

2016

SIMULACROS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

Manual de entrenamiento

Para mejorar la calidad de
atención de las mujeres ante
una emergencia obstétrica

Instituto de Efectividad Clínica
y Sanitaria | Departamento de
Investigación en Salud de la
Madre y el Niño

Introducción

Este manual fue desarrollado por el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de Argentina, como parte del Proyecto “Redes de Instituciones de Salud para la Salud Materna”, financiado por la Maternal Health Task Force de Harvard T.H. Chan, Escuela de Salud Pública.

COORDINACIÓN

FERNANDO ALTHABE

EZEQUIEL GARCÍA ELORRIO

EQUIPO DE INVESTIGADORES

DANIELA S. COLACI

AGUSTINA MAZZONI

MARIA BELIZÁN

SEBASTIÁN GARCÍA MARTÍ

EDITORA

KATIE MILLAR

REVISIÓN TÉCNICA

RIMA JOLIVET

KATHLEEN MCDONALD

KATIE MILLAR

DISEÑO

SOMEONE CREATIVE

Agradecimientos

Este manual fue desarrollado por los autores, con el soporte de la Maternal Health Task Force (MHTF), a través del Subsidio N° 01065000621 de la Fundación Bill y Melinda Gates.

El desarrollo de este manual fue posible gracias al asesoramiento experto del equipo de simulacros de emergencias obstétricas en Argentina. Gracias a la Dra. María Julia Cuetos, al Dr. Daniel Lipchak, a Patricia Pérez y Mariano Ulanovsky.

También agradecemos a la Dra. Anne Austin de la MHTF, y a nuestros colegas del Saint Paul's Millennium Medical College de Etiopía y al St. John's Research Institute y al Karnataka Health Promotion Trust de India por su aporte invaluable en cómo mejorar este manual. Nos gustaría también agradecer a nuestros colegas de la MHTF: Katie Millar por su experiencia clínica y técnica, aportes y ediciones, y a Kayla McGowan y Julia Ofman quienes proveyeron soporte en la edición.

La intención de los autores es que este manual de entrenamiento se encuentre ampliamente disponible de manera gratuita para su uso y adaptación por otros facilitadores. Si usted está utilizando este manual para guiar su propio entrenamiento, sólo le pedimos que mencione la fuente en los agradecimientos durante su programa de entrenamiento. Nos gustaría conocer su experiencia utilizando este manual, tanto si la misma es positivo como negativa. Por favor, háganos llegar su opinión al siguiente correo electrónico: mhtf@hsph.harvard.edu.

Contenidos

- 1 Objetivo**
- 2 Descripción de un simulacro de emergencia obstétrica**
- 3 Justificación para llevar a cabo simulacros de emergencias obstétricas**
- 4 1. Herramientas para enseñar y aprender**
 - 1.1 ¿Cómo se define aprender en este contexto?
 - 1.2 ¿Qué es enseñar?
 - 1.3 La importancia de observar
 - 1.4 La importancia de escuchar
 - 1.5 Libertad para hacer preguntas
 - 1.6 La importancia de dar y recibir devoluciones
 - 1.7 Otros recursos para enseñar y entrenar
- 9 2. ¿Qué se necesita para implementar simulacros de emergencias obstétricas?**
 - 2.1 Medio institucional adecuado y consentimiento
 - 2.2 Equipo de implementación/entrenadores
 - 2.3 Participantes para el simulacro de emergencias obstétricas
- 10 3. Cómo hacer un simulacro de emergencia obstétrica**
 - 3.1 Resumen
 - 3.2 El guión del escenario
 - 3.3 Insumos necesarios para conducir el simulacro de emergencia obstétrica
 - 3.4 Proceso paso por paso
- 15 4. Sesión de deconstrucción**
 - 4.1 Cuatro elementos para la deconstrucción
 - 4.2 Consejos para la sesión de deconstrucción
 - 4.3 Proceso paso por paso
- 18 Consejos generales para el equipo de implementación/entrenadores**
- 19 Anexo 1. Evaluación de la predisposición al cambio institucional**
 - A. Guía para el Entrevistador a Informante Clave
 - Sección 1: Antecedentes del informante clave
 - Sección 2: Explicación y evaluación de la factibilidad para la implementación
 - B. Lista de chequeo institucional
- 27 Anexo 2: Escenario de hemorragia post parto**
- 33 Anexo 3: Escenario de hemorragia post parto: Guía para la deconstrucción para el observador y lista de chequeo**

Guía de deconstrucción para el observador

Lista de chequeo para el observador por tema

 1. Comunicación con la paciente
 2. Comunicación entre los miembros del equipo de salud participantes en el simulacro de emergencia obstétrica
 3. Trabajo en equipo: Organización y liderazgo
 4. Pedido de ayuda
 5. Diagnóstico y tratamiento
 6. Recursos humanos y equipamiento
- 42 Anexo 4: Escenario de eclampsia**
- 47 Anexo 5: Eclampsia: Guía para la deconstrucción y lista de chequeo para el observador**

Guía para la deconstrucción

Lista de chequeo por tema

 1. Comunicación con la paciente
 2. Comunicación entre los miembros del equipo de salud participantes en el simulacro de emergencia obstétrica
 3. Trabajo en equipo: Organización y liderazgo
 4. Pedido de ayuda
 5. Diagnóstico y tratamiento
 6. Recursos humanos y equipamiento

Objetivo

Este manual está dirigido a miembros de un equipo de mejora de calidad de atención dentro de un Departamento/Servicio de Obstetricia en una Institución de salud que atienda partos y reciba derivaciones de emergencias obstétricas. Su propósito es enseñar a este equipo cómo llevar a cabo simulacros de emergencias obstétricas dentro del Servicio de Obstetricia, con el objetivo de ayudar al personal de salud a evaluar y mejorar su respuesta ante una emergencia obstétrica.

El objetivo de este manual es describir los procedimientos y proveer las herramientas necesarias para llevar a cabo simulacros de emergencias obstétricas, seguidos de sesiones de deconstrucción, para mejorar la calidad de atención de las emergencias obstétricas en instituciones de salud. No es la intención de este manual proveer guías de práctica clínica. Los contenidos de los escenarios deben ser corroborados con guías de práctica clínica basadas en evidencias y protocolos institucionales. Este manual debe ser usado como una herramienta de entrenamiento y como una referencia durante la implementación de los simulacros de emergencias obstétricas.

Este manual no es un manual del tipo “entrenar-al-entrenador” ni tampoco es un manual para los profesionales de la salud que participan de los simulacros de emergencias obstétricas.

Descripción de simulacros de emergencias obstétricas

Un simulacro de emergencias obstétricas es un método para practicar el manejo de una emergencia obstétrica en instituciones de salud donde se atienden emergencias obstétricas.

Afortunadamente, las emergencias obstétricas devastadoras son eventos raros. Si los profesionales de la salud no contaran con un método para mantener el conocimiento y las habilidades para manejar una emergencia obstétrica, las mujeres embarazadas se encontrarían en riesgo de no recibir el cuidado apropiado en caso de que presentaran una complicación que amenace su vida. Dando un paso al costado de la clase tradicional, los simulacros de emergencias obstétricas – simulación sobre el manejo de una paciente sufriendo alguna de las emergencias obstétricas más frecuentes – permite que enfermeras, obstétricas/parteras, y médicos incorporen y mantengan conocimientos, aprendan habilidades y herramientas para el trabajo en equipo, y mejoren su comunicación para el manejo adecuado y seguro de estas complicaciones.

Un simulacro de emergencias obstétricas permite a los proveedores de salud aplicar sus habilidades y conocimientos para el manejo de estos eventos que son infrecuentes pero potencialmente mortales, en el mismo ambiente en el cual manejarían una emergencia si fuera real: su propia institución de salud.

El simulacro incluye: 1) una persona que asume el rol de paciente que sufre una emergencia obstétrica 2) proveedores de salud de la institución de salud que simulan el manejo de la emergencia obstétrica como un equipo (incluyendo médico obstetra, partero/a y enfermero/a). El personal participante no es notificado acerca del tipo de emergencia que se presentará en el simulacro, y deberá reaccionar como si se tratara de una emergencia **real**.

Los simulacros de emergencias obstétricas deben ser realizados con una frecuencia apropiada para lograr el mantenimiento de las habilidades del equipo de salud. Esta frecuencia puede ser una vez por mes, cada 3 meses, o cada 6 meses, dependiendo de la necesidad. El primer simulacro será utilizado para detectar problemas latentes y para planear e implementar medidas correctivas. Los simulacros subsiguientes posibilitarán la evaluación de las medidas correctivas implementadas, para saber si las mismas fueron o no efectivas en mejorar el manejo de las emergencias obstétricas.

Justificación para conducir simulacros de emergencias obstétricas

La simulación es una manera de entrenar para mejorar el manejo de las emergencias obstétricas. Como en la aviación y en los incendios, la relativa baja frecuencia de los eventos y la imposibilidad de predecirlos, constituye al entrenamiento basado en simulaciones en el método más apropiado para entrenar a los proveedores de salud en incorporar y mantener las herramientas necesarias para el manejo de las emergencias obstétricas.¹

Esta modalidad ha sido probada como efectiva para mejorar el conocimiento, las actitudes y las habilidades clínicas de los proveedores de salud. Los simulacros son actualmente utilizados para entrenar a proveedores de salud en el manejo de emergencias obstétricas en EEUU² y en el Reino Unido³, y el método presentado en este manual ha sido exitosamente implementado en India y Etiopía.

Los simulacros de emergencias obstétricas son entrenamientos basados en escenarios, realizados en “tiempo real” y en el medio habitual de trabajo. Estos simulacros intentan evaluar tanto la respuesta del sistema de salud, como los protocolos que las instituciones poseen para manejar las emergencias obstétricas. Los simulacros también pueden usarse para evaluar el trabajo en equipo, y las habilidades y conocimientos individuales de los proveedores de salud.^{3,4} Una ventaja adicional de los simulacros es su bajo costo, en comparación con el armado de centros de entrenamiento sofisticados. Por este motivo pueden ser más apropiados para los países de bajos y medianos ingresos. La Organización Mundial de la Salud reconoce como prioritario el desarrollo local de soluciones efectivas y de bajo costo para el entrenamiento de los proveedores de salud.^{5,6}

VENTAJAS DE LOS SIMULACROS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

- Mejoran la práctica profesional y el trabajo en equipo.
- Mejoran el desempeño del servicio de salud como un todo.
- Identifican las áreas para mejorar la calidad de atención.
- Preparan a la institución para el manejo de emergencias obstétricas

1. Herramientas para enseñar y aprender

1.1 ¿Cómo definimos aprender en este contexto?

Aprender implica cierta transformación; es la capacidad de hacer algo que no podía hacerse previamente. Una demostración evidente de que algo fue aprendido exitosamente es la capacidad de demostrarlo. Frecuentemente, se dice que la mejor manera de aprender algo es haciéndolo. Hay muchos ejemplos de este tipo de aprendizaje basado en la experiencia: aprender a andar en bicicleta, a hablar en público, a escribir un artículo de investigación científica, o a efectuar un procedimiento clínico.

Los entrenadores deben tener bien en claro los objetivos del entrenamiento para facilitar una transformación en las actitudes o conducta de los participantes. La pregunta clave en el diseño e implementación de simulacros de emergencias obstétricas es: “¿Porqué hacemos lo que hacemos?”. El diseño del entrenamiento intenta proveer un espacio para la auto-reflexión, la auto-evaluación y la voluntad para mejorar. No es una actividad destinada a “certificar” la capacidad de los participantes para manejar las emergencias obstétricas, pero sí intenta que los participantes incorporen y practiquen las habilidades necesarias para reaccionar de manera efectiva cuando estos eventos raros ocurren.

Los entrenadores deben conocer claramente los objetivos del entrenamiento.

Los simulacros y las sesiones de deconstrucción son a menudo experiencias significativas de aprendizaje para los participantes, ya que implican un alto nivel de participación e introspección. Aunque cada persona aprende de una manera diferente, hay algunos puntos que son comunes a todas las experiencias de aprendizaje:

- El reconocimiento de lo que uno no sabe, tanto actual como previamente.
- El deseo de aprender.
- Un obstáculo a superar.
- La incomodidad que genera atravesar la experiencia de aprendizaje.
- Un incremento de la confianza al final de la experiencia

1.2 ¿Qué es enseñar?

ENSEÑAR A TRAVÉS DE LA DEMOSTRACIÓN: EL MODELO TRADICIONAL

Podemos caracterizar a este modelo con los siguientes atributos:

- Transmisión clara de los conceptos para asegurar el aprendizaje.
- Énfasis en los contenidos.
- El entrenador es el líder y está a cargo del proceso de enseñanza/aprendizaje. Es el que sabe cómo deben hacerse las cosas y les muestra a los demás cómo hacerlas.
- El estudiante es pasivo, receptivo, y no conoce los nuevos conceptos.
- Si el entrenamiento es exitoso, es un logro del entrenador.
- Si el entrenamiento falla, es una falla del estudiante.
- No hay lugar para el error, o para “no saber”.
- Se valora mucho la capacidad de responder correctamente.

ENSEÑAR FACILITANDO: EL MODELO ALTERNATIVO UTILIZADO EN LOS SIMULACROS DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS.

Podemos caracterizar a este modelo con los siguientes atributos:

- Reconocer que la gente puede aprender de distintas maneras.
- En todos los casos, aprender involucra cuatro dominios: cognitivo, sensorial, emocional e intuitivo.
- El estudiante es el líder y el héroe en el proceso de aprendizaje.
- El estudiante tiene un rol activo y trae consigo sus experiencias previas de aprendizaje. El nuevo aprendizaje se construye sobre el previo.
- El entrenador está al servicio del estudiante.
- El rol del entrenador es mostrar cómo hacer las cosas y facilitar el proceso de aprendizaje.
- La responsabilidad del entrenador es lograr conocer a los estudiantes y promover su transformación.
- El objetivo final es guiar a los estudiantes para que mejoren sus conductas y actitudes.
- Los estudiantes aprenden de sus errores. Los errores son vistos como un recurso de valor para el aprendizaje.
- El hecho de no saber es considerado como un punto de comienzo para aprender algo nuevo.
- La habilidad de hacer preguntas tiene un gran valor.

Trabajar con simulacros requiere que el entrenador adopte el paradigma de “enseñar facilitando”. Un aspecto clave de este modelo es la simetría con los participantes. Para lograr esta simetría, es recomendable comenzar la actividad enfatizando que nadie es experto en emergencias obstétricas, ya que son eventos raros, por lo tanto ni los entrenadores ni los participantes son expertos.

1.3 La importancia de observar

La capacidad humana de observar es limitada y se construye a partir de distintas experiencias de vida. Estas experiencias marcan una tendencia a observar o percibir ciertos fenómenos y otros no. Sin embargo, en general, no somos conscientes de esto, y pensamos que “lo vemos todo”, “lo vemos como es”, y “lo vemos mejor que los otros”. A pesar de esto, nadie observa todo, y nadie lo ve cómo es; es por esto que la suma de las percepciones de los distintos miembros de un equipo es mucho más rica que las percepciones individuales.

Nuestra percepción del mundo y las interpretaciones que hacemos a partir de ella determinan nuestras acciones y los resultados que podemos lograr. Percibimos un evento y lo interpretamos de una determinada manera, sin darnos cuenta de que puede haber otras maneras de interpretar el mismo evento que puede llevarnos a nuevas acciones y nuevos resultados.

El cambio de un modelo de visión personal a un modelo de visión en equipo asegura el logro de mejores resultados, creando un ambiente de cooperación en lugar de competición.

Al trabajar con simulacros, la habilidad de observar es un componente clave. Los entrenadores deben observar todo lo que ocurre durante el simulacro para luego poder facilitar la sesión de deconstrucción, que enriquecerá el aprendizaje de los participantes.

Los entrenadores deberán observar lo siguiente:

- El área de la institución de salud donde se brinda la atención, y el equipamiento e insumos disponibles.
- Quién recibe a la paciente y cómo se comunican con ella.
- La calidad de la comunicación con los miembros de la familia que acompañan a la paciente.
- Si la historia clínica obstétrica es recabada correctamente.

- La calidad de la comunicación entre los miembros del equipo de salud.
- Si los participantes solicitan la ayuda necesaria.
- Si el tratamiento brindado es el apropiado.
- Si hay un líder en el equipo.
- Si la toma de decisiones es realizada en el momento apropiado

Además, desde el punto de vista del equipo que lleva a cabo el simulacro, es necesario evaluar si el momento que se eligió para realizarlo es el apropiado. Por ejemplo, debe tenerse en cuenta antes de comenzar el simulacro si hubiera una mujer con una emergencia real que deba ser atendida, o si la sala de espera estuviera repleta de mujeres esperando a ser atendidas.

Finalmente, los entrenadores deben observar su propio desempeño durante el simulacro e incorporar cualquier ajuste que fuera necesario. Por ejemplo, ajustes en el guión del escenario o en el desempeño de la actriz (paciente).

1.4 La importancia de escuchar

Escuchar es percibir e interpretar. Percibimos con todos nuestros sentidos, no sólo con los oídos. Luego armamos una explicación del fenómeno percibido y finalmente actuamos en consecuencia.

Hay acciones que son incomprensibles para algunas personas sólo porque tienen percepciones diferentes del mismo evento o porque le encuentran distintas explicaciones al mismo evento. Las interpretaciones y explicaciones se construyen desde las experiencias de vida acumuladas que influyen la experiencia de aprendizaje. Por ejemplo, una persona pesimista tiende a percibir e interpretar las cosas de manera negativa, y una persona optimista percibe e interpreta positivamente.

Partiendo de este punto, la comunicación efectiva es una gran responsabilidad y un gran desafío.

El orador habla sobre lo que él/ella considera importante, y sobre lo que él/ella cree que es importante para el otro. El que recibe, escucha lo que él/ella considera importante, y sobre lo que él/ella cree que es importante para el otro. Por lo tanto, hay una responsabilidad dual en escuchar y en asegurar la comprensión.

Para minimizar el riesgo de malos entendidos, es de utilidad usar la escucha refleja. Esta técnica se trata de verificar y parafrasear lo que es escuchado (decir con palabras propias lo que se ha escuchado). Asumir que alguien entendió un mensaje que no fue claro puede llevar a serios malos entendidos, que en el caso de emergencias obstétricas, pueden ser catastróficos.

Los entrenadores deben ejercitar sus habilidades para escuchar durante la sesión de deconstrucción. Cuando un participante dice que algo no es claro, el entrenador debe pedirle que clarifique lo dicho antes de hacer una interpretación.

1.5 La libertad de hacer preguntas

Hacer preguntas permite que los entrenadores realmente entiendan lo que ocurrió durante el simulacro desde el punto de vista de los participantes. Existen dos tipos de preguntas:

- Abiertas
- Cerradas

Las preguntas abiertas son aquellas que buscan expandir el conocimiento; no se responden con “Sí” o “No”, y no existe una respuesta “correcta”. Los siguientes son ejemplos de preguntas abiertas:

¿Cómo se sintieron?, ¿Qué les parece que podría mejorar este ejercicio de simulacro?, ¿Qué cambiarían?, ¿Qué les pareció la comunicación con la paciente y su familia?

Las preguntas cerradas son aquellas que buscan confirmar o refutar una hipótesis, y generalmente las posibles respuestas son “Sí” o “No”. Por ejemplo: ¿Se sintieron bien?, ¿Necesitarían mejorar la atención brindada?, ¿Se le dio a la paciente el tratamiento adecuado?

En general, durante la sesión de deconstrucción se sugiere utilizar preguntas abiertas, por dos razones:

- Buscamos obtener la mayor cantidad de información posible.
- Buscamos crear un clima donde la gente no se sienta evaluada y participe libremente.

Sin embargo, algunas veces puede resultar esencial utilizar preguntas cerradas, por ejemplo, para confirmar algo que haya resultado ambiguo o para verificar si hay consenso sobre algún punto.

1.6 La importancia de dar y recibir una devolución

La devolución o feedback es una herramienta importante para mejorar el desempeño y verificar las percepciones tanto del entrenador como del participante. Al mismo tiempo, es importante recordar que la devolución es una opinión, una interpretación, no un hecho.

Cuando un entrenador brinda su devolución, el/la participante percibirá e interpretará esa devolución con su propia subjetividad. Esto significa que el/la participante debería comunicar su interpretación de esta devolución, como para asegurar de que el mensaje haya sido comunicado y recibido correctamente.

Los siguientes son algunos puntos importantes a considerar para los entrenadores en el momento de dar y recibir una devolución:

- La devolución del entrenador es una opinión (interpretación) de la conducta de los participantes, y debe comenzar siempre con “Yo creo que...”, o “Me pareció que...”.
- No debe darse una devolución sin el previo consentimiento de la otra persona, que debe ser solicitado u ofrecido.
- Las devoluciones deben ser siempre respetuosas y cuidadosas.
- Dar una devolución es una habilidad, y como tal, requiere práctica.

En la sesión de deconstrucción es muy importante observar, hacer preguntas, y decir cosas en forma respetuosa que puedan resultar en mejoras, ya sea reforzando una conducta positiva, o sugiriendo una mejora ante una conducta inadecuada.

Es recomendable comenzar la devolución con frases como:

- “Yo creo que...”
- “Es interesante conocer lo que observaste, pero yo observé...”
- “Me parece que en este ejercicio...”
- “Las recomendaciones internacionales sobre este tipo de emergencia recomiendan...”

Con este método de devolución o feedback se logran dos objetivos:

1. Los participantes se abren a escuchar y no están a la defensiva, ya que no se sienten “atacados”, lo que podría ocurrir si los entrenadores opinaran directamente sobre el desempeño de los participantes.
2. Los participantes tienen la posibilidad de escuchar a una autoridad externa brindando su conocimiento sobre las conductas y procedimientos recomendados (no basadas en las opiniones del entrenador, sino en las guías globales de emergencias obstétricas).

1.7 Otras fuentes de entrenamiento

- World Health Organization. (2005). *Effective Teaching: A Guide for Educating Healthcare Providers*. Geneva, Switzerland.
- Jhpiego. (2010). *Training Skills for Health Care Providers*. Baltimore, MD, USA.
- JHPIEGO. (2004). *Guidelines for assessment of skilled providers after training in maternal and newborn healthcare*. Baltimore, MD, USA.
- Jhpiego. (2011). *Simulation Training for Educators of Health Care Workers: Guide for Facilitators*. Baltimore, MD, USA.
- Jhpiego. (2011). *Simulation Training for Educators of Health Care Workers: Guide for Learners*. Baltimore, MD, USA.

2. ¿Qué se necesita para implementar los simulacros de emergencias obstétricas?

2.1 Ambiente apropiado y consentimiento

Los simulacros de emergencias obstétricas pueden ser adaptados para distintos medios, sin embargo, la experiencia ha demostrado que el medio ideal para realizarlos son instituciones con un gran volumen de partos (al menos 500 al año) y en los cuales la atención se base en guías de práctica clínica bien definidas en cuanto al cuidado de emergencias obstétricas. Antes de implementar los simulacros de emergencias obstétricas, por favor utilice la Guía provista en el Anexo 1 para llevar a cabo una evaluación de la institución; y también revise la Sección 1, “Herramientas para enseñar y aprender”. Utilice los resultados de la evaluación institucional para crear un plan de implementación de simulacros específico para las capacidades institucionales.

Antes de implementar un programa de simulacros de emergencias obstétricas, es importante que obtenga el permiso/consentimiento de la institución para conducir y filmar los simulacros.

2.2 Equipo de implementación/Entrenadores

Para poder implementar los simulacros se necesita un equipo para evaluar la predisposición de la institución, acordar con los directivos de la institución para que apoyen la implementación, explicar a los proveedores de salud cómo participar de un simulacro de emergencias obstétricas y cómo llevarlo a cabo. Idealmente, el equipo de implementación (entrenadores) debería estar compuesto por:

- Un/a médico/a obstetra
- Un/a partero/a u obstétrico/a
- Un/a enfermero/a

Realice la evaluación institucional y utilice esos resultados para crear un plan de implementación acorde a las capacidades.

En instituciones donde los tres tipos de profesionales no atiendan partos, por favor incluya un miembro de cada profesión que se encuentre dentro del equipo de salud materna. Si estos tres miembros no se encuentran disponibles, puede llevarse a cabo el simulacro de todas maneras.

Al menos uno de los miembros del equipo debe ser mujer para promover la equidad de género y, en el caso de que no se halle una actriz, pueda actuar en el rol de paciente.

CARACTERÍSTICAS Y REQUERIMIENTOS DE LOS ENTRENADORES

- Los entrenadores deben ser proveedores de salud con al menos tres años de experiencia en la guardia obstétrica (o si fueran menos de tres años, seleccionar al más experimentado), dentro de la institución donde se llevarán a cabo los simulacros.
- Los entrenadores deben tener conocimiento y estar de acuerdo con las guías de práctica clínica basadas en evidencias actualizadas y recomendadas, y con las recomendaciones del Ministerio de Salud (o equivalente), relativas al manejo de hemorragia postparto y enfermedad hipertensiva.
- Los entrenadores deben tener entrenamiento estandarizado en emergencias obstétricas.
- Los entrenadores deben ser competentes en el idioma/dialecto local.
- Los entrenadores deben tener excelentes herramientas de comunicación, con habilidad para observar, preguntar, y comunicar de manera respetuosa sobre cualquier tema que surja durante el simulacro.
- Los entrenadores deben tener excelentes habilidades interpersonales, con la capacidad de establecer buenas relaciones y trabajo en equipo.
- Los entrenadores deben estar presentes en todas las etapas de la conducción de los simulacros.

NOTA: Los entrenadores pueden ser reemplazados por otra persona de la institución, que esté involucrada en el cuidado del embarazo.

ROLES DE LOS ENTRENADORES

El equipo de entrenadores que lleva a cabo los simulacros debe estar compuesto por tres personas, cada una de ellas con un rol distinto: 1) una actriz que haga el rol de paciente, 2) un director, 3) un observador. Si así lo desean, el equipo de entrenadores puede tener un cuarto miembro, que puede cumplir el rol de “familiar”, que puede brindar información adicional sobre los antecedentes obstétricos de la paciente.

Actriz/Paciente

El simulacro debe llevarse a cabo con una actriz en el rol de paciente, sufriendo una emergencia obstétrica. La actriz es uno de los miembros del equipo de implementación; debe aprender el guión, conocer los síntomas en detalle, y debe tener muy buen conocimiento sobre esa emergencia en particular. Como las preguntas que hagan los proveedores de salud no están planeadas de antemano, la actriz debe conocer las respuestas a estas eventuales preguntas, aunque las mismas no se encuentren en el guión del escenario.

La actriz dramatiza la emergencia y maneja los tiempos durante el simulacro. Puede modificar su performance para influenciar las acciones de los participantes (proveedores de salud). El rol de actriz puede ser llevado a cabo por una enfermera, partera o médica obstetra.

Director

El director del simulacro provee al equipo de salud la información necesaria acerca del estado de la paciente (por ejemplo, tensión arterial, resultado del examen obstétrico), para guiar las decisiones y acciones del equipo. El director sigue el guión del escenario; sin embargo, la información brindada dependerá de las decisiones y acciones que los participantes (equipo de salud) vayan tomando. Por ejemplo, si los participantes le miden la tensión arterial a la paciente, el director informa este valor, pero si no se la miden, esta información no es provista. Además, su tono de voz puede ser modulado para dar realismo a la situación.

Observador

A medida que el simulacro va ocurriendo, el observador va registrando lo que ocurre, utilizando una lista de chequeo que a su vez va a ser utilizada para guiar la sesión de deconstrucción (Anexos 3 y 5).

El rol del observador es mirar la escena entera (simulacro) y completar la lista de chequeo para registrar el desempeño y las acciones del equipo de participantes.

Luego del simulacro, el equipo de implementación (director, actriz y observador) se encuentran por unos minutos para revisar la lista de chequeo antes de dar la devolución a los participantes.

Recomendaciones para el observador: El observador debe familiarizarse con la lista de chequeo antes del simulacro y debe completarla durante el mismo. Si es necesario, el observador puede tomarse un tiempo entre el simulacro y la sesión de deconstrucción para hacer sus anotaciones finales. Durante la deconstrucción, al observar la filmación, el observador debe revisar sus respuestas.

Recomendaciones para el equipo de entrenadores: El equipo debe priorizar los aspectos más críticos de la respuesta a la emergencia que han sido registrados en la lista de chequeo para discutir en la sesión de deconstrucción.

2.3 Participantes del simulacro de emergencia obstétrica

El equipo de participantes del simulacro (quienes responden a la emergencia) son miembros del equipo de salud de la institución. El número de participantes puede variar en las distintas instituciones, y se recomienda que en el simulacro participe el número habitual de proveedores de salud que atenderían esa emergencia si fuera real. Médicos, parteras y enfermeras deben participar como si fuera una emergencia real. Durante el simulacro, los participantes deben actuar como si fuera una emergencia real, consistente con su práctica habitual ante estas situaciones. No se elige a los participantes para el simulacro, sino que son todos los proveedores que están de guardia al momento que el simulacro comienza.

3. ¿Cómo hacer simulacros de emergencias obstétricas?

3.1 Resumen

Antes del simulacro, los entrenadores deben aclarar a los participantes (proveedores de salud que van a manejar la emergencia) que todas las medidas que se tomen con la paciente deben ser reales hasta un cierto límite (por ejemplo los procedimientos invasivos deben ser simulados, no realizados). El simulacro termina cuando la paciente ha sido tratada y un resultado clínico ha sido obtenido, y esto lo determina el director del simulacro.

La sesión de deconstrucción se realiza inmediatamente después del simulacro con la participación de todo el personal involucrado. La sesión de deconstrucción es la parte más importante del simulacro, ya que permite al personal discutir acerca de los puntos positivos y negativos de su propio desempeño y como equipo durante el simulacro. La sesión de deconstrucción incluye una discusión sistemática sobre los aspectos clave, y sobre las acciones que deberían haberse tomado. Deben hacerse planes tendientes a corregir cualquier problema que hubiera sido detectado.

3.2 El guión del escenario

Este manual contiene dos ejemplos de guiones y escenarios (Anexos 2 y 4), uno para hemorragia postparto y otro para preeclampsia/eclampsia. Pueden desarrollarse otros escenarios para efectuar simulacros de otras emergencias obstétricas o neonatales siguiendo las guías institucionales.

El guión describe el desarrollo de la emergencia en detalle. También contiene una evolución clínica detallada y el momento adecuado para cada evento. La actriz y el director deben estar familiarizados con el guión, y deben estar preparados para modificar sus respuestas de acuerdo a las acciones de los participantes.

El guión se desarrollará de acuerdo a la disponibilidad institucional de equipamiento e insumos, y según los objetivos del simulacro. Se sugiere que las instituciones utilicen los escenarios/guiones provistos, pero los mismos pueden ser adaptados de acuerdo a la evidencia más actualizada, y a las guías y recursos locales. Los guiones son una guía para conducir los simulacros y no es la intención proveer guías de práctica clínica. Pueden desarrollarse guiones para otras emergencias, y los mismos deben ajustarse a las condiciones locales. El guión debe especificar el rol de cada entrenador en el equipo de implementación. Además, debe considerar a los participantes y la duración del simulacro.

3.3 Insumos necesarios para realizar el simulacro de emergencia obstétrica

Los siguientes materiales son necesarios para llevar a cabo el simulacro. Para el simulacro, los participantes necesitarán tener acceso a todos los recursos/insumos que serán necesarios para atender la emergencia como si fuera real. La siguiente lista puede ser usada como una guía de los insumos esenciales necesarios para el ejercicio:

1. Cama
2. Mesa pequeña para colocar los insumos médicos
3. Máscara o cánula de oxígeno
4. Catéter IV/guía de suero
5. Agujas estériles
6. Jeringas estériles

7. Agujas IV
8. Solución fisiológica o Ringer lactato
9. Guantes
10. Drogas IV/IM que pueden ser necesarias durante la emergencia (hidralazina, labetalol, sulfato de magnesio, oxitocina, diazepam, ergotamina, etc.); y drogas en comprimidos (nifedipina, misoprostol, etc.)
11. Estetoscopio de Pinard u otro método de auscultación fetal
12. Estetoscopio y esfigmomanómetro
13. Termómetro
14. Máscara laríngea
15. Sonda Foley
16. Gasa
17. Alcohol u otro antiséptico
18. Cinta adhesiva
19. Placenta falsa (si tiene un simulador de parto, la placenta puede ser utilizada para el simulacro de hemorragia post-parto), y algo para sujetarla al abdomen de la paciente (actriz).
20. Cámara filmadora (u otra forma de filmadora de video) y una computadora o pantalla para poder ver el video.

El simulacro finaliza cuando la paciente ha sido tratada y se ha logrado un resultado clínico.

3.4 Proceso paso por paso

Esta sección provee una descripción detallada paso por paso acerca de cómo un simulacro de emergencia obstétrica debe ser organizado y llevado a cabo.

1. *Informe/obtenga autorizaciones de todo el personal del Departamento de Obstetricia, así como de las autoridades de la institución y otros departamentos potencialmente involucrados como ser: laboratorio, ecografía, anestesia, neonatología, hematología, quirófano, etc.*
2. *Prepare los materiales para el simulacro de emergencia obstétrica: guiones, lista de chequeo del observador, filmadora, y computadora (o pantalla) para poder ver el video.*
3. *Seleccione el momento apropiado para llevar a cabo el simulacro: asegúrese de que el simulacro no altere la atención de pacientes, y esté preparado para posponer o abandonar el simulacro en caso de que ocurra una emergencia real.*
4. *Establezca un contrato ficticio con los participantes*
 - El contrato ficticio es un acuerdo verbal entre entrenadores y participantes. En el contrato los entrenadores reconocen que el simulacro no puede ser exactamente como si fuera real, pero se ponen de acuerdo en que tratarán de que sea lo más parecido a la realidad. Los participantes aceptan hacer su mejor esfuerzo para actuar como si todo fuera real. Los entrenadores explican a los participantes que no deben hablarle al director, cuyo rol es simplemente informarles los datos clínicos de la paciente durante el simulacro.
 - Los participantes muchas veces temen que durante el simulacro se expongan sus debilidades o se sientan humillados. Para contrarrestar estas preocupaciones, los entrenadores deben dejar bien en claro que asumen que los participantes tienen buenas intenciones y están tratando de hacer lo mejor, pero que todos podemos equivocarnos, y que eso es positivo, ya que en la sesión de deconstrucción se trabajará para mejorar la práctica. El foco está en aprender, no en detectar los errores de las personas.
 - Es importante también resaltar que no deben efectuarse procedimientos invasivos. El simulacro debe ser seguro para la actriz (paciente). Las medidas a tomar con la paciente deben ser reales hasta un cierto punto. Por ejemplo: preparar la vía IV pero no colocarla, o para sacar sangre: colocar torniquete y sacar aguja de su empaque pero no insertarla, etc. Si el equipamiento es limitado en la institución, los participantes deben actuar como si lo utilizaran pero sin hacerlo, para no comprometer la posibilidad de que sea usado para un caso real.

- Los entrenadores deben informar a los participantes que luego del simulacro va a efectuarse una sesión de deconstrucción, y pedirles permiso para filmar, clarificando que el único propósito del video o filmación es su utilización en la sesión de deconstrucción. Para mantener la confidencialidad, el video puede ser borrado al final de la sesión en presencia de los participantes.
- 5. *Conduzca el simulacro:* para conducir el simulacro, el equipo debe usar los escenarios y guiones de hemorragia postparto y eclampsia (Anexos 2 y 4).
- 6. *Sesión de deconstrucción:* Los entrenadores y participantes deben discutir acerca del simulacro y en qué áreas se debe mejorar. Vea Sección 4 (abajo) para más detalles.

4. Sesión de deconstrucción

La sesión de deconstrucción es una conversación para revisar lo ocurrido durante el simulacro de emergencia obstétrica que tuvo lugar. En esta sesión, que debe ser efectuada inmediatamente luego del simulacro, los participantes y entrenadores verán la filmación del simulacro, y luego explorarán y analizarán sus acciones, procesos, comunicación entre el equipo e interacciones, estados emocionales, y otra información que pueda ser de utilidad para mejorar el desempeño de los participantes en una situación futura de emergencia real. Si es necesario o si los participantes lo solicitan, la filmación puede verse entera nuevamente, o pueden verse nuevamente secciones específicas.

Los entrenadores utilizarán una guía para la deconstrucción (Anexos 3 y 5) para facilitar la sesión. El observador debe basar sus comentarios a los participantes en la información registrada en la lista de chequeo del observador (Anexos 3 y 5). Cuando los entrenadores logran un gran compromiso de los participantes, esto lleva a un aprendizaje más profundo, y a una mayor probabilidad de que este conocimiento reforzado y nuevo, junto con las habilidades y actitudes, sean transferidas al personal de salud.

OBJETIVOS DE LA SESIÓN DE DECONSTRUCCIÓN

Para los participantes (personal de salud):

- Identificar brechas en el desempeño y entender por qué ocurrieron.
- Proponer soluciones para lograr mejorar el desempeño en una situación de emergencia real.
- Identificar las mejores prácticas y estimular su uso.

4.1 Cuatro elementos clave de una sesión de deconstrucción⁷

1. Establecer y mantener un ambiente que estimule el aprendizaje.
2. Estructurar la sesión de deconstrucción de manera organizada.
3. Generar discusiones interesantes.
4. Identificar y explorar las brechas de desempeño (diferencias entre el desempeño deseado y el real).

ELEMENTO CLAVE 1: ESTABLECER Y MANTENER UN AMBIENTE QUE ESTIMULE EL APRENDIZAJE

Los entrenadores deben reforzar el concepto de que el foco se encuentra en aprender y no en hallar quién comete errores, y deben además intentar crear un ambiente en el cual los participantes se sientan seguros para expresar sus pensamientos y opiniones sobre el simulacro. Las siguientes son conductas positivas que los entrenadores pueden usar en la sesión de deconstrucción:

- Mencionar una frase como la siguiente: “Los errores son como rompecabezas para ser resueltos, no crímenes a ser castigados”.
- Mencionar que el entrenador entiende que los participantes están intentando lograr algo positivo, inclusive cuando cometen errores.
- Expresar que se asume que los participantes son personas inteligentes, bien entrenadas, y que están intentando hacer lo mejor.
- Mostrar interés genuino al escuchar las opiniones de los participantes.
- Hacer preguntas abiertas que estimulen a los participantes a explorar sus pensamientos.
- Hablar sobre la conducta tomada, NO sobre la persona.

Hay otras conductas que los entrenadores deben evitar, tales como:

- Ignorar las expresiones de ansiedad de los participantes.
- Hacer comentarios degradantes sobre la competencia de los participantes.
- Preguntar y responder sus propias preguntas.
- Hablar al mismo tiempo o interrumpir a los participantes.
- Usar sarcasmo o ironía en las discusiones.

ELEMENTO CLAVE 2: ESTRUCTURAR LA SESIÓN DE DECONSTRUCCIÓN DE MANERA ORGANIZADA

La sesión de deconstrucción tiene tres fases:

1. Escuchar las opiniones de los participantes
2. Análisis y generalización
3. Resumen y lecciones aprendidas

Escuchar las opiniones de los participantes

Los participantes deben sentirse estimulados a expresar su reacción emocional inicial ante el simulacro. Si los entrenadores escuchan con interés, se crea una sensación de seguridad. Los entrenadores pueden hacer preguntas que inviten a los participantes a expresar sus reacciones iniciales y sus emociones.

Análisis y generalización

El objetivo de esta fase es permitir a los participantes que expresen sus preocupaciones, que reflexionen sobre lo que pensaron y sintieron, y que puedan discutir lo que ocurrió durante el simulacro. Los entrenadores deben utilizar la lista de chequeo del observador para analizar el manejo de la paciente efectuado por los participantes. Finalmente, los entrenadores efectúan una devolución a los participantes, con sugerencias para mejorar la atención de la emergencia obstétrica. (Ver Anexos 3 y 5)

El foco en los simulacros es aprender y crear un ambiente seguro para que los participantes puedan expresar sus pensamientos y emociones.

Resumen y lecciones aprendidas

El objetivo de esta fase es revisar los puntos más importantes y resumir las lecciones aprendidas. Como primer paso, los participantes son invitados a resumir lo que han aprendido. Algunas preguntas que pueden ayudarlos a resumir su experiencia son las siguientes:

- “¿Qué les parece que salió bien?”
- “Si esta emergencia se volviera a presentar, ¿qué harían distinto la próxima vez?”
- “¿Qué aprendizajes utilizarían en su práctica?”

Luego de eso, los entrenadores deben resumir los puntos más importantes aprendidos, sobre todo aquellos que los participantes no hayan mencionado.

ELEMENTO CLAVE 3: GENERAR DISCUSIONES INTERESANTES

El objetivo de la sesión de deconstrucción es que los participantes se enfoquen en las oportunidades de aprendizaje y que se generen discusiones que abarquen los temas en profundidad. Las buenas sesiones de deconstrucción requieren que los participantes generen discusiones, analicen, sintetizen y evalúen la información. Los participantes deben ser estimulados a la auto-reflexión acerca de su propia práctica clínica.

Las siguientes dimensiones son importantes para que los entrenadores tomen en cuenta para generar discusiones interesantes:

- Utilizar ejemplos concretos como base para las discusiones.
- Hacer preguntas basadas en lo observado y en los resultados obtenidos.
- Expresar sus propios razonamientos y opiniones.

Los entrenadores deben expresar su propio razonamiento o justificación al seguir una determinada línea de preguntas, y deben hacerlo de manera respetuosa y expresando interés por los participantes. Idealmente, las conclusiones a las que llegan los entrenadores que conducen la sesión de deconstrucción deben ser comunicadas para que puedan realizarse mejoras en el futuro.

En otras palabras, los entrenadores deben expresar sus conclusiones con un escepticismo sano, y deben asumir la buena predisposición de los participantes.

Facilitar la discusión a través de técnicas verbales y no verbales

Durante la sesión de deconstrucción, los entrenadores usualmente utilizan técnicas verbales y no verbales ya sea consciente como inconscientemente. Algunas conductas positivas a incluir son las siguientes:

- Escuchar distintos puntos de vista sobre un tema para enriquecer su entendimiento.
- Preguntar a las personas que están en silencio algo importante sobre el simulacro.
- Escuchar atentamente cuando los participantes se expresan, sin interrumpir.
- Utilizar el lenguaje corporal como: asentir con la cabeza, contacto visual, postura, expresiones faciales, etc.
- Incluir a todos en las discusiones; tratar de evitar que una o dos personas dominen la discusión.

Reconocer y manejar la situación en caso de que algún participante se sienta molesto

Es importante reconocer cuando algún participante se siente molesto, comentarlo como una observación y preguntarle al participante de manera respetuosa si esta observación es acertada.

Si esto ocurre, los entrenadores deben intentar re-establecer el equilibrio, expresando que es normal que este tipo de reacciones ocurran (“Hemos efectuado muchas veces simulacros y casi todos los participantes se han sentido de la misma forma que usted se siente”), y permitir que otro/s participante/s defiendan a la persona que se sintió molesta, etc.

ELEMENTO CLAVE 4: IDENTIFICAR Y EXPLORAR LAS BRECHAS DE DESEMPEÑO (DIFERENCIAS ENTRE EL DESEMPEÑO DESEADO Y EL REAL)

Los entrenadores deben describir las brechas de desempeño, esto se refiere a las diferencias entre el desempeño real y el ideal u óptimo. Las sesiones de deconstrucción deben proveer a los participantes una devolución concreta acerca de su desempeño, así como intentar identificar cuáles son las causas de estas brechas. Una buena sesión de deconstrucción debería incluir una exploración de las razones por las cuales los participantes actuaron de una determinada manera versus la manera esperada.

4.2 Recomendaciones para la sesión de deconstrucción

Recomendaciones generales:

- Seguir un método.
- Incluir a todos los participantes.
- Hacer preguntas abiertas y esperar a que los participantes respondan.
- Utilizar un lenguaje positivo – no crítico – para proponer mejoras.
- Utilizar el video del simulacro para aclarar dudas sobre lo ocurrido.
- Estimular a los participantes a analizar su propio desempeño.
- Identificar comparaciones con situaciones del mundo real.

4.3 Sesión de deconstrucción paso por paso

Utilice la “Guía para el observador y lista de chequeo” (Anexos 3 y 5) para evaluar el simulacro y conducir la sesión de deconstrucción.

Recomendaciones generales para el equipo de implementación (entrenadores)

1. Rompan el hielo: creen un ambiente propicio para el aprendizaje.
2. Identifiquen las expectativas de los participantes. Es crítico para que el simulacro sea exitoso establecer una buena relación con los participantes.
3. Generen simetría con los participantes, evitando la jerarquía. Por ejemplo, pueden usarse frases como las siguientes: “Las situaciones que ustedes hayan vivido en la guardia son valiosas para nosotros y enriquecen este entrenamiento”, o “Como equipo de entrenadores siempre aprendemos de las experiencias que nos transmiten los equipos que entrenamos”. También pueden compartir una experiencia en la cual hayan aprendido de sus propios errores.
4. Pregunten con interés acerca de lo que piensan los participantes.
5. Utilicen el humor como un recurso.
6. Estimulen la reflexión durante la sesión de deconstrucción, para poder evaluar qué salió bien, qué podría haberse hecho mejor, y cómo debería haberse hecho.
7. Utilicen todos los sentidos para evaluar lo que ocurre durante el simulacro.
8. Sean conscientes de sus propias interpretaciones como entrenadores, ya que las mismas pueden perjudicar la comunicación con los participantes.
9. Soliciten a los participantes una devolución sobre el ejercicio.
10. Pregunten su opinión sobre el ejercicio a todos los miembros del equipo para mejorar su desempeño en futuros simulacros. Brinden y reciban devoluciones con honestidad y respeto.
11. ¡Disfrútenlo!

Anexo 1: Evaluación de la Institución

A. Guía para entrevistas a informantes clave

Sección I: Antecedentes del informante clave

Instrucciones para el entrevistador: Complete este formulario para cada persona que entreviste.

A	Fecha de la entrevista	
B	Hora de comienzo de la entrevista	
C	Hora de finalización de la entrevista	
D	Duración de la entrevista (en minutos)	
E	Nombre del Hospital/Centro de Salud	
F	Posición/Especialidad	
G	Edad del entrevistado	
H	Género del entrevistado	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
I	Nombre del entrevistador	
J	Observaciones adicionales y comentarios	

Sección II: Explicación y evaluación de la factibilidad de implementación

Introducción: “Nos gustaría saber su opinión acerca de la factibilidad de realizar simulacros de emergencias obstétricas en su hospital/centro de salud. Le agradeceríamos su opinión sincera acerca de cualquier factor que pudiera influenciar el éxito de la implementación los simulacros de emergencias obstétricas en su hospital/centro de salud. Nos gustaría también que nos aconseje acerca de cómo implementar los simulacros. Le mostraré un ejemplo de un simulacro y una explicación escrita así podemos hablar de ello.”

Instrucciones para el entrevistador:

- Darle al entrevistado el documento: “Simulacros de emergencias obstétricas para mejorar la calidad de atención de las mujeres con emergencias obstétricas”.
- Mostrarle al entrevistado un ejemplo visual de un simulacro utilizando la presentación de PowerPoint u otro material descriptivo.
- Utilice las preguntas que se encuentran debajo (P1-P12) para discutir la factibilidad de la implementación de simulacros en la institución.

Resumen: “Simulacros de emergencias obstétricas para mejorar la calidad de atención de las mujeres con emergencias obstétricas”.

Un **simulacro de emergencia obstétrica** es un método para practicar el manejo de una emergencia obstétrica de manera organizada y coordinada por el personal de salud de una institución.

Se planea llevar a cabo los simulacros con una frecuencia que resulte apropiada para mantener las habilidades del personal de salud. Dicha frecuencia puede ser una vez por semana, una vez cada quince días, una vez por mes, cada seis meses, dependiendo de las necesidades. El primer simulacro será útil para detectar problemas latentes y para planear e implementar medidas correctivas. Los simulacros subsiguientes posibilitarán evaluar si las medidas correctivas implementadas fueron efectivas y mejoraron los problemas relativos al manejo de las emergencias obstétricas.

Cómo se hace un simulacro de emergencia obstétrica

1. El simulacro se preparará con anticipación y deben obtenerse todas las autorizaciones necesarias de la institución de salud antes de implementarlo.
2. El simulacro no debe ser planificado para una fecha específica. En cambio, debe suceder de forma inesperada, como si fuera una emergencia real, con una **actriz** en el rol de una mujer sufriendo una emergencia obstétrica y un/a acompañante que pueda proveer información de lo ocurrido previo al ingreso.
3. El servicio de salud debe responder como si se tratara de una situación real. Esto significa que todos los miembros del equipo de salud deben participar del simulacro (por ejemplo: médico, partera, enfermera, etc.). Las medidas que se tomen con la paciente deben ser reales hasta un límite (por ejemplo, la vía IV debe prepararse pero no colocarse, o para la extracción de sangre debe colocarse el torniquete y tener la aguja preparada pero no realizarse la extracción, etc.).
4. El director del simulacro proveerá la información necesaria acerca del estado clínico de la paciente (por ejemplo: presión arterial, examen obstétrico) cada vez que sea requerido. Para los resultados de laboratorio debe usarse una muestra falsa de sangre para “enviar” al laboratorio (no enviar realmente al laboratorio), sino que el director del simulacro proveerá a los participantes de los resultados de laboratorio – simulados – de la paciente.
5. Durante el simulacro, un observador tomará notas sobre el desempeño de cada uno de los participantes del simulacro.
6. El simulacro finalizará cuando la paciente (actriz) haya sido tratada, y será determinado por el director del simulacro.
7. Inmediatamente luego del simulacro se realizará un breve corte y se llevará a cabo una sesión de deconstrucción: los participantes serán invitados a discutir los puntos positivos y negativos sobre su desempeño individual y grupal. Luego de esto, se realizará una discusión sistemática sobre los elementos clave y las respuestas que se esperan ante esta emergencia en particular.
8. Se efectuarán planes para corregir cualquier problema detectado durante el simulacro.

Preguntas para el Informante Clave

P1. El “Resumen: Simulacros de emergencias obstétricas para mejorar la calidad de atención de las mujeres con emergencias obstétricas” (ver mas arriba) explica la forma en que se implementa un simulacro de emergencia obstétrica. ¿Qué opina sobre la posibilidad de implementar esta metodología en su hospital/clínica?

P2. Si tuviera que implementar un simulacro de emergencia obstétrica, ¿cómo lo haría?

P3. ¿Qué proveedores de salud deberían participar del simulacro?

P4. ¿Cuáles son los desafíos que cree que podrían surgir en este proceso? ¿Qué sugiere para resolver estos desafíos o problemas?

P5. ¿Cree usted que sería factible llevar a cabo la sesión de deconstrucción inmediatamente luego del simulacro? ¿Porqué? ¿Cuáles serían los desafíos? (Por ejemplo: ¿Habría soporte institucional? ¿Podría el personal de salud tomarse este tiempo fuera de la atención de los pacientes?)

P6. En general, ¿Cree usted que el personal de este hospital/centro de salud aceptaría esta estrategia de entrenamiento? ¿Porqué? ¿Cuáles serían los desafíos? ¿Hay algo que usted pueda sugerir para que sea más aceptada por el personal?

P7. ¿Qué cantidad de simulacros cree usted que sería aceptable y factible de implementar en los primeros seis meses?

P8. ¿Le gustaría agregar algo más que no se haya discutido ni mencionado hasta el momento acerca de la factibilidad para implementar los simulacros o acerca de la aceptabilidad por parte del personal del hospital?

Introducción: “Ahora le haré preguntas acerca de la disponibilidad de recursos humanos, equipamiento e insumos que puedan tener impacto en el desarrollo de este programa de simulacros de emergencias obstétricas.”

P9. A continuación le solicitaré detalles acerca de la disponibilidad de los siguientes recursos en su institución:

- Comunicación: ¿Tiene el hospital un teléfono disponible? SI NO
 - ¿Funciona correctamente? SI NO
- Agua potable: ¿Hay agua potable disponible en la guardia o en la sala de parto/parto? SI NO
- Transporte: ¿Cuál es el tiempo promedio que tarda una ambulancia en transportar a una paciente con una emergencia al hospital?
- Recursos Humanos: ¿Hay médicos/parteras/enfermeras disponibles las 24 horas, los 7 días de la semana en el hospital/centro de salud? SI NO

- Laboratorio: ¿Hay laboratorio y banco de sangre en la institución de salud disponible las 24 horas, los 7 días de la semana? SI NO
¿Puede el laboratorio realizar los siguientes análisis?:
 - Hemoglobina/Hematocrito SI NO
 - Test de sífilis SI NO
 - VIH SI NO
 - Grupo y factor de sangre SI NO
- Anestesiología: ¿Cuenta el hospital con anestesiólogo de guardia las 24 horas, los 7 días de la semana en caso de necesidad de una cesárea o histerectomía? SI NO
- Neonatología: ¿Cuenta el hospital con neonatólogo de guardia las 24 horas, los 7 días de la semana? SI NO
 - En caso negativo, ¿hay personal entrenado en cuidado esencial del recién nacido las 24 horas, los 7 días de la semana? SI NO

P10. En su conocimiento, ¿tiene la institución los siguientes insumos médicos disponibles: estetoscopio, esfigmomanómetro, sulfato de magnesio, solución fisiológica, etc.? (Esta lista es exploratoria, puede haber otros insumos).

- P11.** ¿Tiene el hospital / centro de salud guías de práctica clínica para el manejo de la hemorragia postparto y de los trastornos hipertensivos del embarazo? SI NO
- Si la respuesta es SI, ¿están estas guías actualizadas o son revisadas regularmente? SI NO
 - Si la respuesta es NO, ¿qué estrategias utilizan en esta institución para sostener un desempeño con un nivel estándar de atención?

P12. ¿Tiene el hospital/centro de salud entrenamientos regularmente para el manejo de la hemorragia postparto y de los desórdenes hipertensivos del embarazo? Si es SI, ¿podría describir en qué consisten los entrenamientos y que opina usted de ellos?

¡Gracias!

B. Lista de chequeo de la institución

Lista de chequeo para la evaluación de la institución en relación a las emergencias obstétricas

Página 1 de 2

Nombre del hospital/centro de salud:

A. Transporte de las pacientes: Para cada una de las siguientes, marque si se encuentra disponible diariamente:

	Si	No
1. Silla de ruedas, carretilla o camilla		
2. Personal para transportar a las pacientes		

C. Medicación: Marque si la institución cuenta con las siguientes medicaciones en forma diaria:

	Si	No
1. Antibióticos		
2. Sulfato de magnesio		
3. Misoprostol		
4. Uterotónicos (ocitocina, ergometrina)		
5. Sangre y derivados		
6. Anti-convulsivantes		
7. Antihipertensivos		
8. Soluciones antisépticas		

B. Equipamiento: Marque si la institución tiene los siguientes equipamientos disponibles diariamente:

	Si	No
1. Equipo de esterilización		
2. Tanque de oxígeno con máscara facial, transportador para el tanque y llave		
3. Bolsa y máscara de resucitación		
4. Esfigmomanómetro		
5. Estetoscopio		
6. Termómetro (rectal o axilar)		
7. Vía IV		
8. Agujas/catéteres		
9. Guantes estériles		
10. Gasa estéril		
11. Camilla para examinar		
12. Sala de espera con asientos		

Lista de chequeo para la evaluación de la institución en relación a las emergencias obstétricas

Página 2 de 2

Nombre del hospital/centro de salud:

D. Sala de trabajo de parto y parto: Para cada uno de los siguientes, marque si la institución cuenta con lo siguiente en forma diaria para la atención de partos:

	Si	No
1. Cajas de parto esterilizadas en suficiente cantidad		
2. Guantes estériles, camisolines y gasas		
3. Juegos de sábanas limpios		
4. Cajas de fórceps esterilizadas		
5. Vacuum		
6. Caja de reparación de desgarros		
7. Aparato de succión con tubo de succión		
8. Tubo de oxígeno con máscara facial, transportador para el tanque y llave		
9. Luz		
10. Drogas de emergencia para el manejo de hemorragia postparto y preeclampsia/eclampsia (por ejemplo sulfato de magnesio – con fechas de vencimiento aceptables)		
11. Antisépticos		
12. Esfigmomanómetros, estetoscopios, termómetros, fluidos IV, agujas y cánulas		
13. Extractor de moco para neonatos		
14. Camilla, silla y equipamiento necesario para facilitar las distintas posiciones para el trabajo de parto y parto		
15. Balanza para pesar al recién nacido		
16. Ambú (auto-inflable), bolsa para resucitación de recién nacidos		
17. Recipiente para descartar material contaminado		
18. Recipiente para descartar material punzante o cortante		

E. Equipo para protección personal/Ambos: Para cada uno de los siguientes, marque si la institución cuenta con los siguientes insumos en forma diaria:

	Si	No
1. Camisolines		
2. Cofias y barbijos		
3. Zapatos para quirófano y cobertores para los zapatos		
4. Agua corriente las 24 horas		
5. Lavabo para el lavado de manos con cierre mediado por codo, rodilla o pie		
6. Cepillos y jabón para el lavado de manos		
7. Reloj de pared		

F. Laboratorio/Banco de sangre: Marque si la institución cuenta con los siguientes insumos en forma diaria:

	Si	No
1. Análisis para dadores de sangre: Tipo de sangre, cross-matching y reactivos para tamizaje de sífilis, hepatitis, HIV y otros patógenos.		
2. Instrumentos para recolección de sangre/Bolsas		
3. Centrífuga y tubos de testeo		
4. Microscopio		
5. Planilla para registrar los resultados anormales de laboratorio		
6. Heladera		

Anexo 2: Escenario de hemorragia postparto

1. Presentación de los entrenadores y participantes

(equipo de entrenadores y personal de salud del hospital/centro de salud)

2. Establecimiento del “Contrato Ficticio” con los participantes (acuerdo basado en que el simulacro de emergencia obstétrica es una simulación).

Antes de comenzar el simulacro, explique algunas premisas y provea guías acerca de cómo debe desarrollarse el programa de simulacros.

2.1 Explique premisas básicas

- Reconozca que las situaciones de emergencias son infrecuentes
- Explícite que usted sabe que los participantes (personal de salud del hospital/centro de salud) son muy capaces, tienen buenas intenciones, y que están intentando hacer lo mejor. Dado que las situaciones de emergencia son infrecuentes, nadie es experto en este tipo de casos.
- Resalte la importancia de practicar cómo responder ante una emergencia obstétrica.
- Informe a los participantes que luego del simulacro se llevará a cabo una sesión de deconstrucción, y solicite su permiso para filmar el simulacro, clarificando que el único propósito de la filmación del simulacro es utilizar ese video para la sesión de deconstrucción.
- No le informe a los participantes qué tipo de complicación va a presentar la actriz durante el simulacro. Sólo mencione que se tratará de una emergencia obstétrica.

2.2 Brinde guías para el desarrollo del simulacro

- Los participantes deben hacer un esfuerzo para simular que la emergencia realmente está ocurriendo, y actuar como si fuera una emergencia real. Los participantes deben acordar que intentarán actuar como si todo fuese real.
- Los participantes deben actuar según lo que se presente en el guión.
- No deben efectuarse procedimientos invasivos. El simulacro debe ser seguro para la paciente, que será una actriz.
- Las medidas tomadas con la paciente deben ser reales hasta un límite, por ejemplo:
 - Vía IV lista pero no colocada (puede colocarse la guía sobre la piel sin aguja y tapar con cinta)
 - Extracción de sangre: Colocar torniquete y tener lista la aguja pero no extraer sangre.
- Explique los roles del equipo de entrenadores: actriz, observador, director y acompañante (si hay).
- Deje en claro que los participantes no deben hablarle al director del simulacro (parte del equipo de entrenadores), pero pueden hablarle al líder del equipo de salud o al coordinador de la emergencia (parte del equipo de participantes).

3. Establezca roles y objetivos

- Que los participantes identifiquen signos y síntomas de la paciente.
- Que los participantes reconozcan rápidamente el diagnóstico probable de la paciente (hemorragia postparto). Este diagnóstico no se revela antes del comienzo del simulacro.
- Que los participantes utilicen la mejor evidencia disponible (idealmente consistente con las guías de práctica de la institución) para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto.
- Que los participantes entiendan la importancia de un buen trabajo en equipo en el manejo de una emergencia.
- Que se deleguen tareas a diferentes participantes para que sean realizadas simultáneamente.

4. Designe el lugar donde se llevará a cabo el simulacro

- Guardia obstétrica y/o sala de partos.

5. Presente el caso clínico:

- Ana es una mujer de 30 años, G3P2, sana. Concorre a la guardia obstétrica luego de haber tenido un parto en su domicilio, de término. Sin embargo, no se ha producido aún el alumbramiento placentario. No presentó complicaciones durante sus visitas prenatales. Tiene dos hijas: una de 2 años y otra de 1 año de edad. Concorre con su marido y con un agente sanitario (o trabajador de salud comunitario) (Ajustar el escenario al contexto si fuera necesario).

Nota: Para dar más realismo a la escena, la actriz puede preparar antes de comenzar, un carnet prenatal con la información acerca de su embarazo. Este carnet puede ayudar al proveedor de salud a contextualizar mejor el caso clínico. También puede utilizar una placenta falsa.

Por otro lado, este escenario detalla solamente el manejo de la atonía uterina. Existen otras causas de hemorragia postparto, como trauma, placenta retenida, etc., que requerirían modificar el manejo clínico. Para conducir simulacros con estos escenarios, por favor utilice la mejor evidencia disponible y los protocolos de su institución.

Los detalles del carnet prenatal incluyen:

- Edad: 30 años
- G3P2 (2 partos vaginales previos sin complicaciones)
- Dirección: (coloque una dirección apropiada)
- FUM: (coloque una fecha adecuada)
- Fecha probable de parto: No consignada
- Resultados de laboratorio: VIH negativo, VDRL negativa, HBV negativo, Hemoglobina 11 gramos, Tipo de sangre A, Rh positivo.

6. Guión para el simulacro de hemorragia postparto

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
<p>Llega a la guardia en estado de angustia y desesperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Está todo bien? • ¿Qué pasa con la placenta? • ¿Qué me van a hacer? 	<p>Los participantes deben ejecutar tareas en simultáneo durante el simulacro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntar historia clínica • Evaluar síntomas • Chequeo de signos vitales (TA, pulso, temperatura) • Realizar examen abdominal • Realizar examen obstétrico • Ingresar a la paciente a la guardia obstétrica • Tratar de calmar a la paciente y brindarle apoyo emocional 	<p>Historia clínica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta no expulsada <p>Datos de signos vitales, si los mismos son chequeados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 100/60 mm Hg • Pulso: 104 por minuto • Temperatura: 36.7°C <p>Examen abdominal: Útero a nivel umbilical</p> <p>Examen pélvico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta no expulsada • Se tacta placenta en vagina
3–4 minutos después		
<p>Ana se encuentra muy ansiosa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué me está pasando? Siento algo que me moja. • ¿Qué me van a hacer? • ¿Estoy perdiendo mucha sangre? 	<ul style="list-style-type: none"> • Explican a la paciente que la placenta debe ser expulsada. • Realizan alumbramiento utilizando oxitocina 10 UI IV/IM, con tracción controlada de cordón.⁶ • Explican a la paciente lo que va ocurriendo. 	<p>Anuncia: “Alumbramiento placentario completo. Placenta y membranas completas. Se observa una gran cantidad de sangrado vaginal” (si los proveedores miden la cantidad de sangre, dé un número específico de la pérdida)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ay, Ay, Ay ¿Qué me está pasando? Me siento muy cansada. • Me siento mareada. • ¿Estoy perdiendo sangre todavía? Siento que necesito aire.... <p>Si alguien del equipo realiza masaje uterino, la paciente dice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ..Me duele un poco..¿Qué me están haciendo? ¡Ay, Ay, despacio por favor, doctores! 	<p>Los participantes realizan lo siguiente mientras le explican a la paciente lo que ocurre y le dan seguridad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llamam para pedir ayuda • Notifican al médico obstetra o partera • Notifican al anesthesiólogo del sangrado severo, si todavía no ha sido informado. <p>Otro miembro del equipo comienza con el manejo inicial de la hemorragia postparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocan al menos una vía IV, preferiblemente dos (al menos calibre 18, idealmente 16 o 14) • Luego de colocar la vía, administran oxitocina IV^{6,8} (10–40 UI en 500–1000 ml de solución fisiológica), comenzando a un goteo de 500 ml/hora y evaluar respuesta uterina, sin suspender.⁸ 	<p>Informa: “La paciente suda mucho, luce pálida y presenta sangrado vaginal severo – dos compresas empapadas en menos de 5 minutos.”</p>

CONTINUACIÓN

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
	<ul style="list-style-type: none"> • Proveen masaje uterino vigoroso ^{6,8 +} • Administran Metilergonovina 0,2 mg IM por protocolo (si no hay hipertensión, síndrome de Raynaud, esclerodermia.) Si la paciente responde bien, puede repetirse cada dos horas. Si no responde, administre otro uterotónico.⁸ • Colocan una segunda vía IV. • Administran fluidos IV (cristaloides isotónicos)⁶⁺ y ajustan el goteo para tratar hipovolemia. <p>Luego de la administración de uterotónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chequean signos vitales (TA, pulso, FR)⁸ • Chequean el nivel de conciencia⁸ • Administran oxígeno (10-15 litros/ minuto) por máscara o lo que haya disponible⁸ • Preparan insumos para colocar sonda vesical. • Insertan sonda vesical.^{8,9} • Llamam al banco de sangre para solicitar 2 unidades de sangre (glóbulos rojos desplasmatisados si hay disponible)⁸ • Mantienen a la paciente en ambiente cálido⁸ <p>Durante el manejo inicial de la hemorragia postparto, el médico o la partera realizan el examen abdominal y luego solicitan los instrumentos necesarios para realizar el examen pélvico en búsqueda de la causa del sangrado⁸</p>	<p>Signos vitales si se chequean:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 80/50mmHg • Pulso: 128 por minuto • FR: 32 por minuto <p>Reporte hallazgos del examen físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El examen del cuello uterino revela que no hay desgarros. • No hay signos de retención de productos placentarios. • Al examen abdominal: útero blando, tamaño aumentado.
<ul style="list-style-type: none"> • “Estoy muy mareada, no escucho bien...Doctor, siento que me voy a desmayar. Doctor, Doctor, ¿qué me está pasando?....” 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizan el diagnóstico de atonía uterina. • Continúan chequeando los signos vitales y el nivel de conciencia cada cinco minutos.⁸ 	<p>Informa:</p> <p>“El sangrado abundante no se detiene. La mujer está pálida”.</p> <p>Signos vitales si son chequeados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 70/40mmHg • Pulso: 148 por minuto

CONTINUACIÓN

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
<p>Ana pierde la conciencia mientras se realiza el manejo inicial</p>	<p>Se inicia el tratamiento avanzado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se administran otros uterotónicos⁶. Si la ocitocina no está disponible o es inefectiva, utilice ergometrina intravenosa, ocitocina-ergometrina a dosis fija, o una prostaglandina (incluyendo misoprostol sublingual 800 microgramos)^{6,8†} • Los participantes no demoran en realizar el manejo mientras esperan la acción de los uterotónicos: <ul style="list-style-type: none"> - Inserción de balón intrauterino (si está disponible)^{6,8‡} - Masaje o compresión uterina bimanual.^{8‡} • Solicitan laboratorio: recuento de glóbulos rojos, plaquetas, estado metabólico, gases en sangre, coagulación. <p>Hasta que esté disponible la resolución quirúrgica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar compresión aórtica externa^{6‡} • Iniciar uso de prendas no neumáticas anti shock como medida temporal^{6**} • Si los uterotónicos fallan, o se sospecha trauma, se recomienda el uso de ácido tranexámico^{6,8††} (4 gramos en 50 ml de solución fisiológica, seguidos de un mantenimiento de una infusión IV de 1 gr/hora por 6 horas^{8‡}) • Administre 2 unidades de sangre (preferiblemente glóbulos rojos desplasmalizados)⁸ • Informan a los familiares de la paciente que está sufriendo un sangrado severo. • Si otras medidas han fallado y los recursos necesarios están disponibles, realizan embolización de las arterias uterinas.^{6,8‡} Si no está disponible, preparan a la paciente para cirugía. 	
<p>2 MINUTOS DESPUÉS</p>		

CONTINUACIÓN

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
Ana sigue inconsciente	<ul style="list-style-type: none"> • Continúan con cristaloides en infusión continua y ocitocina • Transportan a la paciente al quirófano[†] • Mantienen a la paciente en ambiente cálido • Piden más sangre <ul style="list-style-type: none"> - Luego de las 2 primeras unidades de glóbulos rojos desplasmatisados, utilice 4 unidades de plasma fresco y 1 unidad de plaquetas por cada 4-6 unidades de GR desplasmatisados[§] 	Signos vitales si son chequeados: <ul style="list-style-type: none"> • TA: 70/30mmHg • Pulso: 155 por minuto
	<ul style="list-style-type: none"> • Continúan monitoreando los signos vitales cada 5 minutos[§] • Repiten el laboratorio cada 30-60 minutos: recuento de glóbulos rojos, plaquetas, estado metabólico, gases en sangre, coagulación. • Primera línea de cirugía conservadora: Ligar arterias uterinas[§] • Cirugía definitiva: Histerectomía[§] • Si hay un familiar o acompañante presente, el equipo de salud debe informar acerca de la situación de la paciente y la decisión tomada. 	
<p>EL SIMULACRO FINALIZA CUANDO SE TOMA LA DECISIÓN QUIRÚRGICA. NOTA: El equipo de salud puede decidir transferir a la paciente al quirófano y terminar el simulacro ahí o estabilizar y derivar a la paciente a otra institución y ese sería el momento de finalización del simulacro.</p> <p>Por favor, adecúe los simulacros a las guías de hemorragia post-parto que tenga en su institución. The Maternal Health Task Force no provee guías clínicas.</p>		

* Recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad

† Recomendación fuerte, evidencia de muy baja calidad

‡ Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad

◇ Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad

** Recomendación débil, evidencia de baja calidad

‡ Recomendación débil, evidencia de moderada calidad

Anexo 3: Escenario de hemorragia postparto: Lista de chequeo del observador y guía para la sesión de deconstrucción

Guía de chequeo para la sesión de deconstrucción

¿Cuándo?	Objetivo	Ejemplos de preguntas y respuestas
Inmediatamente después del simulacro	Breve momento para explorar y compartir sentimientos.	“¿Cómo se sintieron durante el simulacro?”
Mientras se mira el video	Los participantes identifican brechas en el conocimiento, la memoria y la práctica clínica mientras observan su desempeño individual y grupal.	“Siempre hay una brecha entre lo que se hace y lo que uno recuerda que hizo. Miremos el video y veamos qué paso.”
Después de mirar el video	Ayudar a que los participantes compartan sus reacciones iniciales después de ver el video.	“¿Cómo se sintieron después de ver el video?” Dependiendo de las respuestas, reforzar los comportamientos positivos e identificar brechas en la práctica clínica y/o el conocimiento.
	Reconocer la auto-reflexión	“Muy buena auto-reflexión y auto-evaluación. Esto es importante para poder aprender durante el simulacro.”
Revisar cada punto de la lista de chequeo una vez concluida la auto-reflexión inicial.	Realizar la deconstrucción tema por tema siguiendo la siguiente lista: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación con la paciente. • Comunicación entre miembros del equipo de salud. • Trabajo en equipo: organización y liderazgo. • Pedido de ayuda. • Diagnóstico y tratamiento. • Recursos. 	Se introduce cada tema, se lo explora, se reflexiona y se resume antes de pasar al siguiente tema. Revise cada punto de la lista, tanto los que el equipo omitió realizar durante el simulacro como los que si se realizaron. Idealmente, no se vuelve a hablar sobre un tema que ya ha sido analizado y cerrado. Ver la guía de temas para ejemplos sobre posibles preguntas de discusión.
Revisar cada punto de la lista de chequeo	Ayudar a que todos los participantes reflexionen sobre los sentimientos y pensamientos que surgieron durante el simulacro.	“Y los demás... ¿cómo se sienten con lo que él acaba de decir?” “¿Alguien lo vio de otra forma?” “Si lo pudiera hacer de nuevo, ¿qué haría diferente?”

¿Cuándo?	Objetivo	Ejemplos de preguntas y respuestas
<p>Revisar cada punto de la lista de chequeo.</p>	<p>Introducir conceptos nuevos</p>	<p>La deconstrucción debe ser vista como una conversación o un diálogo. No solo permite al grupo cuestionar su práctica médica, si no que también permite introducir conceptos nuevos.</p> <p>Ejemplo: Liderazgo</p> <p>“Frente a una emergencia obstétrica, el líder es aquella persona que coordina la atención, mira todo el escenario y verifica que todo se esté realizando como fue indicado. El líder no tiene que ser necesariamente un médico.”</p>
<p>Final de la discusión/ Conclusiones</p>	<p>Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresan qué aprendieron <p>Entrenadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzan las prácticas llevadas a cabo correctamente. • Sintetizan áreas de mejora. • Agradecen a los participantes. 	<p>“¿Qué aprendieron después de participar en este simulacro?”</p> <p>Ejemplos de cierre de la deconstrucción:</p> <p>“Basados en lo que vimos, este equipo realizó todo lo necesario para atender a la paciente de forma correcta y pedir ayuda rápido. Sin embargo, notamos que fue difícil acceder al quirófano porque.... (dar ejemplos como por ej.: el quirófano está en otro piso o en otro edificio, o tenía el acceso bloqueado, etc.)”</p> <p>“Creemos que la comunicación puede ser mejorada. Por ejemplo, diciendo en voz alta el nombre de la persona que debe desempeñar una acción. También creemos que el equipo debe designar una persona que lidere a todo el equipo frente a una emergencia.”</p> <p>“Apreciamos la predisposición del equipo para participar de este simulacro y el espíritu de auto-reflexión y auto-evaluación”.</p>

Guía del observador por temas

1. Comunicación con la paciente obstétrica

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes preguntan el nombre a la paciente			<p>“¿Cómo se sintieron respecto a la comunicación con la paciente?”</p> <p>“Después de haber visto el video, ¿cambiarían algo respecto a la comunicación con la paciente? ¿Qué cambiarían?”</p>
Los participantes se presentan mencionando su nombre y su profesión			
Los participantes llaman a la paciente por su nombre			
Los participantes dan contención emocional a la paciente			
Los participantes explican a la paciente su cuadro clínico			
Otros comentarios			
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión:</p> <p>“Como vimos, la paciente fue saludada de una forma respetuosa, lo cual es muy bueno. Creemos que algunas cosas pudieron haberse hecho mejor, como preguntarle con más detalle a la paciente sobre sus antecedentes y explicarle cuál era su situación clínica y su pronóstico. Esto es importante para asegurar que la paciente se sienta contenida.”</p>

Guía del observador por temas

2. Comunicación entre los miembros del equipo

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes se llaman por sus nombres cuando dan indicaciones			“¿Cómo se sintieron respecto a la comunicación entre los miembros del equipo?”
Los participantes cierran el círculo de comunicación			
Los participantes son claros cuando dan instrucciones			
Otros comentarios			“Después de haber visto el video, ¿cambiarían algo respecto a la comunicación entre miembros del equipo? ¿Qué cambiarían?”
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión:</p> <p>“El equipo comunicó el cuadro clínico de la paciente a los otros miembros del equipo que llegaron más tarde. Sin embargo, como vimos en el video, no fue claro a qué miembro del equipo se le estaba dando cada indicación. En este tipo de situaciones, es importante ser muy claro cuando se da una indicación. Cada indicación debe ser dirigida a una persona específica. Si se indica la administración de una droga, se debe decir en voz alta quién debe administrarla y cuál es la dosis a administrar. Luego, quien la administra debe repetir el nombre de la droga, dosis que está administrando y vía de administración. Es importante cerrar la comunicación de esta forma para que el líder del equipo sepa que cierta acción ya fue realizada.”</p> <p>Ejemplo:</p> <p>Los pilotos de avión siempre corroboran con el copiloto que los procedimientos fueron realizados. Si el piloto dice “¿Están encendidos los motores?”, el copiloto responde “Si, los motores están encendidos.”</p>

Guía del observador por temas

3. Organización del equipo y liderazgo

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes reparten las tareas en forma pareja, no se superponen y no hay nadie que no tenga una actividad concreta para realizar.			“¿Cómo se sintieron respecto a cómo trabajo el equipo en su conjunto?”
Los participantes trabajan de manera organizada.			
Los participantes identifican un coordinador o líder.			
Otros comentarios			“¿Cómo se sintieron respecto al liderazgo durante el simulacro?”
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión:</p> <p>“Mencionaron que al comienzo, cuando eran sólo dos personas atendiendo a la paciente, pudieron trabajar bien juntos. Sin embargo, cuando llegó el médico obstetra, encontraron algunas dificultades para actuar de manera coordinada durante la emergencia.”</p> <p>“Durante una emergencia, el líder es la persona que organiza y coordina la respuesta. Esta persona no tiene que ser necesariamente un médico. Ella o él mantiene cierto nivel de distanciamiento del escenario clínico para poder ver todo el cuadro y da indicaciones al equipo para asegurarse que todas las medidas estén siendo tomadas.”</p> <p>Se puede utilizar el ejemplo del director de orquesta para ejemplificar las cualidades de un líder. Cada uno de los músicos son expertos en tocar cierto instrumento, pero es necesario que el director de orquesta los coordine para que suene una sinfonía armoniosa.</p>

Guía del observador por temas

4. Pedido de ayuda

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
<p>Los participantes solicitan ayuda/refuerzos (por ejemplo, llaman a un médico obstetra, enfermera, partera, anestesiólogo)</p>			<p>“¿Qué opinan respecto al pedido de ayuda?”</p>
<p>Los participantes solicitan ayuda en el momento oportuno</p>			
<p>Otros comentarios</p>			<p>“¿Creen que se pidió ayuda en el momento oportuno? ¿Muy rápido? ¿Muy tarde?”</p>
<p>Otras áreas para mejorar</p>			<p>Posible conclusión: “Como mencionaron, la enfermera llamó a la partera en el momento oportuno inmediatamente después de identificar el primer signo de alarma. Sin embargo, la enfermera de la sala de partos no pudo ser localizada inmediatamente. Es importante explorar qué estrategias pueden implementarse para asegurar que, en caso de emergencia, la ayuda llegue rápidamente.”</p>

Guía del observador por temas

5. Diagnóstico y tratamiento

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Manejo general	Preguntas adecuadas sobre los antecedentes de la paciente			“¿Qué piensan respecto al diagnóstico y tratamiento de la paciente?” “¿Se tomaron las decisiones correctas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?”
	Control de signos vitales cada 5 minutos			
	Control del nivel de conciencia cada 5-10 minutos			
	Examen abdominal			
	Examen pélvico			
	La paciente es ingresada a la guardia de obstetricia			
	Se utiliza oxitocina IM/IV (10 UI) con tracción del cordón controlada para el alumbramiento			
	Diagnóstico temprano de atonía uterina			
	Colocación de dos vías periféricas			
Manejo específico	Administración intravenosa de oxitocina (10-40 UI en 500-1000mL de solución salina). Comenzar con una dosis de 500 mL/hr y valorar de acuerdo al tono uterino. Administrar en infusión continua.			“¿Qué piensan respecto a las drogas que se usaron para tratar la hemorragia?”
	Realizar masaje vigoroso del fondo uterino			
	Administrar metilergonovina 0.2 mg intramuscular según protocolo			
	Administrar fluidos intravenosos (cristaloides isotónicos) y ajustar la cantidad para tratar la hipovolemia			
	Administrar oxígeno (10-15 litros/minuto) a través de una máscara			
	Colocar catéter vesical			
	Llamar al banco de sangre y solicitar 2 unidades de sangre			
	Mantener al paciente a una temperatura templada			

Guía del observador por temas

5. Diagnóstico y tratamiento (CONTINUACIÓN)

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Manejo específico	Si no hay disponible oxitocina, utilizar ergometrina intravenosa, dosis fija oxitocina-ergometrina o prostaglandinas (incluyendo misoprostol sublingual 800 microgramos)			
	Insertar balón intrauterino (si hubiera disponible)			
	Realizar masaje/compresión uterina bimanual			
	Tomar muestra de sangre para realizar exámenes de laboratorio: hemograma completo, perfil metabólico completo, gases en sangre, coagulación.			
	Iniciar compresión aórtica externa			
	Usar traje compresor anti-shock como una medida provisoria			
	Si se sospecha trauma, administrar ácido tranexámico (4g en 50 mL de solución salina intravenosa por 1 hora. Seguido por una infusión de mantenimiento de 1g/hora por 6 horas).			
	Administrar dos unidades de sangre (preferentemente solo glóbulos rojos)			
	Realizar embolización de arterias uterinas, si fuera posible			
	Decisión oportuna de realizar un procedimiento quirúrgico			
	Llevar a la paciente al quirófano			
	Solicitar más bolsas de sangre. Luego de las primeras 2 bolsas de glóbulos rojos, utilizar 4 unidades de plasma fresco congelado y 1 unidad de plaquetas por cada 4-6 unidades de glóbulos rojos.			
	Realizar nuevos estudios de laboratorios cada 30-60 minutos: hemograma completo, perfil metabólico completo, gases en sangre, coagulación			

Guía del observador por temas
6. Recursos humanos y equipamiento

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Recursos humanos	Todo el personal necesario está presente y participa durante la emergencia			<p>“¿Qué opina sobre la disponibilidad de recursos humanos durante el simulacro?”</p>
Insumos	¿Estaban disponibles todos los insumos necesarios? Si la respuesta es NO, ¿qué faltó?			
	¿Había un kit de hemorragia postparto disponible?			
				<p>“¿Qué opina acerca de la disponibilidad de insumos necesarios? ¿Tuvieron todos los insumos necesarios? Si la respuesta es NO, ¿qué insumos faltaron? ¿Usualmente faltan dichos insumos?”</p> <p>“¿Cuan difícil o fácil pudo acceder a los insumos?”</p> <p>“¿Tienen disponibles kits de hemorragia postparto?”</p>

Anexo 4: Escenario de eclampsia

1. Presentación de los entrenadores y participantes

(equipo de entrenadores y personal de salud del hospital/centro de salud)

2. Establecimiento del “Contrato Ficticio” con los participantes (acuerdo basado en que el simulacro de emergencia obstétrica es una simulación).

Antes de comenzar el simulacro, explique algunas premisas y provea guías acerca de cómo debe desarrollarse el programa de simulacros.

2.1 Explique premisas básicas

- Reconozca que las situaciones de emergencias son infrecuentes
- Explícite que usted sabe que los participantes (personal de salud del hospital/centro de salud) son muy capaces, tienen buenas intenciones, y que están intentando hacer lo mejor. Dado que las situaciones de emergencia son infrecuentes, nadie es experto en este tipo de casos.
- Resalte la importancia de practicar cómo responder ante una emergencia obstétrica.
- Informe a los participantes que luego del simulacro se llevará a cabo una sesión de deconstrucción, y solicite su permiso para filmar el simulacro, clarificando que el único propósito de la filmación del simulacro es utilizar ese video para la sesión de deconstrucción.
- No le informe a los participantes qué tipo de complicación va a presentar la actriz durante el simulacro. Sólo mencione que se tratará de una emergencia obstétrica.

2.2 Brinde guías para el desarrollo del simulacro

- Los participantes deben hacer un esfuerzo para simular que la emergencia realmente está ocurriendo, y actuar como si fuera una emergencia real. Los participantes deben acordar que intentarán actuar como si todo fuese real.
- Los participantes deben actuar según lo que se presente en el guión.
- No deben efectuarse procedimientos invasivos. El simulacro debe ser seguro para la paciente, que será una actriz.
- Las medidas tomadas con la paciente deben ser reales hasta un límite, por ejemplo:
 - Vía IV lista pero no colocada (puede colocarse la guía sobre la piel sin aguja y tapar con cinta).
 - Extracción de sangre: Colocar torniquete y tener lista la aguja pero no extraer sangre.
- Explique los roles del equipo de entrenadores: actriz, observador, director y acompañante (si hay).
- Deje en claro que los participantes no deben hablarle al director del simulacro (parte del equipo de entrenadores), pero pueden hablarle al líder del equipo de salud o al coordinador de la emergencia (parte del equipo de participantes).

3. 3. Establezca roles y objetivos

- Que los participantes identifiquen signos y síntomas de la paciente.
- Que los participantes reconozcan rápidamente el diagnóstico probable de la paciente (eclampsia). Este diagnóstico no se revela antes del comienzo del simulacro.
- Que los participantes utilicen la mejor evidencia disponible (idealmente consistente con las guías de práctica de la institución) para el diagnóstico y tratamiento de la eclampsia.
- Que los participantes entiendan la importancia de un buen trabajo en equipo en el manejo de una emergencia.
- Que se deleguen tareas a diferentes participantes para que sean realizadas simultáneamente.

4. 4. Designe el lugar donde se llevará a cabo el simulacro

- Guardia obstétrica y/o sala de partos.

5. 5. Presente el caso clínico

- María es una mujer de 21 años, G1P0, sana. Edad gestacional: 37 semanas. Ingresa por sus propios medios a la guardia obstétrica. No presentó complicaciones en el control prenatal. Ingresa acompañada de un agente sanitario o trabajador de salud comunitario. (Ajuste el escenario al contexto de ser necesario)

NOTA: Para dar más realismo a la escena, la actriz puede preparar antes de comenzar, un carnet prenatal con la información acerca de su embarazo. Este carnet puede ayudar al proveedor de salud a contextualizar mejor el caso clínico.

Los detalles del carnet prenatal si se utiliza son los siguientes:

- Edad: 21 años
- Dirección: (coloque una dirección apropiada)
- FUM: (coloque una fecha adecuada)
- Fecha probable de parto: no registrada.
- Laboratorio: VIH negativo, VDRL negativa, Hepatitis B negativa, Hemoglobina 11 gramos, Tipo de sangre A, factor Rh positivo.
- Examen de la última visita prenatal: TA: 120/90 mm Hg, pulso: 78 por minuto, frecuencia respiratoria: 20 por minuto.

6. Guión para el simulacro de preeclampsia/eclampsia

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
<p>María llega a la guardia preocupada y dolorida. Es recibida en el consultorio de admisión o en emergencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “No me siento bien” • “Me duele la cabeza y siento que voy a vomitar” • “El dolor comenzó anoche y no se me pasa” • “Me duele la panza debajo de las costillas” (si le preguntan) • “Me cuesta respirar” • “No perdí líquido” (si le preguntan) • “Siento que los movimientos del bebé disminuyeron desde esta mañana” (si le preguntan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preguntan historia clínica: edad, paridad, edad gestacional. • Evalúan cómo se siente/síntomas. • Chequean signos vitales. • Chequean Frecuencia cardíaca fetal (FCF). • Llamam al personal adecuado para evaluar una paciente obstétrica. • Diagnostican preeclampsia severa.^{10,11} • Deciden la admisión de María. 	<p>Brindar datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad gestacional: 37 semanas • Edad: 21 años • Paridad: G1P0 • Edema en miembros inferiores. <p>Datos de signos vitales si los mismos son chequeados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 162/112 mm Hg • Pulso: 130 por minuto • FR: 32 por minuto • Saturación de oxígeno: 88% • FCF: 148 latidos por minuto
<ul style="list-style-type: none"> • “¿Puede darme algo para el dolor de cabeza?” 	<p>Inician manejo inmediato de preeclampsia severa y completan evaluación inicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocan antihipertensivos para bajar la TA^{10,11,12†} y sulfato de magnesio IM o IV para prevenir la eclampsia^{11,12,20} <ul style="list-style-type: none"> - Le explican a la paciente su condición y los planes - Le dan tranquilidad • Colocan a la paciente en decúbito lateral izquierdo¹² • Colocan vía IV • Administran antihipertensivos IV siguiendo guías basadas en evidencias:^{12†} <ul style="list-style-type: none"> - Labetalol (contraindicado si la paciente tiene asma, enfermedad cardíaca o insuficiencia cardíaca congestiva)^{10,11}, o sino - Hidralazina, o - Nifedipina^{10,11} • Solicitan laboratorio: recuento de glóbulos rojos, con plaquetas, TGP, TGO, creatinina, bilirrubina, LDH, ácido úrico y glucosa¹¹ 	

CONTINUACIÓN

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta hiperreflexia (si los participantes chequean reflejo patelar) 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizan examen físico general, chequeando reflejo patelar. • Realizan examen abdominal (evaluando contracciones). • Realizan examen pélvico. 	<p>Examen abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación cefálica • Sin contracciones <p>Examen pélvico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuello cerrado
2 minutos después		
<p>Mientras los proveedores de salud preparan el sulfato de magnesio o si los participantes no identificaron la necesidad de sulfato de magnesio, María tiene una convulsión.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocan a la paciente lateralizada¹¹ • Mantienen la vía aérea abierta, elevando la mandíbula, e insertando una cánula oral solo si es necesario¹¹ • Proveen oxígeno suplementario (10 litros por minuto por máscara facial)¹¹ • Piden ayuda para que acuda el personal disponible, notifican a anestesiología y neonatología¹¹ • Preparan y administran dosis de carga de sulfato de magnesio IM o IV, de acuerdo a guías basadas en evidencias^{10,11,12*} • Comienzan con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio IV¹¹ • Protegen a la paciente de injurias o caídas, pero no restringen los movimientos. Colocan una almohada o similar debajo de la cabeza si es necesario.¹¹ • Observan la duración de la convulsión, las partes del cuerpo involucradas y el nivel de conciencia. 	
1-2 minutos después		
<p>La convulsión se detiene. María está inconsciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continúan evaluando los signos vitales cada cinco minutos (TA, pulso, FCF)¹¹ • Evalúan el nivel de conciencia. • Continúan manteniendo la vía aérea y con oxígeno.¹¹ • Administran otro antihipertensivo IV, siguiendo guías clínicas basadas en evidencias repitiendo las dosis hasta que la TA se encuentre en un rango normal.¹¹ • Chequean que la paciente siga en decúbito lateral izquierdo. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay contracciones • No hay sangrado • No hay pérdida de líquido amniótico <p>Presión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se administró antihipertensivo: 150/110 mm Hg • Si NO se administró antihipertensivo: 180/110 mm Hg • Pulso: 104 por minuto • Frecuencia respiratoria: 18 por minuto • FCF: 100 por minuto

CONTINUACIÓN

Paciente	Participantes (equipo de salud de guardia)	Director
	<ul style="list-style-type: none"> • Colocan sonda vesical • El líder del grupo verifica que las muestras de sangre hayan llegado al laboratorio, y que tanto el anestesiólogo como el neonatólogo estén al tanto de la situación. • Obtienen nuevos laboratorios: nivel de magnesio, enzimas hepáticas, función renal, etc.¹¹ • Continúan con sulfato de magnesio (dosis de mantenimiento por al menos 24 horas luego de la primer convulsión)¹³ 	
<p>La paciente comienza a recuperar el nivel de conciencia.</p>	<p>Los proveedores de salud deciden finalizar el embarazo induciendo el parto o por una cesárea una vez que la paciente se haya estabilizado.^{12†}</p> <p>El simulacro termina cuando se decide finalizar el embarazo o cuando se decide derivar a la paciente a un centro de mayor complejidad, si el anestesiólogo y pediatra no están disponibles o la institución no cuenta con el nivel de cuidados requerido (no se encuentra en trabajo de parto activo).</p>	<p>Presión arterial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si se administró antihipertensivo: 140/90 mm Hg • Si NO se administró antihipertensivo: 180/110 mm Hg • Pulso: 90 por minuto • Frecuencia respiratoria: 16 por minuto • FCF: 110 por minuto
<p>El simulacro termina cuando se decide finalizar el embarazo o cuando se decide derivar a la paciente a un centro de mayor complejidad.</p> <p>Nota: Si el tiempo lo permite, evalúe también la preparación y traslado ya sea a quirófano o a otra institución de salud.</p> <p>Por favor, adecúe los simulacros a las guías de preeclampsia/eclampsia que tenga en su institución. La Maternal Health Task Force no provee guías clínicas.</p>		

∞ Recomendación fuerte, evidencia de alta calidad

* Recomendación fuerte, evidencia de moderada calidad

† Recomendación fuerte, evidencia de muy baja calidad

‡ Recomendación fuerte, evidencia de baja calidad

◇ Recomendación débil, evidencia de muy baja calidad

** Recomendación débil, evidencia de baja calidad

‡‡ Recomendación débil, evidencia de moderada calidad

Anexo 5: Escenario de eclampsia: Lista de chequeo del observador y guía para la sesión de deconstrucción

Guía de chequeo para la sesión de deconstrucción

¿Cuándo?	Objetivo	Ejemplos de preguntas y respuestas
Inmediatamente después del simulacro	Breve momento para explorar y compartir sentimientos	“¿Cómo se sintieron durante el simulacro?”
Mientras se mira el video	Los participantes identifican brechas en el conocimiento, la memoria y la práctica clínica mientras observan su desempeño individual y grupal.	“Siempre hay una brecha entre lo que se hace y lo que uno recuerda que hizo. Miremos el video y veamos qué paso.”
Después de mirar el video	Ayudar a que los participantes compartan las reacciones iniciales después de ver el video.	“¿Cómo se sintieron después de ver el video?” Dependiendo de las respuestas, reforzar los comportamientos positivos e identificar brechas en la práctica clínica y/o el conocimiento.
	Reconocer la auto-reflexión	“Muy buena auto-reflexión y auto-evaluación. Esto es importante para poder aprender durante el simulacro.”
Revisar cada punto de la lista de chequeo una vez concluida la auto-reflexión inicial.	Realizar la deconstrucción tema por tema siguiendo la siguiente lista: 1. Comunicación con el paciente. 2. Comunicación entre miembros del equipo médico. 3. Trabajo en equipo: organización y liderazgo. 4. Pedido de ayuda. 5. Diagnóstico y tratamiento. 6. Recursos.	Se introduce cada tema, se lo explora, se reflexiona y se resume antes de pasar al siguiente tema. Revise cada punto de la lista, tanto los que el equipo omitió realizar durante el simulacro como los que sí se realizaron. Idealmente, no se vuelve a hablar sobre un tema que ya analizado y cerrado. Ver la guía de temas para ejemplos sobre posibles preguntas de discusión.
Revisar cada punto de la lista de chequeo	Ayudar a que todos los participantes reflexionen sobre los sentimientos y pensamientos durante el simulacro.	“Y los demás... ¿cómo se sienten con lo que él acaba de decir?” “¿Alguien lo vio de otra forma?” “Si lo pudiera hacer de nuevo, ¿qué haría diferente?”

Guía de chequeo para la sesión de deconstrucción

¿Cuándo?	Objetivo	Ejemplos de preguntas y respuestas
<p>Revisar cada punto de la lista de chequeo</p>	<p>Introducir conceptos nuevos</p>	<p>La deconstrucción debe ser vista como una conversación o un diálogo. No solo permite al grupo cuestionar su práctica médica, si no que también permite introducir conceptos nuevos.</p> <p>Ejemplo: Liderazgo “Frente a una emergencia obstétrica, el líder es aquella persona que coordina la atención, mira todo el escenario y verifica que todo se este realizando como fue indicado. El líder no tiene que ser necesariamente un médico.”</p>
<p>Final de la discusión/ Conclusiones</p>	<p>Participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresan qué aprendieron <p>Entrenadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refuerzan las prácticas llevadas a cabo correctamente. • Sintetizan áreas de mejora. • Agradecen a los participantes. 	<p>“¿Qué aprendieron después de participar en este simulacro?”</p> <p>Ejemplos de cierre de la deconstrucción:</p> <p>“Basados en lo que vimos, este equipo realizó todo lo necesario para atender a la paciente de forma correcta y pedir ayuda rápido. Sin embargo, notamos que fue difícil acceder al quirófano porque... (dar ejemplos como por ej.: el quirófano está en otro piso o en otro edificio, o tenía el acceso bloqueado, etc.)”</p> <p>“Creemos que la comunicación puede ser mejorada. Por ejemplo, diciendo en voz alta el nombre de la persona que debe desempeñar una acción. También creemos que el equipo debe designar una persona que lidere a todo el equipo frente a una emergencia.”</p> <p>“Apreciamos la predisposición del equipo para participar de este simulacro y el espíritu de auto-reflexión y auto-evaluación”.</p>

Guía del observador por temas

1. Comunicación con la paciente obstétrica

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes preguntan el nombre a la paciente			<p>“¿Cómo se sintieron respecto a la comunicación con la paciente?”</p> <p>“Después de haber visto el video, ¿cambiarían algo respecto a la comunicación con el paciente? ¿Qué cambiarían?”</p>
Los participantes se presentan mencionando su nombre y su profesión			
Los participantes llaman a la paciente por su nombre			
Los participantes dan contención emocional a la paciente			
Los participantes explican a la paciente su cuadro clínico			
Otros comentarios			
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión:</p> <p>“Como vimos, la paciente fue saludada de una forma respetuosa, lo cual es muy bueno. Creemos que algunas cosas pudieron haberse hecho mejor, como preguntarle con más detalle a la paciente sobre sus antecedentes y explicarle cuál era su situación clínica y su pronóstico. Esto es importante para asegurar que la paciente se sienta contenida.”</p>

Guía del observador por temas

2. Comunicación entre los miembros del equipo

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes se llaman por sus nombres cuando dan indicaciones			“¿Cómo se sintieron respecto a la comunicación entre miembros del equipo?”
Los participantes cierran el círculo de comunicación			
Los participantes son claros cuando dan instrucciones			
Otros comentarios			“Después de haber visto el video, ¿cambiarían algo respecto a la comunicación entre miembros del equipo? ¿Qué cambiarían?”
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión: “El equipo comunicó el cuadro clínico de la paciente a los otros miembros del equipo que llegaron más tarde. Sin embargo, como vimos en el video, no fue claro a qué miembro del equipo se le estaba dando cada indicación. En este tipo de situaciones, es importante ser muy claro cuando se da una indicación. Cada indicación debe ser dirigida a una persona específica. Si se indica la administración de una droga, se debe decir en voz alta quién debe administrarla y cuál es la dosis a administrar. Luego, quien la administra debe repetir el nombre de la droga, dosis que esta administrando y vía de administración. Es importante cerrar la comunicación de esta forma para que el líder del equipo sepa que cierta acción ya fue realizada.”</p> <p>Ejemplo: Los pilotos de avión siempre corroboran con el copiloto que los procedimientos fueron realizados. Si el piloto dice “¿Están encendidos los motores?”, el copiloto responde “Si, los motores están encendidos.”</p>

Guía del observador por temas

3. Organización del equipo y liderazgo

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes reparten las tareas en forma pareja, no se superponen y no hay nadie que no tenga una actividad concreta para realizar.			“¿Cómo se sintieron respecto a cómo trabajo el equipo en su conjunto?”
Los participantes trabajan de manera organizada.			
Los participantes identifican un coordinador o líder			
Otros comentarios			“¿Cómo se sintieron respecto al liderazgo durante el simulacro?”
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión:</p> <p>“Mencionaron que al comienzo, cuando eran sólo dos personas atendiendo a la paciente, pudieron trabajar bien juntos. Sin embargo, cuando llegó el médico obstetra, encontraron algunas dificultades para actuar de manera coordinada durante la emergencia.”</p> <p>“Durante una emergencia, el líder es la persona que organiza y coordina la respuesta. Esta persona no tiene que ser necesariamente un médico. Ella o él mantiene cierto nivel de distanciamiento del escenario clínico para poder ver todo el cuadro y da indicaciones al equipo para asegurarse que todas las medidas estén siendo tomadas.”</p> <p>Se puede utilizar el ejemplo del director de orquesta para ejemplificar las cualidades de un líder. Cada uno de los músicos son expertos en tocar cierto instrumento pero es necesario que el director de orquesta los coordine para que suene una sinfonía armoniosa.</p>

Guía del observador por temas

4. Pedido de ayuda

Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Los participantes solicitan ayuda/refuerzos (por ejemplo, llaman a un médico obstetra, enfermera, partera, anestesiólogo)			<p>“¿Qué opinan respecto al pedido de ayuda?”</p>
Los participantes solicitan ayuda en el momento oportuno			
Otros comentarios			<p>“¿Creen que se pidió ayuda en el momento oportuno? ¿Muy rápido? ¿Muy tarde?”</p>
Otras áreas para mejorar			<p>Posible conclusión: “Como mencionaron, la enfermera llamó a la partera en el momento oportuno inmediatamente después de identificar el primer signo de alarma. Sin embargo, la enfermera de la sala de partos no pudo ser localizada inmediatamente.</p> <p>Es importante explorar qué estrategias pueden implementarse para asegurar que, en caso de emergencia, la ayuda llegue rápidamente.”</p>

Guía del observador por temas

5. Diagnóstico y tratamiento

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Manejo general	Preguntas adecuadas sobre los antecedentes de la paciente			<p>“¿Qué piensan respecto al diagnóstico y tratamiento de la paciente?”</p> <p>“¿Se tomaron las decisiones correctas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?”</p>
	Control de signos vitales			
	Control de la Frecuencia cardíaca fetal (FCF)			
	Pedido de ayuda al personal de salud adecuado para evaluar la paciente obstétrica			
	Diagnóstico de preeclampsia severa			
	La paciente es ingresada a la guardia de obstetricia			
Manejo específico	Se administran tanto drogas anti-hipertensivas para bajar la presión arterial como sulfato de magnesio IV o IM para prevenir eclampsia.			<p>“¿Qué piensan respecto al tratamiento y exámenes realizados?”</p> <p>“¿Se tomaron las decisiones correctas? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?”</p>
	Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo			
	Se coloca vía IV			
	Se administran drogas antihipertensivas IV siguiendo guías basadas en evidencias: <ul style="list-style-type: none"> • Labetalol, o • Hidralazina, o • Nifedipina 			
	Se solicita laboratorio: Recuento de glóbulos rojos, plaquetas, TGO, TGP, creatinina, bilirrubina, LDH, ácido úrico, glucosa.			
	Se realiza examen físico general (chequeando reflejo patelar)			
	Se realiza examen abdominal (chequeando contracciones)			
	Se realiza examen pélvico			

Guía del observador por temas

5. Diagnóstico y tratamiento (CONTINUACIÓN)

Manejo específico	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
	<p>Medidas a tomar durante la convulsión</p> <p>Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo</p> <p>Mantener la vía aérea abierta, elevando la mandíbula, e insertando una cánula oral solo si es necesario</p> <p>Provea oxígeno suplementario (10 litros por minuto por máscara facial)</p> <p>Pida ayuda para que acuda el personal disponible, notifique a anestesiología y neonatología</p> <p>Prepare y administre dosis de carga de sulfato de magnesio IM o IV, de acuerdo a guías basadas en evidencias</p> <p>Comience con dosis de mantenimiento de sulfato de magnesio IV</p> <p>Proteja a la paciente de injurias o caídas, pero no restrinja los movimientos. Coloque una almohada o similar debajo de la cabeza si es necesario.</p> <p>Observe la duración de la convulsión, las partes del cuerpo involucradas y el nivel de conciencia.</p>			<p>“¿Qué piensan respecto a las medidas tomadas durante la convulsión?”</p>
<p>Medidas a tomar después la convulsión</p> <p>Continúe evaluando los signos vitales cada cinco minutos (TA, pulso, FCF) Chequee que la paciente siga en decúbito lateral izquierdo.</p> <p>Evalúe el nivel de conciencia.</p> <p>Continúe manteniendo la vía aérea y con oxígeno.</p> <p>Administre otro antihipertensivo IV, siguiendo guías clínicas basadas en evidencias repitiendo las dosis hasta que la TA se encuentre en un rango normal.</p>			<p>“¿Qué piensan respecto a las medidas tomadas luego de la convulsión?”</p>	

Guía del observador por temas

5. Diagnóstico y tratamiento (CONTINUACIÓN)

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Manejo específico	Continuar colocando a paciente en decúbito lateral izquierdo			“¿Qué piensan de la decisión de finalizar el embarazo?”
	Inserte un catéter vesical o sonda vesical.			
	El líder del grupo verifica que las muestras de sangre hayan llegado al laboratorio, y que tanto el anesestesiólogo como el neonatólogo estén al tanto de la situación.			
	Obtenga nuevos laboratorios: nivel de magnesio, enzimas hepáticas, función renal, etc.			
	Continúe con sulfato de magnesio (dosis de mantenimiento por al menos 24 horas luego de la primer convulsión)			
	Utilice los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de la institución			
	Los proveedores de salud deciden finalizar el embarazo.			

Guía del observador por temas

6. Recursos humanos y equipamiento

	Observaciones durante el simulacro	Si	No	Ejemplos de preguntas y conclusiones
Recursos humanos	Todo el personal necesario está presente y participa durante la emergencia			“¿Qué opina sobre la disponibilidad de recursos humanos durante el simulacro?”
Insumos	¿Estaban disponibles todos los insumos necesarios? Si la respuesta es NO, ¿qué faltó?			“¿Qué opina acerca de la disponibilidad de insumos necesarios? ¿Tuvieron todos los insumos necesarios? Si la respuesta es NO, ¿qué insumos faltaron? ¿Usualmente faltan dichos insumos?”
	¿Había un kit de preeclampsia/eclampsia disponible?			
				“¿Cuán difícil o fácil pudo acceder a los insumos?”
				“¿Tienen disponibles kits de preeclampsia/eclampsia?”

