MÓDULOS I Y II • MANUAL PARA PARTICIPANTES

PRONTO℠

Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal: el Tratamiento Óptimo y Oportuno con el fortalecimiento del Programa "Código Rojo" del Ministerio de Salud Pública de Guatemala

PRONTO℠ INTERNATIONAL

Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal: el Tratamiento Óptimo y Oportuno con el fortalecimiento del Programa "Código Rojo" del Ministerio de Salud Pública de Guatemala

MANUAL PARA PARTICIPANTES

MÓDULO I& II

Susanna R. Cohen, MSN, CNM

Dilys Walker, MD

Jenifer O. Fahey, MPH, MSN, CNM

Fátima Estrada Márquez, MSc

Jimena Fritz Hdez, MD, MSc

Marisela Olvera García CD, MSc

Copyright© PRONTO INTERNATIONAL 2014

Participante:

Nombre del Participante:_____

Fecha de asistencia al Módulo I de PRONTO: _____

Facilitadores de PRONTO:

Nombres/Correos electrónicos: _____

_____

Contactos de PRONTO:

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Liga de la página web de PRONTO:

http://prontointernational.org/espanol/

Nombre de Usuario: _____

Clave: _____

ÍNDICE

Agradecimientos 1
Introducción 2
Descripción del problema 3
Este manual 5
1. INTRODUCCIÓN AL MÉTODO DE SIMULACIÓN 7
1.1 ¿Qué es la simulación? 7
1.2 ¿Por qué escogimos la simulación para nuestro enfoque? 8
1.3 ¿Qué constituye una buena capacitación de simulación? 8
1.4 ¿Cuáles son los elementos de una capacitación basada en simulación? 9
2. TRABAJO EN EQUIPO 10
2.1 La Importancia de fortalecer a su equipo 10
2.2 Barreras para los cuidados efectivos (Team STEPPS) 11
3. ACTIVIDADES DE LA CAPACITACIÓN PRONTO 12
3.1 Actividades de PRONTO 12
3.2 Los Acuerdos del Grupo 13
3.3 Objetivos del trabajo en equipo 14
3.4 Cuatro áreas de competencia 14
3.5 Conceptos de Comunicación 15
3.6 ¿Cómo reforzar a su equipo diariamente? (Team STEPPS) 18
3.7 Práctica 1: Habilidades (Día 1 y2) 20
3.8 Práctica 2: Habilidades (Día 3) 21
3.9 Las 10 habilidades de comportamiento laboral 21
3.10 Características de un buen líder (TeamSTEPPS) 22
3.11 Reglas de Simulación 22
3.12 Notas de LAS SIMULACIONES 22
3.13 Plan Estratégico para la implementación de cambios hospitalarios 24
Anexo 1: Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) para Todas Mujeres 27
Anexo 2: Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) con Pinzamiento Tardío del Cordón 28
Anexo 3: Guía de Reanimación Neonatal 29
Anexo 4. Algoritmos de Trabajo en Equipo 30
Anexo 5: Cuidados Básicos en una Urgencia 32
Anexo 6: “Código Rojo”: Manejo del Choque Hipovolémico por Hemorragia Obstétrica 33
Anexo 7:“Código Rojo”: Acciones a realizar según cada uno de los niveles de atención 34
Anexo 8:“Código Rojo”: Manejo de la Hemorragia Obstétrica 35
Anexo 9: Manejo de Hemorragia Obstétrica 36
Anexo 10: Manejo de Atonía Uterina 37
Anexo 10.1: Código Rojo”: Pasos para la preparación del condón intrauterino 38
Anexo 11. Manejo de Choque Hipodinámico 39
Anexo 12. Uterotónicos 40
Anexo 13. Test de Wiemer/Prueba de coagulación al instante 41
Anexo 14. Medición de APGAR 42
Anexo 15. Distocia de Hombros 43
Anexo 16: Preeclampia Severa 44
Anexo 17: Eclampsia 45
Anexo 18: Corioamnionitis 46
Referencias 47

Agradecimientos

Este manual es el resultado de un trabajo de colaboración entre diversas instituciones tanto nacionales como estadounidenses, con el objetivo común de desarrollar una herramienta para la capacitación de proveedores de salud en el manejo de emergencias obstétricas y trabajo en equipo, con la técnica de aprendizaje basada en el uso de simulaciones. Las instituciones mexicanas, gracias a las cuales fue posible el desarrollo de la implementación del programa PRONTO son: el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), así como el Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social en el Estado de México y la Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres (SEDEM) en Chiapas, a las cuales agradecemos su apoyo para la obtención de los recursos necesarios para la elaboración del mismo.

Agradecemos también a Fátima Estrada Márquez y Julio Cesar Tapia Guzmán por su participación en la primera edición de este manual durante el año 2009 y a Martha Ricardo por su participación en la segunda edición en el año 2012.

Por parte de los Estados Unidos de América, las instituciones que colaboraron arduamente fueron la facultad de enfermería de la Universidad de Utah, el departamento de Enfermería Partería y Salud de la Mujer, el Centro Simulación de la Universidad de Utah, así como el Hospital de la Universidad; a La Universidad de Washington facultad de Obstetricia y Ginecología y el departamento de Salud Global; a la Universidad de Maryland, departamento de Obstetricia y Ginecología; a la Dra. Leslie Cragin y a Mike Rizk por el apoyo en el desarrollo de los PartoPants™, a la Enf. Janet Fisher, por la búsqueda de la información de las simulaciones, a Betty Cohen por su apoyo en el desarrollo de las dinámicas y a Derek Hackmann por su ayuda en el diseño de los algoritmos.

Finalmente, queremos agradecer al Ministerio de Salud Pública de Guatemala por su colaboración y darnos la oportunidad de complementar su programa existente de “Código Rojo” para la hemorragia obstétrica e incorporar sus herramientas y protocolos en el módulo de la hemorragia de PRONTO.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO℠

Introducción

PRONTO (Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal: el Tratamiento Óptimo y Oportuno) es una estrategia innovadora creada para disminuir el índice de mortalidad materna en Guatemala; como un esfuerzo para cumplir con las metas de desarrollo del milenio (MDM) comprometidos internacionalmente[1]. Nuestro objetivo es complementar y fortalecer los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública de Guatemala. El programa de "Código Rojo" actualmente implementado en toda Guatemala es adecuado, pero limitado a la hemorragia obstétrica.[2] Por lo tanto, pensamos que PRONTO es una gran adición al programa de "Código Rojo" porque cubre el manejo de muchas de las emergencias obstetricias y neonatales. El programa PRONTO ha sido diseñado cuidadosamente para estar de acuerdo con todas las reglas y protocolos locales de Guatemala.PRONTO es un programa de capacitación dirigido a equipos interdisciplinarios de salud de hospitales de referencia y resolutivos, donde ocurren la mayoría de las emergencias obstétricas y de muertes maternas y neonatales.[3]

Numerosas evaluaciones sobre la mortalidad materna han indicado que la calidad de los servicios obstétricos, así como el otorgamiento de la atención oportuna y adecuada de las emergencias obstétricas es clave para reducir las tasas de morbi-mortalidad materna en el ambiente hospitalario.[245] Los modelos de capacitación tradicional, como sesiones didácticas o la introducción de guías y protocolos no han mostrado los resultados esperados en los indicadores de interés.

PRONTO utiliza simulacionesen combinación con una variedad de estrategias que incluyen sesiones prácticas y dinámicas para involucrar a los miembros del equipo médico. La estrategia de la simulación es ubicar al equipo multidisciplinario en situaciones clínicas virtuales para lograr la atención de las emergencias de una manera efectiva y exitosa.

A través de las simulaciones, se identifican problemas potenciales de conocimiento, práctica, infraestructura y del mismo sistema; que atendiéndolos pueden contribuir a disminuir el índice de mortalidad materna y neonatal. Además, las simulaciones permiten a los proveedores practicar las técnicas ensenadas en el programa de "Código Rojo" e identifican los obstáculos para corregir su uso. PRONTO se mantiene al día de los últimos estudios de Medicina Basada en Evidencia (MBE) para el manejo de las emergencias obstétricas. Con la metodología de PRONTO se va a la raíz de los problemas que afectan el rescate obstétrico y neonatal; esto por medio del trabajo en equipo, para mejorar la comunicación del equipo interdisciplinario y coordinando los distintos servicios.[6]La comisión Estadounidense encargada de evaluar y certificar a los hospitales, ha identificado al trabajo en equipo y las simulaciones como factores claves en la prevención de errores médicos y el mejoramiento de los cuidados de emergencia.[7]

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Descripción del problema

La morbilidad y mortalidad materna y perinatal son los principales problemas para los cuales el progreso ha sido limitado en Guatemala.[8]El Desarrollo de los Objetivos del Milenio (ODM 4 y ODM 5) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tienen como meta reducir la mortalidad materna e infantil en todo el mundo.[9] Si los avances continúan al ritmo actual, el cumplimiento en la región Mesoamericana es poco probable. Los esfuerzos para reducir la mortalidad materna en los países en desarrollo en todo el mundo están bien documentados y las razones de mortalidad han disminuido con esfuerzos nacionales e internacionales, sin embargo aún continúan inaceptables las existentes razones de muertes maternas.[14] La mortalidad materna ocurre principalmente por causas relacionadas con emergencias obstétricas, enfermedad hipertensiva del embarazo o hemorragias durante el embarazo y el parto.[10]

Las razones de mortalidad materna (RMM) en Mesoamérica son mayores que las razones de los países desarrollados. Por ejemplo, las razones de mortalidad materna reportada para los países de Mesoamérica están en el rango de 33 por cada 100.000 nacidos vivos en Costa Rica y 149 en Guatemala. La República de Belice, El Salvador, Nicaragua y Panamá reportan RMM entre 56 y 64 por 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, un reporte conjunto de la OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial presentan estimaciones de RMM, que son mucho más altas para todos los países de Mesoamérica, con la excepción de Costa Rica, Belice y México.[11]

Datos comparativos de las encuestas de salud materno infantil más recientes realizadas en América Central, durante un período de aproximadamente 10 años, muestra un aumento en la proporción de partos atendidos por parteras capacitadas (52% a 70% en El Salvador, 29% a 42% en Guatemala, y 46% a 56% en Honduras). Sin embargo, la brecha entre los quintiles de menor a mayor riqueza, es de por lo menos 50 puntos porcentuales en todos los países, y más de 70 puntos en Guatemala, sin información que demuestre alguna disminución de esta brecha.[17]

Al evaluar las estrategias de éxito que han sido utilizadas para reducir la mortalidad materna y perinatal, dos son las que claramente se mencionan, por una parte la presencia de personal calificado en la atención del parto y por otra, el acceso al cuidado del manejo de la emergencia obstétrica.[12] Los programas exitosos deben reconocer que estas dos intervenciones, no son mutuamente excluyentes. Si una mujer indígena del área rural tiene acceso tanto a una comadrona tradicional, como a una comadrona profesional, la decisión sobre qué proveedor es el adecuado para la atención de su parto, se ve afectada por la percepción sobre la calidad de dicha atención. Además, es sumamente importante que las comadronas adquieran la capacidad de prestar atención efectiva y así la mujer comprenda esta capacidad de la comadrona para identificar, gestionar y consultar cuando se trate de una emergencia obstétrica, como son hemorragias, preclamsias e infección. Por lo tanto, aumentar el servicio en instituciones solo con personal capacitado será ineficaz, cuando los proveedores no pueden ofrecer aún atención de calidad para el manejo del cuidado de la emergencia obstétrica básica, esto será el resultado de un cambio en la ubicación de la muerte desde la comunidad hasta la clínica, sin afectar necesariamente la supervivencia.

PRONTO responde directamente a este llamado a la reforma en materiade educación médica y de formación. PRONTO entrena equipos interprofesionales, no solo a individuos; en el manejo de emergencias obstétricas y neonatales, adaptando el entrenamiento a las necesidades particulares de

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

cada escenario clínico, basándose en las características de los participantes interprofesionales y tomado en cuenta la situación particular de las pacientes.Los datos iniciales indican que este tipo de simulaciones basadas en el entrenamiento del equipo de salud, es eficaz para mejorar la respuesta ante la emergencia en los centros sanitarios, fuera de los EE.UU.[13]

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por medio del Programa Nacional de Salud Reproductiva reconoce el derecho de la mujeres a la maternidad saludable, como lo establece el acuerdo gubernativo 32-2010 "Ley para la Maternidad Saludable", donde se establece la necesidad de implementar mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de la mujeres.[2]

El comportamiento de la morbi-motalidad materna en los últimos 10 años, ha situado a la hemorragia obstétrica en el primer lugar en el país de Guatemala. Por lo anterior se priorizan las acciones que impactar en la reducción de la muerte materna implementado la estrategia de "Código Rojo", la cual estandariza la lineamiento técnicos, normativos y clínicos para la prevención y manejo de la hemorragia obstétrica y choque hipovolémico, respondiendo así al derecho reproductivo que establece que ninguna mujer debe morir por causa relacionada al embarazo, parto y post parto.[2]

PRONTO refuerza, complementa, y fortalecer los esfuerzos del Ministerio de Salud Pública. PRONTO se referirá con frecuencia al manual de "Código Rojo" y ese será la referencia clave para los participantes de PRONTO. Además, PRONTO también se referirá y seguirá todos los protocolos y los recursos del Ministerio de Salud Pública. Antes de comenzar, le recomendamos que revise el manual de "Código Rojo", y que vea el video en línea en: sitio web[2]

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Este manual

PRONTO

- Capítulo 1: Se hace una descripción del método de simulaciones y se especifican los objetivos de la capacitación.
- Capítulo 2: Se exponen conceptos básicos e importantes sobre el trabajo en equipo.
- Capítulo 3: Se presenta el cronograma de la capacitación PRONTO y conceptos importantes que se manejaran a lo largo de los módulos.
- Anexos: Se presentan los algoritmos para el manejo de urgencias obstétricas y neonatales.

La capacitación PRONTO se enfoca en:

• Trabajo en equipo

• La hemorragia obstétrica,

• Reanimación neonatal

• La distocia de hombros

• Pre-eclampsia/eclampsia

• La corioamnionitis

Ustedes van a participar en dinámicas, prácticas y simulacros. Hay áreas de este manual en las que usted puede tomar notas durante el curso. Utilice este manual y los algoritmos en su trabajo diario para mejorar el tratamiento clínico de sus pacientes y el trabajo en equipo en su unidad médica.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Acrónimos

HPP HemorragiaPosparto

JACHO Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

MATEP Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto

MBE Medicina Basada en Evidencia

MDM Metas de Desarrollo del Milenio

PTC Pinzamiento Tardío de Cordón Umbilical

PRONTO Programa de Rescate Obstétrico y Neonatal: El Tratamiento Óptimo y Oportuno.

TSTeam STEPPS- Sistema de entrenamiento sobre trabajo en equipo diseñado por el gobierno de EE UU.

RN Reanimación Neonatal

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

1. INTRODUCCIÓN AL MÉTODO DE SIMULACIÓN

La atención adecuada y oportuna de las emergencias obstétricas es un elemento fundamental para la reducción de la mortalidad materna y neonatal.La frecuencia con que ocurren las emergencias obstétricas es baja, por lo que el personal de salud no tiene práctica repetitiva real para integrar sus experiencias, conocimientos y habilidades al campo práctico. El método de aprendizaje a través de los simulacros, ofrece la posibilidad de participar de manera real en una experiencia vivencial entre el equipo médico, de tal manera que puedan experimentar el cómo deben actuar, interactuar y resolver de manera satisfactoria una emergencia obstétrica.

La simulación es un sistema de enseñanza adaptado de la industria de aviación espacial a la medicina y tiene como objetivo incrementar el conocimiento, mejorar las habilidades, formar liderazgo, para asegurar la movilización eficiente de recursos y la coordinación apropiada de la atención a la salud.[14]

La simulación se define como un entrenamiento que pretende la inmersión del participante en una situación (escenario), creada dentro de un espacio físico (simulador), que replica el entorno real con la suficiente fidelidad para conseguir que el participante lo crea verdadero.Trabajar con simulaciones permite a los proveedores a cometer errores sin la necesidad de intervención por parte de expertos para detener daños al paciente. Al ver sus errores, los proveedores ganan el conocimiento de las consecuencias de sus acciones y la necesidad de "hacer las cosas bien”.[15]

Después de haber revisado los estándares esperados y las pautas para el manejo de situaciones de emergencia, se llegó a la conclusión que deberíamos incluirla grabación en video porque garantiza la reproducción exacta del comportamiento del equipo en una situación de emergencia. A partir de la reproducción del video frente a todo el personal participante, se realiza una retroalimentación constructiva e inmediata. Esto permite observar y evaluar la respuesta del equipo en entrenamiento, la coordinación con la que le ofrecen los cuidados de salud a la mujer y las habilidades de liderazgo que se manifiestan.

La evaluación de las estrategias implementadas en varios ambientes y en varios países para mejorar la atención a la salud, ha encontrado factores que anteriormente no se tomaban en cuenta[16][17]. Un error importante en el servicio de salud que compromete la seguridad de la paciente está ligado a fallas latentes en la estructura y el funcionamiento de los sistemas. El reto actual para los programas de capacitación de los profesionales de la salud está en incrementar la experiencia de trabajo en equipos interdisciplinarios.Otros errores que se han identificado con el uso de simulación son, la disponibilidad de sangre en los casos de hemorragia posparto, la disponibilidad y uso de la oxitocina en el Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP), la disponibilidad y el uso del sulfato de magnesio en casos de preeclampsia severa.

1.1 ¿Qué es la simulación?

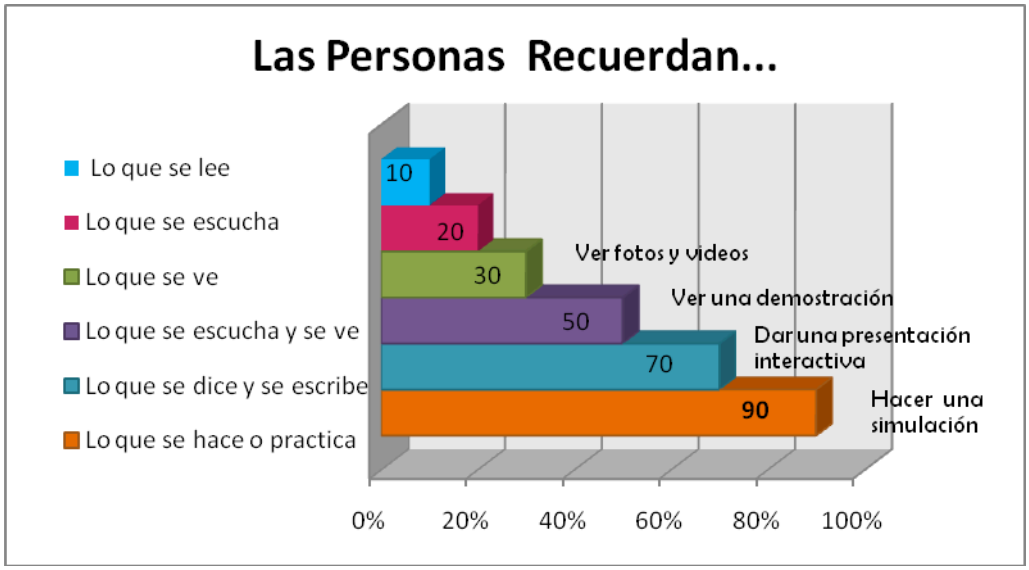
La simulación es un sistema de enseñanza que permite a los participantes “practicar” habilidades clínicas de una forma segura y sin ser juzgado. En la simulación de alta fidelidad se utilizan herramientas visuales, auditivas y táctiles para reproducir una situación clínica lo más semejante a la realidad.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

1.2 ¿Por qué escogimos la simulación para nuestro enfoque?

La simulación ha demostrado ser útil con equipos interdisciplinarios para afinar las habilidades cognitivas, técnicas y de comunicación. La simulación ofrece a los equipos una oportunidad única para identificar los problemas en el sistema que a menudo inhiben las respuestas rápidas y eficientes en una situación de emergencia. El personal de salud, a través de las simulaciones, se expone a situaciones que se presentan en pocas ocasiones en donde la coordinación de los cuidados a las pacientes es clave.Como se mencionó anteriormente, trabajar con simulaciones permite a los proveedores a cometer errores sin hacerle daños al paciente yal ver sus errores, los proveedores ganan el conocimiento de las consecuencias de sus acciones y la necesidad de "hacer las cosas bien",[17]

El método de simulación estimula todos los sentidos,esto significa que el aprendizaje se asimila a través de la acción, tomando en cuenta las diversas formas de aprender, el estudiante reconstruye su propia experiencia, asimilando y reteniendo las habilidades y conocimientos adquiridos.[1]



1.3 ¿Qué constituye una buena capacitación de simulación?

Una buena simulación replica la realidad lo más posible bajo un entorno controlado. En primer lugar se encuentra, la creación del escenario. El sitio de la simulación requiere replicar lo más fidedignamente posible al sitio de trabajo. Esto significa que debemos tener disponible todo el equipo que normalmente se encuentra en el hospital (cama, sábanas esterilizadas, equipo de control de infecciones como máscaras, batas, contenedores de objetos punzo-cortantes, equipo para parto, instrumentos, etc.) así como el material desechable (guantes, equipo intravenoso, suero, medicamentos, jeringas y agujas) requerido durante una emergencia obstétrica.

Para hacer que los escenarios sean lo más apegado a la realidad se requiere de fluidos corporales (sangre, líquido amniótico, meconio), estos son creados por el equipo de PRONTO a partir de agentes sintéticos (gelatina, colorantes artificiales, papillas verdes). La parte esencial de una simulación exitosa,

[1] Graphica adaptado de: Wiman, R. V. & Meierhenry, W. C. (Eds.). (1969). Educational media: Theory into practice. Columbus, OH: Merrill.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

es contar con una mujer en trabajo de parto y el recién nacido para cuidar. La capacitación del Programa PRONTO utiliza modelos de simulación “híbridos” en la que una mujer (es una participante del curso) juega el papel de paciente. Esta mujer lleva un simulador de nacimiento (PartoPants™) que permite el nacimiento y el desarrollo de complicaciones guiada a través de un facilitador, de una manera apegada a la realidad; asimismo utilizamos un maniquí de recién nacido para que los proveedores tengan una experiencia real en la atención inicial y la reanimación de un neonato.

1.4 ¿Cuáles son los elementos de una capacitación basada en simulación?

Toda capacitación de PRONTO debe tener los siguientes elementos básicos:

1. Introducción interactiva

Discusión enfocada a preparar a los equipos para su participación en las simulaciones. Se les pedirá a los participantes que “suspendan su incredulidad” (la voluntad de un sujeto para dejar de lado (suspender) su sentido crítico, ignorando inconsistencias en las que se encuentra inmerso, permitiéndole adentrarse en la experiencia), y actuar como lo haría en una situación de emergencia real.

Nota* Los facilitadores de PRONTO darán una orientación en la sala de simulación (quirófano o sala de expulsión de su hospital). Tendránoportunidad para familiarizarse con el sitio (centro de simulaciones) y todo el equipo para no perder tiempo durante las sesiones de simulación.

2. Escena grabada en video

Su equipo se involucrará en una situación de 7-10 minutos donde deben resolver la emergencia como lo harían en la realidad, ocupando los recursos del hospital, los grupos interdisciplinarios y sus propias habilidades técnicas. Cada situación es variable, es decir, la condición del paciente como puede ser el estado de consciencia, sus signos vitales, la pérdida de sangre; todocambia dependiendo de la eficiencia con que lleve a cabo los cuidados.

3.Retroalimentación Constructiva

Inmediatamente después de cada situación, se analiza el video analizándolo en una discusión abierta. El (la) facilitador(a) servirá como guía para que el grupo sea quien genere la discusión, asegurándose que los participantes aprendan aspectos cognitivos, técnicos y de comunicación en dichas situaciones.

Nota: Durante la capacitación en simulación, se pide que los participantes asuman el papel que corresponde a su práctica profesional. Por ejemplo, no se le pide a una enfermera que “haga” el papel de una doctora, o a un pediatra que "haga" el papel de anestesiólogo. Los únicos que actúan papeles diferentes, de acuerdo al caso son miembros de la brigada que están dirigiendo la simulación y que tienen que fungir algún papel específico dentro del escenario, por ejemplo; ser el familiar de la paciente. Los participantes deben vivir en carne propia el escenario.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO℠

2. TRABAJO EN EQUIPO

En la actualidad, el entrenamiento de trabajo en equipo es crucial, especialmente cuando nos referimos a la atención de la salud. PRONTO incorpora elementos de un programa conocido como Team STEPPS (TS), el cual fue desarrollado por el gobierno de los EEUU y dirige su atención a resolver los problemas de comunicación y división del trabajo.[18] La capacitación y evaluación está centrada en el funcionamiento del equipo, para lograr la seguridad de la paciente.

PRONTO se enfoca en el trabajo en equipo como parte integral de los cuidados obstétricos de urgencia. En los últimos 10 años, las investigaciones sobre errores médicos significativos en los EEUU han demostrado que la falta de comunicación es la raíz de los problemas.[19] Los equipos que se comunican efectivamente y se ayudan mutuamente reducen el potencial de error. Esto resulta en un incremento en la seguridad y mejoría del desempeño.[20]

2.1 La Importancia de fortalecer a su equipo

Aún si los miembros individuales del equipo son plenamente capaces, profesionales motivados; trabajando solos estos profesionales son vulnerables a errores. La fuerza que integra al grupo y su cohesión se expresa en la solidaridad y el sentido de pertenencia manifestada por los miembros. Mientras haya más cohesión, es más probable que el grupo comparta valores, actitudes y normas de conducta comunes. El trabajar en equipo resulta provechoso no sólo para una persona sino para todo el equipo involucrado. Esto resulta en mayor satisfacción, nos hace más sociables, nos enseña a respetar las ideas de los demás miembros del equipo y otorgamos ayudar a los compañeros, si lo requieren.

Entre las ventajas esenciales que presentan el compañerismo y el trabajo en equipo, tanto para los individuos como para las organizaciones, se encuentran:

PARA LOS INDIVIDUOS

- Se trabaja con menos tensión al compartir las labores más arduas y difíciles.
- Se comparte la responsabilidad al buscar soluciones desde diferentes puntos de vista.
- Es más gratificante por ser partícipe de un trabajo bien hecho.
- Se comparten el reconocimiento profesional.
- Se siente más positivo acerca de haber hecho un buen trabajo.
- Las decisiones tomadas por todo el equipo tienen mayor aceptación que las decisiones tomadas por un solo individuo.
- Se dispone de más información.
- El trabajo en grupo permite distintos puntos de vista a la hora de tomar una decisión. Esto enriquece el trabajo y minimiza las frustraciones.
- Se pueden intercambiar opiniones respetando las ideas de los demás.
- Se logra una mayor integración entre las personas para poder conocer las aptitudes de los integrantes.
- Se dan respuestas más rápidas y coordinadas en casos de urgencias.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

•

PARA LAS INSTITUCIONES

- Aumenta la calidad del trabajo al tomarse las decisiones por consenso.
- Se fortalece el espíritu colectivo y el compromiso con la organización.
- Se disminuyen los gastos institucionales.
- Existe un mayor conocimiento e información.
- Surgen nuevas formas de abordar un problema.
- Se comprenden mejor las decisiones.
- Son más diversos los puntos de vista.

2.2 Barreras para los cuidados efectivos (Team STEPPS)

1. Conflicto
2. Falta de coordinación y seguimiento con colegas
3. Distracción
4. Jerarquía
5. Estado defensivo
6. Pensamiento convencional
7. Fatiga
8. Volumen de trabajo
9. Apatía
10. Variación de los estilos de comunicación
11. Interpretación equívoca de estímulos/señales
12. Falta de claridad de los roles
13. Rotación constante de los miembros del equipo
14. Falta de tiempo
15. No compartir información

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

3. ACTIVIDADES DE LA CAPACITACIÓN PRONTO

3.1 Actividades de PRONTO

Resumen de los Actividades – PRONTO Módulo 1 (Duración: 16 horas)
Dinámicas: Introducción de los participantes Conexiones Desecho Contaminado Liderazgo Quiénes somos El parto ideal Plan Estratégico Juego de Conocimientos Haciendo Cambios
Estudio de Casos: Reanimación Neonatal Hemorragia Obstétrica
Prácticas: Reanimación Neonatal Estimación Pérdida de Sangre Taponamiento Uterino Retención de la Placenta
Pláticas: Trabajo en Equipo Conceptos de Comunicación Medicina Basado en Evidencia
Simulaciones y Retroalimentaciones: Introducción interactiva Introducción a la sala de simulación Simulación 1-6

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Resumen de los Actividades – PRONTO Módulo II (Duración: 7 horas)
Dinámicas: Pelotas Telaraña
Estudio de Casos: Distocia de Hombros Enfermedad Hipertensiva del Embarazo Corioamnionitis
Prácticas: Metas y Logros Carrera de Habilidades Los Sketches de Reglas de Comunicación
Simulaciones y Retroalimentaciones: Introducción interactiva Introducción a la sala de simulación Simulación 7-9

3.2 Los Acuerdos del Grupo

En los equipos de trabajo, es importante establecer ciertos acuerdos del grupo. La función de los acuerdos en un grupo es poder modular lasactividadesde trabajo como un equipo, así como las funciones de los miembros.

Establecimiento de los acuerdos de PRONTO:

Se tomarán un tiempo para establecer algunas reglas para la capacitación y para su trabajo futuro como equipo. Es importante que tomen en cuenta los siguientes puntos:

1. Esta capacitación debe mantenerse como un sitio seguro para mejorar las habilidades de trabajo en equipo.
2. Le pedimos que todo lo sucedido dentro de este salón de clases, se mantenga solamente entre el grupo y no se discuta fuera del curso. Esto nos permite un crecimiento en equipo y mejor aprendizaje, sin pensar en represalias.

Elaboren una lista de acuerdos que sean establecidas en consenso de grupo. Estas reglas serán pegadas en la pared de manera evidente para que todos puedan verlas.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anote en la tabla de abajo los acuerdos del grupo que se hayan establecido:

NUESTROS ACUERDOS DEL GRUPO:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

3.3 Objetivos del trabajo en equipo

La meta del trabajo en equipo es crear equipos de mejor desempeño donde los miembros:

1. Compartan una visión clara del plan.
2. Utilicen técnicas de comunicaciones concisas y estructuradas.
3. Se adapten rápidamente a situaciones cambiantes.
4. Maximicen el uso la información, habilidades y recursos para obtener resultados óptimos.

3.4 Cuatro áreas de competencia

Son cuatro las áreas de competencia que mejoran el desempeño, seguridad y cambio en la cultura del hospital, estas son:

1. **Liderazgo**: Cómo dirigir y coordinar, asignar tareas, motivar a miembros del equipo y facilitar un desempeño óptimo.
2. **Vigilancia de la situación**: Cómo desarrollar entendimiento común sobre el medio donde se desarrolla el equipo, aplicar estrategias para monitorear el desempeño de los compañeros, y mantener un modelo de compartir y explicar decisiones.
3. **Apoyo mutuo:** Cómo anticipar las necesidades de otros miembros del grupo, teniendo conocimientos y distribuyendo el trabajo para lograr equilibrio durante periodos de estrés por el exceso de trabajo.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

4. **Comunicación:**Cómo compartir información efectivamente entre los miembros del grupo.

Vamos a explorar estos conceptos través de unas dinámicas durante la capacitación.

3.5 Conceptos de Comunicación

(Basados en la evidencia y modificado del programa Team STEPPS)

1. **SAER**
2. **Círculo Completo**
3. **Llamada de Alerta**
4. **Pensar en Voz Alta**
5. **Regla de Confirmación**
6. **Retroalimentación**

3.5.1 SAER

Es una técnica para comunicar información crítica que requiere atención y acción inmediata respecto a la condición de un paciente.

SAER significa: **Situación ----- Antecedentes ----- Evaluación ----- Recomendación/Petición**

Situación: Lo que sucede con la paciente- *"La Sra. Martínez en la cama 2 está sangrando y se siente mareada"*

Antecedentes: El contexto o las experiencias clínicas los antecedente previos a la emergencia más relevantes.- *"La paciente tiene 32 años, Gesta 4 Partos 3, 2 horas después del nacimiento vaginal en el que tuvo un desgarro de segundo grado. No tiene otros problemas"*

Evaluación: ¿Cuál cree que es el problema? - *"Creo que ella esta sangrado por atonía uterina"*

Recomendación/Petición:¿Qué puedo hacer para corregirlo? - *"Creo que la paciente tiene que ser evaluado ahora mismo. ¿Está disponible para hacer la evaluación?"*

Todo junto:*"La Sra. Martínez en la cama 2 está sangrando y se siente mareada, ella tiene 32 años, Gesta 4 Partos 3, 2 horas después del nacimiento vaginal en el que tuvo un desgarro de segundo grado. No tiene otros problemas, creo que ella esta sangrado por atonía uterina, creo que la paciente tiene que ser evaluado ahora mismo. ¿Está disponible para hacer la evaluación?"*

Practique ahora con su vecino el método de comunicación SAER.

3.5.2 Llamada de Alerta

Verbalizando la urgencia para que todos sepan en cómo es la situación con la paciente.Algunos ejemplos del la llamada de alerta son:

- *"La paciente está sangrando"*
- *"El bebé no llora"*

3.5.3 Círculo completo

Un círculo completo de comunicación, asegura que el mensaje llega a la persona apropiada y que se responde apropiadamente al mismo. Estrategia usada para comunicar información importante/crítica. Dirige responsabilidades importantes a un individuo específico.

Proceso para cerrar el círculo de comunicación para asegurarse que la información expresada es entendida por el receptor:

- El emisor manda el mensaje
- El receptor acepta el mensaje y provee retroalimentación
- El emisor verifica que el mensaje fue recibido correctamente

Por ejemplo:

- *Doctor: "Dele 10 unidades de oxitocina intramuscular"*
- *Enfermera: "10 unidades de oxitocina intramuscular"*

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

- Doctor: “Efectivamente”

Practique ahora con su vecino el círculo completo de comunicación.

3.5.4 Pensar en voz alta

Tanto el líder como todos los miembros del equipo tienen que verbalizar su evaluación e impresiones para que todos estén en la misma sintonía.

Esto ayuda a:

- Informar a todos los miembros del equipo de manera simultánea sobre el estado de la emergencia.
- Ayuda a todos los miembros del equipo anticipar los siguientes pasos.

Por ejemplo: *“Sigue sangrando y su pérdida de sangre es 1000 ml. Voy a realizar compresión bimanual… su matriz no tiene coágulos y se está poniendo firme”*

3.5.5 Regla de Clarificación

Esta es una herramienta de comunicación exitosa, adaptada de la industria de la aviación y probada en centros médicos por medio del programa TeamSTEPPS. Es una buena manera de resolver los conflictos manteniendo la seguridad del paciente.

“La regla clarificación” establece que si un subordinado detecta una falla que puede provocar una situación peligrosa, puede retar la autoridad repitiendo su preocupación **DOS** veces. Si su superior no contesta a la llamada de atención en la segunda ocasión, el subordinado puede automáticamente pedirle a otra persona que ayude en la resolución del problema. Esto les permite a los subordinados proteger al paciente sin temer represalias.

Ya que se ignoró una petición:

Es su responsabilidad de expresar firmemente una preocupación al menos 2 veces para asegurarse que ha sido escuchada.

La persona nombrada debe reconocer haber escuchado.

Si aún así no logra que la persona verifique o piense dos veces su respuesta:

- Tome acciones más firmes: Diga “Me preocupa, me inquieta, esto afecta la salud de la paciente”.
- Después utilice a su supervisor o superior en la cadena de mando.

Permita que cualquier miembro del equipo “rompa la cadena” si cree o descubre una brecha de seguridad.Por ejemplo:

- Doctor: “Aplique punto 2 miligramos de metilergonovina vía IM.
- Enfermera: “¿Esta seguro doctor? Esta mujer es hipertensa y yo pienso que la metilergonovina no se debe dar a mujeres con hipertensión.”

Si su superior no responde o si pide que continúe con la orden, se le vuelve a pedir clarificación.

- Doctor: “¡Yo aquí doy las ordenes y estoy ordenando punto 2 miligramos de metilergonovina de inmediato! ¿No ves que está sangrando?
- Enfermera: “Sí, doctor, me preocupa darle un medicamento que pueda poner en peligro a la paciente.”

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Si otra vez no responde, o si pide una vez más continuar con la orden, se debe “romper la cadena” y acudir a alguien más para ayudar a resolver el conflicto.

Practique ahora con su vecino la “regla de clarificación”

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

3.6 ¿Cómo reforzar a su equipo diariamente? (Team STEPPS)

1. Planeación – Breve informativo (3-5 minutos)

Sesión realizada para discutir la formación de equipos, asignar roles esenciales, establecer las expectativas y el clima del ejercicio, prever resultados y posibles contingencias.

Esto tiene que hacerse al principio de cada turno de trabajo y deben repetirlo cuando sea necesario, particularmente después de recibir una llamada de referencia de otro hospital, o cuando llega una paciente en condición seria/critica.

Lista del breve informativo – Durante el breve, deben discutir las siguientes preguntas:

___¿Quiénes componen al equipo?

___ ¿Todos los miembros entienden y están de acuerdo en las metas?

___ ¿Se han entendido los roles y las responsabilidades?

___ ¿Cuál es nuestro plan de cuidado?

___ ¿Cuál es la disponibilidad de los miembros del equipo?

___ ¿Cuál es el volumen de trabajo entre los miembros del equipo?

___¿Qué recursos se tienen disponibles?

2. Resolución de problemas- Agrúpense (2-3 minutes)

Planeación al momento para restablecer conciencia de la situación, reforzando los planes establecidos y evaluando la necesidad de ajustar dichos planes.

3. Retroalimentación para mejora al equipo (5 minutes)

Después de cada emergencia obstétrica en su hospital, deben hacer una retroalimentación con los miembros del equipo médico con el fin de mejorar la comunicación en el futuro. La retroalimentación debe ser:

- ***Puntual*** — Pronto, después de que ocurrió el comportamiento clave.
- ***Respetuosa*** — Centrarla en el comportamiento y NO en los atributos personales.
- ***Específica*** — Enfocarla en los comportamientos que requieren ser corregidos.
- ***Dirigida hacia el mejoramiento*** —Proveer la dirección para una mejora en el futuro.
- ***Considerada*** —Respetar los sentimientos, ofrecer la información negativa con respeto.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Preguntas durante la retroalimentación:

___ ¿La comunicación fue clara?

___ ¿Se entendieron los roles y las responsabilidades?

___ ¿Se mantuvo el nivel de conciencia de la situación?

___ ¿La distribución del volumen laboral fue equitativo?

___ ¿Se pidió u ofreció ayuda para las tareas?

___ ¿Se hicieron o evitaron errores?

___¿Cuál fue la disponibilidad de los recursos?

___ ¿Qué salió bien?, ¿qué debe cambiar?, ¿qué debe mejorar?

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

3.7Práctica 1: Habilidades (Día 1 y 2)

Usted puede usar esta área para tomar notas durante las estaciones de habilidades, el o la facilitadora le indicara el momento de utilizar esta sección.

Habilidad	**Notas**
Reanimación Neonatal	
MATEP	
Estimación de Pérdida de Sangre	
Compresión bimanual	
Taponamiento uterino	
Retención de la Placenta	

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

3.8 Práctica 2: Habilidades (Día 3)

Habilidad	Notas
Maniobras para Distocia de Hombros	
Medicamentos para Preeclampsia	

3.9 Las 10 habilidades de comportamiento laboral

1. Conozca su entorno laboral
2. Anticipe y planifique
3. Asuma el papel de liderazgo
4. Comuníquese de manera efectiva con su equipo, la paciente, y sus familiares
5. Delegue trabajo apropiadamente
6. Asigne la atención de cuidado en forma apropiada
7. Utilice todos los recursos disponibles
8. Utilice toda la información disponible
9. Pida ayuda a tiempo
10. Mantenga una conducta y actitud profesional en todo momento

CAPE, Universidad de Stanford,2008

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

3.10Características de un buen líder (TeamSTEPPS)

- Organiza al equipo.
- Articula METAS claras.
- Toma decisiones considerando las sugerencias de los miembros.
- Motiva la participación, pero también enfrenta a los miembros cuando es apropiado.
- Promueve y facilita el trabajo de equipo.
- Es hábil en la resolución de conflictos.

3.11 Reglas de Simulación:

Elementos importantes para el éxito de las simulaciones:

1. Suspendan su incredulidad.
2. Tengan una mente abierta.
3. Se comprometan a mantener confidencialidad.
4. Se permitan cometer errores para aprender de ellos.
5. Sean abiertos con los otros participantes.
6. Trabajen en equipo sin importar su ego personal.

3.12Notas de LAS SIMULACIONES

Use este espacio para tomar notas de las simulaciones y retroalimentaciones hechas en su hospital. Esto les va a ayudar a recabar sus pensamientos y preparase para las retroalimentaciones que efectúen en el futuro y sobre todo para acordarse sobre lo aprendido durante lassimulaciones.

Módulo 1		
Simulación	**Tema**	**Notas**
1.		

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
Módulo 2		
7.		
8.		

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

9.		

3.13 Plan Estratégico para la implementación de cambios hospitalarios

Esta práctica tiene como objetivo discutir e integrar lo aprendido en las simulaciones y dinámicas. La información compartida durante esta práctica se mantendrá anónima en el reporte final/recomendaciones que se presenta a los administradores del hospital.

Trabajo en grupos pequeños (20 minutos)

Cada grupo pequeño reflexionara sobre las simulaciones y obstáculos encontrados para facilitar su trabajo, darán soluciones **"factibles**" a dichas barreras**.** Tendrán como guía las siguientes preguntas:

7. ¿Qué problemas descubrieron durante las simulaciones?
8. ¿Qué cambios pueden hacer para hacerse cargo de estos problemas?
9. ¿Cuáles son algunas barreras para poder hacer los cambios?
10. ¿Qué plan de acción puede desarrollarse para hacerse cargo de la solución de estos problemas (incluya el quién, qué, cómo, dónde, cuándo)?

Después de los 20 minutos, se expondrán ante todo el grupo las barreras encontradas y la soluciones planteadas por el equipo, recuerden que deben ser problemas específicos con soluciones factibles.

-La meta de esta actividad es crear un "plan estratégico" para su hospital o clínica.

Trabajo de grupo (Todos los participantes) (40 minutos)

Se realizara una discusión en conjunto con los facilitadores o facilitadoras, sobre un "plan estratégico" para el hospital, incorporando las observaciones y comentarios constructivos del resto del grupo. Este plan se llevara a cabo durante los meses siguientes, antes del módulo II de mane presencial. Se hará un seguimiento de manera virtual para resolver dudas o crear otra solución factible.

El objetivo del "Código Rojo" es fortalecer las competencias del recurso humano de los servicios de salud en el abordaje calificado de la menorragia obstétrica desde la identificación de los factores de riesgo, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento sistemático, rápido y en equipo, de tal forma que se logre disminuir la mobi-mortalidad por esta causa.[2]

PRONTO se referirá frecuentemente al manual y video de "Código Rojo" como la estrategia oficial del Ministerio de Salud Pública para la hemorragia obstétrica. El concepto de los tiempos de respuesta y el reconocimiento del choque hipovolémico cubiertos en el programa de "Código Rojo" son elementos claves para la capacitación PRONTO.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Meta	¿Cómo?	¿Quién?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 1: Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) para Todas Mujeres

Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto

Ofrecerlo a todas las mujeres...

1 Inyectar oxitocina dentro del primer minuto después del nacimiento del bebé.

2 Extraer la placenta mediante tracción controlada del cordón umbilical, presionando simultáneamente sobre el útero en el sentido contrario (contra tracción).

3 Masajear el útero por sobre el abdomen luego de la expulsión de la placenta.

! Luego de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las dos primeras horas, palpar el útero por sobre el abdomen, asegurándose de que no esté blando y verificar la cantidad de sangrado vaginal.

...en cada parto, por un proveedor calificado

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

RTI International PATH EngenderHealth
International Confederation of Midwives JHPIEGO
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

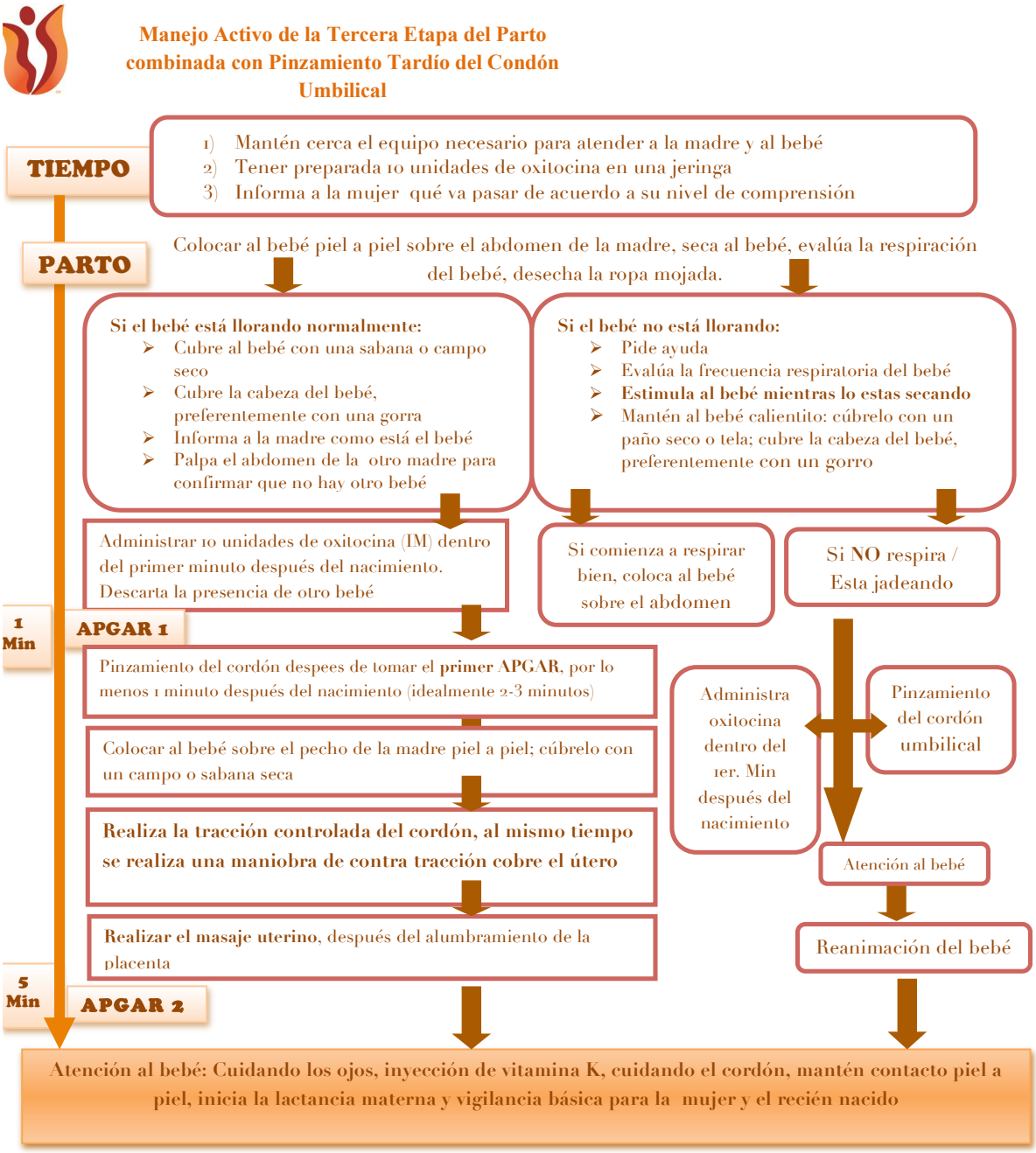
POPPHI Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative

***Si la mujer esta canalizada:**
Colocar 20 unidades en 1000ml de cristaloides (solución fisiológica 0.9% ó Hartman) a 60 gotas por minuto o 125ml por hora en BIC (si está disponible). No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial.

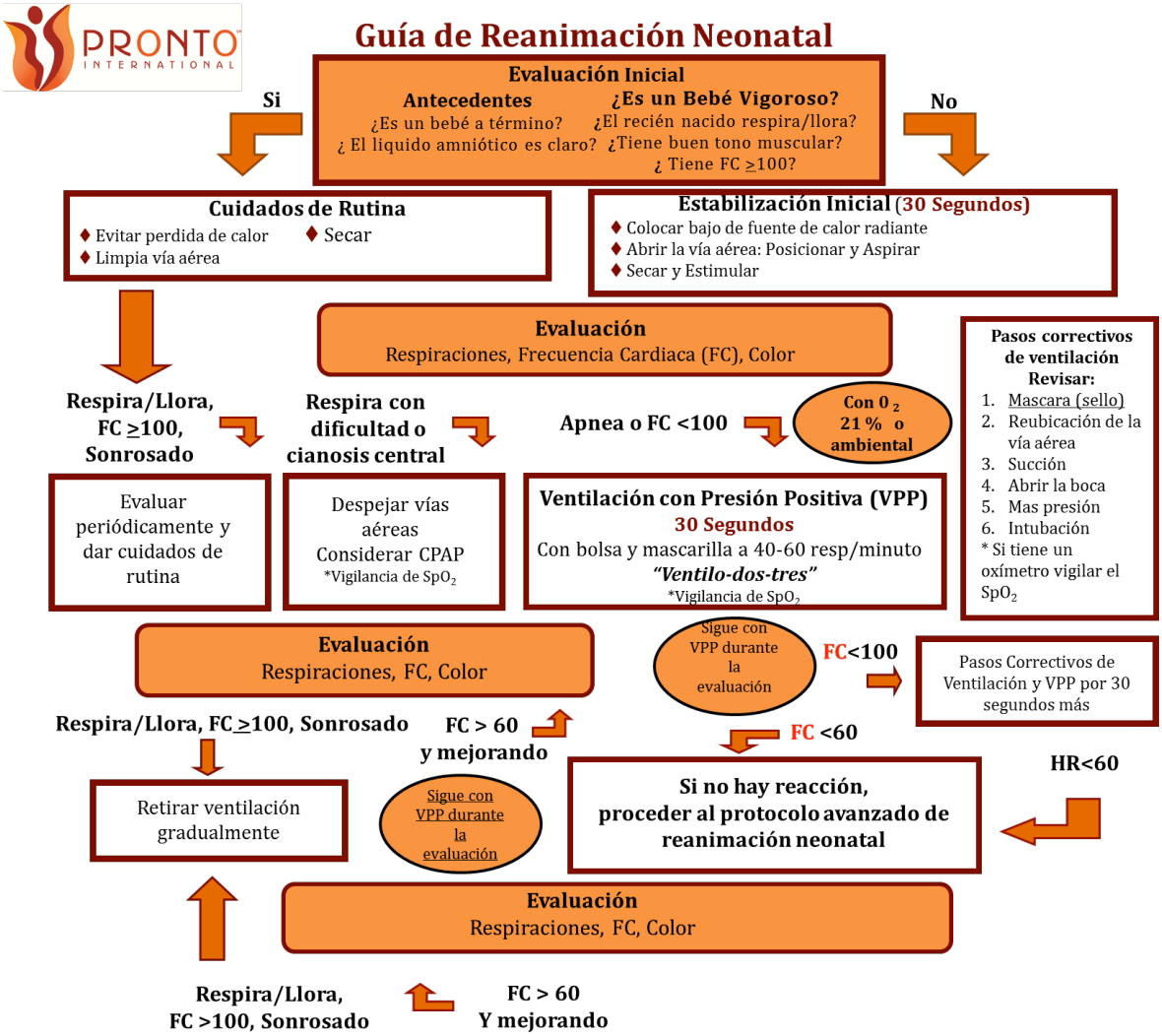
Liga Presentación en Línea para revisar en Internet video del MATEP:
http://www.pphprevention.org/amtslweb-sp/index.html

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 2: Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) con Pinzamiento Tardío del Cordón



Anexo 3: Guía de Reanimación Neonatal



Anexo 4. Algoritmos de Trabajo en Equipo

SAER

Técnica para comunicar información crítica que requiere atención y acción inmediata respecto a la condición de un paciente.

Situación
Antecedentes
Evaluación
Recomendación/Petición

"La Sra. Martínez en la cama 2 está sangrando y se siente mareada, ella tiene 32 años, Gesta 4 Partos 3, 2 horas después del nacimiento vaginal en el que tuvo un desgarro de segundo grado. No tiene otros problemas, creo que ella esta sangrado por atonía uterina, creo que la paciente tiene que ser evaluado ahora mismo. ¿Está disponible para hacer la evaluación?"

Llamada de Alerta

Verbalizar situaciones de urgencia para que todos sepan lo que está sucediendo. Esto es especialmente importante en momentos en que los miembros del equipo están enfocados en tareas individuales:

- "La paciente sigue sangrando."
- "El bebé no llora y esta flácido – vamos a necesitar reanimación."

Círculo Completo de Comunicación

Un círculo completo de comunicación, asegura que el mensaje llega a la persona apropiada y que se responde apropiadamente al mismo. Estrategia usada para comunicar información importante/crítica. Dirige responsabilidades importantes a un individuo específico

Proceso para cerrar el círculo de comunicación para asegurarse que la información expresada es entendida por el receptor

El emisor manda el mensaje
El receptor acepta el mensaje y provee retroalimentación
El emisor verifica que el mensaje fue recibido correctamente

Por ejemplo:

Doctor: *"Dele 10 unidades de oxitocina intramuscular"*
Enfermera: *"10 unidades de oxitocina intramuscular"*
Doctor: *"Efectivamente"*

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Pensar en Voz Alta

En momentos de emergencia en que se necesita formular o evaluar un plan de acción, a veces ayuda si tanto el líder como todos los miembros del equipo verbalicen su evaluación e impresiones. Este proceso es como una lluvia de ideas improvisada, pero es importante que no hablen todos a la misma vez.

Por ejemplo: *"Sigue sangrando y su pérdida de sangre es 1000 ml. Voy a realizar compresión bimanual… su matriz no tiene coágulos y se está poniendo firme, pero sería bueno tener medicamentos a la mano."*

Regla de Clarificación

Establece que si un subordinado detecta una falla o error que puede provocar una situación peligrosa, puede pedir a una autoridad clarificación

Por ejemplo:

- Doctor: *"Aplique punto 2 miligramos de metilergonovina via IM."*
- Enfermera: *"¿Esta seguro doctor? Ésta mujer es hipertensa y yo pienso que la metilergonovina no se debe dar a mujeres con hipertensión."*

Si su superior no responde o si pide que se continúe con la orden, se le vuelve a pedir clarificación.

- Doctor*: "Yo aquí doy las ordenes, y estoy ordenando punto 2 miligramos de metilergonovina de inmediato! ¿No ves que está sangrando?"*
- Enfermera: *"Sí, doctor, pero no está sangrando mucho y me preocupa darle un medicamento que pueda poner en peligro a la paciente. Puedo conseguir más oxitocina, si quiere."*

Si otra vez no responde, o si pide una vez más continuar con la orden, se debe "romper la cadena" y acudir a alguien más para ayudar a resolver el conflicto.

- Doctor*: "No quiero oxitocina, quiero metilergonovina – dásela ya o se la doy yo!"*
- *Enfermera: "Disculpe doctor, pero yo estoy muy preocupada por la salud de la paciente y no puedo dar ese medicamento. Voy por alguien que nos ayude a resolver esta situación.*

Preguntas durante la retroalimentación:

___ ¿La comunicación fue clara?
___ ¿Se entendieron los roles y las responsabilidades?
___ ¿Se mantuvo el nivel de conciencia de la situación?
___ ¿La distribución del volumen laboral fue equitativo?
___ ¿Se pidió u ofreció ayuda para las tareas?
___ ¿Se hicieron o evitaron errores?
___ ¿Cuál fue la disponibilidad de los recursos?
___ ¿Qué salió bien?, ¿qué debe cambiar?, ¿qué debe mejorar?

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 5: Cuidados Básicos en una Urgencia

Cuidados Básicos durante una Urgencia

- ☐ Pide Ayuda
- ☐ Cheque vía aérea/ Cheque respiración
- ☐ Administre oxigeno (mascara) 8 litros por minuto por mascarilla con reservorio, y como segunda opción cánula binasal a 3 litros por minuto
- ☐ Canalice 2 venas con catéter # 16 o # 18
- ☐ Inicie y reemplace el volumen (cristaloides) (3 por 1)

  *Precauciones con mujeres con preeclampsia, anemia, cardiopatías
- ☐ Vigilar los signos vitales (TA, FC, Respiraciones, pulso)
- ☐ Evacué vejiga con una sonda y mantenga → mida excreta
- ☐ Considere la necesidad de una transfusión de sangre

- ☐ Toma Muestras para exámenes →
  - Hemograma
  - TP y TPTa
  - Fibrinógeno
  - Plaquetas
  - Prueba Weimer
  - Pruebas cruzadas

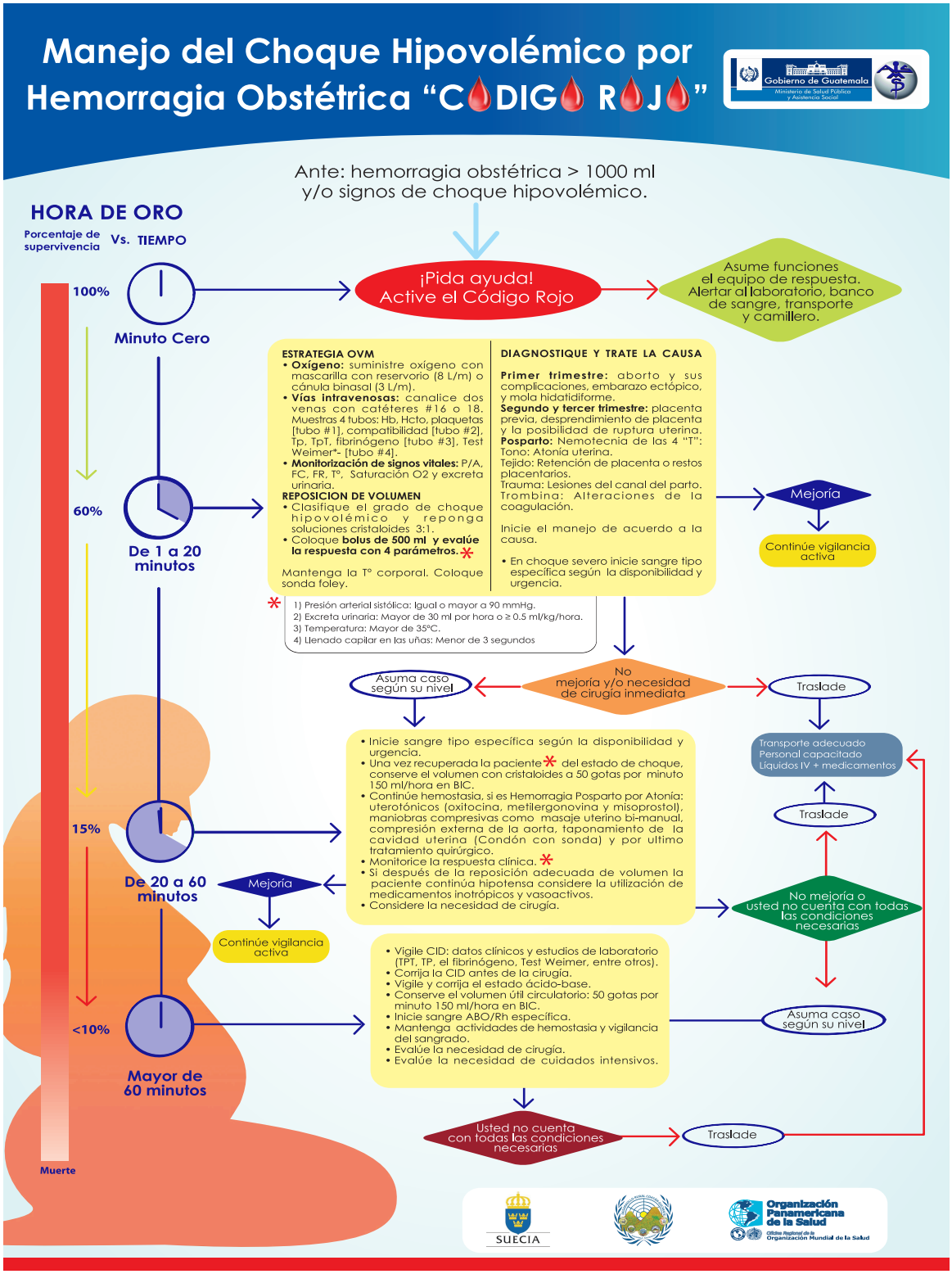
Metas
Hemoglobina entre 7-10 gr/dL
Plaquetas >100,000
INR <1.5
Fibrinógeno >100m gr/dL
Presión arterial media ≥65mm Hg
Excreta urinaria >30ml / hora

- ☐ Mantenga la temperatura corporal

  *Si está sangrando Posparto inicie el Algoritmo Atonía Uterina

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 6:"Código Rojo": Manejo del Choque Hipovolémico por Hemorragia Obstétrica[2]



Anexo 7: "Código Rojo": Acciones a realizar en pacientes con hemorragia obstétricas según cada uno de los niveles de atención [2]

Centro de Atención Permanente (CAP)	Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)	Hospital
Identificación de factores de riesgo y **mujer con riesgo de sangrar**.	Identificación de factores de riesgo y **mujer con riesgo de sangrar.**	Identificación de factores de riesgo y **mujer con riesgo de sangrar.**
Referencia oportuna para atención del parto a un servicio de mayor resolución	Referencia oportuna para atención del parto a un servicio de mayor resolución	
Prevención •Corrección anemia antes del parto. •Hidratación durante trabajo de parto •MATEP.	Prevención •Corrección anemia antes del parto. •Hidratación durante trabajo de Parto •MATEP.	Prevención •Corrección anemia antes del parto. •Hidratación durante trabajo de parto •MATEP.
Si no es posible la referencia y se presenta choque hipovolémico clasificar de acuerdo a parámetros clínicos. (véase cuadro 1)	Si no es posible la referencia y se presenta choque hipovolémico clasificar de acuerdo a parámetros clínicos. (véase cuadro 1)	Clasificación del choque hipovolémico con base a parámetros clínicos. (véase cuadro 1)

Secuencia del Código Rojo

Cuadro 2		
Activación del Código Rojo *(Minuto 0)*	Activación del Código Rojo *(Minuto 0)*	Activación del Código Rojo *(Minuto 0)*
Reanimación y diagnóstico *(1 a 20minutos)* (véase cuadro 3)	Reanimación y diagnóstico *(1 a 20minutos)* (véase cuadro 3)	Reanimación y diagnóstico *(1 a 20minutos)* (véase cuadro 3)
Tratamiento dirigido *(20 a 60 minutos)*	Tratamiento dirigido *(20 a 60 minutos)*	Tratamiento dirigido *(20 a 60 minutos)*
Referencia oportuna a siguiente nivel de atención	Referencia oportuna a siguiente nivel de atención	Manejo avanzado *(Mayor de 60 minutos)*

Cuadro 2. Acciones a realizar en Centro de Atención Permanente y Centro de Atención Integral Materno Infantil en pacientes con hemorragia obstétrica y choque hipovolémico

Centro de Atención Permanente (CAP)	Centro de Atención Integral Materno Infantil (CAIMI)
• Detección oportuna de pacientes con hemorragia obstétrica (en el embarazo y posparto) y choque hipovolémico. • Activación del Código Rojo (minuto cero) • Clasificación del grado de choque hipovolémico con base a parámetros clínicos (cuadro1) para calcular reposición de soluciones cristaloides. • Colocar 2 vías venosas periféricas con catéteres # 16 o 18, una en cada brazo. • Realizar reanimación con volumen, soluciones cristaloides (Hartman o salina normal) en relación 1:3, por cada 1 ml de sangre pérdida reponer 3 ml de solución (por ejemplo: si pierde 1000 ml de sangre reponga 3000 ml de solución), colocando en bolus de 500 ml y evaluar respuesta con base a la PAS y perfusión luego de cada 500 ml infundidos. • Realizar el diagnostico de la causa de hemorragia obstétrica antes de los 20 minutos (figura 2). Iniciar tratamiento de la hemorragia según causa especifica: ○ En el embarazo ○ Posparto (figuras 3, 4, 5 y 6 y cuadro 4). • Coloque sonda Foley. • Referencia a un servicio de mayor resolución previo realizar maniobras para estabilizar los más posible a la paciente y detener la causa de sangrado (figura 7 y cuadro 7).	• Detección oportuna de pacientes con hemorragia obstétrica (en el embarazo y posparto) y choque hipovolémico. • Activación del Código Rojo (minuto cero) • Clasificación del grado de choque hipovolémico con base a parámetros clínicos (cuadro 1) para calcular reposición de soluciones cristaloides. • Colocar 2 vías venosas periféricas con catéteres # 16 o 18, una en cada brazo. • Realizar reanimación con volumen, soluciones cristaloides (Hartman o salina normal) en relación 1:3, por cada 1 ml de sangre perdida reponer 3 ml de solución (por ejemplo: si pierde 1000 ml de sangre reponga 3000 ml de solución), colocando en bolus de 500 ml y evaluar respuesta con base a la PAS y perfusión luego de cada 500 ml infundidos. • Realizar el diagnóstico de la causa de hemorragia obstétrica antes de los 20 minutos (figura 2). Iniciar tratamiento de la causa de hemorragia según causa especifica: ○ En el embarazo (Tratamiento quirúrgico) ○ Posparto (figuras 3, 4, 5 y 6 y cuadro 4) • Coloque sonda Foley. • Referencia a un servicio de mayor resolución previo realizar maniobras para estabilizar los más posible a la paciente y detener la causa de sangrado (figura 7 y cuadro 7).

Anexo 8: "Código Rojo": Manejo de la Hemorragia Obstétrica[2]

Manual "Código Rojo" para el manejo de la hemorragia obstétrica

Tratamiento farmacológico	1. ***Oxitocina:*** 20 unidades en 1,000 ml de cristaloides (solución fisiológica 0.9% ó Hartman) a 60 gotas por minuto o 125 ml por hora en BIC (si está disponible). No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial. 2. ***Metilergonovina:*** 0.2 mg IM dosis única. No emplear IV ya que produce incremento de presión arterial. (No emplear en pacientes preeclampticas y cardiópatas) 3. ***Prostaglandina sintética E1*** (Misoprostol) 800 microgramos transrectal (4 tabletas de 200 microgramos)
Compresión mecánica	Compresión manual uterina (masaje binamual) Taponamiento de la cavidad uterina Condón con sonda Foley
Tratamiento quirúrgico **• Suturas compresivas** **• Ligaduras vasculares**	 Técnica de B-Lynch, Ho-Cho, etc. Uterinas, ováricas, hipogástricas
Resección del órgano reproductor	Histerectomía Subtotal**

Cuadro 4. Medidas para detener la hemorragia posparto por Atonía uterina

**La histerectomía subtotal es desde el punto de vista técnico más fácil de realizar, consume menos tiempo y se asocia con menor sangrado adicional. Sin embargo, cuando la hemorragia proviene de ramas cervicales, como en casos de placentas previas, acretismos y laceraciones del cuello, la histerectomía total es necesaria.

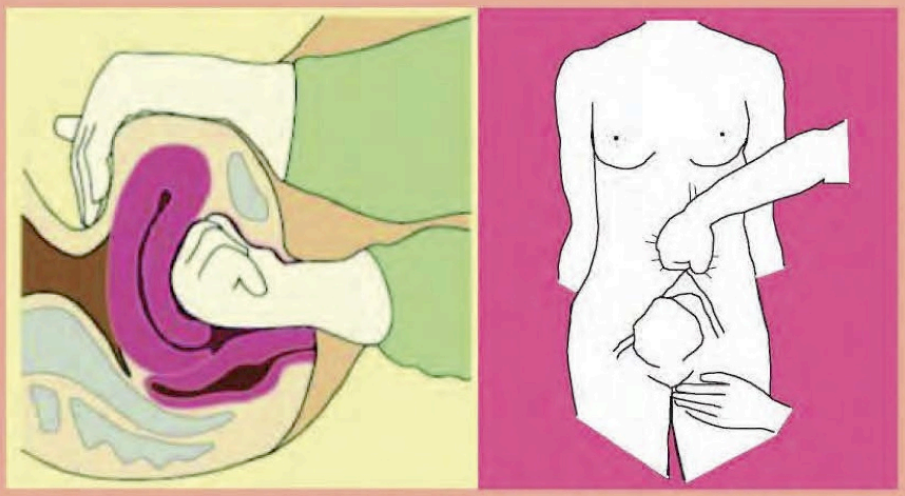


Figura 4. Compresión bimanual del útero y compresión de la aorta abdominal y palpación del pulso femoral

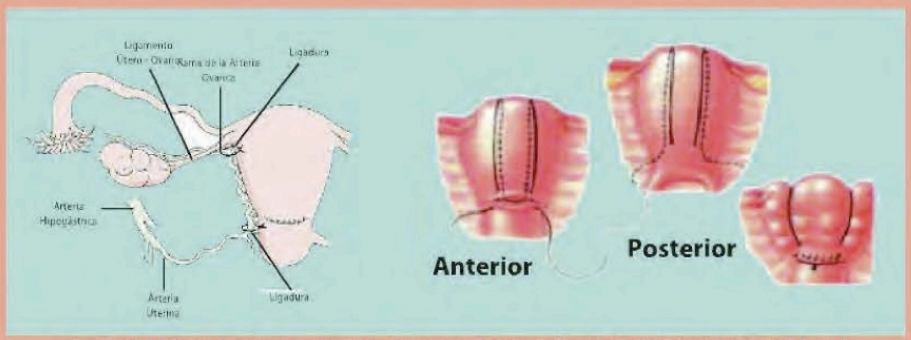
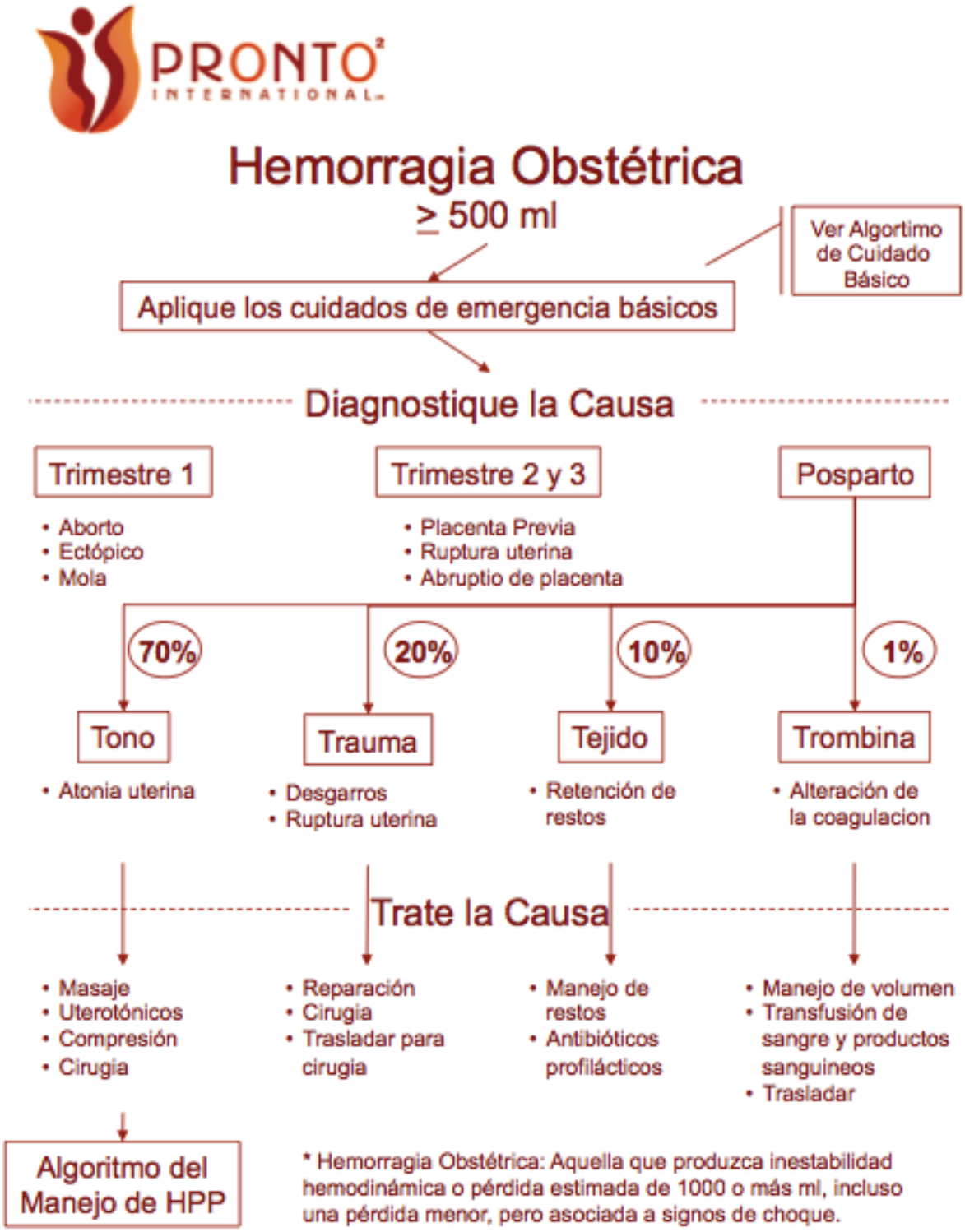
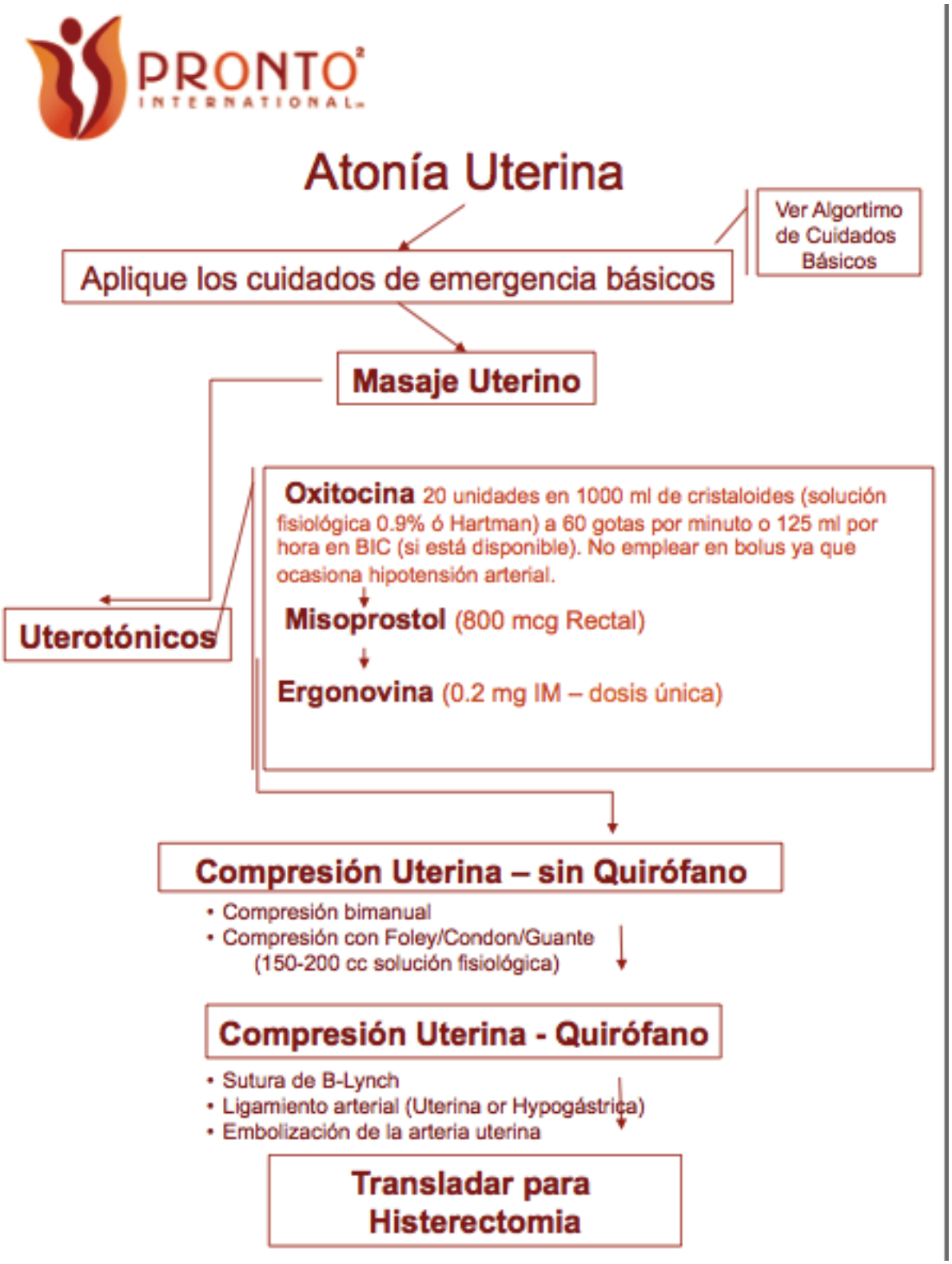


Figura 5. Ligadura de la arteria uterina y sutura compresiva del útero con la técnia B-Lynch

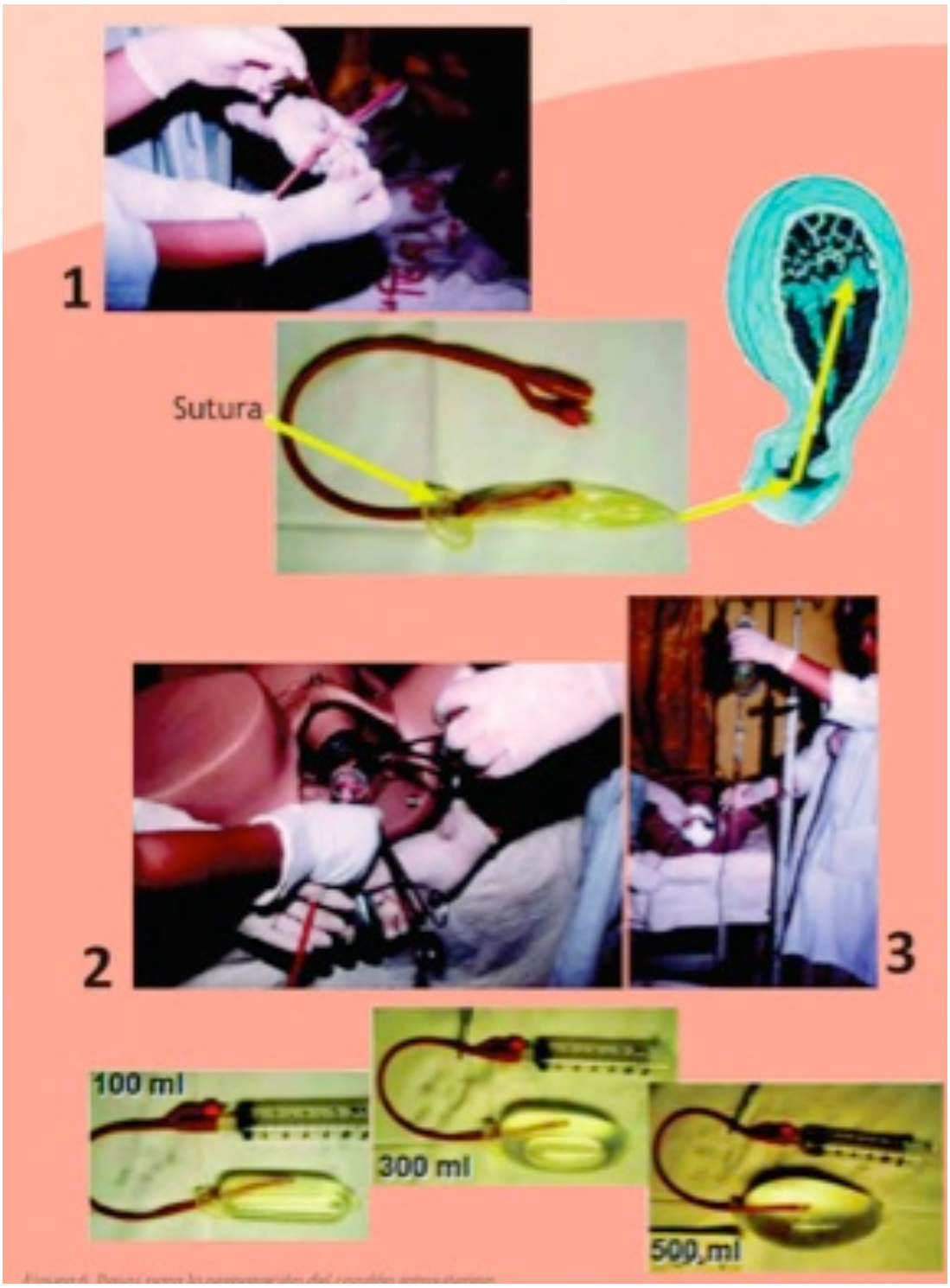
Anexo 9: Manejo de Hemorragia Obstétrica



Anexo 10: Manejo de Atonía Uterina



Anexo 10.1: Código Rojo": Pasos para la preparación del condón intrauterino[2]



Anexo 11. Manejo de Choque Hipodinámico

Estimación de las pérdidas, de acuerdo a la evaluación del estado de choque						
Pérdida de volúmen (%)y mL, para una mujer embarazada entre 50-70Kg	**Sensorio**	**Perfusión**	**Pulso**	**Presión arterial sistólica**	**Grado del choque**	**Cantidad de cristaloides a reponer en la primera hora**
10-15% 500-1000mL	Normal	Normal	60-90	Normal	Compensado	Reposición de cristaloides (Hartman o salino normal) en relación 1:3, por cada 1ml de sangre perdida reponer 3ml de solución; colocando en bolus de 500ml y evaluar respuesta con base a las PAS y perfusión luego de cada 500ml infundidos.
16-25% 1000-1500mL	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91-100	80-90	Leve	3000 a 4500mL
26-35% 1500-2000mL	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101-120	70-80	Moderado	4500 a 6000mL
> 35% 2000-3000mL	Letárgica, inconciente	Palidez, frialdad más sudoración más llenado capilar mayor a 3 segundos	> 120	< 70	Severo	> 6000mL

Modificación de Baskett. PJF. ABC of major trauma. Management of hypovolemic shock.BMJ 1990;300: 1453-7.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 12. Uterotónicos

Medicamento	Vía/Dosis	Frecuencia	Observaciones	Requisitos de almacenamiento
Oxitocina	IV: 10-40 unidades en 1 L de Sol. Hartmann o Fisiológico IM: 10 unidades 20 unidades en 1000ml de cristaloides (solución fisiológica 0.9% ó Hartman) a 60 gotas por minuto o 125ml por hora en BIC (si está disponible). No emplear en bolus ya que ocasiona hipotensión arterial.	Continua 60 unidades máximo	Eficaz dentro de 2-3 minutos Puede usarse en todas las mujeres Cuidado con la administración con cantidades excesivas de soluciones	Almacene entre 15˚C y 25˚C El almacenamiento en la sala de expulsión es a temperatura ambiente (30˚C) durante un máximo de 1 año con disminución del efecto de 14% La luz no desestabiliza
Metilergonovina	IM: 0.2 mg	Dosis única	Eficaz dentro de 2-5 minutos Los efectos duran 2-4 horas Contraindicado en hipertensión, eclampsia, preeclampsia y migrañosas	Almacene entre 2˚C y 8˚C Proteger de la luz y la congelación Requiere estrictas condiciones de manipulación y almacenamiento
Misoprostol	Misoprostol 800mcg intra rectal dosis única.	Una vez	Eficaz dentro de 9-12 minutos Efectos secundarios: escalos fríos, náusea, fiebre, diarrea	Conservar a temperatura ambiente en un recipiente cerrado

Modificado de Dildy G.A. Y Clark S.L. 1993; Velez-Alvarez, G.A, et al. 2009); Pathfinder, 2010.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 13. Prueba de coagulación al instante

Test de Wiemer/Prueba de coagulación al instante
Se colocan 5ml de sangre (preferiblemente de la que sale por loe genitales) en tubo de vidrio sin anticoagulante y mantenerlo de 5 a 8 minutos dentro del puño (T corporal) con las siguientes interpretaciones:
Si se forma el coágulo no existe trastorno de la coagulación (fibrinógeno más de 150mg/dl).
Si el coágulo se forma, pero se desorganiza al agitar el tubo, existe disminución del fibrinógeno por debajo de 150mg/dl (entre 100 y 150 mg/dl)
No se forma coágulo, existe una fibrinogenemia grave (menor de 100 mg/dl).

Fuente: Guía Manejo de la hemorragia obstétrica "Codigo Rojo". Ministerio de Salud Pública. Departamento de, Gobernación de Guatemala.

.

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 14. Medición de APGAR

APGAR

Una evaluación del bebe después de nacimiento que indica el nivel de adaptación del recién nacido al ambiente extrauterino.

Se evalúa en el 1er y 5o minuto de vida. Si el total de la evaluación al quinto minuto es menos de 7, sigue evaluando el recién nacido cada 5 minutos hasta que llegue al 7.

Señal	0 Puntos	1 Punto	2 Puntos
Esfuerzo respiratorio	Nula	Lentas o irregulares, jadeando, llanto débil	Llanto fuerte
Frecuencia cardiaca	Ausente	≤100 latidos al minuto	> 100 latidos al minuto
Color de la piel	Pálido o azul	Cuerpo rosado y extremidades azules	Todo el cuerpo rosado
Tono muscular	Músculos flojos y flácidos	Poco	Movimiento activo
Mueca (Irritabilidad Refleja)	No hay reacción a la estimulación	Muecas y gesticulaciones	Gesticulaciones con llanto fuerte

0 – 3 Sufrimiento severo

4 – 6 Sufrimiento moderado

7 – 10 Ausencia de problemas al ajustarse a la vida extrauterina

No debe usar el APGAR

para guiar sus acciones relacionados a la reanimación neonatal

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Anexo 15.Distocia de Hombros

Distocia de Hombros

Mantener la Calma
Llamada de alerta/Pedir ayuda
Llamar al Pediatra/Neonatólogo

↓

Conseguir que la paciente deje de pujar
Asegurar que la paciente este a la orilla de la cama

No se debe dar tracción a la cabeza ni dar presión fúndica

↓

Hiperflexión de caderas (maniobra de McRoberts)
y
Presión Suprapúbica (maniobra de Manzzanti)

↓

Maniobras de rotación de los hombros fetales:
Rubin o Woods

↔

Maniobra de Jaquemier
Extracción del hombro posterior

↓

Maniobra de **Gaskin**:
Colocar a la paciente en posición inversa: apoyándose sobre sus manos y sus rodillas

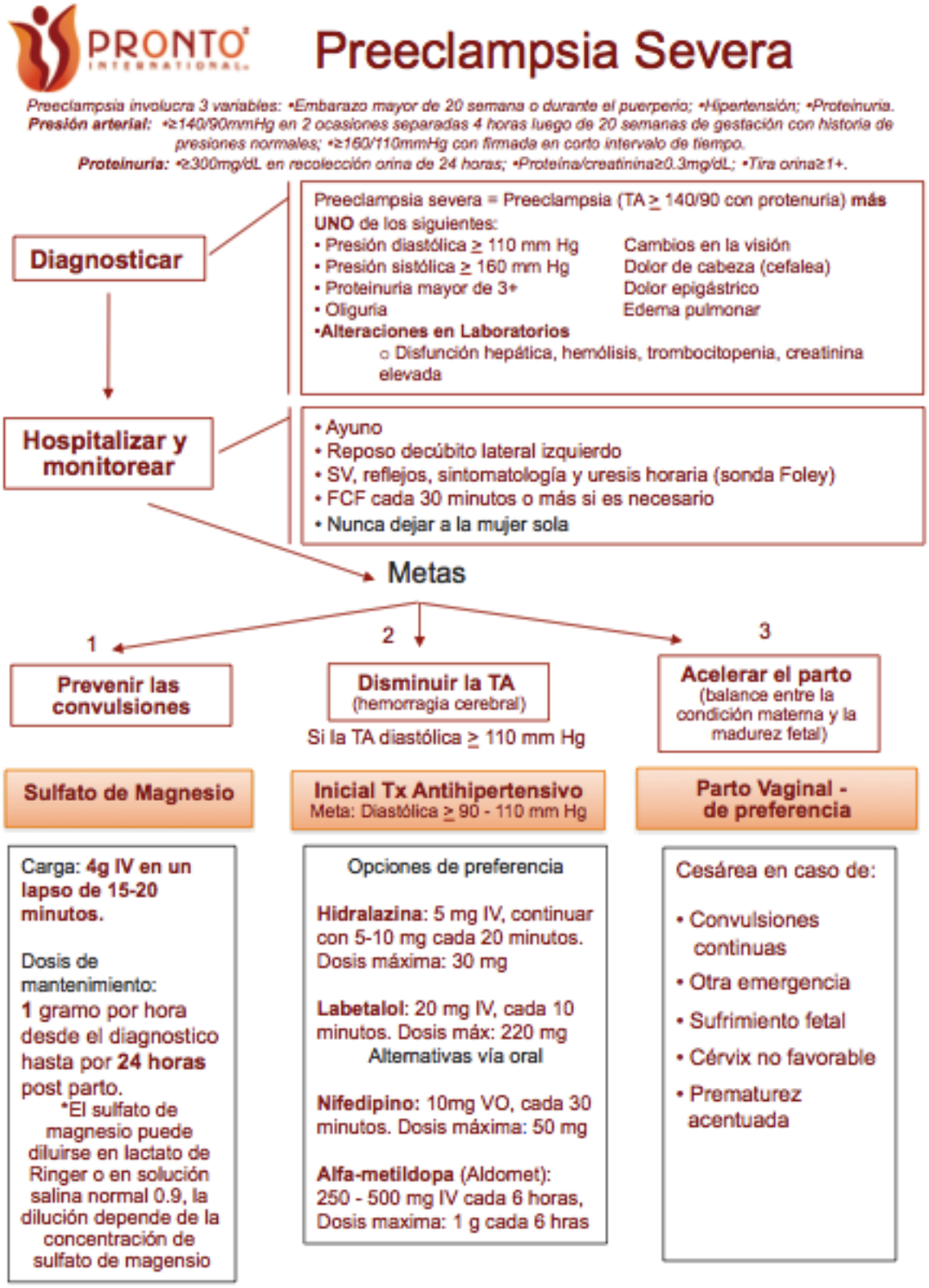
↓

Intentar las maniobras de nuevo

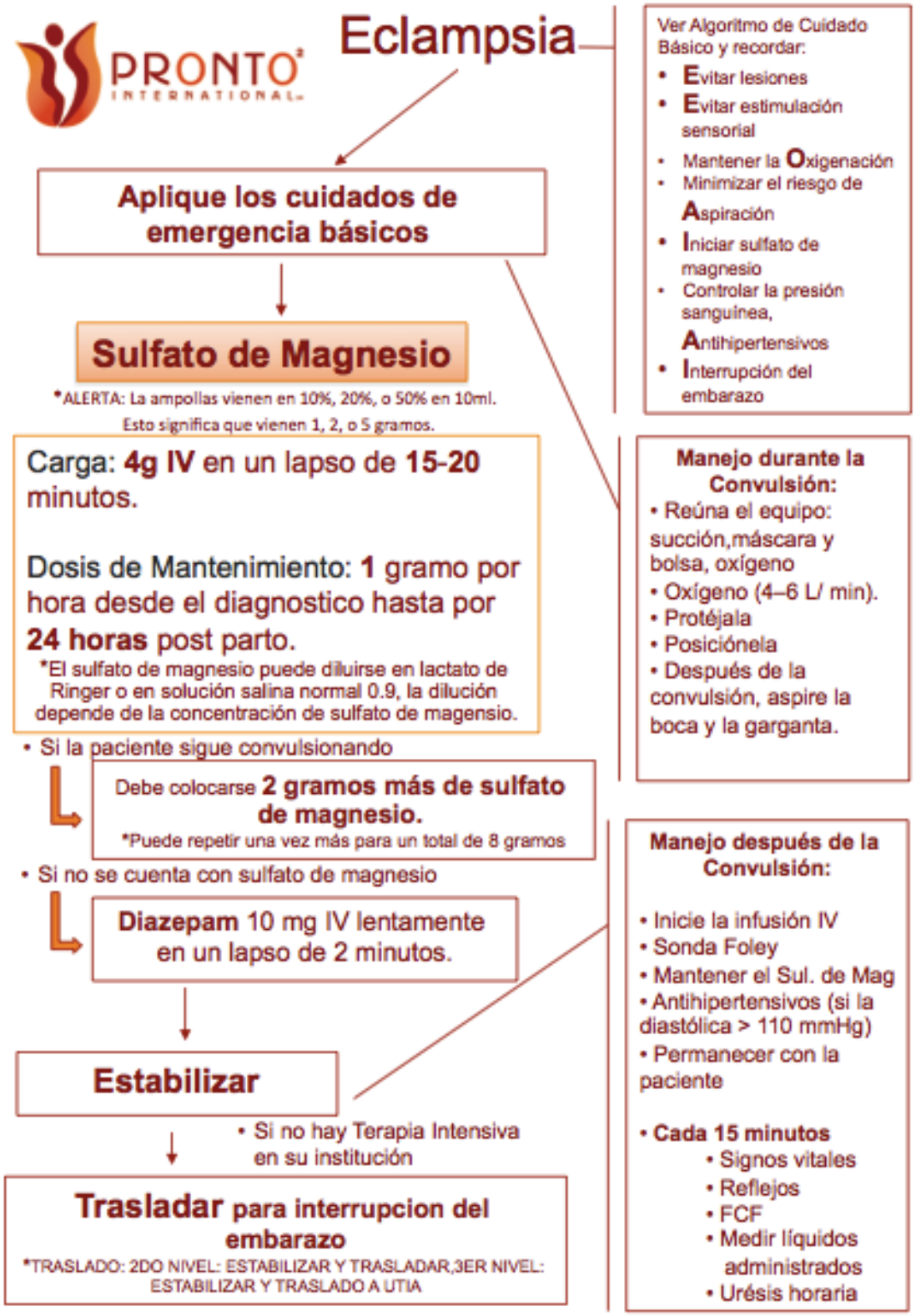
Si todo esto falla considerar:
- Fractura deliberada de la clavícula fetal
- Maniobra de Zavanelli: reintroducción de la cabeza en el canal del parto y la extracción fetal mediante cesárea

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

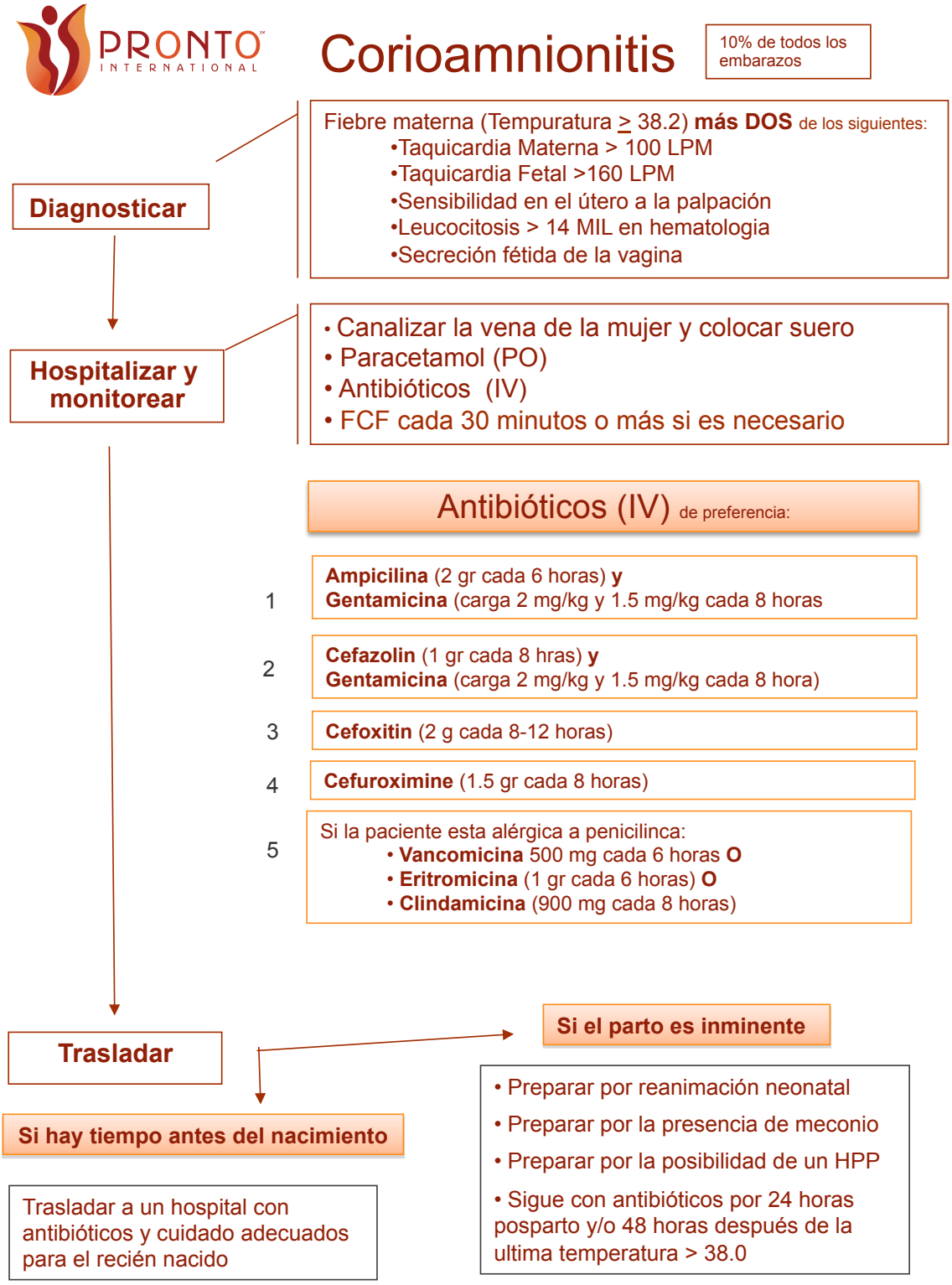
Anexo 16.Preeclampia Severa



Anexo 17. Eclampia



Anexo 18. Corioamnionitis



Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]

Referencias

[1] http://www.un.org/millenniumgoals

[2]Guía Manejo de la hemorragia obstétrica "Codigo Rojo". Ministerio de Salud Pública. Departamento de, Gobernación de Guatemala, Ciudad de Guatemala , Guatemala 2013

[3]Observatorio de Mortalidad Materna OMM. Tendencias del 2011 http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html

[4]Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México 2010: características socio demográficas de las mujeres embarazadas que obstaculizan su acceso efectivo a instituciones de salud, México, D.F. CONEVAL, 2012.

[5]OPS 2007 Taller regional: Promoviendo la salud neonatal en Latino América y el Caribe Reducción de la Mortalidad y morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe, un consenso estratégico integral.

[6]http://teamstepps.ahrq.gov

[7]http://www.jointcommission.org

[8]Hogan, M. C., Foreman, K. J., Naghavi, M., Ahn, S. Y., Wang, M., Makela, S. M., et al. (2010).Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *The Lancet, 375*, 9726, 1609-1623.doi:10.1016/S0140-6736(10)60518-1

[9]http://www.un.org/millenniumgoals

[10]Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Capítulo IV, Seguimiento de metas, medición de resultados y rendición de cuentas. Primera edición 2007. p. 131-151 (Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap4.pdf).

[11]MHI working group. Strategic assessment of maternal, neonatal and reproductive health in Mesoamerica: current situation and trends, 2009.

[12] Campbell, O.MR and Graham, W.J. (2006).Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. The Lancet, 368, 9543, 1284-1299, ISSN 0140-6736, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69381-1.

[13]Walker, D. M., Cohen, S. R., Estrada, F., Monterroso, M. E., Jenny, A., Fritz, J. et al. (2012). PRONTO training for obstetric and neonatal emergencies in Mexico. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 116, 2, 128-133, ISSN 0020-7292, 10.1016/j.ijgo.2011.09.021

[14]Hamman, W.R. (2004). The complexity of team training: what we have learned from aviation and its applications to medicine. Quality and Safety in Health Care, 13 (Supplement 1), i72-i79; doi:10.1136/qshc.2004.009910

[15] http://www.ssih.org/About-Simulation

[16]Nishisaki, A., Keren, R., &Nadkarni, V. (2007). Does Simulation Improve Patient Safety?: Self-Efficacy, Competence, Operational Performance, and Patient Safety.Anesthesiology Clinics, 25, 2, 225-236, ISSN 1932-2275, 10.1016/j.anclin.2007.03.009.(http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1932227507 000250)

[17]Ziv, A., Ben-David, S. &Ziv, M. (2005). Simulation Based Medical Education: an opportunity to learn from errors. Medical Teacher, 27, 3, 193-199 doi:10.1080/01421590500126718

[18]http://teamstepps.ahrq.gov

[19]http://www.jointcommission.org

[20]SSM Health Care's Foundation of Safety and Care. STEPPS: Producing Effective Medical Teams to Achieve Optimal Patient Outcomes AHRQ Annual Conference Sept. 10, 2008..

Páginas de Notas

Copyright© Cohen, Walker, Fahey, Estrada, Fritz, Olvera, 2014. PRONTO[sm]