuelva a inclinarlo cada minuto hasta que la sangre se coagule y el tubo de ensayo se pueda voltear al revés. <p>De no formarse un coágulo o de formarse uno blando que se deshaga con facilidad, es posible que la mujer tenga una coagulopatía.</p>				
10. Desconecte la jeringuilla de la aguja o cánula.				
11. Conecte el tubo de infusión intravenosa a la aguja o cánula y fjela Apertura una segunda vía en el mismo brazo con catéter 16 o 18. Uno se coloca en la vena cefálica y la otra en vena basílica.				
<p>12. Ajuste el tubo de infusión intravenosa para pasar el fluido a una tasa lo suficientemente rápida para infundir 300-500 cc de Lactato Ringer o Cloruro de Na 0.9% a 39°C en 5 minutos, reevalúe si sigue hipotenso y taquicárdico, determine índice de shock, colocar componentes sanguíneos de no contar colocar un nuevo reto de 300-500 cc. solución salina</p> <p>En el primer nivel atención (Puestos o Centros de Salud) 300 cc cada 5 minutos hasta lograr que la Presión arterial media sea mayor de 65 mm Hg.</p> <p>En Hospitales pasar componentes sanguíneos y líquidos 500 cc hasta que la presión sistólica sea mayor de 90 mm Hg y el pulso menor de 100 por minuto..</p> <p>Realizar los cálculos de pérdida sanguínea para reponer el volumen sanguíneo perdido.</p> <p>Cálculo de la volemia sanguínea: Peso de paciente x 65 cc</p> <p>Cálculo de la pérdida sanguínea: Volumen sanguíneo x % de pérdida sanguínea (estadio de shock hipovolémico hemorrágico obstétrico)</p>				
<p>13. Manejo de los guantes quirúrgicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 				
<p>14. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.</p> <p>Registre lo realizado</p>				

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS MANEJO DEL SHOCK				
PASO / TAREA	OBSERVACIONES			
REEVALUACIÓN				
<p>1. Reevalúe la respuesta de la mujer a los fluidos intravenosos para determinar si hay signos de mejoramiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El pulso se está estabilizando (100 o menos por minuto). • La presión arterial sistólica está aumentando (90 mm de Hg o más). • Presión arterial media mayor de 65 mm Hg • El estado mental está mejorando (menos confusión o ansiedad). • El gasto urinario (10 gotas de orina x1' o 30 mililitros por hora o más). 				
<p>2. Si la condición de la mujer mejora y se controla el sangrado:</p> <p>Mantenimiento Ajuste la tasa de infusión intravenosa a reponer 3 veces lo que perdió y pasarlo en las siguientes en 24 horas.</p> <p># gotas = $\frac{\text{Volumen reposición} \times 3}{72}$ (en 24 horas)</p>				
<ul style="list-style-type: none"> • Continúe con el manejo de la mujer respecto a la causa hemorrágica subyacente del shock. 				
<p>3. Si la condición de la mujer no mejora:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Continúe con reto de fluidos. • Continúe con el oxígeno a 3–10 litros por minuto. • Continúe monitoreando los signos vitales y el gasto urinario. • Disponga lo necesario para exámenes de laboratorio adicionales. <p><u>Consideraciones del Reto de fluidos:</u></p> <p>Pasar 300-500 cc a chorro (reto de volumen 1), en 5 minutos luego de 2 minutos controlar presión arterial, diuresis. Evaluar:</p> <p>Si : Presión media sistólica es menor de 65 mm Hg (Primer nivel) o Presión sistólica 90 mm Hg, pulso más de 100 por minuto, le falta volumen , se indica otro reto de volumen de 300-500 cc (reto de volumen 2) en 5 minutos . Evaluar a los 2 minutos</p> <p>Si no hay mejoría luego de pasar 4 retos de 500 cc usar componentes sanguíneos.</p> <p>Si luego de pasar los retos de volumen y la presión arterial media es mayor de 65 mm Hg o Presión sistólica mayor de 90 mm Hg, se controla el sangrado, suspender los retos de volumen y pasar la solución salina a goteo continuo de mantenimiento para las siguientes 24 horas:</p> <p># gotas = $\frac{\text{Volumen reposición} \times 3}{72}$ (en 24 horas)</p> <p>Una vez estabilizado el paciente se continua controlando funciones vitales cada 5 minutos , en el momento que la presión arterial media es menor de 65 mm Hg o pulso mas de 100 se reinicia los retos de fluidos</p> <p>NOTA: En el primer nivel los retos son de 300 cc de solución salina y la meta es tener una presión arterial media (PAM) mayor de 65 mm Hg</p>				

<p>Ejemplo: Peso paciente 60 kg, estadio de shock tipo III PA 72/50 mm hg, pulso 108 x 1', FR 22 x 1, 'LLC >2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cálculo de la volemia: 60 cc x 65 kg = 3900 cc 2. Volumen perdido: 3600 cc x 35% = 1365 cc, 3. Calculo de Índice de Shock: 1.5 4. Realizar retos de volumen 300-500 cc de CIna 0.9% a 39°C en 5 minutos. Evaluar a los 2 minutos si funciones vitales sino mejoran continuar reto de volúmenes. Para este ejemplo se requirió 3 retos de volumen (500 cc) 5. Cálculo del volumen de mantenimiento, al tener la paciente estable pasamos a goteo continuo para lo cual calculamos volumen de mantenimiento y descontamos lo que ya se aplico. Volumen de mantenimiento = 3 veces lo que perdió a pasar en 24 hr V. mantenimiento = 1365 x 3 = 4095cc menos lo que se paso (500 + 500+500) por tanto 4095 – 1500 = 2595 # gotas = $\frac{\text{Volumen}}{\text{N}^\circ \text{ horas} \times 3} = \frac{2595}{24 \times 3} = 36 \text{ gotas por minuto}$ 					
---	--	--	--	--	--

EMERGENCIAS OBSTETRICAS: COMPRESIÓN BIMANUAL INTERNA DEL ÚTERO					
PASO / TAREA					OBSERVACIONES
PREPARACIÓN					
1. Explique a la mujer lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
2. Escuche lo que ella tenga que decir.					
3. Bríndele apoyo emocional y tranquilícesela.					
Nota: Los pasos del 1 al 3 se deben realizar simultáneamente con los siguientes.					
COMPRESIÓN BIMANUAL					
1. Verifique que la vejiga este vacía, póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel en ambas manos.					
2. Introduzca una mano en la vagina.					
3. Una vez dentro de la vagina, cierre el puño.					
4. Coloque el puño en el fondo de saco vaginal anterior.					
5. Aplique presión contra la pared anterior del útero, sin comprimir el cuello.					
6. Coloque la otra mano sobre el abdomen detrás del útero.					
7. Presione fuertemente la mano hacia abajo en el abdomen y ejerza presión contra la pared posterior del útero.					
8. Mantenga la compresión hasta que se controle la hemorragia y el útero se contraiga. Coordíne la referencia sino mejora					
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO					
1. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
2. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
3. Si se contrae el útero, monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 15 minutos por una hora. • Después, cada 30 minutos por dos horas. 					
4. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.					

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
PASO / TAREA				OBSERVACIONES	
COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL					
MANEJO GENERAL					
1. Explique a la mujer lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
2. Escuche lo que ella tenga que decir.					
3. Bríndele apoyo emocional y tranquilícesela.					
Nota: Los pasos del 1 al 3 se deben realizar simultáneamente con los que siguen.					
COMPRESIÓN DE LA AORTA ABDOMINAL					
1. Coloque el puño cerrado de una de sus manos justo por encima del ombligo y levemente hacia la izquierda. Con la otra mano proteja la muñeca de la mano que hace presión. También puede hacer compresión con 1 mano y con la otra controlar pulso femoral					
2. Ejercer presión hacia abajo sobre la aorta abdominal a través de la pared del abdomen.					
3. Pulse usted u otro profesional palpe el pulso femoral para determinar si la compresión es adecuada: <ul style="list-style-type: none"> • Si se logra palpar el pulso durante la compresión, la presión es inadecuada. • Si el pulso no es palpable durante la compresión, la presión es adecuada. 					
4. Mantenga la compresión hasta que se controle la hemorragia.					
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO					
1. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 15 minutos por una hora. • Después, cada 30 minutos por dos horas. 					
2. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.					

EMERGENCIAS OBSTETRICAS: REMOCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA					
PASO / TAREA	OBSERVACIONES				
PREPARACIÓN					
1. Prepare el equipo necesario.					
2. Explique a la mujer lo que se hará y alíentela a que haga preguntas.					
3. Escuche lo que ella tenga que decir.					
4. Bríndele apoyo emocional y tranquilícela.					
6. Haga que la mujer evacue la vejiga o introduzca un catéter					
7. Verifique ubicación de la placenta, realice tracción controlada del cordón umbilical. Si no sale la placenta, comuníquela a la familia y la paciente sobre el caso y solicite su autorización para el procedimiento					
8. Aplique : Atropina 0.5 mgr EV, Diazepan 10 mgr IM (No colcar si esta soporosa) y Ketorolaco 60 mgr vía IM					
REMOCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA					
1. Lávese las manos y antebrazos en forma concienzuda con agua y jabón, y séqueselos con un paño limpio y seco o déjelos secar al aire.					
2. Póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel en ambas manos. (Nota: se deben usar guantes que lleguen hasta el codo.)					
3. Fije el cordón umbilical con unas pinzas.					
4. Jale el cordón umbilical con delicadeza hasta que esté paralelo con el suelo.					
5. Coloque los dedos de una mano dentro de la vagina y hacia adentro de la cavidad uterina, siguiendo la dirección del cordón umbilical, hasta ubicar la placenta. Dilate el cuello con la mano en posición de cuña					
6. Una vez ubicada la placenta, suelte el cordón umbilical y coloque esa mano sobre el abdomen para apoyar el fondo uterino desde el abdomen y aplicar contracción, con el fin de evitar que se produzca una inversión del útero.					
7. Mueva los dedos de la mano que se encuentra dentro del útero en sentido lateral hasta ubicar el borde de la placenta.					
8. Manteniendo los dedos estrechamente unidos, introduzca con delicadeza el borde de la mano entre la placenta y la pared uterina, con la palma de la mano orientada hacia la placenta.					
9. Gradualmente mueva la mano hacia un lado y otro, con un movimiento lateral continuo, hasta que la placenta quede separada de la pared uterina: <ul style="list-style-type: none"> • Si la placenta no se separa de la pared uterina debe sospechar la presencia de acretismo placentario. 					

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
REMOCIÓN MANUAL DE LA PLACENTA					
PASO / TAREA			OBSERVACIONES		
10. Una vez que la placenta esté completamente separada y se encuentre en la palma de la mano con la que esté haciendo el examen: <ul style="list-style-type: none"> • Retire con lentitud la mano del útero, trayéndose la placenta con ella. • Siga aplicando la contracción al fondo uterino, empujándolo en la dirección contraria a la de la mano que se esté retirando. 					
11. Palpe el interior de la cavidad uterina para garantizar que se haya extraído todo el tejido placentario.					
12. Administre 20 unidades de oxitocina en 1 litro de fluido (solución salina normal o lactato de Ringer) a 60 gotas por minuto. Indique la aplicación de antibióticos: Ampicilina 1 gr vía EV con Gentamicina 1.5 mg por Kg peso vía EV					
13. Haga que un/a asistente realice compresión del fondo del útero para estimular la contracción uterina tónica.					
14. De persistir un sangrado profuso, administre 0,2 miligramos de ergometrina por vía intramuscular mas prostaglandinas misoprostol 800 mgr diluidos en 10cc via rectal.					
15. Examine la superficie uterina de la placenta para garantizar que esté completa.					
16. Examine a la mujer en forma cuidadosa y repare todo desgarró cervical o vaginal que pueda haber, o repare la episiotomía.					
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO					
1. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
2. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
3. Monitoree el sangrado vaginal y tome los signos vitales de la mujer: <ul style="list-style-type: none"> • Cada 15 minutos durante 1 hora. • Después, cada 30 minutos durante 2 horas. 					
4. Asegúrese de que el útero esté firmemente contraído.					

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
PASO / TAREA			OBSERVACIONES		
REVISION CANAL DEL PARTO					
PREPARACIÓN					
Nota: Los/as participantes deben usar esta guía de aprendizaje junto con la Guía de Aprendizaje para la Reparación de Desgarros Cervicales .					
1. Prepare el equipo necesario.					
2. Explique a la mujer lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
3. Escuche lo que ella tenga que decir.					
4. Bríndele apoyo emocional y tranquilícela.					
INSPECCIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DE LA VAGINA Y DEL CUELLO UTERINO					
Inspección de la parte superior de la vagina					
1. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
2. Póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel					
3. Separe los labios de la mujer con una mano.					
4. Haga que un/a asistente ilumine la vagina.					
5. Observe cuidadosamente para determinar si hay desgarros o hematomas.					
6. Presione con firmeza la pared vaginal posterior con los dedos de la otra mano y determine si hay puntos sangrantes en la vagina.					
7. Continúe presionando firmemente la pared vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Desplace los dedos hacia arriba por el lado de la pared vaginal hasta el cuello uterino, determinando si hay puntos sangrantes. • Repita la operación en la pared vaginal opuesta. 					
Inspección del cuello uterino					
1. Haga que un/a asistente coloque una mano sobre el abdomen de la mujer y presione con firmeza el útero para desplazar el cuello uterino más hacia abajo en la vagina.					
2. Inserte dos valvas sometidas a una desinfección de alto nivel en la vagina: <ul style="list-style-type: none"> • Un valva en la posición anterior. • La segunda valva en la posición posterior. • Haga que un/a asistente mantenga las valvas en posición. 					
3. De no haber valvas disponibles, use un espéculo desarmado ó una mano para presionar con firmeza sobre la pared vaginal posterior para exponer el cuello uterino.					

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS				
PASO / TAREA	OBSERVACIONES			
4. Con la otra mano, introduzca una pinza circular ó para esponja y fíjela en el labio anterior del cuello uterino en la posición de las 12.				
5. Introduzca una segunda pinza circular o para esponja y fíjela en el cuello uterino en la posición de las 3.				
6. Inspeccione el cuello uterino entre las dos pinzas para determinar si hay puntos sangrantes, utilizando una torunda de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, para poder hacer una mejor inspección.				
7. Abra y quite la pinza del labio anterior del cuello uterino (la que se encuentra en la posición de las 12).				
8. Vuelva a colocar y fijar esa pinza en el CERVIX en la posición de las 6.				
9. Inspeccione el cuello uterino entre la pinza que se encuentra en la posición de las 3 y la que se encuentra en la posición de las 6 para determinar si hay puntos sangrantes, utilizando una torunda de gasa para limpiar la sangre, para hacer una mejor inspección.				
10. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 3.				
11. Vuelva a colocarla en el cuello uterino en la posición de las 9.				
12. Inspeccione el cuello uterino entre la pinza que se encuentra en la posición de las 6 y la que se encuentra en la posición de las 9 para determinar si hay puntos sangrantes, utilizando una torunda de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, para hacer una mejor inspección.				
13. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 6.				
14. Vuelva a colocarla en el cuello uterino en la posición de las 12.				
15. Inspeccione el cuello uterino entre la pinza que se encuentra en la posición de las 9 y la que se encuentra en la posición de las 12 para determinar si hay puntos sangrantes, utilizando una torunda de gasa para limpiar la sangre, de ser necesario, para hacer una mejor inspección.				
16. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 9 y extraígala.				
17. Abra y quite la pinza que se encuentra en la posición de las 12 y extraígala.				
18. Extraiga las valvas vaginales (si se utilizaron).				
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO				
1. Antes de quitarse los guantes, elimine las torundas de gasa y demás materiales de desecho, colocándolos en un recipiente				
2. Coloque las valvas ó espéculo y las pinzas en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.				

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
PASO / TAREA			OBSERVACIONES		
3. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Qúitese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
4. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
PASO / TAREA					OBSERVACIONES
REPARACIÓN DE DESGARROS CERVICALES					
PREPARACIÓN					
Nota: Los/as participantes deben usar esta guía de aprendizaje junto con la Guía de Aprendizaje para la Inspección Vaginal y Cervical.					
1. Prepare el equipo necesario.					
2. Explique a la mujer lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
3. Escuche lo que ella tenga que decir.					
4. Bríndele apoyo emocional y tranquilícela.					
5. Administre la analgesia (Atropina 0.5 mg, y diazepam 10 mg por vía intravenosa), de ser necesario. Analgesico Ketorolaco vía IM					
6. Haga que la mujer vacíe la vejiga o inserte un catéter, de ser necesario.					
REPARACIÓN DE DESGARROS CERVICALES					
1. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
2. Póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel					
3. Haga que un/a asistente ilumine el interior de la vagina.					
4. Limpie la vagina y el cuello uterino con una solución antiséptica.					
5. Haga que el/la asistente dé masaje al útero y ejerza presión sobre el fondo uterino.					
6. Introduzca una pinza circular o para esponja en la vagina, y agarre el cuello uterino por un lado de la laceración.					
7. Introduzca una segunda pinza circular o para esponja, y agarre el cuello uterino por el otro lado de la laceración.					
8. En Primer nivel de atención: Observe el ángulo sangrante, sostenga una pinza de un labio del desgarro, su ayudante toma la otra pinza con el otro lado del desgarro, ubique el ángulo y coloque una pinza de anillos comprimiendo por encima a 1 cm del Angulo sangrante, retire las pinzas laterales y refiera el caso al Hospital.					
9. En Hospital: Coloque la primera sutura en la parte superior (ápice) del desgarro: <ul style="list-style-type: none"> • De ser difícil llegar al ápice, coloque una sutura justo por debajo del mismo. Jale con delicadeza la sutura para visualizar el ápice. Luego coloque punto en X hemostático. • Coloque puntos separados para el resto del desgarro a todo lo largo de la misma. 					

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS REPARACIÓN DE DESGARROS CERVICALES					
PASO / TAREA					OBSERVACIONES
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO					
10. Cierre el desgarro con puntos separados: <ul style="list-style-type: none"> • Asegúrese de incluir todo el espesor del cuello uterino cada vez que inserte la aguja para suturar. 					
11. Si hay una larga sección del borde del cuello uterino que esté desgarrada, coloque una sutura continua por debajo y a todo lo largo de la misma					
12. Si resulta difícil alcanzar y ligar el ápice: <ul style="list-style-type: none"> • Agárralo con unas pinzas en anillo o de arteria. • Deje la pinza en su sitio durante 4 horas. • Después de 4 horas, abra parcialmente la pinza pero sin extraerla. • Después de otras 4 horas, extraiga por completo la pinza. 					
4. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS					
PASO / TAREA			OBSERVACIONES		
REPARACIÓN DE DESGARROS PERINEALES DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO					
PREPARACIÓN					
Nota: Los/as participante deben usar esta guía de aprendizaje junto con la Guía de Aprendizaje para la Inspección Vaginal y Cervical.					
1. Prepare el equipo necesario.					
2. Explique a la mujer lo que se hará y alientela a que haga preguntas.					
3. Escuche lo que ella tenga que decir.					
4. Bríndele apoyo emocional y tranquilícela.					
5. Asegúrese de que la mujer no tenga alergias comprobadas a la lidocaína u otros fármacos relacionados.					
6. Haga que la mujer vacíe la vejiga o inserte un catéter, de requerirse.					
REPARACIÓN DE DESGARROS DE PRIMER Y SEGUNDO GRADO					
1. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
2. Póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel en ambas manos.					
3. Haga que un/a asistente dé masaje al útero y ejerza presión sobre el fondo uterino.					
4. Si el desgarro es largo y profundo a través del periné, haga una inspección para asegurarse de que no haya un desgarro de tercer o cuarto grado: <ul style="list-style-type: none"> • Introduzca un dedo enguantado en el ano. • Levante con delicadeza el dedo para identificar el esfínter. • Determine el tono o la contracción del esfínter. • Si el esfínter está lesionado, refiérase Hospital. Guía de Aprendizaje para la Reparación de Desgarros Perineales de Tercer y Cuarto Grado. 					
5. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
6. Póngase otro par de guantes sometidos a una desinfección de alto nivel.					
7. Aplique una solución antiséptica en las zonas alrededor del desgarro.					

DESGARRO VAGINAL				
ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS				
PASO / TAREA	OBSERVACIONES			
1. aspire 10 mililitros de lidocaína al 2% con la jeringuilla.				
2. Introduzca la aguja por debajo de la mucosa vaginal.				
3. Jale el émbolo de la jeringuilla para asegurarse de que la aguja no se encuentre dentro de un vaso sanguíneo: <ul style="list-style-type: none"> • Si aparece sangre en la jeringuilla, extraiga la aguja e inténtelo de nuevo. • De no aparecer sangre alguna, proceda a hacer lo indicado a continuación. 				
4. Inyecte la lidocaína en la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y en profundidad en el músculo perineal.				
5. Espere 2 minutos y después pellizque el sitio con unas pinzas.				
6. Coloque la primera sutura aproximadamente a 1 centímetro por arriba del extremo superior (ápice) del desgarro vaginal.				
7. Utilice una sutura continua, avanzando hacia abajo hasta el nivel del orificio vaginal.				
8. Una los dos bordes desgarrados del orificio vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Coloque la aguja de la sutura por debajo del orificio vaginal, sáquela a través del desgarramiento perineal y anude. 				
9. Repare el músculo perineal usando suturas discontinuas: <ul style="list-style-type: none"> • Si el desgarro es profundo, coloque una segunda capa de puntos (sutura en dos planos) para cerrar el espacio. 				
10. Repare la piel usando suturas discontinuas (subcuticulares) a partir del orificio vaginal: <ul style="list-style-type: none"> • Si el desgarro es profundo, haga un examen rectal y asegúrese de que no haya puntos en el recto. 				
11. Lave el periné con agua y jabón, y coloque un apósito perineal limpio.				
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO				
1. Antes de quitarse los guantes, elimine las torundas de gasa y otros materiales de desecho, colocándolos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.				
2. Coloque los instrumentos metálicos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.				
3. Si la aguja y la jeringuilla se eliminan, colóquelas en un recipiente a prueba de punción.				
4. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, Lávese las manos 				

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS					
PASO / TAREA					OBSERVACIONES
REPARACIÓN DE LOS DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO					
PREPARACIÓN					
Nota: Los/as participantes deben usar esta guía de aprendizaje junto con las Guía de Aprendizaje para la Inspección Vaginal y Cervical.					
1. Prepare el equipo necesario.					
2. Explique a la mujer lo que se hará y aliéntela a que haga preguntas.					
3. Escuche lo que ella tenga que decir.					
4. Bríndele apoyo emocional y tranquilícela.					
5. Asegúrese de que la mujer no tenga alergias comprobadas a la lidocaína u otros fármacos relacionados.					
6. Haga que la mujer vacíe la vejiga o inserte un catéter, de requerirse.					
REPARACIÓN DE DESGARROS DE TERCER Y CUARTO GRADO					
1. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séquelas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
2. Póngase guantes sometidos a una desinfección de alto nivel en ambas manos.					
3. Para determinar si el esfínter anal está desgarrado: <ul style="list-style-type: none"> • Coloque un dedo enguantado en el ano y levántelo levemente. • Identifique el esfínter o la carencia del mismo. • Palpe la superficie del recto y trate de determinar con gran cuidado si hay un desgarro. 					
4. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Qútese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
5. Póngase otro par de guantes sometidos a una desinfección de alto nivel.					
6. Aplique una solución antiséptica a las zonas alrededor del desgarro y elimine todo material fecal que pueda estar presente.					
Cómo administrar el anestésico local					
1. Aspire 10 mililitros de lidocaína al 2% con la jeringuilla.					
2. Introduzca la aguja por debajo de la mucosa vaginal.					

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO					
PASO / TAREA	OBSERVACIONES				
3. Jale el émbolo de la jeringuilla para asegurarse de que la aguja no se encuentre dentro de un vaso sanguíneo: <ul style="list-style-type: none"> • Si aparece sangre en la jeringuilla, extraiga la aguja e inténtelo de nuevo. • De no aparecer sangre alguna, proceda a hacer lo indicado a continuación. 					
4. Inyecte la lidocaína en la mucosa vaginal, por debajo de la piel del periné y en profundidad en el músculo perineal.					
5. Espere 2 minutos y después pellizque el sitio con unas pinzas.					
6. Una la mucosa rectal con suturas discontinuas a intervalos de 0,5 centímetros: <ul style="list-style-type: none"> • Pase la sutura a través del plano muscular, sin atravesar totalmente la mucosa. • Cubra el plano muscular uniendo el plano aponeurótico con suturas discontinuas. • Aplique solución antiséptica frecuentemente a la zona mientras trabaja 					
7. Si el esfínter está desgarrado: <ul style="list-style-type: none"> • Agarre el extremo del esfínter con unas pinzas Allis. • Repare el esfínter con dos o tres suturas discontinuas. 					
8. Aplique de nuevo solución antiséptica a la zona.					
9. Examine el ano con un dedo enguantado para garantizar que se haya logrado una reparación correcta del recto y del esfínter.					
10. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Quítese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica 					
11. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.					
12. Póngase otro par de guantes sometidos a una desinfección de alto nivel.					
13. Repare la mucosa vaginal, y los músculos y la piel del periné. (Refiérase a la Guía de Aprendizaje para la Reparación de los Desgarros Perineales de Primer y Segundo Grado).					
TAREAS POSTPROCEDIMIENTO					
1. Antes de quitarse los guantes, elimine las torundas de gasa y otros materiales de desecho, colocándolos en un recipiente					
2. Coloque los instrumentos metálicos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos durante 10 minutos.					

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS DESGARROS PERINEALES DE TERCER Y CUARTO GRADO				
PASO / TAREA		OBSERVACIONES		
3. Si la aguja y la jeringuilla se eliminan, colóquelas en un recipiente a prueba de punción.				
4. Manejo de los guantes quirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> • Qúitese los guantes invirtiéndolos. • Los guantes se eliminarán, échelos en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica, Lávese las manos 				
5. Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.				

ATENCIÓN DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS EPISIOTOMÍA Y SU REPARACIÓN						
PASO/TAREA	OBSERVACIONES					
PREPARACIÓN						
1. Preparó el equipo necesario.						
2. Dijo a la mujer y a la persona de apoyo lo que se haría y aliento a que hicieran preguntas.						
3. Escuchó lo que tenían que decir la mujer y la persona de apoyo.						
4. Aseguró de que la mujer no sea alérgica a la lidocaína ni a fármacos relacionados con la misma.						
5. Tranquilizó y les brindo apoyo emocional.						
HABILIDAD/TAREA REALIZADA SATISFACTORIAMENTE						
CÓMO HIZO LA EPISIOTOMÍA						
Administró el anestésico local.						
2. No hizo la episiotomía hasta que el periné estuviera totalmente adelgazado y la cabeza del bebé se pudiera ver durante una contracción.						
3. Introdujo dos dedos en la vagina entre la cabeza del bebé y el periné.						
4. Introdujo una de las hojas de unas tijeras abiertas entre el periné y los dos dedos. Hizo un corte único en dirección medio lateral. Cuando la cabeza fetal corone el periné (diámetro mayor igual a 5 cm).						
5. De no haberse producido de inmediato el parto de la cabeza, aplico presión al sitio de la episiotomía entre las contracciones.						
6. Controló el parto de la cabeza para evitar que la episiotomía se extendiera.						
HABILIDAD/TAREA REALIZADA SATISFACTORIAMENTE						
REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA						
1. Limpió el periné de la mujer con una solución antiséptica.						
2. Repitió el anestésico local, de requerirse.						
3. Usó una sutura continua desde el ángulo (ápice) hasta abajo para reparar la incisión vaginal.						
4. A nivel del orificio vaginal, juntó los dos bordes de la herida.						
6. Metió la aguja por debajo del orificio vaginal, y anudó la sutura.						

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA EPISIOTOMÍA Y SU REPARACIÓN					
PASO/TAREA	OBSERVACIONES				
6. Usó suturas discontinuas para reparar el músculo perineal, trabajando desde el tope (parte superior) de la incisión perineal hacia abajo.					
7. Usó suturas discontinuas o subcuticulares para unir los dos bordes dérmicos.					
8. Colocó un apósito o un paño limpio sobre el periné de la mujer.					
9. Antes de quitarse los guantes, eliminó todos los materiales de desecho en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico.					
10. Colocó los instrumentos en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos para descontaminarlos.					
11. Manejo de los guantes quirúrgicos <ul style="list-style-type: none"> • Se quitó los guantes invirtiéndolos. • Los guantes, los echó en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica. 					
12. Se lavó las manos concienzudamente con agua y jabón, y se secó.					
13. Registró el procedimiento en el expediente de la mujer.					
HABILIDAD/TAREA REALIZADA SATISFACTORIAMENTE					

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ACRETISMO PLACENTARIO				
Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
Hay sospecha en ecografía obstétrica con doppler placentario de acretismo placentario?				
Están registrados alguno de los siguientes hallazgos en la ecografía: <ul style="list-style-type: none"> • Placenta anterior • Placenta posterior • Placenta previa • Perdida de definición entre útero y placenta • Interrupción de la interface utero-vejiga • Lagos placentarios extrauterinos 				
Hay sospecha de acretismo placentario en resonancia magnética?				
Todos los miembros del equipo han sido informados del caso? <ul style="list-style-type: none"> • Gineco-Obstetra de mayor experiencia quirúrgica • Gineco obstetra ayudante • Anestesiólogo • Urólogo • Radiólogo intervencionista • Neonatólogo • Instrumentadora • Laboratorio clínico y servicio de transfusión • Jefe de salas de cirugía • Especialista en Cuidados intensivos 				
Hay reserva activa de hemoderivados? <ul style="list-style-type: none"> • 6 unidades de glóbulos rojos(paquete globular) • 6 unidades de plasma • 6 unidades de plaquetas (o 1 aféresis) • 6 unidades de crioprecipitado 				
Se realizaron pruebas de coagulación antes de iniciar el procedimiento?				
Se ha realizado el consentimiento informado de todos los procedimientos?				
Se realizó colocación de monitoria materna y fetal? <ul style="list-style-type: none"> • Línea arterial • Catéter central de alto flujo • Sistema de calentamiento materno • Monitoria fetal • Compresión mecánica intermitente 				
Se definió plan anestésico por el grupo medico? <ul style="list-style-type: none"> • Anestesia general • Anestesia regional 				
Se colocaron los catéteres ureterales por urología?				
Se realizó colocación de balones en arterias hipogastricas?				
Se realizó colocación de balón intra aortico?				
Se realizó emboliación pélvica coadyuvante?				
Se realice cesárea corporal?				

Se realizo histerectomía con placenta in útero?				
Se realizo cirugía de control de daños?				
Se presento algún evento adverso relacionado con la técnica quirúrgica?				
En caso de sangrado, se utilizo la clasificación de choque basado en la estratificación de severidad de 1 a 4 propuesta para el diagnostico?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se tomaron gases arteriales en el quirófano para la clasificación del choque en caso de inestabilidad hemodinámica?				
Se dio soporte de oxigeno por cánula nasal o sistema ventury?				
En caso necesario se protegió la vía aérea?				
Se tomaron muestras Intraoperatorias para hemograma, tiempos de coagulación y fibrinógeno,?				
Si se clasifico como shock moderado se Transfundieron 2 U de GRE rojos O-?				
Si se clasifico como shock severo se transfundieron 6U de paquete globular empacados O (-)?				
Si se clasifico como Shock severo se transfundieron 6 U de PFC?				
Si se clasifico como shock severo se transfundieron 6U de plaquetas?				
Fue necesario el manejo con Acido Tranexámico?				
Se utilizo Cell saver?				
Se realizaron maniobras para evitar hipotermia colocando mantas o sabanas precalentadas?				
Se controlaron signos vitales cada 30 minutos?				
Se realizo y registro diuresis horaria por sonda vesical?				
Se envió el útero con placenta a patología?				
Se traslado la paciente a UCI?				

* NA: no aplica

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA ATONÍA UTERINA				
Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
Se utilizó la clasificación de choque basado en la estratificación de severidad de 1 a 4 propuesta para el diagnóstico?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se realizó manejo activo del tercer periodo del parto? <ul style="list-style-type: none"> • Se colocó 10 UI oxitocina IM con el parto dentro del primer minuto de nacimiento, verificando que no hay otro bebe? • Se hizo camleo según protocolo del cordón? • Se hizo tracción controlada del cordón? • Se realizo masaje uterino cada 15 minutos en las primeras dos horas? 				
Se activo el código rojo obstétrico por protocolo institucional?				
Llegaron todos los miembros del equipo designados en el código? <ul style="list-style-type: none"> • Gineco obstetra • Anestesiólogo • Obstetiz • Enfermera • Técnico de Enfermería • Camillero • Laboratorio clínico y servicio de transfusión • Salas de cirugía • Cuidados intensivos • Transporte. 				
Se distribuyeron los miembros en útero—cabeza –brazos?				
Se identifico un líder en el equipo?				
Se describe activación del ABC?				
Se describe el diagnostico diferencial de las 4 T's? <ul style="list-style-type: none"> • Tono • Trauma • Tejido • Trombina 				
Se dio soporte de oxigeno por cánula nasal o sistema ventury?				
En caso necesario se protegió la vía aérea?				
Se coloco la paciente en posición de litotomía?				
Se canalizaron 2 venas con catéter 14 o 16 ?				
Se tomaron las muestras para hemograma, perfil de coagulación, fibrinógeno, grupo sanguíneo y factor RH y reserva de hemocomponentes?				
En caso de disponibilidad se tomaron gases arteriales y acido láctico?				
Se inicio cristaloides en bolos de carga de 500 cc según la clasificación de choque de la paciente?				

Se evaluó si la paciente se recupera hemodinámicamente al aporte volumen?				
Si se clasifico como shock moderado se Transfundieron 2 U de paquete globular O(-)?				
Si se clasifico como shock severo se transfundieron 6U de paquete globular empacados O (-)?				
Si se clasifico como Shock severo se transfundieron 6 U de PFC?				
Si se clasifico como shock severo se transfundieron 6U de plaquetas?				
Fue necesario el manejo con Acido Tranexámico?				
Se realizo compresión uterina al describirse atonía uterina?				
Se aplicaron las dosis correspondientes 40 UI de oxitocina en 1000 cc CINA 0.9% a 40 gotas por minuto (80 mu por minuto)?				
Se aplico Ergometrina IM stat, necesito la segunda dosis de ergometrina IM a los 20 minutos de la primera?				
Se aplicaron 800 microgramos de misoprostol via rectal diluido en 5 cc o vía sublingual?				
Se colocaron antibióticos para prevención de infección en caso necesario?				
Se realizaron maniobras para evitar hipotermia colocando mantas o sabanas precalentadas?				
Se controlaron signos vitales cada 15 minutos?				
Se realizo y registro diuresis horaria por sonda vesical?				
Se iniciaron maniobras de trombopprofilaxis al finalizar el código?				
Se realizaron los procedimientos de acuerdo al protocolo de reanimación en la hora dorada para atonía uterina? <ul style="list-style-type: none"> • Masaje bimanual - manejo medico – colocación de 2 accesos venosos- monitoria materna y toma de analisis clínicos en los primeros 30 minutos • Colocación de balón hidrostático – colocación de traje antichoque- colocación de monitoria invasiva- transfusión en los primeros 60 minutos • Histerectomía – cirugía de control de daños- uso de vasopresores y multitransfusión a los 60 minutos 				

* NA: no aplica

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA BALON INTRAUTERINO BALON DE BAKRI				
Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
Se identificó que la causa de hemorragia postparto es atonía uterina?				
Se utilizó la clasificación de choque basado en la estratificación de severidad de 1 a 4 propuesta para el diagnóstico?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se realizó manejo medico en dosis establecidas en el protocolo de Clave rojo antes de pensar en colocar el balón?				
Se activó el código rojo obstétrico por protocolo institucional?				
Se verificaron todos los insumos necesarios para la colocación: <ul style="list-style-type: none"> • Balón de Bakri • Jeringa de 60 cc • Guantes • Solución estéril de 500 cc • Pinzas de limpieza • Gasas para taponamiento vaginal 				
El miembro del equipo médico que va a colocar el balón es la persona con mejores competencias en este momento?				
Se realizo asepsia y antisepsia de área vulvoperineal?				
Se colocó sonda Foley para drenaje urinario?				
Se aplicó antibiótico profiláctico 2 gramos de cefazolina o 1.5 Gramos de ampicilina subactam o 2 gramos de ampicilina o 1 ampolla de gentamicina?				
Se verifico la introducción del balón hasta el fondo uterino (por palpación uterina o guía ecográfica)?				
Se realizó el inflado del balón con jeringa o una venoclisis conectada a la válvula del catéter con llave que abre y cierre el circuito hasta alcanzar un volumen entre 250 a 500 cc?				
Una vez inflado el balón, se conectó un reservorio del otro puerto del catéter para monitorizar el sangrado?				
Se tracciono levemente el catéter para que se adose a las paredes?				
Se realizó empaquetamiento con gasa del fondo de la vagina , posterior a verificar el cese del sangrado?				
Se fijó el catéter a la parte interna de la pierna del paciente?				
Se remitió la paciente al nivel de complejidad mayor más cercano donde pueda resolverse definitivamente el evento de sangrado utilizando el protocolo de traslado de pacientes en hemorragia postparto?				
Se logró el control del sangrado con la colocación del balón en la primeras 24 horas de manejo?				

Se realizó registro horario en la historia clínica de: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardiaca • Tensión arterial • Sensorio • Perfusión • Temperatura • Monitoria invasiva si aplica 				
Se registraron los paraclínicos en la historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • INR • PTT • Fibrinógeno • Gases arteriales si aplica • Acido láctico si aplica 				
BALÓN HIDROSTATICO CON CONDON / GUANTE QUIRURGICO				
Pregunta	SI	No	NA*	Comentarios
Se identificó que la causa de hemorragia postparto es atonía uterina?				
Se utilizó la clasificación de choque basado en la estratificación de severidad de 1 a 4 propuesta para el diagnóstico?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se realizó manejo medico en dosis establecidas en el protocolo de código rojo antes de pensar en colocar el balón?				
Se activó el código rojo obstétrico por protocolo institucional?				
Se verificaron todos los insumos necesarios para la colocación: <ul style="list-style-type: none"> • Condón/GUANTE QUIRURGICO • Sonda Foley N°22 o N° 24 • Seda precortada numero 2 o usar borde de guante como ligadura • Jeringa de 60 cc • Solución estéril de 500 cc • Pinzas de limpieza • Gasas para taponamiento vaginal 				
El miembro del equipo médico que va a colocar el balón es la persona con mejores competencias en este momento?				
Se realizo asepsia y antisepsia de área vulvoperineal?				
Se colocó sonda Foley N° 14 para drenaje urinario?				
Se aplicó antibiótico profiláctico 2 gramos de cefazolina o 1.5 Gramos de ampicilina sulbactam o 2 gramos de ampicilina o 1 ampolla de gentamicina?				
Se realizo colocación en el fondo uterino y se procede al inflado del condon / guante con jeringa 60 a 100 cc con pico hasta alcanzar un volumen entre 500 cc-700 cc o pare el sangrado				
Se realizó empaquetamiento con gasa del fondo de la vagina , posterior a verificar el cese del sangrado?				

Se remitió la paciente al nivel de complejidad mayor mas cercano donde pueda resolverse definitivamente el evento de sangrado utilizando el protocolo de traslado de pacientes en hemorragia postparto?				
Se logro el control del sangrado con la colocación del condón en la primeras 6 horas de manejo?				
Se realizó registro horario en la historia clínica de: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca • Tensión arterial • Sensorio • Perfusión • Temperatura • Monitoria invasiva si aplica 				
Se registraron los paraclínicos en la historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • INR • PTT • Fibrinógeno • Gases arteriales si aplica • Acido láctico si aplica 				

* NA: no aplica

RETIRO DEL BALON O DEL CONDON				
Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
La paciente se encuentra en el nivel de mayor complejidad al momento del retiro?				
El balón – condón ha permanecido al menos 24 horas in útero?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se inicio el retiro del volumen de a 100 cc cada 15 minutos evaluando la presencia de sangrado?				
Durante el retiro, el sangrado reinicio con necesidad de colocar nuevamente el balón y llevar a cirugía?				
Se realizo registro horario en la historia clínica de: <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca • Tensión arterial • Sensorio • Perfusión • Temperatura • Monitoria invasiva si aplica 				
Se registraron los paraclínicos en la historia clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • INR • PTT • Fibrinógeno • Gases arteriales si aplica • Acido láctico si aplica 				

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA TRAJE ANTISHOCK
(A ser usada por el/la capacitador/a.)

Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
Se identificó la causa de la hemorragia postparto?				
Se utilizó la clasificación de choque basado en la estratificación de severidad de 1 a 4 propuesta para el diagnóstico?				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos?				
Se realizó manejo medico en dosis establecidas en el protocolo de código rojo antes de pensar en colocar el TAN?				
Se activó el código rojo obstétrico por protocolo institucional?				
Se verificaron las indicaciones para el uso de TAN: <ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la hemorragia • Evitar intervención quirúrgica. • Disminuir el número de transfusiones sanguíneas. • Transporte para la referencia 				
El miembro o los miembros del equipo médico que va a colocar el TAN es o son las persona con mejores competencias en este momento?				
Se descartó la presencia de Feto viable en el útero que puede estar a 20 minutos del parto?				
Se aplicó el TAN antes de obtener una vía Venosa?				
Para el inicio se colocó el TAN debajo de la mujer con la parte superior al nivel de su última costilla?				
Se comienzo la colocación en los tobillos con el segmento # 1? En las pacientes más bajas, doblo el segmento # 1 sobre el segmento # 2 para el inicio de la colocación? Se aplicaron los segmentos # 3 lo suficientemente apretados en la misma forma que los segmentos # 1 y # 2 ?				
Se aplicó el segmento # 4 alrededor de la mujer, en el borde inferior al nivel del hueso púbico?				
Se colocó el segmento 5, con la bola de presión directamente sobre el ombligo de la paciente?				
Se realizó el cierre el TAN usando el segmento #6 considerando no dejarlo tan apretado que restrinja la respiración de la paciente				
Si hay dos personas presentes, aplicaron rápidamente los tres segmentos simultáneamente, trabajando una pierna cada uno, empezando por los tobillos?				
En caso de colocarlo con dos personas, para el segmento 4 y 5 una sola persona presento el segmento opuesto y el otro cerro los segmentos pélvico y abdominal utilizando la mayor fuerza posible				

<p>El TAN se utilizó en conjunto con otra estrategia de intervención no farmacológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Balón hidrostático • Cirugía de B-lynch • Histerectomía • Cirugía de control de daños 				
<p>Se realizó registro horario en la historia clínica de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca • Tensión arterial • Sensorio • Perfusión • Temperatura • Monitoria invasiva si aplica 				
<p>Se registraron los paraclínicos en la historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • INR • PTT • Fibrinógeno • Gases arteriales si aplica • Acido láctico si aplica 				

* NA: no aplica

RETIRO DEL TRAJE ANTISHOCK (TAN)				
Pregunta	Si	No	NA*	Comentarios
La paciente se encuentra en el nivel de mayor complejidad al momento del retiro				
El TAN ha permanecido al menos 24 horas				
Esta reportado en la historia clínica estos hallazgos				
<p>Se verificaron los criterios de retiro del TAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangrado es de <50 ml por hora, durante dos horas • Presión arterial sistólica es de >90 mm/Hg • Hemoglobina es de >7, o el hematocrito es de 20% 				
Se comenzó con el segmento # 1 del tobillo, esperando 15 minutos: y controlan la presión arterial y el pulso				
Si la presión arterial baja 20 mm/Hg, o el pulso aumenta en 20 latidos/minuto después de retirar un segmento, fue necesario cerrar nuevamente todos los segmentos, aumentar la tasa de fluidos IV y busca el origen del sangrado				
<p>Se realizó registro horario en la historia clínica de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia cardíaca • Tensión arterial • Sensorio 				

--	--	--	--	--

Minuto 20-60 estabilización

- Conservar volumen circulante.
- Reponer componentes sanguíneos según necesidad
- Maniobras compresivas, uso de TAN
- Iniciar inotrópicos y vasoactivos si persiste la hipotensión

Minuto 60 resolución

- Realizar control de daños
- Si continua sangrado pasar a sala de operaciones para laparatomía.

Criterios de Alta.

Luego de la solución del factor etiológico la puérpera debe permanecer bajo observación por lo menos 24 horas. Durante ese tiempo realizar monitoreo de las funciones vitales, exámenes auxiliares y síntomas (en especial el de sangrado).

La puérpera saldrá de alta estabilizada hemodinámicamente, con funciones vitales estables, sin signos de falla orgánica, con prueba de deambulación, sin síntomas, con capacidad de ingerir alimentos y realizar actividades comunes.

ATENCION DE LAS EMERGENCIAS OBSTETRICAS PREECLAMPSIA/SEVERA/ECLAMPSIA				
PASO / TAREA				OBSERVACIONES
Administración de la dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio				
Adminístrelo por vía intravenosa 400 cc. a chorro en un periodo de 15 minutos. (4 gr de sulfato de magnesio) Continúe con la infusión de sulfato de magnesio a 30 gotas por minuto (1 gramo de sulfato de magnesio por hora).				
Realizar monitoreo : La frecuencia respiratoria sea por lo menos de 16 por minuto. Tenga reflejo rotuliano en ambas piernas. El gasto urinario haya sido como mínimo de 30 mililitros por hora durante las 4 horas precedentes.				
NO ADMINISTRE O RETRASE LA ADMINISTRACIÓN del fármaco si: La frecuencia respiratoria cae por debajo de 16 por minuto. No hay reflejo rotuliano en ambas piernas. El gasto urinario ha sido inferior a los 30ml/hr (4 horas precedentes)				
Coloque las jeringas en un recipiente a prueba de punción.				
Lávese las manos concienzudamente con agua y jabón, y séqueselas con un paño limpio y seco, o déjelas secar al aire.				
Monitoreo de la toxicidad				
Tome la frecuencia respiratoria durante un minuto cada hora.				
Verifique los reflejos rotulianos cada hora.				
Inserte un catéter permanente y mida el gasto urinario cada hora.				
Registre la administración de fármacos y los hallazgos en la Historia				
TERAPIA ANTIHIPERTENSIVA				
Administración de la dosis de METILDOPA				
Dar vía oral 1 gramo de metil dopa cada 12 horas				
Evaluar respuesta del metil dopa a los 15 minutos. Si la presión arterial esta menor de 160/110 mm Hg y no hay signos de dfe alerta de alerta continuar con tratamiento				
Administración de Nifedipino si la presión arterial no bajo al dar metildopa o presenta crisis hipertensiva, presión arterial mayor de 160 / 110 se da 10 mgr vía oral stat.				
Evaluar el caso para referencia si no tiene las condiciones para su manejo. Terminar el embarazo los más pronto posible y en casos de pre terminó madurar pulmón y terminar en la siguientes 48 horas.				

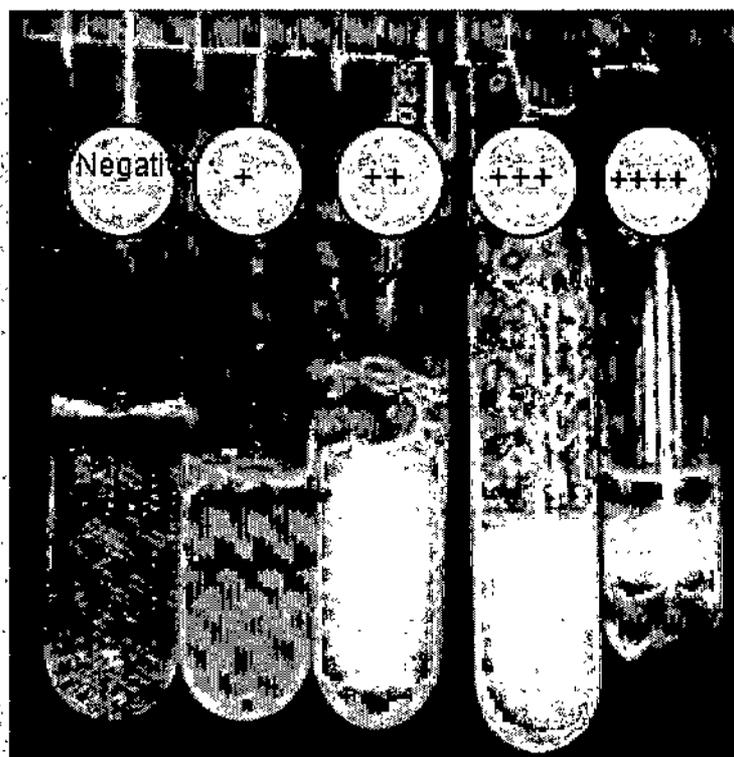
ACIDO SULFACETILSALICILICO AL 3% (ASS)		
	Proteinuria	Característica
NEGATIVO	0 mg por 100 cc	Transparente
TRAZAS	< 50 mg por 100 cc	Turbidez perceptible
1+	50 mg por 100 cc	Turbidez sin granulación
2+	200 mg por 100 cc	Turbidez con granulación
3+	500 mg por 100 cc	Turbidez con granulación y aglutinación
4+	1000 mg por 100 cc	Precipitado sólido

Pre-eclampsia leve: Hipertensión arterial + proteinuria > 300 mg/24 hrs.
 Pre-eclampsia Severa: Hipertensión arterial + proteinuria > 5 gr/24 hrs.

TECNICA

- 1 cc ASS, conservar en frasco oscuro
- 1 cc orina centrifugada, o decantada 1 hora, tomar muestra del sobrenadante.
- Mezclar por inversión
- Dejar reposar por 5 minutos y realizar lectura

John Bernard. El Laboratorio en el Diagnóstico clínico. Marban Libros. S. L. 2007



A.- MANEJO EN CONSULTORIO EXTERNO: detección de casos

1. Gestante de riesgo para desarrollar trastorno hipertensivo debe ser derivado a consultorio de Obstetricia "C":
 - a) IP de las arterias uterinas >95 en las ecografías doppler de las 11 a 13 semanas o de las 20 a 24 semanas.
 - b) Elevación de la presión arterial: aumento de la sistólica en 30 mmHg o de la diastólica en 15mmHg respecto a la presión basal. Si PA es $\geq 140/90$ mmHg debe pasar al servicio de Emergencia para realizar estudios.
 - c) Si presión arterial media esta por encima de la presión arterial media basal entre la semana 14 y semana 37
 - d) Ganancia de peso >500 gr por semana en el tercer trimestre.
 - e) ASS positivo.
 - f) Test del Rodamiento (o test de Gant modificado), entre las 28 y 32 semanas, positivo (aumento de la presión diastólica ≥ 15 mmHg y PAM >85 mmHg)⁹.
2. En cada atención prenatal de una paciente de alto riesgo se debe realizar:
 - a) Llenado de las gráficas de ganancia de peso y altura uterina.
 - b) Prueba de ASS en cada consulta a partir de las 20 semanas de gestación.
 - c) Ecografías doppler de las arterias uterinas entre las 11 a 13 semanas y entre las 20 a 24 semanas y según indicaciones de Medicina Fetal
 - d) Entre las 28 y 32 semanas solicitar los exámenes de laboratorio antes descrito.
3. Medidas preventivas.- Las cuales se debe realizar en pacientes de alto riesgo:
 - a) Ácido acetil salicílico: Se recomienda la administración oral de 100 mg (75 a 150 mg) de aspirina todos los días a partir de las 12 semanas (y antes de las 16 semanas)^{15,24-28,37} hasta las 34 semanas de gestación. Si la paciente llega a hacer preeclampsia severa antes de las 34 semanas: suspender la aspirina (idealmente 5 a 10 días antes de la culminación del embarazo).
 - b) Administración de calcio: Se recomienda la ingesta de 1.5 a 2 gr de calcio por día a partir de las 14 semanas de gestación¹⁵.

PREECLAMPSIA SEVERA CON DAÑO DE ÓRGANO ACTIVAR CLAVE AZUL

Minuto 0: Activar clave azul

Minuto 20 Reevaluar la respuesta a la fluidoterapia, sulfato de magnesio y del hipotensor metildopa. Administrar oxígeno CBN a 3 lt por minuto, posición DLI Monitoreo de LFC y funciones vitales Si presión diastólica es mayor de 110 mm Hg dar Nifedipino 10 mg via oral

Minuto 60: se evalúa y define el caso con los resultados exámenes de laboratorio (perfil de preeclampsia, pruebas de bienestar fetal).

Terminar la gestación por la vía más rápida:

- En hipertensión severa no controlada, es decir, si la paciente requiere la necesidad de usar tres veces seguidas (cada 20 minutos) el nifedipino para hipertensión severa; o si en tres ocasiones aisladas en un lapso de 24 horas presenta tres crisis hipertensivas⁴⁹.
- Síntomas persistentes premonitorios de eclampsia.
- Daño de órgano blanco y/ o su progresión.
- Alteración del bienestar fetal. ^{2,12}
- Eclampsia, edema cerebral.

- Síndrome HELLP, coagulación intravascular diseminada.
- Hemorragia cerebral, encefalopatía hipertensiva.
- Insuficiencia renal aguda, edema agudo de pulmón.
- Hematoma subcapsular hepático o rotura hepática.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- En caso de gestaciones < 24 semanas culminar la gestación.

Vía del parto: En general se acepta que la vía vaginal es preferible a la cesárea, salvo contraindicación obstétrica³⁷ y/o compromiso materno-fetal que amerite la culminación inmediata de la gestación. En caso de culminarse la gestación por cesárea, se realizará una incisión MIU con el fin de revisar el aspecto del hígado.

Control postparto en hospitalización:

- a) Monitoreo estricto de funciones vitales: Presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria (en forma horaria las primeras 24 horas en caso de preeclampsia severa).
- b) Control estricto de laboratorio según evolución.
- c) En caso de preeclampsia severa usar metildopa en forma horaria.
- d) Control de la hipertensión severa con nifedipino. Tener en cuenta que la hipertensión, después de una fase inicial de mejoría, puede presentar un empeoramiento entre el 3° y 6° día.
- e) La infusión de SO_4Mg se mantendrá hasta 24 horas post-parto. Si transcurridas las 24 horas persisten signos o síntomas de severidad, se mantendrá por 24 horas más.
- f) Para el tratamiento del dolor en las post-operadas se indicará tramadol SC las primeras 24 horas, luego de lo cual se indicará paracetamol, no se recomienda el uso de AINES.
- g) En caso de hipertensión arterial no controlada solicitar interconsulta a cardiología.
- h) En caso de preeclampsia severa no dar de alta antes de las 72 horas postparto, aunque esté asintomática.

C.- CRITERIOS DE ALTA:

1. Alta después de las 72 horas post-parto si la PA es menor de 150/100 mmHg.
2. Exámenes de laboratorio normales o en mejoría.
3. Paciente asintomática.