



*Ministerio de Salud y Deportes*

---

**Módulo de Capacitación  
para el Facilitador**

en

**Tratamiento a Mujeres  
con Hemorragias de la  
Primera Mitad del Embarazo**

---

Año 2005



*Ministerio de Salud y Deportes*

**Módulo de Capacitación  
para el Facilitador**

en

**Tratamiento a Mujeres  
con Hemorragias de la  
Primera Mitad del Embarazo**

Año 2005



## **AUTORIDADES NACIONALES**

**Dra. Rosario Quiroga**

MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

**Dra. Lourdes Ortiz**

VICEMINISTRA DE SALUD

**Dr. Fernando Espinoza**

DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

**Dra. Jackeline Reyes**

DIRECTORA DE SERVICIOS DE SALUD

**Dra. Susana Asport**

COORDINADORA DE SERVICIOS DE SALUD

### **PARTICIPARON EN LA ELABORACION**

Dra. Susana Asport MSD-UNFPA

Lic. Carmen Castro Pathfinder International

Dra. Carmen Cornejo Pathfinder International

Dr. José Antonio Del Barco Pathfinder International

Lic. Eliana Del Pozo Ipas

Dra. Malena Morales Ipas

Dr. Marcelo Farfan CIES

Dra. Silvia Villarroel CIES

Lic. Jaime Telleria CISTAC

### **PARTICIPARON EN LA REVISION**

Dr. Renato Yucra

Responsable de Salud Materna - DSD-MSD

Dr. Marcos Paz

Responsable de Redes Sociales - MSD - UNFPA

Dra. Susana Asport T.

MSD - UNFPA



# Módulo de Capacitación para el Facilitador en Tratamiento a Mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo

## Í N D I C E

	Página
<b>Resolución Ministerial .....</b>	<b>6</b>
<b>Presentación .....</b>	<b>7</b>
<b>Prefacio .....</b>	<b>8</b>
<b>Marco Normativo .....</b>	<b>10</b>
<b>Módulo de Capacitación para el Facilitador en Tratamiento a Mujeres con HPME .....</b>	<b>15</b>
Contenidos:	
1er. Módulo: El aborto como problema de salud pública.....	25
2do. Módulo: Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos .....	28
3er. Módulo: Orientación. Trato y comunicación entre la mujer y el proveedor de servicios.....	33
4to. Módulo: Instrumental utilizado para la atención de las HPME por AMEU .....	40
5to. Módulo: Prevención de infecciones.....	45
6to. Módulo: Primera Parte: Procedimiento y técnicas para el manejo de las HPME .....	51
Segunda Parte: Evaluación e la mujer .....	54
Tercera Parte: Manejo del dolor .....	57
Cuarta Parte: Procedimientos en el manejo de las HPME.....	60
7mo. Módulo: Manejo de complicaciones durante el procedimiento .....	66
8vo. Módulo: Anticoncepción post-aborto .....	70
9no. Módulo: Vinculación Comunitaria .....	76
10mo. Módulo: Vinculación con servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Salud en general .....	78
11vo. Módulo: Organización y administración de los servicios/ Referencia y contra-referencia .....	80
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>



## **PRESENTACION**

El presente “Modulo de Capacitación para el Facilitador en Tratamiento a Mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo” se constituye en una herramienta normalizadora de la a los proveedores de salud e indispensable, para la implementación en los servicios

La transferencia de competencias a los proveedores de salud, permite implementar las Políticas Nacionales de Salud las cuales van dirigidas a los grupos mas vulnerables como son las adolescentes y mujeres en edad fértil, sobre todo dirigida a la atención de las complicaciones obstétricas como es el aborto espontáneo y el aborto realizado en condiciones de riesgo que es una de las causas principales de morbi mortalidad relacionada con el embarazo.

El desarrollo del “Modulo de Capacitación para el Facilitador en Tratamiento a Mujeres con Hemorragias de la primera Mitad del Embarazo” ha sido un proceso el cual se puso en marcha a partir de la difusión del manual de normas, reglas , protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME y es el resultado de la colaboración de técnicos y organizaciones de cooperación técnica, liderizadas por el Ministerio de Salud y Deportes a través de la Dirección de Servicios de Salud

El proceso de transferencia de las políticas referidas a la calidad de atención de la mujer por nivel de gestión se realiza basada en la promoción, difusión , implementación, apropiación de las políticas por los servicios de salud y la sostenibilidad solo es posible, si se cuenta con los recursos financieros provenientes del SUMI, la capacidad resolutive instalada por niveles de complejidad, RRHH indispensable y capacitado para mejorar las competencias técnicas y el desempeño profesional de los proveedores y coordinando con cada uno de sus municipios garantizando así la prestación del servicio.

**Dra. Jackeline Reyes**

DIRECTORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS  
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

## PREFACIO

De acuerdo a la OPS/OMS, de los 210 millones de embarazos que ocurren por año en el mundo, alrededor de 46 millones (22%) finalizan en abortos inducidos<sup>1</sup>, de estos el 95% ocurren los países en desarrollo y fundamentalmente en los estratos más deprimidos con escaso acceso a establecimientos de salud. El aborto en condiciones de riesgo es decir aquel procedimiento realizado por personas que carecen de la experiencia y conocimientos necesarios o en un entorno que carece de los estándares médicos necesarios o ambas cosas (OMS1997).

Alrededor del 13% de las muertes relacionadas con el embarazo han sido atribuidas a las complicaciones de los abortos inseguros y probablemente alcanzan la cifra de 67.000 muertes maternas anuales (OMS 2003).

Bolivia tiene la razón de mortalidad materna<sup>2</sup> de 230/100.000 nacidos vivos, en la que las complicaciones del aborto son la tercera causa de muerte materna. Del total de muertes maternas, el 61,7% ocurren durante el embarazo, 22.8% en el parto y 15.5% en el post parto.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 y la encuesta post censal reportan que el aborto contribuye a la mortalidad materna en 9.2 %. El 32.9 % de estas muertes la constituyen las hemorragias por lo que en Bolivia el riesgo de morir que tiene una mujer durante su periodo reproductivo es de 1 en 45.

Se estima que en Bolivia cerca de 115 abortos son inducidos cada día<sup>3</sup>, de acuerdo al código Penal, Decreto ley del 02 de abril de 1973; el aborto por ley es solo permitido por estupro violación o cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre.

El mejorar el desempeño y habilidades técnicas de los proveedores de los diferentes servicios de salud, permite mejorar la oferta de atención a las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo sin infección ni hemorragia severa, que son las causas más frecuente por la que acuden las usuarias a un hospital y de las complicadas solo el 50% de las mujeres son hospitalizadas, el resto es atendido en forma particular o no es atendido.

Antes de la implementación del Seguro Básico de Salud (SBS) y del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) las atenciones a las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo (HPME) contemplaban periodos de internación prolongados por lo cual, aproximadamente el 50% de las camas de los servicios de Ginecología eran ocupadas por complicaciones del aborto.

Datos preliminares de la encuesta post censal de mortalidad materna (EPMM) del año 2000 han registrado la muerte de 627 mujeres por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio, la mitad de estas muertes ocurrieron antes de que las mujeres cumplieran 30 años.

Según la EPMM del año 2000 y la ENDSA 2003, los datos de la situación en salud de la mujer en edad fértil en Bolivia son:

- El 60% de las mujeres durante su vida reproductiva por lo menos ha tenido un aborto.
- Del 20 al 30 % de los embarazos termina en aborto provocado.
- El 64.7% de las mujeres unidas no desea tener más hijos.
- El 16,9% de las mujeres en unión quiere embarazarse después de 2 años.
- El 89.3% de las mujeres en edad fértil conoce algún método anticonceptivo.
- El 58.4% de mujeres en unión utiliza algún método anticonceptivo y de estas sólo el 34.9% utiliza un método moderno.
- La necesidad insatisfecha de Anticoncepción es de 22.7%.
- Más del 30% de las mujeres en edad fértil desea algún método anticonceptivo y no lo utiliza.
- La tasa global de fecundidad es de 3.8 hijos.
- El número ideal de hijos es de 2.6, lo que reporta un 32% de embarazos no deseados.

Por el impacto que representa el aborto en la mortalidad materna, el Ministerio de Salud y Deportes ha decidido mantener las atenciones por aborto entre las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), cuyo objetivo es garantizar atenciones gratuitas de calidad al total de las mujeres bolivianas.

Sin embargo, reconoce que la optimización de sus recursos podría ampliar la gama de cobertura de sus prestaciones, y que la capacitación es el elemento clave para la entrega de servicios de alta calidad.

En respuesta a esta necesidad se elabora el presente manual de capacitación que pretende mejorar el desempeño y habilidades técnicas de los proveedores de los diferentes servicios de salud, para contribuir a la reducción de las muertes maternas por abortos realizados en condiciones de riesgo.

El Manual de Capacitación de Capacitadores para la Atención de Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, es una guía para facilitar y estandarizar la atención a mujeres con HPME. dirigido a capacitadores que fortalecerán las habilidades técnicas de los proveedores de salud de las diferentes redes de servicios a nivel nacional.

Con el propósito de incentivar la atención humanizada y de calidad a mujeres con HPME, en el marco del respeto de los derechos humanos sexuales y reproductivos, interculturalidad y fomentando la responsabilidad compartida, este manual propone la implementación de los cinco elementos de la atención de las HPME. centrado en la mujer, en respuesta al Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las HPME del Ministerio de Salud y Deportes.

---

1. *Aborto sin riesgos, Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud - OMS, 2003.*  
2. *Encuesta post censal de mortalidad materna, 2000.*  
3. *Dibbits y Terrazas 1995 (citado en Hablar sobre el aborto no es fácil).*

## MARCO NORMATIVO

### ELEMENTOS PARA LA ATENCIÓN HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

El presente manual dirigido a capacitadores se enfoca en los elementos de atención a las HPME que se definen como la presencia de sangrado genital causada por la interrupción del embarazo antes de la 22ava.<sup>4</sup>

Los proveedores de salud deben estar capacitados no solamente para prestar servicios curativos sino también los preventivo promocionales con participación comunitaria. En respuesta a estos principios de atención se elaboraron cinco elementos de los cuales cuatro son clínicos y uno comunitario los mismos que se señalan a continuación:

- Vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicios
- Orientación
- Tratamiento de emergencia de las hemorrágicas de la primera mitad del embarazo
- Servicios de Anticoncepción en el post aborto
- Servicios de Salud Reproductiva y salud en general.

#### a) Vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicio

Para lograr el acceso universal a servicios de HPME y a otros servicios de salud sexual y reproductiva que sean sostenibles y de alta calidad, los proveedores de salud deberán emprender acciones para trabajar en forma coordinada con los miembros de la comunidad, organizaciones de base y redes sociales, con la finalidad de responder

a las necesidades de la población, mediante la planificación de actividades y movilización de recursos. Una de las iniciativas del MSD fue la incorporación de las prestaciones relacionadas a la atención de las HPME por el seguro solidario del SUMI. Es importante difundir dentro de la comunidad la información sobre la existencia y alcance del SUMI en esta prestación.

En la atención a las HPME uno de los problemas mas importantes es la demora en el reconocimiento de las señales de peligro y la búsqueda oportuna de atención, por este motivo es importante el involucramiento de la comunidad para la atención y referencia oportuna de mujeres que están con HPME.

Otro problema identificado y que contribuye en el incremento de embarazos no planificados, que pueden terminar en un aborto realizado en condiciones de riesgo, es la falta de información y acceso a la anticoncepción, es por eso que se requiere la participación comunitaria para la difusión de los mensajes sobre métodos anticonceptivos.

A continuación se dan sugerencias respecto algunas actividades a desarrollar por los proveedores de salud que van a fortalecer la relación Comunidad -Servicios.

- Promoción de servicios centrados en la usuaria y basados en los derechos humanos, Sexuales y reproductivos, que satisfagan las expectativas, prioridades y necesidades comunitarias.
- Movilización de recursos comunitarios, para asegurar la atención de mujeres con HPME.
- Participación en decisiones acerca de la disponibilidad, accesibilidad y costos de servicios
- Trabajar con la comunidad y sus organizaciones

4. Manual de Normas, reglas y procedimientos técnicos de las HPME.

sociales en la desestigmatización de las HPME

- Educación para prevenir embarazos no deseados y reducir abortos de alto riesgo
- Información sobre gama de métodos anticonceptivos disponibles en el medio
- Capacitar e informar a la comunidad sobre el reconocimiento de señales de peligro de las HPME y donde acudir
- Promocionar el acceso a servicios para población de mujeres en edad fértil, adolescentes, mujeres con VIH/SIDA, mujeres que han sufrido violencia, y discapacitadas.
- Apoyar la planificación participativa comunitaria para la sostenibilidad de los servicios de atención a las HPME a través del control social.

## b) Orientación

El propósito de la orientación efectiva a mujeres con HPME, es el de brindar información respecto a su situación actual de salud, el procedimiento o conducta a seguir, brindar apoyo emocional necesario durante la estancia hospitalaria, de manera de dar respuesta a las necesidades emocionales y físicas.

Los temas generales a ser abordados durante la orientación por los proveedores de salud son:

- Apoyo emocional durante la atención a las usuarias con HPME. (pre, durante y post procedimiento)
- Información acerca de sus condiciones médicas, resultados de los exámenes, opciones de tratamiento, manejo de dolor, anticoncepción, señales de peligro y visitas de seguimiento.
- Información sobre el retorno a la fertilidad, deseos reproductivos y temas relacionados a la salud integral de acuerdo a sus necesidades y requerimientos.
- identificar posibles problemas de violencia basada en género, sexual e ITS/VIH para una referencia efectiva.

## c) Tratamiento de emergencia

El tratamiento de la emergencia de las HPME puede ser resuelta tanto por Legrado Uterino Instrumental (LUI) como por la Aspiración Manual Endo Uterina (AMEU). Este manual centrara sus objetivos de capacitación en la adquisición de destrezas en el manejo de la técnica del AMEU.

Los tres niveles de atención responden a las necesidades de las usuarias respecto a la resolución oportuna de las HPME, debido a que son parte de las emergencias medicas, y que continúan siendo un grave problema de salud publica que incide en la morbi mortalidad materna.

Con frecuencia, el tratamiento de emergencia de las complicaciones post aborto se ofrece sólo en los centros de atención de segundo o tercer nivel de las zonas urbanas.

La falta de acceso y la mala calidad de los sistemas de transporte en muchos de los países en desarrollo colocan a los servicios centralizados fuera del alcance de la mayoría de las mujeres pobres que viven en zonas rurales.

Esta brecha en la prestación de servicios determina que, en muchos casos, incluso el aborto espontáneo implique riesgos para la vida de la mujer, es por este motivo la OMS recomienda incorporar la atención a las HPME con la técnica de AMEU en todos los establecimientos, sobretudo en los de primer nivel del área rural para minimizar la necesidad de referencia.

Para poder incrementar la disponibilidad de los servicios para la atención de las HPME en el sistema de salud, es necesario capacitar y mejorar las habilidades y destrezas técnicas de los proveedores, apoyados en normas, protocolos y procedimientos nacionales.

El tratamiento de emergencia para las HPME incluye:

- Hacer una evaluación clínica integral inicial para confirmar el diagnostico y la presencia de complicaciones (historia clínica, exámenes físico y exámenes complementarios).

- Informar a la usuaria respecto a su condición de salud y sus riesgos, y solicitar su consentimiento para realizar el plan de tratamiento.
- Referir en forma oportuna y segura a la usuaria si no se cuenta con la capacidad resolutoria en el servicio.
- Estabilizar las condiciones de emergencia y tratar cualquier complicación (tanto complica-

ciones presentes antes del tratamiento como las complicaciones que ocurran durante o después del procedimiento terapéutico).

- Evacuación uterina mediante la técnica de la AMEU

En el cuadro siguiente se brinda información sobre los servicios para la atención HPME apropiados para cada nivel de los centros de atención de salud

### Prestación de servicios HPME según el nivel del centro de salud y su personal

Nivel	El personal puede incluir	Atención proporcionada para las emergencias	Anticoncepción Post aborto
<b>Comunidad</b>	Agentes comunitarios de salud, Parteras tradicionales, curanderos tradicionales con capacitación básica para la atención de salud.	Reconocimiento de los signos y síntomas de un aborto y de las complicaciones graves post aborto. Referencia inmediata a los centros de la Red Obstétrica de acuerdo a sistema de referencia local del SUMI	Provisión de píldoras, condones, referencia y seguimiento para éstos y otros métodos.
<b>Primer Nivel de Atención</b> Puestos y centros de salud.	Trabajadores/as de Salud Enfermeras/os Médicos/as generales	<b>Las actividades señaladas arriba más:</b> Diagnóstico basado en la historia médica y en los exámenes físico y pélvico. Preparación para el tratamiento o la referencia oportuna y segura. Reposición hidro electrolítica.	Provisión de los métodos enumerados arriba. Mas DIN y Depo-provera Referencia para otros métodos.
<b>Segundo Nivel de atención</b> (hospital de Red)	Médicos/as generales y Gineco-obstetras Enfermeras/os	<b>Las actividades señaladas arriba más:</b> Evacuación uterina de emergencia por AMEU o LIU. Tratamiento de la mayoría de las complicaciones post aborto. Anestesia local y/o general Diagnóstico y referencia en casos de complicaciones severas (septicemia, peritonitis, insuficiencia renal) Pruebas sanguíneas cruzadas y transfusión.	Provisión de todos los métodos anticonceptivos temporales y permanentes. Seguimiento.
<b>Tercer nivel de Atención</b> (Hospital regional o instituto especializado)	Médicos/as generales o Gineco-obstetras Enfermeras/os	<b>Las actividades señaladas arriba más:</b> Tratamiento de los trastornos hemorrágicos y de la coagulación.	Todas las actividades antes señaladas.

Adaptado de acuerdo al Seguro Universal Materno Infantil de Salud en Bolivia

#### d) Anticoncepción HPME

El propósito para ofertar servicios de anticoncepción obedece a disminuir la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, contribuyendo al mismo tiempo a la disminución de embarazos no planificados y abortos en condiciones de riesgo.

En la mayoría de los sistemas de salud, las mujeres tratadas por HPME, rara vez reciben orientación o servicios de anticoncepción post procedimiento, lo que genera en el futuro cercano un nuevo embarazo no planificado y posiblemente un nuevo aborto y sus complicaciones.

Las mujeres que no desean embarazarse o que clínicamente se les recomienda no quedar embarazadas inmediatamente después del tratamiento de una HPME, no cuentan con el complemento preventivo de la entrega de anticoncepción al momento del alta y es posible que si se la refiere a un servicios de anticoncepción post alta, ella no regrese inmediatamente para proveerse de un método anticonceptivo, consiguientemente es importante ofertar la gama de métodos de anticoncepción disponibles.

Por otro lado la necesidad de brindar un espaciamiento adecuado para lograr embarazos saludables, es esencial par aquellas que desean embarazarse.

Sin embargo, debemos conocer que hay una serie de factores que limitan la prestación de servicios de anticoncepción para las mujeres que han experimentado HPME. Los factores, que incrementan el riesgo de embarazo no planificado en forma repetida para la mujer, incluyen:

- Falta de comprensión por parte de los/as proveedores/as de servicios, sobre las necesidades de la mujer respecto a los servicios de salud reproductiva incluyendo anticoncepción.
- Carencia de servicios de salud sexual y reproductiva que sean apropiados para algunos grupos de mujeres (por ejemplo, adolescentes, mujeres solteras).
- Separación física o funcional, de los servicios de emergencia HPME y de los servicios de salud reproductiva.

- Información errónea entre los/as proveedores/as sobre los métodos anticonceptivos apropiados post aborto.
- Falta de reconocimiento del problema del aborto realizado en condiciones de riesgo y de la necesidad resultante de información y provisión de servicios de anticoncepción.

En 1993, habiéndose reconocido los factores anteriores, un grupo de expertos en anticoncepción post aborto, patrocinado por varias agencias internacionales, desarrolló recomendaciones para el establecimiento de servicios de anticoncepción post aborto, La recomendación fundamental afirmó que todas las mujeres que hayan experimentado un aborto deben tener a su disposición y en forma accesible, una gama de métodos anticonceptivos, información precisa clara y completa, orientación sensible y referencia para la atención continua. (SHR –WHO 2000)

Los pasos necesarios para cumplir esta recomendación incluyen.

- Establecer vínculos funcionales entre los servicios de emergencia post aborto y los servicios de salud reproductiva.
- Desarrollar protocolos para anticoncepción post aborto.
- Utilizar investigación para apoyar las mejoras en la calidad de la atención post aborto.

Debido a que la ovulación se produce rápidamente después de un aborto (embarazos del primer trimestre, la ovulación puede presentarse incluso en el día 11), enfrentando casi de inmediato el riesgo de un nuevo embarazo, es necesario que los servicios de anticoncepción post aborto se inicien de inmediato, con la oferta de métodos modernos de anticoncepción para postergar un nuevo embarazo por lo menos seis meses.

Todos los métodos anticonceptivos modernos son apropiados para su uso después de un aborto, siempre que el/la proveedor/a haga la evaluación pertinente de la mujer para cumplir con las precauciones estándar del método y que le brinde una orientación adecuada.

Las recomendaciones para el uso de los anticonceptivos después de un aborto del primer trimestre son similares a las de anticoncepción de intervalo (es decir, mujeres que no han estado embarazadas dentro de los últimos 28 días).

Las recomendaciones para el uso de anticonceptivos después de un aborto del segundo trimestre son similares a las de las mujeres que se encuentren en el posparto (a excepción de las precauciones relacionadas con los estrógenos que no son aplicables después de un aborto).

En ambos casos, es esencial proporcionar una orientación minuciosa para que la mujer escoja un método que cubra sus necesidades y que pueda usar en forma segura y eficaz.

En el **Capítulo 8** se brinda información sobre la provisión de anticoncepción post aborto, incluidas las indicaciones y las precauciones para métodos específicos.

### **e) Servicios de Salud Reproductiva y Salud en General**

La vinculación de los servicios para la atención de emergencia post aborto con otros servicios de

salud reproductiva, es esencial. Sin embargo, en gran parte de los establecimientos, dichos servicios se mantienen separados.

Esta separación deja a las mujeres sin acceso a la atención integral en salud reproductiva.

Es importante identificar los servicios de salud reproductiva que puede necesitar cada mujer y ofrecerle una gama de servicios lo más amplia posible. Por ejemplo, los/as proveedores/as tienen que mantenerse alerta a los síntomas de las infecciones del tracto genital (ITG) y de otras Infecciones de transmisión sexual (por ejemplo, la tricomoniasis o la cervicitis muco-purulenta) y proporcionar el tratamiento apropiado para las mismas.

Además, en el caso de mujeres entre 30 a 35 años de edad, podría ser posible ofrecer un despistaje para el cáncer cervical en el momento del tratamiento o referirla a un servicio donde dicho despistaje esté disponible. Por último, las mujeres tratadas por un aborto espontáneo pueden tener necesidades especiales respecto a la atención de salud reproductiva, como un seguimiento especial para el manejo del aborto espontáneo habitual (infertilidad), u orientación antes de intentar quedar embarazadas.

## MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR EN TRATAMIENTO A MUJERES CON HPME

### OBJETIVO DE ENSEÑANZA

Implementarán la Norma Nacional para el tratamiento a mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, habiendo desarrollado habilidades y destrezas necesarias para realizar los procedimientos de Legrado Uterino Instrumental (LUI) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU); orientar, ofertar métodos de anticoncepción apropiados, vincular a la mujer en otras prestaciones preventivas o curativas que le ofrece el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y la vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicios.

### OBJETIVOS INSTRUCCIONALES

- Reflexionar sobre la problemática del aborto en la salud pública, su impacto en la mujer, sociedad, la familia y la pareja.
- Enfatizar en la calidad de atención de los servicios de salud a las mujeres con complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.
- Explicar los efectos de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo sobre la salud materna y su incidencia en la mortalidad materna.
- Definir los cinco elementos que constituyen la atención integral a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME).
- Proporcionar al participante los elementos teóricos y prácticos que le permitan aplicar el proceso de comunicación en la orientación antes, durante y post procedimiento.
- Desarrollar habilidades en el manejo de las técnicas apropiadas para reducir el riesgo de infecciones: antes, durante y después del procedimiento.
- Describir las características de los equipos utilizados para realizar el procedimiento.
- Desarrollar competencias para la evaluación clínica de la usuaria.
- Seleccionar los medios adecuados para el manejo del dolor, de acuerdo con las necesidades de la usuaria.
- Demostrar y realizar los procedimientos de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y Legrado Uterino Instrumental (LUI) para la resolución de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Describir posibles problemas y complicaciones del AMEU y LUI
- Identificar y describir en forma completa la Anticoncepción post procedimiento y desarrollar habilidades para su aplicación.
- Describir las condiciones adecuadas en la organización del servicio, y los sistemas de referencia y contra referencia.
- Desarrollar estrategias de Vinculación entre servicios y con la comunidad
- Desarrollar habilidades para el manejo de instrumentos del sistema de registro.

### RESUMEN DE CADA MODULO

1. El aborto como problema de salud pública.
2. Genero, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

3. Orientación. Trato y comunicación entre la mujer y el proveedor de servicios.
4. Instrumental Utilizado para la atención de las HPME por AMEU
5. Prevención de infecciones
6. Procedimientos y Técnicas para el manejo ambulatorio u hospitalario.
  - 6.1 Evaluación de la mujer
  - 6.2 Manejo del dolor
  - 6.3. Procedimientos clínicos en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.
7. Manejo de los problemas y las complicaciones del AMEU y LUI en las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
8. Anticoncepción post-aborto
9. Vinculación Comunitaria
10. Vinculación con los servicios de SSR y Salud en General
11. Organización y administración de los servicios/ Referencia y contra-referencia

## PROCESO DE CAPACITACIÓN <sup>5</sup>

### a) Consideraciones didácticas

Ciertas características de este curso han sido incluidas en él, porque ayudará en el aprendizaje de los participantes, al mismo tiempo que proporcionan tanto a los participantes como al facilitador una experiencia estimulante y satisfactoria. Los facilitadores deben tomar en cuenta los siguientes principios didácticos en los cuales se basa este curso.

- **Contribución de los participantes.** Los facili-

tadores deben considerar que la experiencia y los conocimientos de cada participante será un valioso recurso. Por ejemplo, puede ser que algún participante que tenga habilidad en la orientación pueda desempeñar un papel de liderazgo en esa sección del curso.

- **Competencias**, se basa en las habilidades, conocimientos y actitudes necesarias para prestar atención en las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.
- **La participación activa de los participantes es fundamental** para desarrollar las habilidades necesarias y propiciar el cambio de actitud. Esto incluye su participación en discusiones, solución de problemas y práctica tanto didáctica como clínica.
- **El curso debe satisfacer las necesidades de los participantes**, se debe motivar para que formulen preguntas y traten temas relevantes. La Metodología debe ser lo suficientemente flexible para satisfacer las necesidades de cada uno. Puede ser útil darles un examen preliminar a fin de determinar si los participantes cuentan con los conocimientos y habilidades.
- **La actitud positiva del facilitador hacia los participantes y usuarias** a fin de crear un ambiente de aprendizaje estimulante y positivo es importante para el éxito de la capacitación.
- **La capacitación debe estar bien organizada** para evitar problemas administrativos y asegurar que ésta se desarrolle sin contratiempos. El facilitador deberá revisar la lista de los materiales al inicio de cada módulo para asegurarse de que cuenta con los suministros necesarios para cada sesión.

### b) Pasos didácticos

Se debe incorporar los siguientes pasos en la ejecución de cada módulo a fin de facilitar el proceso de Enseñanza - Aprendizaje de los participantes.

*Es importante seguir estos pasos:*

- Empezar cada módulo enfocando la atención

5. Manual de capacitación para la atención post aborto IPAS vol.2 ,1999 (ojo, todas hojas de éste modulo deben llevar al pie la referencia que esta en rojo.)

de los participantes sobre el tema en una forma que los motive a aprender y los ayude a recordar. Esto puede hacerse, por ejemplo, iniciando el tema con una historia clínica, una estadística que cause impacto, una anécdota sobre un problema local o la forma en que pueden mejorarse los servicios, una gráfica importante, una ilustración del tema o un vídeo adecuado.

- Discutir los objetivos del módulo o de lo que se espera que los participantes sepan o puedan realizar después de la capacitación. Es importante dar a conocer los objetivos de manera que sepan lo que se supone van a obtener mediante la capacitación. Debe motivarse a los participantes para que sugieran otros temas que quieran tratar.
- Asegurarse de que los participantes tengan el conocimiento y las destrezas necesarias para comprender cada tema que se está capacitando. Se debe establecer un enlace entre contenidos o los habilidades prácticos ya tratados y el siguiente tema. Por ejemplo, antes de presentar la técnica del bloqueo paracervical, el facilitador debe asegurar que los participantes entiendan la acción de la anestesia y la estructura anatómica relevante.
- Presentar el material en forma clara y organizada.
- Utilizar ejemplos y demostraciones que tomen en cuenta las condiciones locales.
- Estimular la realización de preguntas y discusión sobre el tema.
- Proporcionar oportunidades para llevar a cabo prácticas, por ejemplo, práctica clínica o con modelos pélvicos, ejercicios, sociodramas y discusión de casos reales de sus centros.
- Observar lo que cada participante está aprendiendo. Este proceso ayudará a mejorar el desempeño de los participantes y les permitirá ver el progreso de su trabajo.
- Evaluar a los participantes durante y al final del curso, para asegurarse de que se hayan cumplido los objetivos. Asegurar que se establezca un

plan de supervisión capacitante después del curso, como mecanismo de garantía de calidad.

### c) Métodos y medios de capacitación

A continuación se presentan recomendaciones para los diferentes métodos de enseñanza que forman parte de la capacitación.

#### 1. Presentación

La presentación puede ser una forma efectiva de proveer información. Es una forma aceptable de cubrir un tema o de hacer resaltar sus puntos principales. Es importante incluir la participación del grupo en discusiones o ejercicios en cortas presentaciones, resaltando la información importante. A continuación figuran algunas sugerencias que pueden ayudar a que una presentación sea más efectiva.

- Planee cuidadosamente los temas a incluir y el orden de los mismos.
- Al principio de la presentación mencionar los objetivos de la capacitación.
- A lo largo de la presentación utilice la discusión y los ejercicios.
- Al final de la presentación haga un resumen de lo que se haya presentado.
- Siempre que sea posible, presente material visual usando diapositivas y acetatos, o ambos, para ilustrar los hechos y conceptos.
- En lo posible, presente ejemplos locales.
- No presente verbalmente los temas que se presentan mejor visualmente, tales como llenar una jeringa o colocarse los guantes

#### 2. Técnicas de integración grupal

Las técnicas de integración grupal son ejercicios interactivos que ayudan a romper el hielo durante un curso de capacitación, así como a lograr que los participantes manifiesten su opinión sobre aspectos importantes relacionados con los temas

tratados durante el curso. Para que una técnica de integración grupal sea eficaz, es necesario que todos los profesionales asistentes a la capacitación participen en este ejercicio.

### 3. Discusión

Las discusiones en grupos grandes o pequeños pueden ser una forma efectiva de abordar diversos asuntos, identificar problemas. Las discusiones pueden generar intercambio de ideas y experiencias. Una discusión en grupo grande puede consistir en sesiones de preguntas y respuestas donde los participantes hacen preguntas y el facilitador las contesta, o bien el facilitador puede hacer las preguntas y el grupo responderlas. Los grupos pequeños de discusión pueden tener la ventaja de permitir que participen más personas.

*Al planear las discusiones en grupo, debe considerarse lo siguiente:*

- Dirija la discusión en torno a un tema, estudio de caso o un ejercicio específico (solución problemática)
- Los grupos pequeños deberán ser de no más de 3 a 5 personas para permitir que participen todos los miembros.
- Es conveniente que el grupo escoja un líder, o puede ser necesario que usted ejerza un liderazgo transitorio cuando el grupo está divagando sobre el tema.
- Establezca ciertas normas para la presentación en plenarios. Ej:
  - Cada grupo contará con 10 a 20 minutos para su presentación.
  - Las preguntas al grupo que presenta solamente deben referirse al tema de su presentación
- Al concluir las presentaciones haga un resumen o informe de la sesión, o presente las conclusiones generales imparcialmente.

### 4. Demostración en el aula

Las demostraciones se utilizan para ayudar a que

los participantes adquieran nuevas habilidades de capacitación. El facilitador puede ilustrar el procedimiento correcto y luego dar oportunidad para que los participantes hagan la práctica y reciban retro-alimentación sobre su desempeño. Las demostraciones dan mejor resultado con grupos pequeños, es posible que el facilitador necesite materiales que estén disponibles en sus áreas clínicas.

*Para dirigir una demostración:*

- **Explique lo que va a demostrar.** Utilice guías de aprendizaje para que cada participante siga lo que va haciendo paso a paso. Muestre los materiales y el equipo y páselos entre ellos.
- **Dirija la demostración.** Asegúrese de que todos vean lo que está haciendo. Explique los pasos con claridad. Estimule a que se hagan preguntas.
- **De la oportunidad de practicar a cada participante.** Observe el desarrollo de la práctica. Dé sugerencias y estimule a los participantes para que hagan preguntas y expresen sus inquietudes con relación a su actuación.

Si hace una demostración en un área clínica, asegúrese de explicar los pasos (de acuerdo a la guía de aprendizaje) antes de pasar al área de procedimientos y proporcione a los participantes un esquema a seguir una vez que se haga la demostración. Esto les dará un conocimiento básico antes de empezar y hará que la demostración en el área clínica no se desorganice.

### 5. Sociodrama

Los sociodramas consisten en la representación de situaciones y problemas reales, o ambos. Son útiles para aplicar los conocimientos que se han transmitido, practicar destrezas y proporcionar material para discusión. Permiten practicar en un ambiente seguro.

Los participantes pueden explorar formas de trato o conducta en diferentes situaciones y obtener crítica constructiva en áreas importantes donde normalmente no la recibirían en el lugar de trabajo. Pueden, asimismo, tener la oportunidad de invertir los papeles y ver los problemas desde otra perspectiva.

Los sociodramas pueden generarse a partir de algún problema mencionado en la clase o de alguna inquietud que haya sido expresada. Es posible preparar un argumento previamente para el sociodrama y dar a cada participante información sobre la actuación a seguir. Puede dividirse la clase en pequeños grupos y hacer que cada uno desarrolle la misma actuación y dar a conocer los resultados a todos o hacer que uno de los grupos lleve a cabo la actuación frente a la clase completa. Si se hace esto último, solicite voluntarios pero no obligue a nadie a participar si no se va a sentir a gusto.

### *Si planea llevar a cabo un sociodrama:*

- Mantenga pequeño el tamaño de los grupos, de 3 a 5 personas.
- Puede designar a alguien como observador de cada grupo o hacer que los participantes escriban sus observaciones.
- Asegúrese de que el propósito del sociodrama quede claro para los participantes.
- Si el sociodrama muestra hechos negativos, asegúrese de hacerlo nuevamente, con hechos positivos.
- Cuide que el sociodrama sea sencillo y breve.
- Es posible que el sociodrama tenga que interrumpirse para discutirlo cuando se obtenga algún resultado provechoso.
- Al término, dé tiempo suficiente para la discusión y diríjala a fin de abordar los aspectos importantes.
- Vaya tomando notas de lo más sobresaliente de cada presentación para analizar al final.
- Al final de la sesión, sintetice y analice lo que el grupo ha observado.

## **6. Estudio de caso**

Los estudios de caso son útiles para la capacitación en competencias (contenidos, habilidades y cambio de actitud) empleándolos para la resolución de problemas y la pericia en el manejo de situaciones

como son las complicaciones o casos que los participantes normalmente no verían. Los estudios de casos se toman de situaciones reales y deben adaptarse cuando sea necesario para tomar en consideración las costumbres y condiciones locales.

Los estudios de caso pueden utilizarse antes de iniciar un tema a fin de que los participantes reflexionen sobre el problema, o posteriormente para que practiquen lo que han aprendido. Se puede discutir el caso con todo el grupo o dividir éste en pequeños grupos para que cada uno informe los resultados al grupo completo.

### *Solicite que los participantes discutan asuntos como:*

- ¿Cuál es el problema que aquí se trata?
- ¿Está de acuerdo con las soluciones ofrecidas por otros del caso en estudio?
- ¿Qué debería haberse hecho? (forma diferente)
- ¿Cuáles son los puntos que debemos enfocar?
- ¿Que conocimientos, habilidades y actitudes ellos necesitarían en cada caso?

## **7. Práctica humanizada (modelada)**

Cuando los participantes realizan práctica clínica, por ejemplo, en el procedimiento de AMEU en las usuarias, su inexperiencia puede incrementar el riesgo de que ellas tengan complicaciones y malestar físico. El usar un modelo anatómico permite que los participantes alcancen cierto nivel de confianza y eficiencia en sus destrezas clínicas antes de atender a una usuaria. Más aún, la práctica con modelo no se ve limitada por la casuística de usuarias ni por el programa clínico.

### *Pasos para la practica humanizada:*

- Simule el entorno clínico tanto como sea posible:
- Coloque el instrumental sobre la mesa de trabajo o en bandejas, tal como en el servicio.
- Cubra con sabanilla al modelo, como lo haría con la usuaria.

- Solicite que los participantes practiquen la comunicación hablando con el modelo, explicándole el procedimiento y midiendo la necesidad de manejo del dolor.
- Recuérdeles a los participantes que deben usar guantes durante el procedimiento simulado.
- Coloque el modelo en el extremo de una mesa elevada, para que el participante pueda sentarse en un taburete al efectuar el procedimiento como en la práctica clínica con usuarias.
- Coloque un balde junto a la mesa de trabajo de manera que los participantes puedan poner en práctica la descontaminación del instrumental.
- Deje que los participantes practiquen tanto como sea necesario para que se sientan seguros al manejar el instrumental, y desarrollen la técnica adecuada del procedimiento de AMEU y LUI.
- Suspenda la práctica en el momento necesario a fin de explicar el siguiente paso, corregir la técnica de algún participante o contestar preguntas. Utilice la realimentación positiva.
- Destaque las diferencias existentes entre el modelo y el procedimiento real que podrían no ser obvias para los participantes, por ejemplo, el tamaño del cérvix o la posición del útero
- Asimismo puede que sea necesario ser “brusco” con un modelo (por ejemplo para introducir el espéculo o dilatar el cérvix) pero el médico nunca deberá serlo con una usuaria.
- Guíe a los participantes para que sistematicen el paso a paso de las guías de aprendizaje de AMEU y LUI que le permitan mejorar sus habilidades y destrezas para realizar la práctica clínica con usuarias.

## 8. Práctica clínica

Después de la capacitación en aula y de la práctica con modelo pélvico, los participantes necesitan realizar práctica clínica con las pacientes.

La primera sesión de práctica clínica debe empezar siempre con los/as participantes observando a un

proveedor capacitado cuando éste efectúa el procedimiento. Toda la práctica clínica debe supervisarse estrechamente, el facilitador debe estar preparado para intervenir si la paciente sufre un dolor inusual o tiene riesgo de presentar complicaciones (especialmente por evacuación incompleta o perforación uterina).

### *Pasos de la práctica clínica: El/la facilitador/a debe,*

- Vigilar que cada paso del procedimiento se efectúe correctamente a través de las guías de aprendizaje.
- Proporcionar realimentación, considerando el bienestar tanto físico como mental de la usuaria, así como la necesidad de proporcionar orientación clínica precisa.
- Asegurar que la práctica clínica con pacientes en lo posible, trate los casos "sencillos" primero y luego los más complicados.
- Los/as participantes inexpertos deberán dominar los casos sin complicaciones antes de enfrentarse a cualquier caso complicado o de alto riesgo.
- Los/as participantes deberán realizar tanta práctica clínica (entre 5 y 8 procedimientos) supervisada como haga falta, para dominar las habilidades en el procedimiento, es posible que algunos participantes necesiten más práctica que otros.

## REQUISITOS PREVIOS PARA LOS/AS PARTICIPANTES

Antes de iniciar el curso sobre las Normas de atención para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, los participantes deberán cumplir los siguientes requisitos en:

### *Conocimientos:*

- Anatomía y fisiología del aparato reproductivo.
- Evolución del embarazo.
- Riesgos relativos asociados con la analgesia, sedación y anestesia.

**Habilidades:**

- Ejecutar una exploración física completa y elaborar una historia clínica.
- Efectuar una exploración pélvica completa con énfasis en el tacto bimanual.
- Administrar anestesia local.
- Conducir un caso gineco-obstétrico desde la presentación hasta el tratamiento (y su posible envío a otro nivel de atención para su seguimiento).
- Proporcionar orientación y servicios sobre Anticoncepción.

**Actitudes:**

- Respetar a la paciente.
- Actitud positiva hacia las usuarias que necesitan atención post-aborto.
- Actitud positiva en cuanto a capacitar a otras personas.

**EVALUACIÓN <sup>6</sup>**

Evaluación puede definirse como una recolección, procesamiento, análisis e interpretación sistemática de los datos. Una evaluación puede determinar si la capacitación ha cumplido sus objetivos, (han mejorado sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) relacionadas con el desempeño del trabajo).

La evaluación debe ser siempre parte integral del proceso de capacitación, para ayudar en la toma de decisiones sobre el futuro de la capacitación en AMEU y LUI, por lo que se refiere al diseño, al contenido y a la metodología de la instrucción.

**La evaluación nos debe permitir:**

- Medir los resultados de la capacitación
- Medir el grado del logro de los objetivos
- Determinar la pertinencia de los medios didácticos empleados

- Identificar diferentes niveles de evaluación y su utilidad

La evaluación de la capacitación se realizará a través de los siguientes procesos:

- Evaluación diagnóstica
- Evaluación de proceso (reacción de los participantes)
- Evaluación post-capacitación (desempeño en el trabajo)

**a) Evaluación diagnóstica**

Evaluación diagnóstica es la evaluación de competencias al inicio de la capacitación en AMEU y LUI y a la finalización de la misma, sirve para comparar los resultados con relación a los nuevos conocimientos y habilidades adquiridas en AMEU y LUI.

**Objetivos**

- Establecer el nivel de competencias (conocimientos y habilidades) de los y las participantes al inicio de la capacitación en AMEU y LUI.
- Identificar los temas que pueden requerir un énfasis adicional en contenidos y habilidades.
- Identificar las áreas donde posterior a la capacitación se deberá realizar un refuerzo para nivelar los conocimientos y habilidades que no hubieren alcanzado el criterio mínimo de aprendizaje.

**Procedimientos:**

<b>¿Quién evalúa?</b>	La evaluación diagnóstica es realizada por el equipo
<b>¿Cuándo se evalúa?</b>	Se realiza al inicio, a mediados y al final de la Capacitación.
<b>¿Sobre qué se evalúa?</b>	Se realiza sobre las competencias, conocimientos, habilidades y actitudes de los/as participantes
<b>¿Cómo se evalúa?</b>	Se realiza a través de un cuestionario y/o Guías de aprendizaje.

6. JHPIEGO  
6. Manual de capacitación para la atención post aborto IPAS vol.2,1999

Se realizará la evaluación a través del siguiente instrumento:

- Aplicación al inicio de un cuestionario pre curso, el mismo que da una idea del nivel de las competencias, de los participantes (pre test).
- Aplicación al final de la capacitación, un cuestionario post curso el que contiene las mismas preguntas del cuestionario pre curso, a fin de medir la ganancia y el mejoramiento de las competencias (post test).

**Instrumentos:**

1. - Cuestionario pre y post curso

- El Cuestionario pre y post capacitación, es un instrumento elaborado de antemano destinado

a medir competencias de los participante, identificando el cumplimiento de los objetivos instruccionales.

- El mismo cuestionario se aplica al inicio y final de la capacitación.
- El contenido del cuestionario pre y post capacitación debe ser el mismo para poder hacer las comparaciones respectivas y poder evaluar los objetivos.
- Las preguntas deben medir los objetivos instruccionales de cada tema.

**¿Cómo se utilizan los resultados?**

Para realizar la comparación diagnóstica de las competencias del grupo se puede utilizar la siguiente matriz.

**MATRIZ DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA INDIVIDUAL Y DE GRUPO DE AMEU Y LUI**

Curso..... Fecha..... Facilitador .....															
No. PREGUNTA	RESPUESTAS POR PARTICIPANTES												CATEGORÍAS		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		TOTAL	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	Área de Conocimientos Generales
2															
3															
4															
5															
6															Área de Procedimiento clínico técnica del AMEU
7															
8															
9															
10															Área de Orientación y Manejo del dolor
11															
12															
13															Área de Anticoncepción
14															
15															

- Esta matriz permite obtener una visión del conocimiento de los/as participantes al mostrar el área donde hay mas aciertos o desaciertos, además, nos muestra en que temas es necesario hacer mayor énfasis y utilizar mejor el tiempo.

- Se elabora también al final de la capacitación y se hace una comparación con los resultados iniciales para apreciar la efectividad o no de la capacitación por temas.

## b) Evaluación de proceso: Como reaccionan los participantes

### Definición:

La evaluación de proceso es la que mide la reacción de los participantes a toda la actividad de capacitación, materiales, modelos que se están usando en el curso y la interacción entre facilitador y participantes.

### Objetivos:

- Determinar el grado de profundidad y el nivel

de la transferencia de competencias a los participantes durante el desarrollo del curso.

- Determinar la pertinencia de los conocimientos, actitudes y habilidades, si merece o no la pena continuar con la misma metodología o cambiar el nivel de profundidad.
- Identificar problemas en el diseño de la capacitación para corregirlos.

### Procedimiento: <sup>7</sup>

<b>¿Quién evalúa?</b>	La evaluación de proceso es realizada por los/as participantes y los facilitadores.
<b>¿Cuándo se evalúa?</b>	Todos los días al principio y final de cada sesión para medir el proceso de la capacitación.
<b>¿Sobre qué se evalúa?</b>	El desempeño del facilitador, la metodología, los detalles didácticos, el tiempo y el contenido de las sesiones de capacitación. La relación facilitador/a - participante.
<b>¿Cómo se evalúa?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realimentación diaria de los participantes (verbal o escrita)</li> <li>• Reuniones diarias de los facilitadores/as para evaluaciones y ajuste de las sesiones.</li> <li>• Evaluación de las sesiones por los/as participantes</li> <li>• Evaluación por los facilitadores/as</li> <li>• Encuestas al final o mediados del curso</li> <li>• Discusiones al final del curso.</li> </ul>

## c) Evaluación post capacitación: Desempeño en el trabajo

### Definición:

La Evaluación post capacitación es aquella que se realiza como parte del seguimiento, revela si ha ocurrido cambios en la conducta y en el desempeño del participante en su servicio posteriores a la capacitación.

### Objetivos:

- Determinar el grado alcanzado por los participantes: en cambio de conducta y mejoramiento de su desempeño.
- Identificar y aclarar discrepancias o problemas que aún existen en el trabajo
- Identificar datos sobre la utilidad del curso para sus funciones en el trabajo

7. JHPIEGO / MSD

**Procedimiento:**

<p><b>¿Quién evalúa?</b></p>	<p>La evaluación post capacitación la realizan los/as facilitadores y autoridades regionales</p>
<p><b>¿Cuándo se evalúa?</b></p>	<p>Se realiza la evaluación de seguimiento después que los/as participantes hayan tenido oportunidad suficiente para aplicar sus nuevos conocimientos y habilidades en el trabajo. Esto debe efectuarse en los próximos 3 a 6 meses después de la capacitación.</p>
<p><b>¿Sobre qué se evalúa?</b></p>	<p>Sobre la eficacia de la capacitación en el mejoramiento continuo de su trabajo Preguntas que debe realizar el/la evaluador/a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está el/la participante en capacidad de realizar en forma competente las habilidades en las que se le capacitó?</li> <li>• ¿Se ha dado al/la participante la oportunidad para practicar las nuevas habilidades durante la prestación de servicios?</li> <li>• ¿Consideran los/las directores/as que el curso marcó una diferencia en la calidad de su trabajo?</li> <li>• ¿Resolvió la capacitación algún problema o llenó las necesidades de la prestación de servicios?</li> </ul>
<p><b>¿Cómo se evalúa?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicando instrumentos diseñados para el efecto durante la visita al centro donde se realiza AMEU o LUI.</li> <li>• Técnica de observación. Se debe verificar si conoce los pasos y la secuencia de los mismos y si los realiza con eficiencia.</li> <li>• Entrevistas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Con los/as capacitados/as.</li> <li>- Con Autoridades y personal del centro.</li> <li>- Usuarías del servicio.</li> </ul> </li> </ul>	

## PRIMER MÓDULO

### EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

*“Se reconoce al aborto como un problema de salud pública y una de las principales causas de muerte materna en países en desarrollo.”*

#### INTRODUCCIÓN

Se presentan datos y conceptos referidos al aborto como un problema de salud pública, su reconocimiento e impacto en la mortalidad materna. Luego se describen los cinco elementos de la Norma de Atención a Mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo y se detalla la importancia de cada uno. (pag. 4-5)

#### OBJETIVOS

Al termino de este modulo los participantes podrán

- Facilitar un clima de reflexión sobre la situación de la mortalidad materna en el país y el mundo, y el impacto del aborto sobre la misma.
- Presentar e identificar los cinco elementos como una alternativa eficaz para disminuir la morbimortalidad materna causada por abortos espontáneos y realizados en condiciones de riesgo
- Establecer la importancia de cada uno de los cinco elementos para la resolución de casos de Hemorragias de la primera mitad del embarazo

#### CONTENIDOS

El aborto, por sus implicancias ha pasado de ser considerado un problema exclusivamente bio-médico a un problema de salud pública.

a) La problemática del aborto en Bolivia

b) Contextualizar la situación del embarazo no deseado: en la mujer, en el hombre, en la pareja, en la familia y en la sociedad

#### PREPARACIÓN DEL FACILITADOR:

Conocer los contenidos del módulo apoyándose en textos básicos de consulta que apoyen el tema, las guías técnicas del Seguro Universal Materno Infantil, el vademécum y los algoritmos relacionados con la prestación.

#### PUNTOS CLAVES:

- Datos estadísticos a escala mundial y latinoamericana del número de abortos.
- El aborto como problema de salud publica, contribuye en 9,2% a la Mortalidad Materna en Bolivia.
- Conocer el Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo en sus servicios.
- Conocer los cinco elementos
- Conocer las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil (anexo)

#### PROCEDIMIENTO:

Introducir el tema presentando en acetatos o data show, los aspectos más relevantes de la problemática del aborto y su impacto en la salud pública. (20 min.)

Desarrollar una exposición dialogada sobre los elementos del Componente de HPME, enfatizando la importancia de cada uno de ellos. (10 min.)

Reflexionar sobre la situación social del embarazo no deseado, como causa de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo, formando un árbol de problemas – por medio de lluvia de ideas - en el cual el tronco es el aborto.

### DINÁMICA SITUACIONAL

Las siguientes situaciones pueden favorecer el desarrollo de la dinámica (30 min.):

- Tronco del árbol de problemas. Causas:
  - Educación sexual deficiente o nula.
  - Sobrevaloración de la maternidad.
  - Ejercicio de la sexualidad con escaso o nulo conocimiento sobre el riesgo reproductivo
  - Uso deficiente o falla de métodos anticonceptivos.

- Troncos secundarios. Implicancias:

La presencia de un embarazo que no estuvo planificado puede tener implicancias en la vida de la mujer, la pareja, la familia y la sociedad, sea en forma directa o indirecta. Algunas de ellas son:

#### *(a) Para la mujer:*

- No conseguir o perder el empleo
- Renunciar a proyectos inmediatos y proyectos de vida
- Abandonar los estudios
- Enfrentar nuevas responsabilidades para las que no esta preparada.
- Abandono del compañero
- Causar vergüenza y sufrimiento en la familia

- Ser discriminada socialmente
- Comprometer su futuro
- Aumentar su riesgo de morbi mortalidad
- Alteraciones de carácter psicológico

#### *(b) Para el hombre:*

- Enfrentar responsabilidades para las cuales no está preparado
- Abandonar los estudios
- Renunciar a proyectos inmediatos y proyectos de vida
- Comprometer su futuro
- Alteraciones de carácter psicológico

#### *(c) Para la pareja:*

- Ruptura de la relación de pareja
- Violencia basada en genero, domestica y sexual

#### *(d) Para la familia:*

- Comprometer el bienestar de los hijos
- Aumentar los problemas económicos
- Conflicto familiar
- Violencia intrafamiliar

#### *(e) Para la sociedad:*

- Incremento del aborto en condiciones de riesgo
- Abandono y maltrato infantil
- Incremento de la mortalidad materna por causas relacionadas al aborto

Profundizar en el grupo (la importancia y el impacto del embarazo no deseado), conocimientos sobre métodos anticonceptivos y vinculación con otros servicios. (10 min.), Utilizar como dinámica Sociodramas

## **TIEMPO RECOMENDADO**

60 min.

## **MATERIALES:**

- Acetatos y/o data show, data display, papelografo, marcadores, maskin, post it, cartulinas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna 2000.

Aborto sin riesgos Guía técnica y de Políticas para sistemas de salud OPS Ginebra 2003.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003).

## SEGUNDO MÓDULO

### GÉNERO, DERECHOS HUMANOS, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

*“Los derechos humanos están expresados en la Constitución política del Estado y en las leyes nacionales. Son instrumentos que orientan a las entidades gubernamentales, a los individuos y a las instituciones en la definición adecuada de sus políticas y proporcionan los principios y el lenguaje necesarios para impulsar progresos en esta temática.”*

#### INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en el Cairo en 1994 y la 4ta conferencia Mundial de la Mujer (FWCW) que tuvo lugar en Beijing en 1995, afirmaron los derechos humanos de la mujer en el área de Salud Sexual y Reproductiva. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya son reconocidos por Leyes Nacionales, documentos Internacionales sobre derechos humanos y otros documentos consensuados, mencionados en la conferencia de El Cairo

Estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de cada pareja e individuo de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener, el intervalo entre ellos y el momento de tenerlos y de acceder a la información y los medios para hacerlo, así como en el derecho de obtener máximo standard de salud sexual y Reproductiva (Naciones Unidas 1995, párrafo 7.3)

En Beijing, los gobiernos acordaron que “Los derechos de las Mujeres incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo Salud Sexual y Reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia. La igualdad entre mujeres y hombres con respecto a las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo

el total respeto por la integridad de la persona, requiere respeto mutuo, consentimiento y responsabilidad compartida sobre la conducta sexual y sus consecuencias” ( Naciones Unidas 1996, párrafo 96).

Particularmente en el Tema del aborto, los gobiernos del mundo reconocieron en la conferencia de El Cairo que el aborto inseguro, es una de las mayores preocupaciones de la salud pública y garantizaron su compromiso para disminuir la necesidad de un aborto a través de la expansión y mejoramiento de los servicios de planificación familiar, mientras que al mismo tiempo reconocieron que, en casos que no estén contra La Ley, el aborto debe ser sin riesgos (Naciones Unidas 1995, párrafo 8.25).

Un año mas tarde la conferencia de Beijing convalido estos acuerdos y también insto a que los gobiernos consideren la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido a abortos ilegales (Naciones Unidas 1996, párrafo 106)

La Asamblea General de las Naciones Unidas reviso y evaluó la implementación de CIPD en 1999 (CIPD+5) y acordó que, “ en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley. Los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas

adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (Naciones Unidas 1999, párrafo 63 III).

## OBJETIVOS

Al término de este módulo los/as participantes podrán:

1. Reconocer la relación entre derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, para determinar el grado de diferencia entre cada uno
2. Reconocer los temas relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva para la atención integral de las HPME
3. Reconocer el derecho de las mujeres con HPME a una atención con calidad, para la protección de su salud incluyendo la anticoncepción.
4. Incorporar el enfoque de género en la atención a mujeres con HPME, como una transversal de las actividades en salud.
5. Sensibilizar a los proveedores de salud sobre el derecho que tienen las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos

## CONTENIDOS

### DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos están expresados en la Constitución Política del Estado y en las leyes nacionales. Son instrumentos que orientan a las entidades gubernamentales, los individuos y las instituciones en la definición adecuada de sus políticas y proporcionan los principios y el lenguaje necesarios para impulsar progresos en esta temática.

Muchas personas consideran a los derechos humanos como instrumento que sirve para empoderar, porque proporcionan mecanismos que les permiten hacer valer sus intereses de manera legítima. Las entidades gubernamentales pueden emplear los derechos humanos para el avance de la justicia social en la comunidad que lideran y a la que sirven, y los individuos y los grupos pueden emplearlos para exigirles a las entidades

gubernamentales que acaten los estándares de conducta a los cuales se han comprometido.

Una concepción universal de los derechos humanos puede servir como marco general, pero en la práctica – en situaciones concretas de la vida real - resulta insuficiente. Las personas y los grupos construyen y defienden sus derechos en realidades sociales particulares. Las aperturas y las barreras a su vigencia varían en cada lugar y tiempo.

Por lo que se puede concebir a los derechos humanos como:

- Principios dinámicos: sus definiciones pueden cambiar de acuerdo a las necesidades y exigencias de las personas, en contextos y momentos históricos particulares
- Demandas específicas formuladas para su reconocimiento y vigencia.
- Exigencias construidas por las personas a partir de sus vivencias y necesidades.

### DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

#### CONTEXTO SOCIAL

La construcción histórico social sobre la sexualidad y reproducción despojaron a las personas de la posibilidad de auto reconocerse quitándoles al mismo tiempo su libertad y derecho inalienable de decidir sobre su reproducción y su sexualidad.

Gracias a movilizaciones en la década de los 70's especialmente movimientos de salud de mujeres, organizaciones de gays y lesbianas, se han ido formulando y promoviendo una serie de derechos ligados a la vida sexual y reproductiva. Estas iniciativas surgieron como una propuesta dentro de los derechos humanos establecidos, que no hacen referencia específica a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Hasta entonces, estos derechos fueron reprimidos y regulados de manera impositiva por instancias estatales y religiosas (Londoño, 1996)

Estos grupos enfatizan la necesidad que tienen las

personas al derecho de contar con respeto por su individualidad, autonomía, opciones e integridad corporal. Sus reivindicaciones están centradas en estos ámbitos de la vida que son susceptibles a formas particulares de abuso del poder, violencia y explotación.

A partir de los constantes movimientos y reclamos mundiales, distintas conferencias promovidas por las Naciones Unidas comenzaron a considerar la sexualidad y la reproducción enlazadas con la sexualidad y los derechos humanos universales.

La protección y promoción de los derechos relacionados con la salud sexual y reproductiva ha ganado impulso en los últimos años, debido en gran parte a la Conferencia sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas de 1994 realizada en el Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995. Estas dos Conferencias condujeron al reconocimiento de que la protección de la salud sexual y reproductiva es un asunto de justicia social y que la realización de la salud puede ser lograda a través del mejoramiento de la aplicación de los derechos humanos contenidos en La Constitución Política del Estado y en los tratados regionales e internacionales de derechos humanos. El programa de Acción de la Conferencia de El Cairo de 1994 y la Declaración y la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing de 1995 han sido fortalecidos con revisiones realizadas durante los cinco años subsiguientes en 1999 – 2000 respectivamente.

## CONTEXTO PERSONAL

Hablar de derechos – particularmente los referentes a la sexualidad y reproducción humana – implica hablar de:

- Nuestros derechos como personas humanas la integridad corporal, las relaciones y afectos, nuestras culturas, formas de vida, y ejercicios diversos de nuestra sexualidad y formas de reproducción.
- La libertad que necesitamos para asumir y vivir nuestra sexualidad, el derecho a su ejercicio de

manera libre, placentera, elegida y con respeto a los derechos de las otras personas.

- Nuestros derechos a recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva, sin ser discriminados/as por nuestro género, etnia, edad, clase social, opción sexual
- Todas las personas, como seres integrales, somos merecedoras de respeto, de un trato digno y una atención humana de calidad y apropiada a nuestra lengua y cultura.

Se debe considerar como base importante para el trabajo grupal en derechos humanos, sexuales y reproductivos, los siguientes principios:

**INDIVIDUALIDAD:** Cada persona es especial y diferente

**AUTONOMIA:** Cada persona necesita libertad para tomar y ejercer sus propias decisiones, con respeto por los derechos de las/os demás

**INTEGRIDAD CORPORAL:** Cada persona necesita vivir sin coerción o violencia emocional, física o sexual

Estos principios ofrecen un marco general para el respeto a la identidad, al cuerpo y a la capacidad de decisión de cada persona en su vida sexual y su vida reproductiva.

Los son dinámicos según los actores y las coyunturas, somos capaces de construir derechos nuevos, y a la vez presionar e influir para que los ya reconocidos formalmente se plasmen en el ejercicio de derechos concretos.

A partir del derecho a la salud construir el derecho de las usuarias a la atención a las HPME incorporando enfoque de género con respecto al tema del Aborto.

El rol es motivar una relación horizontal de comunicación poniendo en práctica la escucha – activa como instrumento de la comunicación positiva y asertiva. Esta comunicación se establece sobre la base del respeto mutuo a fin de lograr mayor participación y un empoderamiento para el ejercicio individual y colectivo de los derechos.

Debe tener en cuenta que la comunicación siempre va en dos vías: escuchar y hablar. Saber escuchar, es tan importante como el hablar.

La escucha activa también es expresarse claramente, explicar detenidamente el procedimiento de las dinámicas y las actividades para una comprensión adecuada. No pensar que hay puntos que se sobreentienden o que están supuestos por las personas participantes.

Un aspecto importante para comunicarse con el grupo es que la agenda personal esté clara.. Reconocer las “barreras personales” que pueden influenciar en el desempeño de las reflexiones del grupo. No olvide que trabajará con personas genéricamente, sexualmente, étnicamente y culturalmente diferentes se brindaran elementos que les permiten reflexionar y cuestionarse sobre sus actitudes y prácticas ante los derechos sexuales y reproductivos personales y de los/as demás.

## BARRERAS

**Del saber y de la información:** El/la facilitador/a no es la persona que sabe todo y da respuestas a todas las preguntas. Su rol es el de abrir el diálogo, motivar y generar demandas en los/as participantes en los temas que se tratan. Para iniciar las sesiones debe preocuparse de reunir datos y referencias de lugares especializados y organizaciones que trabajan en los temas de Derechos humanos, salud sexual y salud reproductiva para remitir a las personas a buscar información en estos sitios.

**De la Norma:** Todos/as tenemos una carga formativa y “normativa” que está en nuestras formas de ser, actuar y expresar corporal y verbalmente. La/el facilitador/a debe practicar la democracia y pluralidad de pensamiento, reflexionar sobre los propósitos para evitar imponer ideas, mal interpretar lo que dicen y no juzgar de acuerdo a parámetros personales.

**De la evaluación:** El/la facilitador/a no mide el conocimiento de los/as participantes bajo un parámetro personal, cada persona vive, experimenta y recibe del entorno diferentes influencias que le dan un conocimiento específico

que no puede ser evaluado en términos de correcto, incorrecto, malo o bueno.

## GÉNERO

Es la construcción social, cultural e histórica que asigna características y roles a mujeres y hombres.

Es la manera como socialmente aprendemos y nos enseñan a ser hombres y a ser mujeres, donde en las diferentes épocas históricas y culturales se ha comprobado maneras y funciones distintas, que cada sociedad le asigna a los HOMBRES y MUJERES.

## PREPARACIÓN DEL/LA FACILITADOR/A

- Conocer los Derechos humanos, sexuales y reproductivos
- Conocer los acuerdos Internacionales respecto a derechos(Cairo Beijing)
- Conocer conceptos de género
- Conocer la legislación boliviana respecto al aborto

## PUNTOS CLAVE

- Derechos Humanos
- Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
- Género
- Atención a las HPME

## PROCEDIMIENTOS

- Lluvia de Ideas
- Selección en el Panel “Acuerdo desacuerdo”
- Fijación de conceptos
- Sociodramas preelaborados incorporando la familia, iglesia y otros actores sociales relacionado a las HPME
- Dinámicas preelaboradas

### **TIEMPO RECOMENDADO:**

120 minutos

### **MATERIAL NECESARIO**

- Marcadores delgados
- Tarjetas “Yo necesito el derecho a...”
- Hojas de papel sabana tamaño resma
- Marcadores gruesos
- Masking
- Tarjetas impresas con preguntas referentes al aborto

- Presentación preelaborada con Conceptos Claves
- Retroproyector y/o Data show

### **BIBLIOGRAFÍA**

Los derechos humanos el embarazo no deseado y la atención relacionada con el aborto, Ipas, Julio de 2003

Abortos Sin Riesgos, OMS, 2003

Plan de Violencia Sexual, Programa Nacional de Salud Sexual y reproductiva, 2004 2008

Procesos participativos de sensibilización en derechos sexuales y derechos reproductivos.

## TERCER MÓDULO

### ORIENTACIÓN

#### INTRODUCCIÓN

El Módulo nos permite una visión y un accionar más amplio sobre la mujer, ya que nos brinda la oportunidad de tratar la emergencia por la que acude y hacerlo mediante un trato humanizado, que contemple orientación de apoyo antes, durante y después del procedimiento para la resolución de la emergencia.

El servicio de Orientación no es nuevo dentro del ámbito de la salud aunque dentro de este componente ha cobrado nuevos matices ya que además de trabajar con mucho énfasis para la elección libre y voluntaria de un método de anticoncepción como una manera de romper el círculo del aborto que errónea y peligrosamente resuelve los embarazos no deseados; se promueve que el personal de salud apoye a la usuaria en sus necesidades no solamente físicas sino también emocionales, con actitudes y habilidades que favorecen una relación positiva y que permita a la mujer contar con un espacio para comunicarse y ser escuchada, facilitando la toma de decisión sobre su Salud Sexual y Reproductiva.

#### OBJETIVOS

- Sensibilizar a los/las participantes sobre la situación que atraviesa una mujer con hemorragias de la primera mitad del embarazo y comprendan la necesidad de brindar una atención integral de calidad.
- Proporcionar elementos teóricos y prácticos para brindar orientación antes, durante y después de la atención de la emergencia por hemorragias de la primera mitad del embarazo.

#### CONTENIDOS

El Componente de Atención a las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo tiene como meta contribuir al mejoramiento de la calidad de atención a toda mujer que llegue al Sistema de Salud ofreciéndole: ORIENTACIÓN, antes, durante y después del procedimiento.

La orientación es un proceso de comunicación, bidireccional entre el proveedor y las/os usuarios/as con el propósito de informar sobre el estado de salud de la paciente y el tipo de procedimiento a ser realizado además de facilitar o confirmar la elección informada sobre el uso o no de un método anticonceptivo post procedimiento.

*Los requisitos para una orientación efectiva son:*

- Respeto y apoyo a su situación personal mientras se atiende sus necesidades médicas inmediatas
- Actitud libre de prejuicios
- Un ambiente de respeto que estimule la confianza entre el personal de salud y las mujeres que solicitan atención médica.
- Respeto por la necesidad de confidencialidad que tienen las mujeres
- Respeto por la capacidad y el derecho que tienen las mujeres para obtener información y tomar decisiones sobre su salud y su fertilidad.
- Ausencia de predisposición y coerción en la prestación de servicios.
- Oportunidad a la libre expresión de sus puntos de vista, sus dudas y sus preguntas

## PREPARACIÓN DEL FACILITADOR

- Repase los contenidos que corresponden a este módulo
- Revise los ejercicios y haga copias según sea necesario
- Revise la Guía de visualización
- Haga copias de la lista de verificación de la competencia

## PUNTOS CLAVES:

El personal de salud debe tener en cuenta que todo contacto con una mujer es una oportunidad valiosa que además puede ser única y debe ser aprovechada de manera eficiente.

La comunicación es una importante herramienta y la base de toda relación humana, favorece la relación de ayuda entre el personal de salud y la mujer con hemorragia.

La relación de ayuda es la base para ofrecer todo tipo de información y apoyo, por ello debe ser constantemente reforzada. Esta comunicación no solamente es útil para elaborar la historia clínica, sino que permite establecer un nexo de confianza entre la paciente y el servicio.

### *La mujer debe estar claramente enterada de:*

- Su condición actual de salud.
- La naturaleza y la gravedad de su situación actual
- Los resultados del examen físico
- El tipo de procedimiento que se va a realizar, sus riesgos y beneficios
- Las características del tratamiento ambulatorio u hospitalario de acuerdo al caso
- Las condiciones de la anestesia local y que ella estará consciente durante el mismo (En el caso de AMEU)

- Sus condiciones de alta y las recomendaciones extra hospitalarias
- Las posibles complicaciones y las señales de alerta
- Sobre la red de servicios y los centros más cercanos a su domicilio

Además los proveedores de servicio deben alentar a la paciente a que exprese sus propios puntos de vista y deben aclarar sus dudas, mitos y temores relacionados con el procedimiento o con los métodos de anticoncepción post-aborto.

En todo momento, pese a las condiciones de emergencia, la paciente tiene el derecho a decidir, libre y voluntariamente si desea recibir o no el tratamiento. Es importante la firma del consentimiento informado en caso de aceptación o rechazo del procedimiento <sup>8</sup>.

Al conversar con la paciente los mensajes deben ser claros y ordenados, reafirmando los puntos más importantes, evitar términos clínicos o sofisticados y utilizar comunicación verbal y no verbal positiva. Durante todo el proceso de orientación debe utilizar la escucha activa, demostrando interés por lo que la paciente expresa, contestar en tono amable y directo, apoyarse con material para aclarar dudas o reforzar la información clave.

Respetar las necesidades y los derechos de las mujeres, brindar la atención sin mediar prejuicio alguno, cuidando la comunicación verbal y no verbal.

Todas las mujeres que están siendo tratadas por una complicación del aborto tienen derecho a la información sobre su condición, acceso, elección, seguridad, privacidad, confidencialidad, dignidad, comodidad, continuidad, opinión.

Tenga en cuenta que este contacto entre el servicio y la mujer puede ser la única oportunidad de ofrecer información y servicios integrales de salud reproductiva, por lo que debe ser aprovechada eficientemente.

8. De acuerdo los Procedimientos Técnicos para la Atención a Mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo.

## PROCEDIMIENTO

1. Inicie el tema con una lluvia de ideas sobre la percepción de los participantes acerca de una paciente con hemorragia de la primera mitad del embarazo, las soluciones que buscó a su problema, cómo llega al Servicio, cómo se siente físicamente, que sentimientos le provocan su situación y las maneras de ayuda que practica el personal de salud.
2. Realice una visualización, que refuerce la comprensión empática (Ver guía de visualización). Procesar la experiencia, escuchando la experiencia vivencial de cada participante durante el ejercicio apoyando la comprensión integral y los cinco pilares de atención de las HPME.
3. Mediante selección en el panel trabaje las características del Buen y el Mal Orientador y discuta el orden de las mismas haciendo una introducción para presentar el Concepto de Orientación.
4. Mediante una lluvia de ideas trabaje el concepto de Orientación y sus propósitos, apoyándose en material pre elaborado.
5. Trabaje una dinámica de animación sobre crítica y prejuicio: “Feria de Críticas” (ver anexo de feria de críticas), escuche los sentimientos que provoquen los carteles en la espalda en cada persona y asíelos con los sentimientos de los pacientes cuando son juzgados por el personal de salud, principalmente con mensajes no verbales y el tipo de obstáculos de la comunicación que esta acción ocasiona.
6. Presente las Habilidades del Orientador con apoyo de métodos y medios, explique y ejemplifique.
  - **Aceptación incondicional:** Es una de las condiciones básicas para el establecimiento de una relación Inter personal, la ausencia de juicio o crítica.
  - **Comprensión Empática:** Es la habilidad para ponerse en el lugar de la paciente, esto permite captar sus pensamientos y senti-

mientos, es la aprehensión del sentido verbal y no verbal de la comunicación.

- **Autenticidad y congruencia:** Son las condiciones personales de quien escucha y orienta, la congruencia tiene que ver con lo que el orientador piensa, siente y expresa. Pensar en una forma y actuar de otra forma da lugar a incongruencia y esto será percibido por la paciente. Por ello el personal de salud debe revisar su motivación personal para este trabajo y si su accionar responde a un autentico deseo de ayudar.

Cada una de estas condiciones exige del personal de salud una revisión y reflexión acerca de su persona y sus actitudes hacia las pacientes.

7. Presente la Técnica de Comunicación: ESCUCHA ACTIVA y sus cuatro herramientas, ejemplifique:
  - **Aclaración:** Solicitar a la paciente aclarar algunas palabras o conceptos vertidos por ella, que no están muy claros o que no tienen el mismo significado para todos.
  - **Parfraseo:** Repetir lo que la paciente manifiesta.
  - **Respuesta Refleja:** Identificar el sentimiento y exponerlo a la paciente.
  - **Resumen:** Sintetice los puntos sobresalientes de la exposición de la paciente.
8. Realice un ejercicio conformando parejas entre los participantes para practicar la Escucha Activa, procese y haga un resumen del ejercicio.
9. Presente los obstáculos de comunicación, con ejemplos para cada uno, aclarando que los obstáculos de comunicación son propios del mal orientador.
10. Haga una introducción sobre los objetivos de la orientación antes durante y después del procedimiento.
11. Divida tres grupos de participantes e instruya realizar la selección en el panel de la Guía procedimental y su presentación.

12. Formas de preguntar. Preguntas abiertas, cerradas, explorativas o de profundidad y tendenciosas

## PASOS A SEGUIR EN LA ORIENTACIÓN:

### I) PRE PROCEDIMIENTO

En el pre procedimiento se pretende estructurar una relación en la cual la paciente pueda adquirir confianza, expresar sus sentimientos, temores, dudas, etc. y prepararla para enfrentar la situación del procedimiento proporcionándole información sobre el mismo.

Debemos tomar en cuenta los siguientes parámetros:

#### 1. Ambiente de Confianza

- a) Saluda, se presenta y pregunta el nombre de la paciente
- b) Asegura confidencialidad.
- c) Pregunta que le pasó y escucha atentamente la situación expuesta (deja hablar a la paciente y presta atención).
- d) Indaga la meta reproductiva y los métodos que conoce/usa la paciente, preguntando sus intenciones respecto a la reproducción, incluso si desea quedar embarazada a corto plazo, pregunta si estaba usando algún método y ofrece orientación si considera oportuno.

Los elementos sugeridos anteriormente, para establecer una relación de ayuda, son una guía referencial que podría variar según el estilo de cada persona, pero lo que tiene mayor importancia es la Actitud del proveedor hacia la mujer y su problema.

#### 2. Utilizar Técnicas de Comunicación según necesidades de la Paciente durante todo el tiempo que da Orientación

- a) Pregunta el mensaje que no comprendió la paciente (ACLARA)

- b) Repite en sus propias palabras el mensaje que acaba de escuchar de la paciente (PARA-FRASEA)
- c) Identifica los sentimientos implícitos en la comunicación y los retroalimenta a la paciente (REFLEJA)

### 3. Brindar Información sobre el Procedimiento LUI/AMEU

- a) Explica de manera clara y sencilla cuál es problema que atraviesa la paciente y la acción a tomar para resolverlo.
- b) Explica que no dormirá (tipo de anestesia)
- c) Explica que el tiempo de recuperación será breve
- d) Comunica las molestias, que PODRÍA sentir (cólico/ pellizco)
- e) Explica la técnica de relajación/respiración (ejercita)
- f) Solicita que comunique en caso de mucho molestia
- g) Verifica si la paciente comprendió
- h) Identifica si la paciente esta apta emocionalmente para anestesia local o general mediante señales verbales (hacer preguntas referentes a la tolerancia del dolor, parto y otras situaciones anteriores,) y no verbales (temblor, movimiento de las manos, gestos).
- i) Aplica un analgésico/ansiolítico en caso de identificar que la paciente lo requiere
- j) Solicita el consentimiento de ella para el tratamiento, en caso de no estar ella en condiciones de otorgarlo, el consentimiento de un miembro de su familia u otro adulto responsable.
- k) Indica a la paciente vaciar la vejiga antes del procedimiento.
- l) Si la usuaria esta estable hablar sobre anticoncepción.

## II) DURANTE EL PROCEDIMIENTO

La orientación durante el procedimiento pretende acompañar y brindar el apoyo emocional a la paciente para que el mismo sea menos traumático, facilitando asimismo la labor del médico.

### Orientación durante el Procedimiento

- Informa al operador sobre el estado emocional de la paciente
- Pregunta a la paciente si desea que se le comente el procedimiento (si así fuese explique breve y sencillamente) o si prefiere hablar de otras cosas( manejo conductual del dolor)
- Pregunta sobre los efectos que puede producir la anestesia
- Apoya a la paciente mediante técnicas de respiración/relajación
- Brinda apoyo emocional permanente)
- Una vez concluido el procedimiento informa sobre los resultados

## III) POST PROCEDIMIENTO

La orientación después del procedimiento se la realiza con el fin de verificar el estado emocional, indicar a la paciente sobre los cuidados que debe tener y las señales de alarma.

Retomar el tema del uso de anticonceptivos.

### Orientación Post Procedimiento

- Visita a la paciente en su cama/camilla
- Verifica Estado emocional de la paciente (le pregunta cómo se siente?)
- Explica que el retorno a la fertilidad es en promedio de 7 a 14 días, es decir que puede volver a quedar embarazada antes de su próxima menstruación.

- La menstruación se presentará dentro de las 4 a 8 semanas siguientes
- Puede presentar dolor abdominal leve, Sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) que debe disminuir progresivamente.
- Informe que existen métodos anticonceptivos para evitar o posponer el embarazo (en caso de que no haya optado por uno previamente)

### Brinde Información sobre todos los Métodos Anticonceptivos

Explica:

- Los beneficios.
- El Mecanismo de acción.
- El Momento de uso.
- Sobre la eficacia.
- El tiempo de Retorno a la fertilidad.
- Los efectos secundarios.
- Las señales de alarma.
- Estimula a realizar preguntas a la paciente y las responde.
- Utiliza lenguaje claro y sencillo.
- Verifica si la paciente comprendió.
- Verifica la decisión sobre MAC de la paciente.

### Indicaciones Post Procedimiento

- No relaciones sexuales hasta que cese el sangrado
- No usar tampones ni otros objetos en canal vaginal
- Higiene normal
- Dieta normal
- Actividades normales

## Indique Señales de Alarma

- a) Sangrado profuso
- b) Fiebre
- c) Dolor intenso
- d) Distensión Abdominal
- e) Sangrado vaginal con mal olor
- f) Informe cuando debe volver para su control.
- g) Verifique si la información ha sido comprendida por la paciente
- h) En caso de no haber optado por un método informe dónde y cómo puede obtener servicios y métodos anticonceptivos.

RESUME DE MANERA GENERAL TODOS LOS PUNTOS TOCADOS DURANTE LA POST ORIENTACION.

INVITE A LA PACIENTE A RETORNAR AL CENTRO DE SALUD CON CONFIANZA SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN U OTRO TIPO DE AYUDA.

Los principios que deben guiar el proceso de orientación para una atención de calidad son:

1. **RESPETO** por la situación personal, los miedos y el pudor de la paciente durante las exploraciones y el procedimiento.
2. **APOYO:** Demostrando interés y el deseo de ayudar. Escuchar atentamente.
3. **INFORMACION** sobre:
  - Su estado actual de salud y los riesgos que para ella implican
  - El plan de tratamiento mas adecuado para ella
  - La anticoncepción y otros temas relacionados a su salud sexual y reproductiva
  - El proceso de su recuperación y las visitas de seguimiento.

Las mujeres que sufren una complicación hemorrágica de la primera mitad del embarazo viven esta experiencia de diversas maneras, enfrentando diferentes sentimientos.

*A continuación describimos los sentimientos mas comunes y las formas de responder:*

SENTIMIENTOS / CONDUCTAS DE LA PACIENTE	FORMAS DE RESPONDER PARA AYUDAR EFECTIVAMENTE A LA PACIENTE
<b>Miedo / temor:</b> A morir a ser denunciada a la crítica (del entorno) a lo que le pasará en el servicio	Refleje y valide sus sentimientos "Usted tiene miedo de...?"
<b>Preocupación:</b> Por el costo del procedimiento Por dejar solos a sus hijos De que sus padres se enteren	Refleje y valide sus sentimientos "Parece que usted se siente preocupada por...?"
<b>Depresión / tristeza</b> Por el duelo frente un embarazo deseado Por los problemas que la situación generó, con la familia, la pareja, etc.	Refleje y valide sus sentimientos "Se esta sintiendo muy triste por..."
<b>Ambivalencia/ dualidad de sentimientos</b> Las mujeres pueden tener en ese momento sentimientos duales, que las confunden, estos pueden ser: (Remordimientos / alivio, culpabilidad / tranquilidad, etc.)	Refleje y valide sus sentimientos "Usted se esta sintiendo por un lado... y por otro..., y tal vez esto la hace sentir....?"
<b>Agresividad :</b> Pacientes con conductas agresivas (gritan al personal, o que exigen que se le haga un "legrado", etc.).	En la Paciente agresiva podría estar funcionando un mecanismo de defensa frente a la percepción de crítica y juicio por parte del personal de salud, por lo tanto se debe reflejar estos sentimientos y brindarle información de cómo se la ayudara, esto puede hacer que este mecanismos ceda y la paciente colabore.

## TIEMPO:

5 Horas

## MATERIALES

- Hojas de papelógrafo, marcadores gruesos permanentes.
- Acetatos o presentación elaboradas.
- Tarjetas de acuerdo y desacuerdo y guión.
- Tarjetas de Pre; Durante y Post Procedimiento.
- Fotocopias de lista de verificación de la competencia

## BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME

## DINAMICA OPCIONAL

### Guía de Visualización

La guía de visualización permite que los participantes vivencien de manera práctica la situación de la usuaria que acude al servicio

- Iniciar con una técnica de respiración y relajación
  - Vamos a recrear mentalmente una situación en la que es importante que presten atención a sus reacciones, pensamientos y sentimientos.
  - Vamos a imaginar que estamos en nuestro servicio y que no hay pacientes y por lo tanto con un(a) compañero (a) decidimos ir a

merendar algo a un lugar cercano. Estamos conversando y de pronto nos avisan que al servicio ha llegado una paciente de emergencia, que está sangrando y te dice que creen que es una pariente tuya...

- Sale corriendo hacia el servicio y en el transcurso piensas quién podrá ser... piensas en las mujeres de tu familia que podrían estar embarazadas ... tal vez ¿tu hermana?, o ¿tu sobrina?, piensa ¿quién podrá ser? ... ¿porqué no me lo dijo?
- Preste atención a ¿cómo se siente ante esta situación?, ¿qué sentimientos vienen?... y ¿que pensamientos?
- Hasta que llega al lugar, y ve mucha sangre eso le asusta todavía más, pero cuando la ve se da cuenta que se parece a una pariente, pero, no es ella.... ¿cómo se siente?... comienza a realizar el procedimiento y la ayudan para que se recupere. ¿cómo te sientes? presta atención a tus sentimientos.
- Respiren profundamente, preste atención a como entra el aire por tu nariz, recorre tu pecho... vuelvan aquí.

## PROCESAMIENTO DE EXPERIENCIAS

- Cómo están?
- Cómo se sintieron al saber la noticia?
- Cómo se sintieron mientras llegaban al servicio?
- Qué sintieron cuando vieron que no era su pariente?
- Atendemos con el mismo apuro cuando es una mujer que no conocemos?

## CUARTO MÓDULO

### INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA LA ATENCIÓN DE LAS HPME POR AMEU

#### INTRODUCCIÓN:

La aspiración manual endouterina o AMEU, es una técnica segura y eficaz para la evacuación endouterina con tasas de complicaciones bajas y a bajo costo en comparación con el Legrado uterino Instrumental (LUI). Los estudios informan acerca de índices de eficacia del 98% , mas de 25 años de investigaciones clínicas en mas de 100 países han demostrado, que la aspiración para la evacuación endouterina es mas segura y tan eficaz como el legrado uterino instrumental. La aspiración manual es una alternativa a la aspiración eléctrica, produce un vacío equivalente a la aspiración eléctrica pero con menores tasas de complicaciones.<sup>9</sup>

#### OBJETIVOS

- Identificar el Equipo de AMEU y sus accesorios
- Explicar las características de: las jeringas incluida la nueva jeringa Ipas AMEU Plus™, las cánulas, dilatadores y el extensor de aguja par su correcta preparación
- Identificar el Instrumental para la AMEU, y explicar el mantenimiento y uso sean los mas adecuados.

#### CONTENIDOS:

- Elementos del instrumental de AMEU.
- El sistema AMEU.
- Características comunes de las jeringas de: válvula simple, doble, e AMEU Plus™.

Características de las jeringas componentes de las jeringas Componentes de la jeringa Ipas AMEU Plus™. Características de las cánulas flexibles de Karman y semirigidadas Ipas Easy Grip y los Adaptadores.

- Dilatadores de Deniston.
- Extensor de aguja.

#### PUNTOS CLAVES

- Las Jeringas de Válvula simple, doble e Ipas AMEU Plus™ pueden reutilizarse por múltiples veces .

Deseche el instrumental si tienen grietas o defectos visibles.

- Las cánulas pueden reutilizarse después de someterse a DAN o esterilizarse.
- Las cánulas de 4 a 8 mm tienen aberturas en costados opuestos.
- Las cánulas de 9, 10 y 12 mm tienen una sola abertura.
- Las cánulas de Karman son Flexibles.
- Las cánulas de Ipas Easy Grip son semirigidadas.
- Ambas sirven para histerometría.
- Seleccione los adaptadores según el color y la cánula que va a usar (cánulas de Karman).
- Los Dilatadores de Denniston están diseñados para reducir el riesgo de perforación.

9. Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas Ipas EasyGrip: folleto instructivo

## PREPARACIÓN DEL FACILITADOR

- Preparar la presentación sobre el instrumental
- Describir Las características físicas y funciones del instrumental de AMEU.
- Familiarizarse con la nueva jeringa Ipas AMEU Plus™. Preparar con los participantes competencias sobre el armado y desarmado de loas jeringas.
- Asegurarse de contar con todo el equipo ( jeringas, cánulas, adaptadores, dilatadores y extensor de aguja)para la practica.
- Asegurarse de contar con el modelo pélvico para las practicas humanizadas.

## PREPARACIÓN PARA EL PROCEDIMIENTO DE AMEU

Con los instrumentos de AMEU, un profesional de salud cualificado, puede efectuar una amplia gama de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en el consultorio o sala de partos, sin que sea necesario ingresar a las pacientes en un hospital.

Para ello debe contar con el siguiente instrumental y conocer las características:

### 1. Instrumental de AMEU: cuenta con los siguientes elementos

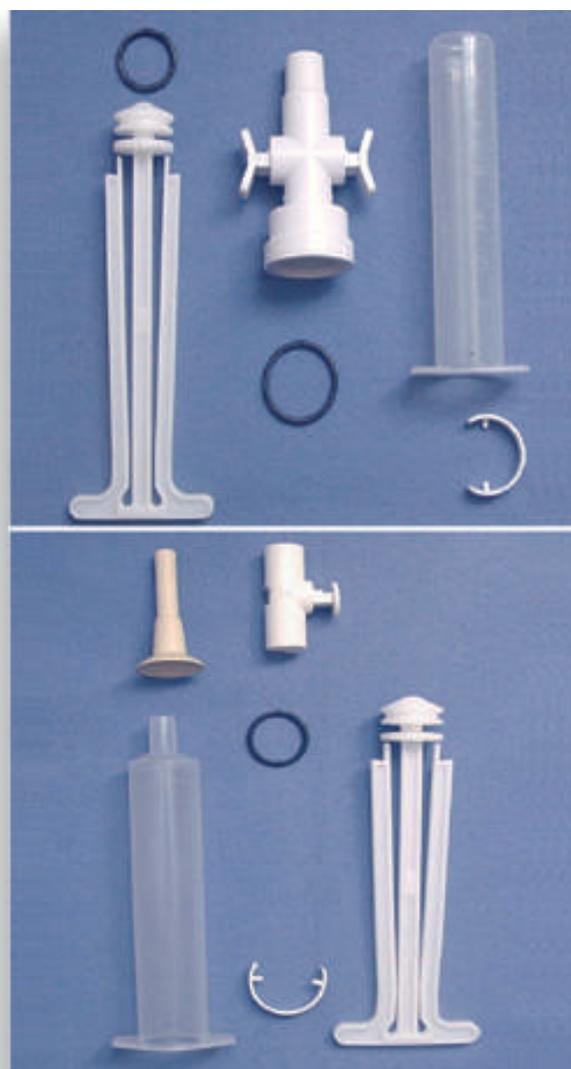
- Jeringa de válvula simple.
- Jeringa de válvula doble.
- Jeringa Ipas AMEU Plus™
- Cánulas de Karman.
- Cánulas Ipas Easy Grip®
- Dilatadores de Denniston.
- Extensor de aguja

### 2. Características comunes de las jeringas de: válvula simple, doble, e Ipas AMEU Plus™.

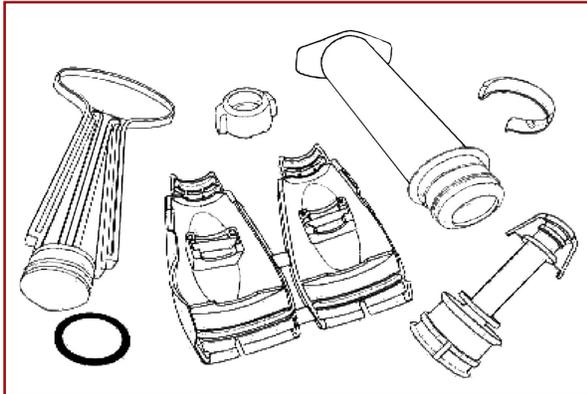
- Extracción por succión a través de un vacío con presión negativa de 660 milímetros de mercurio

- Fuente de vacío mecánica o manual
- Capacidad de las jeringas de 60 cc.
- La Jeringa de Válvula simple se conecta a las Cánulas flexibles de Karman cuyos diámetros son de 4,5 y 6 mm. Esta conexión no requiere de adaptadores.
- La Jeringa de Válvula doble se conecta a todas las cánulas por intermedio de adaptadores excepto a la cánula 12 en el caso de las flexibles.
- Todas las cánulas semi rígidas Ipas Easy GripR cuyos diámetros van de 4 a la 12 mm. cuentan con adaptadores incorporados no desmontables.

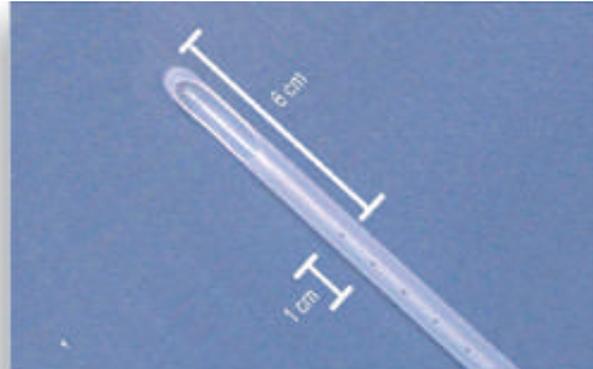
### 3. Componentes de las jeringas:



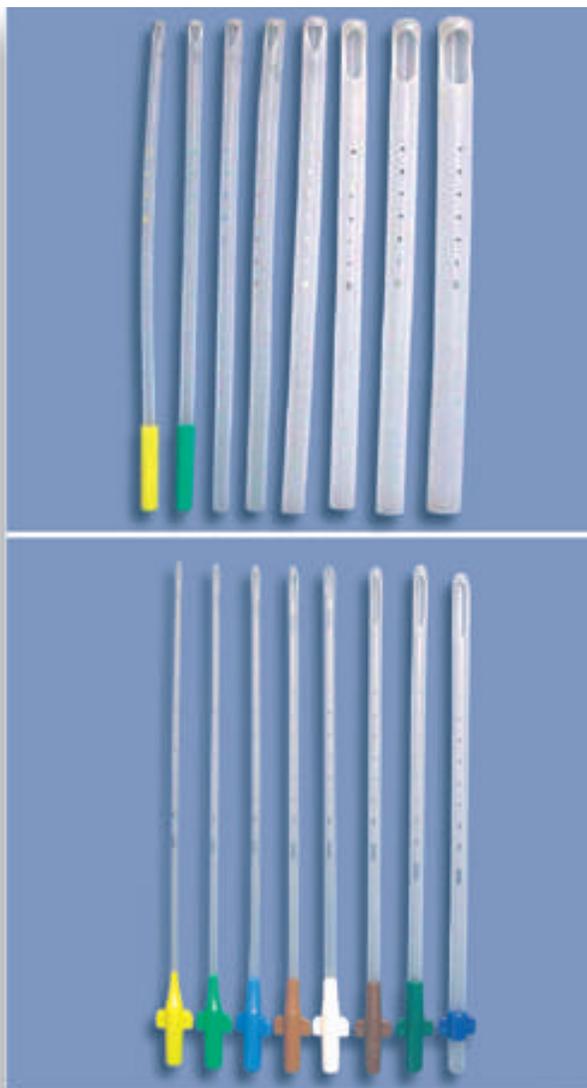
*Componentes de la jeringa Ipas AMEU Plus™*



*Para realizar histerometría*



**6. Características de las cánulas flexibles de Karman y semirígidas de Ipas Easy Grip®**



**Características de las cánulas flexibles de Karman.**

- Diámetros de 4 a 12 mm.
- Se utilizan con adaptadores excepto la cánula 12.
- Sirven para histerometría.
- Se usan con jeringa de válvula simple y doble.
- Solo pueden esterilizarse por esterilización química.,
- Pueden ser sometidas a desinfección de alto nivel (DAN)
- Pueden reutilizarse

**Características de las cánulas semirígidas Ipas Easy Grip®**

- Diámetros de 4 a 12 mm.
- Adaptadores integrados
- Sirven para histerometría.
- Se usan con jeringa de válvula doble.
- Pueden ser esterilizadas por esterilización a vapor
- Pueden ser sometidas a desinfección de alto nivel (DAN)
- Pueden reutilizarse.

### 7. Adaptadores

Seleccione los colores de los adaptadores según la cánula que va a usar.



### 8. Dilatadores de Denniston

Un instrumento de plástico liviano utilizado en procedimientos ginecológicos para la dilatación del cervix uterino.



El juego de dilatadores de Denniston consta de cinco dilatadores de dos extremos romos, cada uno de ellos con diámetros diferentes que varían desde 5/6 mm. hasta 13/14 mm.

Fabricados mediante inyección de plástico moldeado bajo estrictos estándares de calidad

### 9 Extensor de aguja

Instrumental metálico, que conectándose a la aguja permite llegar mas fácilmente al cervix para aplicar la anestesia paracervical



#### Preparación de la jeringa:

- Inspeccione las jeringas: deseche las que tengan cualquier rotura visible.
- Conecte el adaptador (sí es necesario) al extremo de la cánula.
- Revise el émbolo y la válvula: el émbolo deberá estar colocado totalmente dentro del cilindro y con la/s válvula/s de seguridad abierta/s.
- Cuando utilice la jeringa simple, cierre a válvula de seguridad empujando el botón hacia abajo y adelante hasta que se escuche que encajó en su lugar.
- Cuando utilice la jeringa de válvula doble, empuje los dos botones de la válvula al mismo tiempo hacia adentro y adelante.
- Prepare la jeringa tomando el cilindro y jalando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el embolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente. En la jeringa de válvula doble busque la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

- Revise la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Deje que la jeringa conserve el vacío por varios minutos. Abra la válvula de seguridad. Deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que había vacío dentro de ésta. Deseche la jeringa si no mantiene el vacío

**TIEMPO:**

90 minutos

**MATERIAL:**

- Equipo de AMEU

- Acetatos o presentación en data show pre elaborados

**BIBLIOGRAFÍA:**

- Manual Vacuum aspiration(MVA) for treatment of incomplete abortion(participants manual) Pathfinder International Cathy Solter , Suellen Miller, Miguel Gutiérrez september 2000
- Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME 2004
- Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador IPAS AMEU Plus TM y las cánulas EASY GRIP: folleto instructivo 2004

## QUINTO MÓDULO

### PREVENCIÓN DE INFECCIONES

#### INTRODUCCIÓN:

Al igual que con cualquier otro procedimiento, la AMEU encierra riesgos para las pacientes, para los/as proveedores/as de servicios y demás personal de salud de entrar en contacto con la sangre y otros fluidos corporales que pudieran transmitir enfermedades como la hepatitis B y el SIDA. Para minimizar dicho riesgo es necesario observar, en todo momento, las precauciones universales (precauciones relacionadas con el manejo de sangre y otros fluidos corporales) en la prestación de atención HPME, procesamiento de las muestras titulares, manejo de los equipos y en la eliminación de desechos. El riesgo de transmisión de una infección se reduce mediante el uso de barreras protectoras (incluso el lavado de las manos y el procesamiento apropiado del instrumental reutilizable), la utilización de la técnica de "no tocar" para efectuar la AMEU y la eliminación apropiada de los desechos contaminados.

Las prácticas para prevención de infecciones analizadas en este capítulo son sencillas, convenientes y prácticas y, pueden utilizarse en cualquier país o establecimiento de salud.

#### OBJETIVOS:

- Explicar las normas para el manejo de las infecciones.
- Describir las características de cada uno de los términos de las normas de bioseguridad (asepsia, antisepsia, descontaminación, etc.)
- Describir la diferencia entre esterilización, desinfección de alto nivel (DAN) y descontaminación, así como explicar cuándo está indicada cada una de ellas.

- Describir y demostrar el empleo de barreras protectoras en el manejo de las infecciones (Barbijos, delantales, etc.)
- Explicar y demostrar el uso adecuado de los guantes para el procedimiento de AMEU y el manejo del instrumental.
- Realizar la aplicación de la fórmula de dilución del hipoclorito de sodio
- Describir y demostrar la técnica de no tocar.
- Hacer una demostración de los 4 pasos del procesamiento del instrumental para su reutilización, usando la esterilización o la desinfección de alto nivel (DAN).
- Enunciar los pasos esenciales para un monitoreo eficaz, en los procesos regulares de la prevención de infecciones.

#### CONTENIDOS:

Los microorganismos son los agentes causantes de infecciones. Los mismos incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos. Para fines de prevención de infecciones, las bacterias pueden subdividirse en tres categorías: vegetativas (estafilococos), micobacterias (tuberculosis) y endosporas (tétanos). Las endosporas son las más difíciles de eliminar.

Los microorganismos viven en todas partes: en los seres vivos, en los objetos inanimados, en el medio ambiente. Todos pueden causar infección; sin embargo, para que éstos sobrevivan, se desarrollen y se transmitan dentro de un establecimiento de salud, deben existir ciertos factores y condiciones.

En todo procedimiento médico/quirúrgico que se realice en la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, es imprescindible que se observen el cumplimiento de las normas de bioseguridad con la finalidad de proteger a las usuarias, pacientes y al personal de salud de enfermedades transmisibles.

Deben tomarse precauciones generales como parte de las prácticas estandarizadas de control de infecciones en la ejecución del procedimiento de aspiración, en la observación y procesamiento de las muestras de tejidos, en el manejo del instrumental y en el manejo de desperdicios.

En lugares donde es necesario reutilizar el instrumental de aspiración, se deben seguir todos los pasos recomendados para disminuir el riesgo en las pacientes, el personal de salud y otros. Todo el personal que utiliza o limpia estos instrumentos deben seguir esta guía y vigilar a menudo el cumplimiento de este protocolo por todo el personal.

Los términos asepsia, antisepsia, descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización resultan a menudo confusos. Para los fines de este manual, se utilizarán las siguientes definiciones:

### Definiciones claves

1. La **asepsia** tiene como objetivo reducir o eliminar el número de microorganismos, tanto de las superficies animadas (piel y tejidos) como de los objetos inanimados (instrumentos quirúrgicos) a un nivel seguro.
2. La **antisepsia** es la prevención de la infección, matando o inhibiendo el crecimiento de los microorganismos sobre la piel u otros tejidos del cuerpo, a través del uso de un agente químico (antiséptico).
3. Las **barreras protectoras** son procesos físicos, mecánicos o químicos que ayudan a impedir la propagación de los microorganismos infecciosos de paciente a paciente, del personal de salud al paciente o viceversa, debida a carencia de prácticas para la prevención de infecciones o a partir de instrumentos o equipos contaminados. Estas barreras son:

- **Lavado de manos:** es el procedimiento más simple y más importante para la prevención de infecciones en cualquier establecimiento de salud, se utiliza para este procedimiento agua corriente y jabón.
- **Uso de guantes, delantales, barbijos, lentes protectores, gorras y botas:** son importantes para proteger al proveedor de salud del contacto con sustancias potencialmente infecciosas y para proteger a la paciente de infecciones que puedan ser transmitidas por el proveedor de servicios
- **Uso de soluciones antisépticas** para la limpieza de heridas o la preparación de la piel y mucosas previo a procedimientos quirúrgicos.
- **Descontaminación, limpieza, desinfección de alto nivel (DAN) o esterilización** de instrumentos quirúrgicos, guantes y otros materiales.

### PASOS EN EL PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL DE AMEU

Las etapas básicas para el procesamiento del equipo e instrumental de la AMEU son: descontaminación, Limpieza, desinfección de alto nivel o esterilización y almacenamiento (el personal debe usar guantes en todas las etapas) :

- La **descontaminación** es el primer paso en el procesamiento del instrumental y equipo de AMEU para la prevención de infecciones. Hace más seguro el manejo del instrumental contaminado por parte del personal, destruye los virus de la hepatitis B (VHB) y de la inmunodeficiencia adquirida (HIV).
- La **limpieza** del instrumental es el segundo paso en el procesamiento de materiales (instrumental y equipo), y tiene como propósito quitar todo material extraño visible.
- La **desinfección de alto nivel (DAN)** es el proceso que destruye a la mayoría de los microorganismos patógenos, con excepción de algunas endosporas. Es el único método aceptable de prevención de infecciones, cuando

no se cuenta con los medios para la esterilización.

- La **esterilización** asegura que todos los microorganismos, incluyendo las endosporas bacterianas, sean destruidos. Es el método más seguro y efectivo para el instrumental que tiene contacto con el torrente sanguíneo, tejidos debajo de la piel o tejidos que son normalmente estériles. Cuando no se dispone de medios para realizar la esterilización o ésta no es satisfactoria, la única alternativa aceptable es someter el instrumental a una desinfección de alto nivel (DAN).

La técnica de **“No Contacto o No Tocar” ES EL PRINCIPIO FUNDAMENTAL DE LA TÉCNICA DE AMEU** se debe utilizar en todo procedimiento y se refiere a que las cánulas o cualquier otro instrumento que ingresa a la cavidad uterina **NO SE debe tocar CON LAS MANOS AUNQUE ESTEN CALZADAS CON GUANTES ESTÉRI-LES, O NO**. En caso de querer remover algún resto que estuviese obstruyendo la cánula, retirarla con una gasa estéril.

Recordar que la cánula es la que entra dentro de la cavidad uterina

### Descontaminación

Los guantes y todo el instrumental con secreciones o sangre deben ser descontaminados inmediatamente después de ser utilizados para brindarle seguridad al personal de salud en su manejo y limpieza. Este paso destruye los virus de la Hepatitis B así como el VIH.

Para descontaminar el instrumental previo a la limpieza, se debe:

- Colocar al lado de la mesa de tratamiento un balde u otro recipiente de plástico con una solución descontaminante (solución de cloro al 0.5%)

### Fórmula para dilución:

$$\frac{\text{Concentración de Hipoclorito del recipiente}}{\text{Concentración deseada (0,5\%)}} - 1 =$$

### Presentar un ejemplo con números para explicar las diferentes diluciones y el manejo de las partes de agua y de lavandina

- Inmediatamente después del procedimiento de AMEU hay que aspirar la solución dentro de la jeringa a través de la cánula y colocar el instrumental sucio, incluso la jeringa, las cánulas y los guantes directamente en la solución descontaminante, durante 10 minutos.
- Usar guantes de limpieza doméstica para retirar el instrumental del balde. Enjuagar con agua corriente.

Para mantener la efectividad de la solución, ésta no debe ser mezclada con detergente alguno y debe ser cambiada diariamente o con mayor frecuencia si se observa con mucha turbidez.

### Limpieza

La jeringa y las cánulas deben lavarse minuciosamente **con agua y detergente** después de haber sido descontaminados para retirar todo material orgánico. Los materiales orgánicos secos pueden contener microorganismos en forma de residuo que los protege contra la desinfección química o la esterilización. Si no se limpian los implementos, ni la DAN ni la esterilización, son efectivas.

Para la limpieza del instrumental, se debe:

- Usar agua y detergente.
- Sumergir el material dentro del depósito haciendo espuma.
- Cuando se lavan las cánulas a veces es difícil eliminar el tejido o sangre retenida en las puntas, para ello puede ser útil llenar la cánula varias veces con agua espumosa, utilizando la jeringa para aspirarla.
- No usar cepillos u otros objetos pequeños para remover la suciedad al interior de la cánula, ya que puede rayarla por dentro, creando grietas donde se puede atrapar material orgánico .
- Desarmar la jeringa retirando el aro de seguridad y jalando el émbolo fuera del cilindro.

- Retirar del émbolo el anillo "O" y el anillo negro de la válvula y limpiar dentro de la jeringa.
- Mantener la jeringa dentro del agua mientras la lava, para evitar que salpique material orgánico.
- Enjuagar minuciosamente con agua corriente.
- Secar los instrumentos al aire o con toallas limpias. Los implementos que van a someterse a DAN por ebullición no necesitan secarse.

### Desinfección de Alto Nivel (DAN)

Es usada para los objetos inanimados y puede ser llevada a cabo por ebullición o con productos químicos.

#### *DAN por ebullición*

- En recipiente lo suficientemente grande con tapa (no menos de 26 cm de diámetro) llenar con \_ de agua limpia, y ponerla a hervir. Una vez que el agua está en ebullición, colocar las cánulas durante 20 minutos y tapar el recipiente.
- Retirar las cánulas con una pinza sometida previamente a DAN o estériles.
- No esperar que el agua se enfríe para retirar las cánulas.
- No hervir las jeringas.

#### *DAN usando productos químicos*

- Se puede usar una solución de glutaraldehído al 2%, formaldehído al 8% o una solución de cloro al 0.5% durante 20 minutos (para la dilución debe utilizar agua estéril o hervida).
- Sumergir todos los materiales completamente con la dilución correcta del desinfectante por espacio de 20 minutos. (asegúrese que el desinfectante esté dentro de la cánula).
- Retirar las cánulas con pinzas sometidas a DAN o estériles, y enjuagar con agua hervida o estéril.
- Dejar secar al aire en una superficie con desinfección de alto nivel o esterilizada para proceder a su almacenamiento.

### Esterilización

La descontaminación y la limpieza deben preceder a la esterilización. La esterilización por calor (seco ó húmedo) y la esterilización química son los dos tipos de esterilización usualmente disponibles en los hospitales. El método elegido dependerá de la disponibilidad existente en el establecimiento y el tipo de instrumental.

Para la jeringa o las **cánulas de Karman NO** debe usarse vapor (autoclave) ni esterilización a calor seco; las cánulas se derretirían y el conjunto de montaje de la válvula se agrietaría.

Las **Cánulas Ipas Easy Grip** y los dilatadores de Denniston **SI** pueden ser sometidas a esterilización en autoclave de vapor.

#### *Esterilización usando productos químicos*

- Sumergir el instrumental en un recipiente hondo con tapa conteniendo un desinfectante químico (Glutaraldehído, Formaldehído) preparado previamente según las indicaciones del fabricante, asegurándose que la solución penetre en el interior de las cánulas o jeringas
- Si se usa Glutaraldehído al 2%, el tiempo mínimo para la esterilización es de 10 horas. Si se usa Formaldehído al 8%, el tiempo para la esterilización es de 24 horas.
- Retirar el instrumental con pinzas esterilizadas, enjuagar con agua estéril y dejar secar al aire.

#### *Esterilización en autoclave de vapor para las Cánulas Ipas Easy Grip*

- Colocar las cánulas a una temperatura de 121 grados Fahrenheit o 250 grados centígrados
- El tiempo de esterilización es de 30 minutos

### Almacenamiento

El instrumental debe almacenarse en forma adecuada para conservarlo en buen estado de esterilización o de DAN.

### *Cánulas sometidas a DAN*

Se deben almacenar en recipientes **secos** sometidos previamente a desinfección de alto nivel o a esterilización, y cubiertos con una tapa ajustada.

Para evitar contaminar al resto de las cánulas, sólo usar pinzas estériles o sometidas a DAN para retirar una cánula del recipiente. Tomar la cánula por el extremo que no tiene aberturas laterales.

### *Cánulas sometidas a esterilización química*

Las cánulas esterilizadas en soluciones químicas deben manipularse con instrumental previamente estéril. Estas deben enjuagarse bien con agua estéril o solución salina, secarse al aire y envolverse con papel o paño estéril. Pueden almacenarse por siete días en un recipiente seco, estéril con tapa, siempre que se mantenga la técnica de esterilización, cuando se retire o reemplace las cánulas.

Se deben usar las cánulas como máximo hasta una semana luego de la esterilización.

### *Jeringas*

- La jeringa solo requiere descontaminación y limpieza, lubricación y almacenamiento. No necesita ni DAN ni esterilización; porque como una fuente de vacío y receptáculo de sangre y tejido y no entra en contacto con la paciente.
- No se debe olvidar que al reensamblar la jeringa hay que colocar unas gotas de silicona en el anillo "O" del émbolo. (No utilizar vaselina, ni otros lubricantes)
- Colocar de nuevo el aro de seguridad
- Mover el émbolo hacia adentro y hacia afuera varias veces para distribuir el lubricante dentro del cilindro.
- Verificar que la jeringa produzca vacío. Esto deberá hacerse después de la limpieza y nuevamente poco antes de su uso.
- Cerrar la/s válvula/s de ajuste y jalando el émbolo hasta que se fijen los brazos del émbolo en el cilindro

- Dejar la jeringa en esta posición durante 2 a 3 minutos
- Soltar la(s) válvula(s) de ajuste. Debe escuchar una corriente de aire hacia la jeringa, que indica que la jeringa mantuvo el vacío.

### **PREPARACIÓN DEL FACILITADOR**

- Describa los problemas de prevención de infecciones, basándose en las condiciones locales, para que los participantes colaboren en su solución.
- Revise el vídeo y los materiales para la presentación
- Repase los pasos para realizar una demostración practica
- Conozca como prepara las diluciones de cloro con las presentaciones del cloro locales, haga ejemplos
- Revise las jeringas y cánulas

Prepare los materiales para la demostración de los pasos de la prevención de infecciones. Incluir listado de materiales

### **PUNTOS CLAVES**

- Bioseguridad: cuidado del personal de salud y la mujer
- Pasos del proceso de prevención de infecciones
- Uso del Hipoclorito y su dilución

### **PROCEDIMIENTO**

1. Ver el vídeo elaborado por el POST ABORTION CARE CONSORTIUM y realizar reforzamiento con transparencias en cada paso. (30 m)
2. Reforzar los pasos del vídeo haciendo una demostración práctica del proceso (desarmar, limpieza y reensamblaje de la jeringa) (30m). Invitar a uno/a de las participantes a realizar la demostración. estimular con algún premio como opción.

**TIEMPO:**

Una hora

**MATERIAL:**

- Juego de protectores para la prevención de infecciones (bata, delantal, guantes, barbijo anteojos ).
- Material de descontaminación (balde con agua, solución de cloro, bolsas plásticas), de limpieza (cepillo suave o de dientes), compresas, bandejas para soluciones, detergente, agua.
- Juego de instrumental de AMEU y suministros para la reutilización del mismo.
- Fotocopias de la guía de prevención de infecciones basada en la competencia

- Transparencias

- Premios

**BIBLIOGRAFÍA**

Curriculo de capacitación para la prevención de infecciones/Pathfinder Internacional Cathy Solter 1997

Manual de referencia para solucionar problemas de Prevención de Infecciones para programas de planificación familiar/JHPIEGO 1998 Linda Tietjen,

Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME(Año2004)

## SEXTO MÓDULO (Primera parte)

### PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LAS HEMORRÁGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

#### INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo casi siempre requiere la "evacuación uterina", es decir, retirar de la cavidad uterina los productos retenidos de la concepción.

Tradicionalmente, el legrado uterino instrumental (LUI) ha sido el método utilizado para la evacuación uterina. Este procedimiento requiere raspar el revestimiento del úter o con un instrumento metálico (cureta), por lo general después de dilatar el cérvix.

La introducción de la AMEU como alternativa para el LUI ha sido observada cuidadosamente en más de 20 países.

Se continúa confirmando la seguridad, eficacia, bajas tasas de complicación y utilidad de la técnica de AMEU para mejorar la calidad de atención.

#### OBJETIVOS

- Comparar el AMEU con el LUI en cuanto a la técnica, mecanismo de acción, efectividad y complicaciones.

- Identificar las indicaciones y contraindicaciones para la correcta selección de la técnica

#### CONTENIDO

##### Procedimientos de Evacuación Uterina:

- **ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU):** Procedimiento quirúrgico, utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo hasta las 12 semanas de gestación incluyendo biopsia de endometrio, mediante la aspiración del contenido uterino con la jeringa, las cánulas de Karman y las cánulas de Ipas Easy Grip
- **LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI):** Procedimiento quirúrgico utilizado para el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas del embarazo hasta las 22 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la extracción del contenido uterino con curetas metálicas.

#### PROCEDIMIENTO DE AMEU

INDICACIONES de AMEU	CONTRAINDICACIONES de AMEU
Tratamiento del aborto incompleto con tamaño uterino menor o igual a 12 cm	Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor de 12 cm
Aborto séptico hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.	Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.
Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm	Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
Enfermedad trofoblastica (Mola hidatiforme), independientemente del tamaño uterino	Embarazo
Biopsia de endometrio	
Embarazo anembrionado con tamaño uterino menor o igual a 12 cm.	

Se debe realizar en ambiente quirúrgico, con banco de sangre y medicamentos de emergencia disponibles, en los siguientes casos:

- Antecedentes de trastornos de la coagulación
- Cirugía previa uterina reciente
- Sospecha de perforación uterina
- Anemia severa
- Anomalías uterinas congénitas.

- Presencia de fibromas u otros obstáculos que impidan determinar el tamaño del útero.
- Inestabilidad hemodinámica
- Trastornos respiratorios severos
- Cardiopatía descompensada.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.
- VIH/SIDA

### PROCEDIMIENTO DE LUI

El LUI sólo debe realizarse en caso de no existir posibilidad de utilizar la AMEU

INDICACIONES del LUI	CONTRAINDICACIONES del LUI
Tratamiento del aborto incompleto con tamaño de fondo uterino compatible hasta de 22 semanas de gestación	Sospecha o Confirmación de embarazo
Aborto séptico 6 - 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico	Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo
Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación	Falta de destreza para el manejo del procedimiento
Mola hidatiforme con cualquier tamaño uterino	
Biopsia diagnóstica de endometrio	

Se puede realizar con PRECAUCIÓN (en ambiente quirúrgico, con banco de sangre y medicamentos de emergencia disponibles) en los siguientes casos:

- Antecedentes de trastornos de la coagulación
- Cirugía previa uterina reciente
- Sospecha de perforación uterina
- Anemia severa
- Imposibilidad de determinar el tamaño del útero
- Anomalías uterinas
- Inestabilidad hemodinámica
- VIH/SIDA

- Elabora con los participantes una tabla comparativa en papelógrafo, sobre la resolución por AMEU y LUI, con las siguientes variables
- tiempo estancia hospitalaria
- equipamiento, instrumental, medicamentos e insumos necesarios
- recurso humano
- infraestructura necesaria
- tasa de complicaciones

### PREPARACIÓN AL FACILITADOR:

- Prepara los acetatos o presentación.

### PUNTOS CLAVES

- Características específicas de cada equipo
- Ventajas y desventajas de cada equipo
- Estadísticas sobre el manejo con los diferentes métodos

## **PROCEDIMIENTO**

- Conferencia ilustrada
- Trabajo de grupos o lluvia de ideas para construcción de tabla comparativa entre LUI y AMEU

## **TIEMPO:**

1 hora (1er.día)

## **MATERIALES**

- Instrumental de AMEU y LUI
- Transparencias
- Papel sábana y marcadores y transparencias y marcadores de transparencias

## **BIBLIOGRAFÍA**

Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME.

## SEXTO MÓDULO

(Segunda parte)

### EVALUACIÓN DE LA MUJER

#### INTRODUCCIÓN

En los casos en que se sospeche que una mujer acude al servicio por hemorrágicas de la primera mitad del embarazo, el primer paso para prestar atención a la mujer es evaluar su situación clínica necesario para poder hacer el diagnóstico e iniciar cualquier tratamiento de emergencia. La evaluación inicial puede revelar o sugerir la presencia de complicaciones que planteen un peligro inmediato para la vida, tales como shock, sangrado vaginal severo, infección / sepsis o una lesión intra abdominal. Estos problemas deben manejarse sin demora alguna para salvar la vida de la paciente o para evitar que su condición empeore. Incluso sin complicaciones, una hemorragia de la primera mitad del embarazo puede convertirse en un peligro para la vida si se retrasa el tratamiento definitivo (remoción de cualquier producto de concepción retenido). Por lo tanto, es esencial hacer una evaluación inicial precisa, seguida de un tratamiento rápido o de estar indicado, transferencia de la paciente a un establecimiento de mayor complejidad, luego de estabilizarla.

Este módulo esquematiza los pasos inicialmente requeridos para evaluar las condiciones en la que se presenta la paciente.

#### OBJETIVOS

- a) Realizar un diagnóstico de la condición clínica
- b) Realizar una historia clínica completa que permita:
  - Identificar el estado emocional de la paciente para determinar la técnica a utilizar.

- identificar las complicaciones de aborto y manejarlas de acuerdo a la patología
- Determinar la técnica de evacuación uterina si se utiliza la técnica del LUI o AMEU.

#### CONTENIDO

- Diagnosticar la condición clínica de la mujer
- Manejo de la Historia Clínica, Examen físico completo, pélvico y exámenes auxiliares.
- Identificar condiciones de referencia
- Clasificación del tipo de aborto

#### EVALUACIÓN DE LA MUJER

La evaluación de la mujer es de suma importancia antes de realizar cualquier procedimiento de evacuación uterina, para lo cual se debe considerar los siguientes pasos:

- Elaborar la historia clínica de la mujer.
- Corroborar que no haya tenido reacciones alérgicas a sustancias y medicamentos.
- Antecedentes patológicos y no patológicos
- Realizar un examen físico general.
- Detectar y atender las condiciones que ameritan tratamiento previo.
- Evaluar el estado emocional de la mujer.
- Determinar el tipo de manejo para disminuir el dolor.

- Informar a la mujer sobre su condición física, el procedimiento y el propósito del mismo.
- Hablar con ella sobre anticoncepción, si está tranquila y receptiva.
- Solicitar que vacíe su vejiga poco tiempo antes de entrar a la sala de tratamiento.
- Colocar a la mujer en posición ginecológica con los glúteos a 5 centímetros de la orilla de la mesa y cubrirla.
- Cumplir con las medidas para la prevención de infecciones.
- Realizar palpación bimanual para determinar el tamaño real del útero, su posición y el grado aproximado de dilatación cervical.

#### *Objetivos de la evaluación de la mujer:*

1. Determinar:
  - La existencia o no de un aborto
  - Tamaño del útero según semanas de gestación, y grado de dilatación cervical
2. Determinar el estado emocional de la mujer.
3. Clasificar el tipo de aborto:
  - **Completo:** eliminación de todo el contenido del útero (feto, placenta y membranas), indoloro con cuello uterino cerrado.
  - **Incompleto:** expulsión del feto con permanencia en el útero de toda o parte de la placenta. Con sangrado persistente y/o abundante, doloroso con cuello uterino abierto y útero aumentado de tamaño.
  - **Inevitable:** Estado que se caracteriza por hemorragia vaginal y contracciones uterinas, acompañadas de dilatación cervical de tal grado que impide toda esperanza de evitar la expulsión del contenido uterino.
  - **En curso:** Cuadro clínico que presenta las características de la amenaza de aborto, pero en el que se descubre además un acortamiento

del cuello uterino con permeabilidad y dilatación del orificio cervical. Evoluciona hacia la expulsión del producto de la concepción.

- **Diferido o retenido:** Producto de la concepción muerto y queda retenido en cavidad uterina.
- **Legal:** Interrupción del embarazo prescrito por ley y conforme a ella. Por causales permitidas por la legislación vigente en una localidad, región o país.
- **Séptico:** en el que el embrión y el tracto genital de la madre están infectados.
- **Terapéutico:** Interrupción del embarazo realizado para salvar la vida de la madre, por motivos médicos.

4. Identificar las complicaciones del aborto y su manejo:
  - Infecciones
  - Hemorragias
  - Perforación uterina
  - Laceración cervical
  - Alteraciones hemodinámicas
5. Determinar el tipo de manejo:
  - Ambulatorio
  - Hospitalario
6. Determinar el procedimiento de evacuación uterina:
  - LUI
  - AMEU

#### **PREPARACIÓN DEL FACILITADOR**

- Preparar un Estudio de caso para llenado de HC

- Contar con Lista de verificación
- Contar con Prestación de hemorragias de la primera mitad del embarazo del SUMI
- Utilizar Algoritmo de evaluación y manejo de la mujer

### **PUNTOS CLAVES**

- Diagnóstico: determinar la condición clínica y definir la referencia en caso necesario.
- Describir las características de los equipos utilizados para realizar el procedimiento
- Apoyo emocional
- Identificar las complicaciones del aborto y su manejo:
  - Infecciones
  - Hemorragias
  - Perforación uterina
  - Laceración cervical
- Determinar el tipo de manejo:
  - Ambulatorio
  - Hospitalario

- Determinar la técnica de evacuación uterina:
  - LUI
  - AMEU

### **PROCEDIMIENTO**

- Prepare estudio de caso de acuerdo al número de participantes.
- Utilice tarjetas para algoritmo de evaluación y manejo de la mujer

### **TIEMPO RECOMENDADO:**

2 horas

### **MATERIALES:**

- Historias Clínicas
- Carteles para algoritmos
- Estudio de casos preelaborados

### **BIBLIOGRAFÍA**

Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME

## SEXTO MÓDULO (Tercera parte)

### MANEJO DEL DOLOR

#### INTRODUCCIÓN

El ejecutar el procedimiento de AMEU fuera del centro quirúrgico de un hospital favorece el uso de la anestesia local y sedación leve, en lugar de los anestésicos generales o regionales que representan un mayor riesgo. Para la realización de la AMEU, lo recomendable es utilizar medicación preprocedimiento y anestesia local, aunque en ciertos casos dependiendo de la valoración de la usuaria se puede usar anestesia general, el uso de la anestesia local permite un tratamiento ambulatorio y es más seguro para las usuarias.

Dado que la paciente está consciente durante la AMEU, el personal debe tener especial cuidado con el manejo del dolor, mediante un trato de apoyo y el uso adecuado de medicamentos. Aunque cada establecimiento de salud tiene un protocolo general para el uso de medicamentos, el médico en cuestión debe responder a las necesidades específicas de cada paciente.

#### OBJETIVOS:

- Seleccionar los medicamentos más adecuados para el manejo del dolor de acuerdo con las necesidades de la mujer
- Describir el objetivo del manejo del dolor, especialmente para la AMEU.
- Hacer una relación de los tipos de manejo del dolor y de los métodos disponibles en cada tipo.
- Describir los tipos de dolor que pueden experimentar las pacientes debidos a las hemorragias de la primera mitad del embarazo, a sus posibles complicaciones y al procedimiento de AMEU.

- Identificar los tipos de medicamentos, sus características, dosis, vías de administración
- Vigilar la condición de la paciente, si es necesario hacer ajustes en los medicamentos para el manejo del dolor, reconocer los síntomas de las complicaciones de la anestesia y tratarlas.

#### CONTENIDOS:

- Objetivos del manejo del dolor
- Tipos de dolor
- Requisitos básicos
- Técnicas para el manejo del dolor
- Medicamentos necesarios

#### *Objetivo del manejo del dolor*

Ayudar a calmar la ansiedad y disminuir las molestias que la paciente pueda sentir con el menor riesgo para su salud.

#### *Tipos y orígenes del dolor*

1. Dolor intenso, a consecuencia de la dilatación o estimulación cervical.
2. Dolor difuso en la parte inferior del abdomen con cólicos provocados por el movimiento del útero al raspar la pared uterina y por espasmos del útero.

#### *Requerimientos generales en el manejo del dolor*

1. Crear un ambiente agradable, limpio y tranquilo.

2. Brindar trato amable y personalizado.
3. Dar orientación sobre su condición médica actual, el procedimiento a realizarse y los cuidados inmediatos.
4. Contar con personal capacitado y el equipo necesario para el procedimiento.

### *Tipos de fármacos para el manejo del dolor*

El dolor puede disminuirse mediante tres pasos: Medicación pre-procedimiento, Manejo conductual, Variedades de anestesia como el bloqueo paracervical o anestesia general

1. **Analgésico:** Alivia la sensación del dolor (ejemplo: metil bromuro de hioscina ampollas intramusculares)
2. **Ansiolítico:** Deprime las funciones del sistema nervioso central. Disminuye la ansiedad más no el dolor.  
  
(ejemplo: diazepam 10 mgrs/ml. IM.)
3. **Anestésico:** Elimina toda sensación física, sea local, regional o general. (ejemplo: citrato de fentanilo, 0.05mg/ml, ampolla EV.)

El control efectivo del dolor en la AMEU generalmente consiste en una combinación de medicamentos con el manejo conductual del dolor, confianza y una comunicación clara.

### *Técnica del Bloqueo paracervical*

Interrumpe la transmisión de las sensaciones dolorosas sólo a nivel de los tejidos locales. En la mayoría de los casos en que está indicada la AMEU, la anestesia local paracervical es la más segura.

Diluya 5ml de lidocaína o xilocaina HCL al 2% sin epinefrina en 5 ml de solución salina o agua destilada, y cargue en una jeringa de 10 ml. Con aguja 21 G x 1 1/2.

Aplique el bloqueo paracervical en los puntos horarios del cervix 5 y 7, en el repliegue donde se une el cervix con la vagina (menor riesgo de encontrar las arterias cervicales) aguja para punción lumbar No.21ó 22, o si se cuenta con un **extensor**

**de aguja** se puede utilizar una aguja más pequeña (No. 23-25). Introducir la aguja no más de 0.5 cms. Es muy importante aplicar la inyección lentamente y aspirando, para no aplicar directamente en un vaso sanguíneo; luego de terminar la aplicación de la anestesia se debe esperar de 3 a 5 minutos para que haga efecto el anestésico.

### *Analgesia - Sedación*

Para administrar: canalice una vena con Bránula N° 19 y administre solución de Ringer Lactato 1000ml.a 18-24 gotas minuto. Administre diazepam 5mg/ml. En forma lenta. Se pueden utilizar también antiespasmódicos oral, IM o IV

De considerar necesario, administre citrato de fentanilo 0.05mg/ml, EV. diluido en 5 ml de solución. Posteriormente administre sulfato de atropina 1mg/ml EV.

### *Complicaciones*

1. De los analgésicos narcóticos ( citrato de fentanilo): Depresión respiratoria. Auxilie la respiración con bolsa de Ambú y oxígeno. Neutralice el fentanil con naloxona a razón de 0.4 mg por vía EV.
2. De los ansiolíticos (Diazepam): Depresión respiratoria. Auxilie la respiración con bolsa de Ambú y oxígeno. Neutralice los efectos con flumazenil 0.2mg EV.
3. De los anestésicos locales (Lidocaína) :
  - Reacción alérgica (rara). Aplique difenhidramina 25 a 50 mg. por vía EV o epinefrina 0.4 mg. subcutánea y apoye la respiración.
  - Reacción tóxica (rara). Si hay trastornos ligeros (adormecimiento alrededor de la boca, vértigo, tinnitus) dé apoyo verbal, monitoree estrechamente durante unos minutos. Si hay manifestaciones graves (desorientación, contracciones, convulsiones, depresión respiratoria) administre oxígeno de inmediato y Diazepam 5 mg. por vía EV lentamente.

**En caso de utilizar la técnica del LUI, se debe contar con anesthesiologo.**

### **PREPARACIÓN DEL FACILITADOR:**

- Repasar Manual para el manejo de las HPME
- Conocer los medicamentos que brinda el SUMI
- Asegúrese de contar con los ámbitos de práctica clínica y con modelo pélvico

### **PUNTOS CLAVES:**

- Anatomía y fisiología del dolor en AMEU y LUI
- Medicamentos para el procedimiento
- Pasos de la técnica del bloqueo para cervical
- Manejo de complicaciones

### **PROCEDIMIENTO:**

- Conferencia ilustrada: (presentar transparencias con la anatomía y fisiología del Sistema Nervioso Central).
- Pasos de la técnica, Medicamentos utilizados

- Demostración práctica en modelo pélvico con guía de aprendizaje

### **TIEMPO:**

2 horas

### **MATERIAL**

- Juego de diapositivas acerca del manejo del dolor (opcional)
- Modelo pélvico (el tener varios modelos disponibles ayuda con la práctica)
- Agujas para punción lumbar calibre 22 y jeringa de 20 cc o extensor de aguja y aguja corta de calibre 22 para demostración del bloqueo paracervical.
- Instrumental de examen ginecológico.

### **BIBLIOGRAFÍA**

Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME.

## SEXTO MÓDULO

(Cuarta parte)

### PROCEDIMIENTOS EN EL MANEJO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

#### INTRODUCCIÓN

Las hemorragias de la primera mitad del embarazo se tratan por medio de la remoción de los restos del producto de la concepción de la cavidad uterina. El método utilizado para evacuar el útero depende de la duración estimada del embarazo, esta se basa en la fecha de la última menstruación (FUM), en el tamaño del útero y la dilatación cervical así como también en la disponibilidad de equipo, suministros y personal capacitado. De no estar disponibles los suministros ni el personal capacitado, la mujer deberá ser transferida de inmediato a un establecimiento con mayor capacidad resolutive.

Los abortos incompletos del primer trimestre se tratan preferentemente mediante AMEU. Se ha encontrado que la aspiración manual endouterina disminuye notablemente las posibilidades de causar traumatismo a la paciente, además la aspiración manual no requiere anestesia general y puede hacerse en una sala de exámenes o de procedimientos clínicos. Sin embargo, en el caso de una hemorrágicas de la primera mitad del embarazo mayores a 12 semanas, el tratamiento debe ser realizado con la técnica de LUI en un ambiente con la capacidad resolutive para este efecto.

#### *La aspiración manual endouterina (AMEU)*

El tratamiento de las hemorrágicas de la primera mitad del embarazo casi siempre requieren "evacuación uterina", es decir, retirar de la cavidad uterina los productos retenidos de la concepción.

Tradicionalmente, el legrado uterino instrumental (LUI) ha sido el método utilizado para la

evacuación uterina, este procedimiento consiste en raspar el endometrio del útero con un instrumento metálico (cureta), por lo general después de dilatar el cérvix.

La aspiración endouterina se desarrolló como un método mejorado de evacuación uterina y ha reemplazado al LUI en casi todo el mundo, es considerado actualmente como el procedimiento de primera elección para el tratamiento de las HPME.

La AMEU es una técnica segura y eficaz para la evacuación endouterina cuyo bajo costo, sencillez y portabilidad la hacen una excelente opción de técnica de salud reproductiva. Mas de 25 años de investigaciones clínicas en mas de cien países han demostrado que la aspiración para la evacuación endouterina es mas segura y tan eficaz como el legrado uterino instrumental (LUI), el cual también se conoce como dilatación y curetaje (D&C). Además se ha comprobado que cuando la AMEU se ofrece en centros de pacientes externos, se reduce el costo y la estancia hospitalaria de la mujer que se somete al procedimiento en comparación con el LUI, el cual debe efectuarse en una sala de operaciones <sup>10</sup>.

Las experiencias clínicas reportadas por los médicos concuerdan con los resultados generales del uso de la AMEU en el ámbito mundial <sup>11</sup>.

En resumen, el procedimiento de AMEU es relativamente sencillo. Sin embargo, para poder efectuarlo en forma segura y efectiva, se requiere práctica y atención cuidadosa.

10. Greenslade et al., 1993., Baird y Flynn, 2001.

11. Baird y cols.1996

## OBJETIVOS:

- Explicar los pasos necesarios para la realización correcta de las técnicas de AMEU y LUI para familiarizarse con las técnicas
- Desarrollar las competencias en el manejo correcto del AMEU y el LIU en modelo pélvico y en pacientes

## CONTENIDOS

### Técnica del AMEU

- Preparación del instrumental
- Preparación de la paciente
- Preparado de la mesa auxiliar
- Momentos de la preparación en la mesa

## 1. PROCEDIMIENTO DEL AMEU:

### a) Preparación del instrumental para AMEU:

#### INSTRUMENTAL NECESARIO:

- Juego de jeringa de válvula simple:
  - Una jeringa con válvula de una sola vía de cierre, mango del émbolo con anillo "0" y aro de seguridad.
  - Silicona para lubricar la jeringa
  - Cánulas de Karman flexibles o semirígidas Ipas Easy Grip, con 4,5 y 6 mm de diámetro externo.
- Juego de jeringa de válvula doble.
  - Una jeringa de 60 ml con válvula de doble cierre, mango del émbolo con anillo "0" y aro de seguridad.
  - Silicona para lubricar la jeringa
  - Cánulas de Karman flexibles o semirígidas Ipas Easy Grip estériles de 4,5, 6,7,8,9,10 mm y de 12 mm de diámetro externo.

- Juego de dilatadores flexibles de Denniston.
- Adaptadores
- Extensor de aguja
- Especulo de Graves de tamaño adecuado.
- Pinza de Pozzi o tenáculo
- 2 Pinzas de Foerester recta de 25 cm. (pinza aro larga)
- Pocillo para solución antiséptica
- Cloruro de cetil piridonio (DG-6) diluido, 5 ml u otro antiséptico
- Gasas estériles.
- Par de guantes estériles
- Guante de tacto
- Bata.

**Tabla para reconocer el adaptador adecuado para cada cánula**

Diámetro de la cánula (observar el punto para adecuar el adaptador).	Color del adaptador
4,5,6 mm	Azul
7mm	café claro
8 mm.	Marfil o Blanco
9mm	café oscuro
10 mm.	Verde oscuro
12 mm.	No tiene

Antes de iniciar el procedimiento el proveedor debe:

- Revisar y completar la Historia Clínica y completar especialmente si faltan algunos datos como antecedentes de alergias y anestésicos.
- Evaluar el tipo de anestésico, sedantes o analgesia.
- Constatar el equipamiento suficiente de la sala

de procedimientos en cuanto al equipo de AMEU, medicamentos de emergencia, soluciones descontaminantes y antisépticas.

### b) Preparación de la mujer:

- No se debe realizar tricotomía.
- Indique a la mujer para que evacue la vejiga.
- Pida a la mujer que se coloque en posición ginecológica, cubriéndola con ropa adecuada.
- Realice asepsia y antisepsia de la región vulvovaginal con una gasa embebida en solución de cloruro de cetil piridonio (DG-6) diluyendo 20 gotas en medio litro de agua hervida tibia.
- Lávese cuidadosamente las manos y colóquese los guantes estériles
- Realice un examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición, características del útero y la dilatación del cuello uterino.

## TÉCNICA

### c) Preparación de la mesa auxiliar:

#### OPCIÓN A: <sup>12</sup>

- Coloque un campo estéril que cubra toda la superficie de la mesa.
- Un 60% de la mesa debe ser considerada como **área rígida** (nunca debe tocarse esta área con las manos).
- Un 40% de la mesa será considerada **área semirígida**.

En el área rígida coloque el instrumental estéril:

- Pinza aro.
- Espéculo.
- Pinza de cuello uterino (Pozzi o tenáculo).

- Extensor de aguja.
- Jeringa de 10 ml con lidocaína diluida.
- Riñonera.
- Pocillo con antiséptico.
- Cánulas de Karman o Ipas Easy Grip
- Adaptadores
- Dilatadores
- Gasas.

En el área semirígida coloque el siguiente instrumental:

- Jeringas de AMEU
- La división de la mesa en estas dos áreas se realiza cuando la jeringa no esta sometida a DAN o esterilización.

#### OPCIÓN B:

#### Momentos para la preparación de la mesa:

##### • Momento metálico:

En el área rígida colocar una pinza de aro (nunca debe tocarse esta área con las manos).

En el área semi-rígida colocar el:

- Especulo
- Pocillo con antiséptico
- Riñonera
- Pinza aro de limpieza
- Pinza de cuello uterino (Pozzi)
- Extensor de aguja
- Jeringa de 10 ml con lidocaina diluida

##### • Momento plástico:

En el área rígida colocar:

12. En el caso de que la jeringa y los adaptadores, también hubiesen sido sometidos a esterilización o DAN, toda la mesa de Mayo puede ser considerada como área rígida o estéril.

- Cánulas y dilatadores.

En el área semi-rígida:

- Jeringas de Karman
- Adaptadores.

**Luego de preparar la mesa debe:**

- Insertar el especulo suavemente en forma oblicua (a partir de ese momento debe considerar que los guantes ya no son estériles), proceder a la asepsia del cuello uterino y vagina con solución de cetil cloruro de piridonio (DG-6) diluido u otro antiséptico
- Estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior a horas once y una, con una pinza Pozzi y aplicar una suave tracción que permita la estabilización del cuello uterino.
- Aplicar la lidocaina al 1%, 5 ml por lado en el repliegue cervicovaginal a horas 5 y 7 a 0.5 - 1 cm. de profundidad, aspirando previamente a fin de evitar la colocación de la lidocaina en un vaso. Esperar 3 a 5 minutos.
- Mientras espera el efecto de la anestesia: si utiliza la opción B en el armado de la mesa ejecutar el “momento plástico”. Colocar en el área rígida de la mesa cánulas y dilatadores que se usarán, utilizando la pinza de Foerester o de aro. Los dilatadores se colocarán en forma horizontal a la mesa y las cánulas en forma vertical en el área rígida. En el área “semi-rígida” colocar las jeringas (simple y/o doble) y los adaptadores.

**c) Procedimiento de AMEU**

- En los casos de aborto diferido o retenido en los que el cuello está cerrado, dilatar el cuello suavemente para permitir el paso de la cánula adecuada para el tamaño del útero. Dilatar el cuello hasta un número MAYOR que el diámetro de la cánula que va a utilizar.
- Dilatar el cuello uterino tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media, e introducir el menor calibre. Luego rotar al lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma

manera con los siguientes dilatadores hasta un número mayor a la cánula a utilizar,

- Para introducir la cánula elegida que servirá además para determinar la histerometría, tomarla por el extremo distal con LA TÉCNICA de “no tocar” y empujar suavemente a través del cuello hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determinar la histerometría.
- Tomar en cuenta que el primer punto de la cánula está a 6 cm del extremo distal de la misma, los otros puntos están a intervalos de 1 cm.
- Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y retire un centímetro del fondo uterino y con la otra mano agarre la jeringa y conéctelas
- Asegúrese de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.
- Suelte la válvula de seguridad de la jeringa para pasar el vacío a la cavidad uterina a través de la cánula. Rote la jeringa 360 grados para distribuir el vacío. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.
- Extraiga el contenido de la cavidad uterina moviendo la cánula suave y lentamente hacia adelante y atrás dentro de la cavidad uterina, rotando la cánula y la jeringa en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.
- Si la jeringa se llena de restos, cierre la válvula, desconecte la jeringa de la cánula, dejando la cánula colocada dentro del útero (*no empuje el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa*). Vacíe el contenido de la jeringa en un recipiente de vidrio para inspeccionarlo, abriendo la válvula de seguridad y empujando suavemente el émbolo dentro del cilindro.
- Restablezca el vacío, reconecte la jeringa y continúe la aspiración, o desconecte la jeringa

llena y conecte otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración.

• **Señales de haber completado el procedimiento:**

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven mas restos en la cánula.
- Se percibe una sensación áspera cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado. Se escucha el paso de la cánula por las superficies ásperas.
- El cuello del útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.

• **Una vez terminado el procedimiento:**

- Desconecte la jeringa, retire la cánula y el tenáculo. Verifique que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi (tenáculo). En caso de sangrado presione con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retire suavemente el especulo.
- Deposite todo el instrumental y los guantes en un depósito

• **Inspección del tejido extraído:**

- Colar y enjuagar el tejido
- Colóquelo en un recipiente transparente
- Inspeccione el material por trans-iluminación
- Cerciórese de haber extraído partes fetales, y/o vellosidades coriales.

*Pérdida del vacío durante el procedimiento*

En algunas ocasiones durante el procedimiento, el vacío de la jeringa se pierde ya sea porque la jeringa se llena o porque accidentalmente la cánula se retira del orificio externo del cérvix.

• **Si la jeringa se llena:**

- Cerrar la válvula y desconectar la jeringa de

la cánula, dejando la punta de la cánula colocada dentro del útero.

- Vaciar el contenido de la jeringa en un recipiente para inspeccionarlo, abriendo la válvula de seguridad y empujando suavemente el émbolo dentro del cilindro.
- Volver a formar el vacío en la jeringa y conectar a la cánula, continuar con la aspiración.

• **Si la cánula se retira fuera del canal cervical:**

- Reinsertar en el útero o retirar la cánula teniendo cuidado de no tocar las paredes vaginales u otra superficie no estéril.
- Cerrar la válvula de seguridad de la jeringa.
- Desconectar la jeringa de la cánula, vaciar el contenido de la jeringa y volver a hacer el vacío.
- Reintroducir la cánula si no se ha contaminado. Si se contaminó, introducir otra cánula estéril.
- Volver a conectar la jeringa, soltar la válvula y continuar la aspiración.
- Técnica de LUI (sólo como ilustración general, no para desarrollar toda la técnica)

**PREPARACIÓN DEL FACILITADOR**

- Pasos del procedimiento teórico y práctico
- Revise los Estudios de Casos y haga copias para los participantes (original incluido).
- Prepare los materiales visuales del módulo en acetatos o rotafolios.
- Prepare el modelo pélvico para la práctica del procedimiento de AMEU.
- Al demostrar el procedimiento en el modelo siga cada paso y use la técnica de "no tocar".

**PUNTOS CLAVES:**

- Preparación del instrumental
- Preparación de la paciente
- Manejo del dolor
- Preparado de la mesa auxiliar
- Momentos de la preparación de la mesa

**PROCEDIMIENTO:**

- Proyectar Vídeo
- Reforzamiento con guías de aprendizaje
- Practica en modelos pélvicos

**TIEMPO:**

2 Horas.

**MATERIALES**

- Vídeo
- Instrumental para AMEU y LUI
- Modelo pélvico
- Guías de aprendizaje
- Estudio de casos basándose en H.C. del servicio

**BIBLIOGRAFÍA**

Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME.

## SÉPTIMO MÓDULO

### MANEJO DE COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO

#### INTRODUCCIÓN

Toda mujer con hemorragia de la primera mitad del embarazo puede presentar también una o más complicaciones que hacen peligrar su vida: shock, sangrado vaginal intenso, lesiones intraabdominales o sepsis. El personal de salud debe identificar tales complicaciones e iniciar de inmediato un tratamiento a fin de salvar la vida de la paciente.

#### OBJETIVOS:

- Explicar los tipos de complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo
- Describir paso a paso el tratamiento de la perforación uterina (con y sin laparotomía).
- Describir y explicar el tratamiento del: shock, sangrado vaginal intenso, por perforación uterina y/o laceración cervical, además de perforación de otras vísceras y sepsis
- Determinar el momento en que la evacuación uterina o intervención quirúrgica es la medida más efectiva en el tratamiento de las complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo.
- Explicar los principios de resucitación de urgencia y los preparativos para el envío y traslado a un establecimiento de mayor complejidad.

#### CONTENIDO

- Complicaciones durante el procedimiento
  - Perforación uterina
  - Laceración cervical
  - Lesión intra abdominal

- Hemorragia severa y Shock.
- Embolia gaseosa
- Shock neurogenico
- Complicaciones post procedimiento
  - Infección.
  - Sepsis
  - Hemorragia severa y Shock.
  - Hematometra

**La AMEU causa un mínimo de trauma al cérvix y al útero. Sin embargo, en raras ocasiones pueden presentarse una o más de estas complicaciones:**

- Evacuación incompleta
- Evacuación "en blanco"
- Perforación uterina o laceración cervical
- Infección pélvica
- Hemorragia
- Hematometra agudo
- Embolia gaseosa
- Shock neurogénico
- Reacción anestésica

**Evacuación incompleta.** Es la retención de tejidos post AMEU que puede llevar a una hemorragia e infección. La mejor forma de prevenir una evacuación incompleta es observar cuidadosamente las señales de haber completado el procedimiento. La evacuación incompleta se trata repitiendo la evacuación y administrando antibióticos cuando sea necesario.

**Evacuación "en blanco".** Es la no-obtención de tejidos a través de la AMEU. Debe hacerse una nueva evaluación pélvica que permita identificar la posibilidad de un aborto completo, una evacuación incompleta, una perforación uterina o un embarazo ectópico. Esta última posibilidad sobre todo se debe sospechar cuando no se obtiene tejido y existe una prueba de embarazo positiva. Su manejo es quirúrgico. En caso necesario solicitar ecografía pélvica

**Perforación uterina.** Para evitar esta complicación es esencial practicar un examen cuidadoso para establecer la posición del útero y del cérvix. La perforación uterina también puede dañar órganos internos y vasos sanguíneos. Cuando se sospecha de una perforación uterina se deben observar las funciones vitales de la paciente, colocar solución EV, vigilar la evolución para determinar una conducta quirúrgica, si fuera necesario.

**Infección pélvica.** Para prevenir una infección post-operatoria, en casos no complicados, debe cumplirse las normas de prevención de infecciones. El tratamiento de la infección post-operatoria depende de la ubicación y tipo de infección. Utilizar antibióticos

**Hemorragia.** Su tratamiento depende de la causa y severidad de la hemorragia, puede incluir una nueva evacuación, el uso de oxitócicos, prostaglandinas, masaje uterino, suero intravenoso, transfusiones o cirugía.

**Hematometra agudo.** Esta es una condición no frecuente en la cual se cierra el cervix obstruyendo la salida fisiológica del sangrado uterino, creando distensión uterina por hemorragia continua,

asociados a cólicos severos y síntomas vágales, generalmente se presenta dentro de las primeras dos horas de terminado el procedimiento. Su tratamiento incluye nueva evacuación del útero y administración de uterotónicos o masajes para mantenerlo contraído.

**Embolia gaseosa.** Esta condición se presenta muy rara vez pero puede suceder si se empuja el émbolo de la jeringa con presión negativa mientras la cánula se encuentra todavía en la cavidad uterina. En este caso canalizar vía EV y respiratoria asistir la respiración y trasladar a UTI para manejo de especialidad en el establecimiento que cuente con mayor capacidad resolutoria.

**Shock neurogénico.** Se produce por dolor intenso en personas muy ansiosas, lo que ocasiona una reacción vagal, con hipotensión y bradicardia, que lleva al síncope. El manejo debe ser fundamentalmente preventivo. Debe darse soporte cardio-respiratorio e inmediatamente aplicar atropina 0.5 mg EV.

**Reacción anestésica.** Puede producir una reacción alérgica o tóxica a los fármacos utilizados. El tratamiento será de acuerdo al tipo de complicación que se presente (ver Objetivo específico #9).

### PREPARACIÓN DEL FACILITADOR:

- Estudio de casos por problemas detectados en servicio
- Prepare copias de cuadros
- Ejercicio de identificación y Tratamiento de las complicaciones

**Cuadro para la identificación y tratamiento de las complicaciones del procedimiento**

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento Inicial
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escalofrío, fiebre mayor a 38,5°C, sudación, piel pálida y taquicardia</li> <li>• Flujo vaginal fétido</li> <li>• Dolor abdominal, dolor a movilización uterina</li> <li>• Signo de dolor por rebote</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Presión arterial baja</li> <li>• Sangrado prolongado</li> </ul>	<p>Infección o sepsis</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de signos vitales cada cuatro horas</li> <li>• Control y registro de diuresis horaria</li> <li>• Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable</li> <li>• Canalice vena con bránula p 18, proporcione líquidos por vía IV (Ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto)</li> <li>• Administre 20 UI de oxitocina diluidas en 1000ml de solución glucosada al 5% para 12 horas</li> <li>• Inicie antibioticoterapia según esquemas: <b>Esquema 1:</b> Penicilina G sódica 6 millones de</li> </ul>

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento Inicial
		<p>UI EV cada 4 horas (o Amoxicilina 1 gramo EV. cada 6 horas) mas gentamicina 80mgr. IM o EV. cada 8 horas, mas metronidazol 500 mgr. Dosis inicial de 1 gr. EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mgr. EV cada 6 horas (en 20 minutos). Por 7 días.</p> <p><b>Esquema 2:</b> Penicilina G sódica 6 millones de UI EV cada 4 horas (o Amoxicilina 1 gramo EV. cada 6 horas) mas cloranfenicol 1 gr. EV. Cada 6 horas.</p> <p><b>Esquema 3:</b> Metronidazol 500 mgr. Iniciar con 1 gr. EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mgr. EV cada 6 horas (en 20 minutos). Por 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si es necesario aplique toxoide tetánico</li> <li>• Si es necesario administre oxígeno y refiérela a un establecimiento de mayor capacidad resolutive</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso rápido</li> <li>• Caída de PA.</li> <li>• Sangrado excesivo</li> <li>• Antecedentes de manipulación previa</li> </ul>	<p>Perforación uterina antes del procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valore si existe lesión intra abdominal.</li> <li>• Valore la necesidad de realizar laparotomía</li> <li>• Administre líquidos por vía EV.</li> <li>• Administre oxitocina 20 UI. EV. Diluidas en 1000 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo</li> <li>• Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis</li> <li>• Observación de SV. Cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.</li> <li>• Si las condiciones clínicas se estabilizan concluya la evacuación uterina.</li> <li>• En caso de no conseguir la estabilización realice laparotomía exploratoria.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El instrumento penetra más allá de lo esperado.</li> <li>• Sangrado excesivo durante el procedimiento.</li> <li>• Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos.(grasa, epilón, etc.)</li> </ul>	<p>Perforación uterina durante el procedimiento con lesión visceral</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valore si existe lesión intra abdominal.</li> <li>• Valore la necesidad de realizar laparotomía</li> <li>• Administre líquidos por vía EV.</li> <li>• Administre oxitocina 20 UI. EV. Diluidas en 1000 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo</li> <li>• Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis</li> <li>• Observación de SV. Cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.</li> <li>• Realice laparotomía de preferencia con participación de cirujano general</li> <li>• Observación post operatoria de SV. cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal, cólicos</li> <li>• Abdomen distendido</li> <li>• Ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes</li> <li>• Abdomen tenso y duro</li> <li>• Dolor a la palpación Blumberg (+)</li> <li>• Nauseas y/o vómitos</li> <li>• Dolor de hombro</li> <li>• Fiebre</li> </ul>	<p>Lesión intra abdominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegúrese que la vía respiratoria este permeable</li> <li>• Administre oxígeno</li> <li>• Sonda vesical para control de líquidos</li> <li>• Administre antibióticos</li> <li>• Administre soluciones EV.</li> <li>• Realice laparotomía de preferencia con participación de cirujano general</li> <li>• Observación post operatoria de SV. cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pulso débil, rápido</li> <li>• Presión arterial baja</li> <li>• Palidez</li> <li>• Respiración rápida</li> <li>• Estado mental de inquietud, confusión o inconsciencia</li> </ul>	<p>Shock</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegúrese de que la vía respiratoria esté permeable</li> <li>• Administre oxígeno</li> <li>• Administre líquidos EV (sangre, si hace falta)</li> <li>• Coloque sonda vesical</li> <li>• Determine la causa del Shock</li> <li>• Procede de acuerdo a etiología.</li> </ul>

**PUNTOS CLAVES:**

- Tablas de identificación y tratamiento de las complicaciones
- Verificar las señales de haber terminado el procedimiento

**PROCEDIMIENTO:**

- Elaborar estudios de casos reales con complicaciones
- Reforzamiento en conferencia ilustrada o ejercicio activo participativo sobre la base de tabla de identificación y manejo de complicaciones
- Realizar transparencias de la tabla, incluyendo el tratamiento en cada transparencia

- Promover las soluciones de acuerdo a la capacidad resolutive por niveles

**TIEMPO:**

2 horas

**MATERIALES:**

- Transparencia
- Estudios de casos con HC de la institución

**BIBLIOGRAFÍA**

- Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME.

## OCTAVO MÓDULO

### ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

#### INTRODUCCIÓN

En muchos casos, la atención de emergencia de las HPME podría ser uno de las pocas oportunidades de contacto que tiene la mujer con el sistema de salud. Este momento es una oportunidad para brindar información y orientación en anticoncepción.

Es posible que algunas mujeres deseen quedar embarazadas después de haber tenido hemorragia de la primera mitad del embarazo y no hay ninguna razón por la que se las deba desalentar, a menos que existan razones médicas. No obstante, la mayoría de las mujeres que reciben la atención HPME no desean un embarazo inmediato. Más aún, una mujer que se haya arriesgado a los peligros de un aborto realizado en condiciones de riesgo **manifiesta claramente** el deseo de controlar su fertilidad y la necesidad de apoyo en la prevención de embarazos no deseados.

Como mínimo, todas las mujeres que reciban **anticoncepción** post aborto necesitan orientación e información para asegurar que:

- Puedan quedar embarazadas de nuevo antes de la próxima menstruación.
- Existen métodos seguros para evitar o retrasar el embarazo y decidir tener o no tener más hijos o cuantos tener
- Dónde y cómo pueden obtener servicios y métodos de anticoncepción.
- Que un embarazo antes de cumplir los seis meses post aborto puede poner en riesgo la vida de la mujer como la del niño/a

#### OBJETIVOS:

- Describir los métodos de Anticoncepción adecuados para el post aborto y desarrollar habilidades para su aplicación.
- Explicar las consideraciones especiales para el uso de métodos anticonceptivos después de un aborto
- Explicar cómo la presencia de infección, hemorragia vaginal severa, trauma vaginal/cervical y lesión intraabdominal afectan o modifican el uso de cada método.
- Explicar los protocolos locales de referencia, dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos y otra información esencial.

#### CONTENIDO:

- Factores que limitan la prestación de los servicios
- Aspectos de fertilidad post aborto
- Conocimiento del uso de métodos en el post aborto de acuerdo a las características de la mujer y sus condiciones clínicas
- Característica de los métodos: tabla de procedimientos sobre MAC

#### Puntos claves

- Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 14 días del aborto y que el 75% de las mujeres han ovulado dentro de las 6 semanas del post-aborto.
- La provisión de métodos anticonceptivos en el

post-aborto inmediato es un elemento importante en la prevención de un nuevo embarazo no deseado o no planificado. Por ello, su uso, sobre todo en aquellas mujeres que tuvieron un aborto inducido, romperá el ciclo repetitivo del aborto.

- La prevención de embarazos no deseados.
- Espaciamiento de los nacimientos, por lo menos dos años, tiene efecto en la reducción de la mortalidad materna e infantil.<sup>13</sup>
- Las recomendaciones para el uso de anticonceptivos después de un aborto espontáneo o inducido, son similares a las que se utilizan durante el intervalo intergenésico, excepto si el aborto esta complicado con una infección, anemia severa o perforación uterina.
- Los métodos naturales no debe considerarse como método de primera elección en el post aborto debido a que pueden existir ciclos anovulatorios o ciclos irregulares en los que la ovulación puede darse en cualquier momento. Si la mujer elige un método natural podría utilizarlo después de su próxima menstruación y con la información adecuada referente a estos métodos.
- Para efecto de la anticoncepción, se debe considerar el día de la evacuación uterina como si fuera el primer día de la menstruación.
- Se debe garantizar y asegurar la existencia de servicios adecuados de orientación en anticoncepción de todos los métodos disponibles para las/los clientes, con la consecuente toma de decisión libre e informada.
- La mujer deberá postergar su próximo embarazo por lo menos seis meses después del procedimiento.<sup>14</sup>

Porque mejora la salud de la madre y de su futuro embarazo, evitando parto pretermino, retardo del crecimiento ínter genésico, muerte materna, anemia

13. El espaciamiento óptimo entre nacimientos: nuevos hallazgos de América Latina sobre la asociación entre intervalos entre nacimientos y salud perinatal, maternal y adolescente. Julio 31 del 2002 Catalyst consortium.

14. Effect of the interpregnancy interval after an abortion on the maternal and perinatal health in Latin America. Abril 2005, International journal of Gynecology and Obstetrics.

materna e incrementa el riesgo de aborto espontáneo.

### a) Métodos de barrera: Condón

Funda delgada de látex que cubre el pene y evita el contacto del espermatozoide con el óvulo. Se debe comenzar a usar tan pronto la paciente reinicie las relaciones sexuales. El condón es el único método anticonceptivo, que usado correctamente, protege contra la transmisión del VIH y de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

#### *Mecanismo de acción*

Barrera física que impide el contacto del espermatozoide con el óvulo.

#### *Efectividad*

Usado en forma constante y correcta tiene una tasa de fracaso de 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.<sup>15</sup>

#### *Beneficios*

- Fácil obtención y bajo costo.
- Util como método de respaldo, o mientras espera por otro método.
- No requiere de supervisión médica
- Protege contra ITS/ VIH/SIDA.
- Fácil de suspender cuando se desea un embarazo

#### *Limitantes*

- Tasa de seguridad anticonceptiva menor a la de otros métodos
- Alta probabilidad de uso incorrecto o inconsistente
- Dependiente del usuario, requiere motivación constante
- Su uso esta relacionado con el coito.

15. Norma, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción, Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia 2003

## **b) Anticonceptivos orales combinados (AOC)**

Son píldoras que contienen una combinación de estrógenos y progestágenos. Su uso debe comenzar de inmediato en el post aborto, de preferencia el mismo día de la evacuación de los restos ovulares.

### *Mecanismo de acción*

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical

### *Efectividad*

En uso común llega al 92 a 94%, se registran 6 a 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso

En uso correcto y consistente llegan al 99,9%, se registran 0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso .

### *Beneficios*

- Elevada eficacia
- Se puede comenzar a usar de inmediato
- No esta relacionado con el coito
- Reduce el flujo menstrual
- Puede suspenderse en cualquier momento

### *Limitantes*

- Dependen del hábito de la mujer
- Requiere uso diario
- Su efectividad puede reducirse si la mujer esta usando ciertos medicamentos (rifampicina, griseofulvina, barbitúricos, carbamazepina, fenitoína)
- Puede causar complicaciones circulatorias sistémicas, especialmente en mujeres mayores de 35 años que fuman.

## **c) Inyectable trimestral (Depoprovera)**

Inyectable de acetato de medroxiprogesterona de depósito que se usa cada tres meses. Cada dosis contiene 150 mg. La primera inyección se puede administrar inmediatamente después de un aborto.

### *Mecanismo de acción*

- Suprime la ovulación
- Espesa el moco cervical
- Adelgaza el endometrio

### *Efectividad*

Es mayor al 99% cuando la inyección es administrada regularmente cada 90 días, se registran 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### *Beneficios*

- Altamente efectiva
- Se puede usar de inmediato o en los primeros 5 días del post-aborto, aún con infección.
- Efecto protector contra quistes de ovario, tumores benignos de mama, endometriosis, cáncer de ovario, cáncer de endometrio
- No interfiere en el coito vaginal

### *Limitantes*

- Causa alteraciones en el patrón de sangrado menstrual. Usualmente sangrado irregular o manchas al inicio. Cerca de la mitad de las mujeres pueden experimentar amenorrea.
- El retorno a la fertilidad demora, como promedio, 10 meses desde la última inyección.
- Produce aumento de peso

## **a) Dispositivo intrauterino (DIU)**

Pequeño dispositivo flexible que se coloca dentro de la cavidad uterina. Se puede insertar inmediatamente después del LUI o AMEU, **si el**

**útero no está infectado.** Si hay evidencia de infección, retrasar la inserción hasta que la infección haya sido eliminada y recomendar el uso de un método temporal.

### *Mecanismo de acción*

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.

### *Efectividad*

Es de 99,4%, se registran 0,6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

### *Beneficios*

- Eficacia elevada e inmediata.
- Proporciona protección de larga duración
- La fertilidad se reinicia inmediatamente luego de su retiro.
- No interactúa con otros medicamentos
- La aplicación inmediata post-procedimiento es indolora
- No está relacionado con el coito

### *Limitantes*

- Puede incrementar el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad subsiguiente especialmente en aquellas mujeres que estén bajo riesgo de contraer una ITS.
- Puede aumentar el sangrado y los cólicos menstruales sobre todo los primeros tres meses de uso.
- Se requiere personal capacitado para su aplicación.

## **b) Esterilización Femenina**

Procedimiento quirúrgico menor, destinado a ligar y/o seccionar las trompas de Falopio eliminando la fertilidad de la mujer en forma permanente. La realización de este procedimiento debe ser de

acuerdo a las Normas y Procedimientos para la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. Debe estar precedida por una orientación y toma de decisión libre e informada. Técnicamente se puede realizar inmediatamente después del tratamiento de un aborto incompleto, salvo que haya infección o anemia severa. Mientras exista infección, o sospecha de ella, es imperativo postergar el procedimiento de AQV hasta que la infección haya sido eliminada.

El procedimiento técnico, luego de un aborto del primer trimestre, es similar al de un procedimiento durante el intervalo intergenésico.

### *Mecanismo de acción*

Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, a través de bloqueo quirúrgico de las trompas de Falopio.

### *Efectividad*

Es mayor del 99%, se producen 0,5 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año posterior a la intervención.

### *Beneficios*

- Eficacia alta e inmediata.
- Método permanente.
- No interfiere con el coito ni con la función sexual.
- Después de efectuarse no requiere ninguna acción futura.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo para la salud.

### *Limitantes*

- Requiere de un procedimiento quirúrgico
- Requiere de personal médico capacitado
- Importancia de una orientación adecuada, de un consentimiento informado y voluntario.
- Método permanente.

- Escasa posibilidad de complicaciones quirúrgicas.

### c) Abstinencia periódica

Debido a que el concepto clave es la de no tener relaciones sexuales en días fértiles del ciclo menstrual, su uso inmediato después de un aborto **no es recomendado**. Es difícil predecir la primera ovulación después de un aborto y el método no es confiable sino hasta después de la primera menstruación post-aborto.

#### Manejo de Anticonceptivos en Condiciones Especiales

##### Aborto infectado o séptico

**DIU:** No se debe insertar hasta que la infección se haya resuelto (3 meses).

**Inyectables:** Pueden utilizarse de inmediato.

**Barrera:** Pueden usarse al reiniciar la actividad sexual.

**AQV:** Es mejor postergar la intervención para cuando este resuelto el problema infeccioso.

##### Hemorragia severa y anemia severa asociada

**DIU:** No colocarlo con anemia severa.

**AQV:** Es mejor postergar la intervención para cuando mejore la anemia y no haya sangrado.

**AOC e inyectables:** Pueden utilizarse de inmediato.

**Barrera:** Se pueden usar al reiniciar las relaciones sexuales.

##### Lesión en el aparato genital: perforación uterina y lesión vaginal o cervical.

**DIU:** No se debe insertar hasta que la lesión haya cicatrizado.

**AQV:** No realizar el procedimiento hasta que la lesión haya cicatrizado.

**AOC e inyectables:** Pueden empezar a usarse de inmediato.

**Barrera:** Se pueden usar al reiniciar la actividad sexual.

**Lesión vaginal o cervical grave,** incluidas las quemaduras químicas.

**Cuadro para la identificación y tratamiento de las complicaciones del procedimiento**

Condición clínica	Precauciones	Recomendaciones
<p><b>Sin complicación alguna</b> después del tratamiento de un aborto incompleto</p>	<p><b>Ninguno</b></p>	<p>Considere todos los métodos temporales y definitivos para uso inmediato.  <b>Inyectables (DMPA)DIU (T de cobre).</b>  <b>Anticonceptivos orales combinados.</b>  <b>Condón masculino:</b> (doble protección: ITS y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual  <b>AQV</b></p>
<p><b>Diagnóstico confirmado o sospecha de infección.</b></p> <p>Signos y síntomas de sepsis / infección.</p> <p>Signos de un aborto inducido en condiciones de riesgo</p> <p>Imposibilidad de descartar una infección.</p>	<p><b>Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria femenina:</b> no haga el procedimiento hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo (aproximadamente tres meses).  <b>DIU ( T de cobre):</b> no insertarlo hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo (aproximadamente tres meses).</p>	<p>Para uso inmediato  <b>Inyectables (DMPA)</b>  <b>Condón masculino:</b> (doble protección: ITS y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual</p>

Condición clínica	Precauciones	Recomendaciones
<p><b>Lesión del tracto genital.</b></p> <p>Perforación uterina (con o sin lesión intestinal).</p> <p>Lesión vaginal o cervical grave, incluidas las quemaduras químicas.</p>	<p><b>Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria femenina:</b> no haga el procedimiento hasta que hayan tratado las lesiones graves.</p> <p><b>DIU (T de cobre):</b> no lo inserte hasta que hayan tratado las lesiones graves.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p><b>Inyectables (DMPA)</b></p> <p><b>Anticonceptivos orales combinados</b></p> <p><b>Condón masculino:</b> (doble protección: ITS y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual</p>
<p><b>Sangrado severo (hemorragia) y anemia severa asociada con la misma.</b></p>	<p><b>Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria femenina:</b> no haga el procedimiento hasta que se resuelva la causa de la hemorragia o de la anemia.</p> <p><b>Inyectables (DMPA), DIU (T de cobre):</b> posponga el inicio del método hasta que mejore la anemia aguda.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p><b>Anticonceptivos orales combinados</b></p> <p><b>Condón masculino:</b> (doble protección: ITS y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual).</p>
<p><b>Aborto incompleto de 12 a 22 semanas.</b></p>	<p><b>DIU (T de cobre):</b> el tamaño del útero requiere <b>un proveedor capacitado y con experiencia</b> para la colocación alta del dispositivo en el fondo uterino. De no ser esto posible, posponga la inserción de 4 a 6 semanas.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p><b>AQV femenina</b></p> <p><b>Inyectables (DMPA)</b></p> <p><b>Anticonceptivos orales combinados:</b></p> <p><b>Condón masculino:</b> (doble protección: ITS y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual).</p>

## PREPARACIÓN DEL FACILITADOR

- Estudios de caso utilizados anteriormente

## PUNTOS CLAVES

- Tableros sobre MAC
- Retorno de fertilidad
- Información básica para la mujer
- Tecnología anticonceptiva

## PROCEDIMIENTO

- Estudio de casos
- Reforzamiento por trabajo de grupos por condiciones clínicas y métodos

## TIEMPO:

90 min.

## MATERIALES

- Historias Clínicas Praelaboradas
- Tablas
- Transparencias
- Papelógrafo y marcadores

## BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME
- Norma, Reglas, protocolos y procedimientos en Anticoncepción (2003)
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008.

## NOVENO MÓDULO

### VINCULACIÓN COMUNITARIA

#### INTRODUCCIÓN:

El modelo ampliado y actualizado agrega a la comunidad como un elemento esencial y reconoce que una vinculación fuerte y efectiva entre los miembros de la comunidad y los proveedores de salud puede reforzar los esfuerzos para reducir la morbilidad y mortalidad materna debida a las complicaciones del aborto.

Diversos proyectos e investigaciones han demostrado que hay vínculos importantes entre los trabajadores comunitarios de salud, los miembros de la comunidad y los proveedores de servicios capacitados en la atención y el manejo de mujeres con HPME y a otras emergencias obstétricas. Estos vínculos se deben reforzar y ampliar para mejorar y asegurar el acceso, la aceptabilidad, y el uso de servicios de atención a mujeres con HPME de alta calidad.

#### OBJETIVOS:

##### *Vinculación entre la comunidad y los proveedores de servicios en:*

- Sensibilizar al personal de salud ante la situación de la mujer con hemorragias de la primera mitad del embarazo, y el papel que cumplen en el involucramiento de la comunidad ante las dificultades del entorno familiar y social para la búsqueda oportuna de ayuda en los casos de HPME.
- Prevenir embarazos no deseados a través de la información y oferta de servicios de anticoncepción
- Informar sobre las consecuencias de un aborto realizado en condiciones de riesgo.

- Asegurar que los servicios de salud respondan y llenen las expectativas y necesidades de la comunidad;
- Reconocer el papel vital que los miembros de la comunidad tienen en contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas y en el mejoramiento de la salud reproductiva y sexual y las vidas de las mujeres.
- Dar a conocer la importancia del trabajo comunitario referido a las “Tres demoras”
- **1ra. DEMORA:** Individual
  - Reconocimiento de señales de peligro de las HPME
  - Falta de conocimiento o información
  - Dependencia de la pareja
  - Falta calidad de atención de los servicios
- **2da. DEMORA:** Entorno social y familiar
  - Toma de decisión
  - Búsqueda de ayuda oportuna
- **3ra. DEMORA:** En torno al Servicio de Salud
  - Tardanza en la atención en el servicio de salud
  - Sensibilizar y promover el trabajo coordinado de los actores de salud comunitarios (parteras, callahuayas, etc.), con las redes de salud
  - Lograr el acceso local universal a servicios

de atención a las HPME y de salud en general de alta calidad,

## CONTENIDOS

### *Sensibilizar a los participantes sobre:*

- Anticoncepción para prevenir embarazos no deseados.
- Educación sobre los riesgos y consecuencias del aborto realizado en condiciones de riesgo.
- La importancia de la planificación participativa con la comunidad en la priorización de las necesidades locales en salud.
- “Tres demoras”
- Promoción de servicios
- Signos y síntomas de las emergencias obstétricas como las complicaciones post aborto.
- Movilización de los recursos comunitarios
- Prestaciones del SUMI relacionadas con las HPME
- Metodología de planificación participativa.
- La planificación entre el establecimiento de salud y la comunidad para la sostenibilidad de Atención a las HPME y de otros servicios de salud sexual y reproductiva.

## PUNTOS CLAVES

- Tres demoras
- Planificación participativa
- Anticoncepción
- Identificación de necesidades en salud de la comunidad

## PREPARACION DEL FACILITADOR

- Ley de Participación Popular
- El nuevo Modelo Sanitario
- Las redes Sociales
- Las tres facetas de la demora y el desenlace
- Calidad de servicios

## PROCEDIMIENTO

- Utilizando la metodología activo participativa,
- Desarrollando dinámicas de reflexión, análisis y de animación combinadas con contenidos teóricos

## Tiempo

90 minutos

## Material

- Papelografos
- Marcadores
- Maskin
- Acetatos preelaborados

## Bibliografía

Ley de Participación Popular

Ley de Descentralización Administrativa

Ley de municipalidades

Ley N° 2426 SUMI

D.S. N° 25060 Estructura de las Prefecturas del Departamento

## DÉCIMO MÓDULO

### VINCULACIÓN CON SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD EN GENERAL

#### INTRODUCCIÓN:

La vinculación de servicios de HPME con otros servicios de salud sexual y reproductiva y de salud en general busca brindar una atención integral a la mujer que le permita cubrir sus necesidades físicas y emocionales.

El abordaje de la mujer debe considerar los aspectos bio, psico, y sociales, por lo tanto cuando se realiza la atención a una usuaria por HPME no solamente debemos resolver la patología por la que acude al servicio sino también investigar otras patologías asociadas en estos tres aspectos antes mencionados.

Considerar también que esta podría ser la única vez que una usuaria se presenta en un servicio y que con una referencia oportuna a otros servicios de salud podríamos prevenir complicaciones en la salud de la mujer.

Una de las áreas más desatendidas se relaciona con la violencia a la mujer por lo que es importante reconocer señales de violencia familiar, sexual y psicológica y apoyarla para la referencia a servicios especializados que brinden apoyo legal y psico – social.

Es importante construir una red de referencia de salud en general y de salud reproductiva donde deba referirse a la usuaria en caso de requerirlo

”Promover la atención integral de las usuarias refiriéndolas a otros servicios de salud dentro de la propia institución o en la red de servicios para cubrir las necesidades de salud clínicas, emocionales y otras preocupaciones de la mujer

fortaleciendo el sistema de referencia, contra-referencia y de seguimiento”.

#### OBJETIVOS

- Promover que los/las participantes comprendan la importancia de la atención integral a la mujer con HPME.
- Sensibilizar a los/as participantes en la humanización de la atención que cubra las necesidades Biológicas, Psicológicas y de su entorno social
- Promover que los/as participantes identifiquen la red de referencia para la atención integral y general en salud

#### CONTENIDOS

- Elementos de la salud sexual y reproductiva
- Conocimiento de las señales de violencia
- Conocer las diferentes instituciones que brindan servicios legales, psicosociales y de salud que puedan conformar una red de referencia

#### PREPARACIÓN DEL FACILITADOR

- Repase los contenidos que corresponden a este módulo
- Revise el marco teórico de la salud sexual y reproductiva, violencia, redes de servicios, etc.
- Preparación y elaboración de dinámicas participativas

### **PUNTOS CLAVES:**

- Atención integral
- Redes de servicios
- Óptica integral de la atención de la mujer como un ser bio, psico y social

### **PROCEDIMIENTO**

- Exposición dialogada
- Trabajo de grupos
- Dinámicas
- Plenaria

### **TIEMPO**

45 minutos

### **MATERIAL**

- Papelografos
- Marcadores
- Maskin
- Acetatos preelaborados

### **BIBLIOGRAFÍA**

Prestaciones del SUMI

Organización de referencia y contrarreferencia de servicios de salud, Ministerio de Salud y Deportes

Plan de Violencia Sexual, programa nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2004 - 2008

Modelo Sanitario, 2004

## DÉCIMO PRIMER MÓDULO

### ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS

#### REFERENCIA Y CONTRA-REFERENCIA

#### INTRODUCCIÓN:

Para ser eficaz en la prevención de la mortalidad post aborto, es necesario que la atención de emergencia a las HPME sea ampliamente accesible en todo el sistema de salud, para todas las mujeres, 24 horas al día.

No obstante, los centros de salud y los/as proveedores/as médicos capacitados/as por lo general se concentran en las ciudades, dejando a las mujeres de las zonas rurales y remotas, con las dificultades de acceso a servicios de salud. Debemos promover la resolución de las HPME en todos los establecimientos de primer nivel, como recomienda la OMS, para disminuir la necesidad de referencia y mejorar la accesibilidad y calidad de atención.

Por lo tanto los establecimientos de salud deben incluir:

- Atención con personal capacitado y con equipo apropiado para proporcionar una atención segura (refiérase al Cuadro 1-2).
- Redes de salud eficaces para la referencia de las pacientes.
- Transporte adecuado entre los niveles de atención.

Con la excepción de los casos de complicaciones severas, la mayor parte de la atención de emergencia de las HPME puede proporcionarse de manera apropiada en las instalaciones existentes y con muy poco equipo especializado.

El tener establecimientos de primer nivel de atención, adecuadamente implementados con instru-

mental y personal capacitado, ofrece a las mujeres la atención más cercana a sus hogares, lo que reduce el tiempo dedicado a la búsqueda de atención.

Es responsabilidad de/la gerente asegurarse que los servicios y los equipos no se conviertan en obstáculos para la provisión de la atención post aborto. En la mayoría de los casos, basta con introducir cambios menores en los servicios existentes, cambios en el flujo de atención de las pacientes u obtención de un equipo nuevo mínimo para mejorar la seguridad y la eficiencia de la atención HPME, permitiendo además incrementar la prestación de los servicios.

#### OBJETIVOS:

- Realizar un diagnóstico de la situación actual del servicio, identificando necesidades que lleve a implementar estrategias de cambio.
- Identificar la red de salud local de emergencia obstétrica
- Discutir los aspectos relacionados con la capacitación y asignación del personal para prestar servicios de HPME.
- Describir los pasos que el participante puede tomar personalmente para mejorar la prestación de los servicios en su propio ámbito de trabajo.
- Utilizar un flujograma de atención, acorde al nivel de complejidad del servicio que incluya la vinculación con servicios de SSyR y otros servicios intra y extra hospitalarios
- Constituir una red de referencia y contrarreferencia que integre los tres niveles de atención más cercanos.

### **CONTENIDOS:**

- Políticas del sistema de salud relacionadas con la referencia y contrarreferencia
- Niveles de gestión
- Referencia y contra-referencia
- Reorganización de servicios

### **PREPARACIÓN DEL FACILITADOR(A):**

- Manual de Normas y procedimientos de HPME
- Instrumento de diagnóstico – línea de base (anexos)
- Modeló de gestión y gerencia en salud
- Subsistema de referencia y contrarreferencia

### **PUNTOS CLAVES**

- Subsistema de referencia y contrarreferencia
- Instrumentos de diagnóstico – línea de base
- Reorganización de servicios en torno a las redes de Salud

### **PROCEDIMIENTOS**

- Estudio de caso

- Trabajo de grupos y plenaria, enfocada en la reorganización de servicios, referencia y contrarreferencia (desarrollo de flujogramas funcionales de atención incluidas la identificación de establecimientos de referencia)

### **TIEMPO:**

90 min.

### **MATERIALES**

- Instrumentos de diagnóstico – línea de base
- Estudio de caso preelaborado
- Papelografos
- Maskin, marcadores de Papelografo

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Manual de Normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos para el manejo de las HPME
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008-MSD-DTDSS.
- Plan Nacional de Maternidad y Nacimientos seguros 2004-2008 MSD-DTDSS.



anexo

Anexos





Ministerio de Salud y Deportes

**EVALUACION DE CONOCIMIENTOS PARA EL TRATAMIENTO INTEGRAL DE MUJERES CON HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

Nombre:  ..... CI: .....

Cargo:  ..... Fecha: .....

Lugar de Trabajo: .....

Por favor **lea cuidadosamente** las preguntas y las posibles respuestas. Cada pregunta muestra varias alternativas, **sólo UNA de ellas es la correcta**.

**CONOCIMIENTOS**

1. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) es una técnica más segura porque:
  - a.  Tiene menor tasa de: perforación uterina, pérdida de sangre, menor necesidad de analgésicos y sedantes, menor incidencia de infecciones.
  - b.  Tiene menores tasas de lesión cervical, perforación uterina, es simplemente más rápida que el Legrado Uterino Instrumental (LUI).
  - c.  Todas las anteriores.
2.  Cuáles son las **indicaciones médicas** para el AMEU.
  - a.  Tratamiento de aborto incompleto en 2do. trimestre, biopsia de endometrio y evacuación de restos en abortos incompletos de hasta 12 semanas.
  - b.  Evacuación de restos en abortos incompletos de hasta 12 semanas, biopsia de endometrio, aborto incompleto séptico 6 a 8 horas de iniciado el tratamiento antibiótico con útero de tamaño no mayor a 12 semanas , Mola Hidatiforme con útero no mayor a 12 semanas.
  - c.  Tratamiento de embarazo ectópico, biopsia de endometrio y evacuación de restos en útero de tamaño no mayor a 12 semanas.
  - d.  Tratamiento del huevo muerto y retenido mayor de 12 semanas, aborto incompleto y de casos de abruptio placentae.
3. Qué respuesta menciona los elementos que deben considerarse para seleccionar el número de cánula en el tratamiento del aborto incompleto.
  - a.  Edad de la paciente y fecha de la última menstruación.
  - b.  Posición del útero y grado de dilatación cervical.
  - c.  Signos de infección y tamaño del útero.
  - d.  Grado de dilatación cervical y tamaño del útero.

4. Cuales son las posibles complicaciones con la técnica de AMEU.
- Shock Neurogenico
  - Perforación uterina o cervical
  - Embolia gaseosa
  - Todas
5. El Programa Integral de Calidad para el Tratamiento a Mujeres con Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo incluye:
- Tratamiento de la emergencia
  - Orientación
  - Servicios de anticoncepción
  - Vinculación entre servicios
  - Movilización Comunitaria
  - Todos
  - Ninguno

Con respecto al instrumental de AMEU conteste en el paréntesis con "F" si es falso o con "V" si es verdadero:

6. Tanto la jeringa de válvula doble como la de válvula simple están conformadas por:   
*complejo de válvula, émbolo, anillo de color negro también llamado anillo "O"*    
*y un anillo de seguridad.*  ( )
7. La jeringa de válvula simple sólo sirve para la obtención de muestras de *Endometrio.* ( )
8. Con todas las cánulas se puede realizar la medición de la profundidad *de la cavidad Uterina.(histerometria)* ( )
9. Realice la correlación de las cánulas con los colores de sus adaptadores:
- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| a) N° 6 <input type="checkbox"/>  | 1) Verde <input type="checkbox"/>         |
| b) N° 7 <input type="checkbox"/>  | 2) azul <input type="checkbox"/>          |
| c) N° 8 <input type="checkbox"/>  | 3) marrón claro <input type="checkbox"/>  |
| d) N° 9 <input type="checkbox"/>  | 4) marfil/blanco <input type="checkbox"/> |
| e) N° 10 <input type="checkbox"/> | 5) marrón oscuro <input type="checkbox"/> |

**PROCEDIMIENTO O TÉCNICA DEL AMEU**

10. Es fundamental en la técnica de AMEU:
- Que los instrumentos estén colocados en el orden en que van a ser utilizados.
  - Que la jeringa debe estar siempre fuera del área estéril.

- c.  La técnica de no tocar (no se deben tocar las partes del instrumental que van a ser introducidas en el útero).
- d.  Al concluir revisión con la cánula N° 6.
- e.  Todas.
- f.  Ninguna.
11. Cuál respuesta menciona **los sitios más recomendables** para la aplicación del **bloqueo paracervical**, de acuerdo al esquema del reloj.
- a.  En los sitios de las 3, las 6 y las 9.
- b.  En los sitios de las 5 y las 7.
- c.  En los sitios de las 2, las 4 y las 6.
- d.  En los sitios de las 12 y las 6.
12. ¿Qué respuesta menciona **en orden**, los pasos más importantes en la técnica de AMEU?
- a.  Aplique el bloqueo paracervical, dilate el cérvix si se requiere, introduzca la cánula a través del orificio cervical, mueva la cánula girando en sentido horario y luego en forma alterna hacia delante y atrás.
- b.  Introduzca la cánula a través del orificio cervical, dilate el cérvix si es necesario, aplique el bloqueo paracervical, cargue el vacío en la jeringa.
- c.  Dilate el cérvix, aplique el bloqueo paracervical, introduzca la cánula a través del orificio cervical, suelte el tenáculo.
- d.  Dilate el cérvix, cargue el vacío en la jeringa, aplique el tenáculo, rote la cánula.
13.  ¿Qué signos indican que la AMEU ha terminado, cuando se hace el tratamiento de un aborto incompleto?
- a.  La jeringa está llena, las paredes del útero se sienten ásperas y se cierra el cuello uterino.
- b.  El vacío se ha perdido, se pueden ver burbujas en la cánula, las paredes del útero se sienten sedosas.
- c.  Se pueden ver burbujas en la cánula, las paredes del útero se sienten y se escuchan ásperas, el útero se contrae y el cuello uterino presiona la cánula.
- d.  La jeringa está llena en su totalidad, se pierde vacío, las paredes del útero se sienten y se escuchan ásperas.
14. ¿Qué respuesta menciona **en orden**, los pasos más importantes en el **procesamiento de las cánulas** después de un procedimiento para una buena práctica de la prevención de infecciones?.
- a.  Descontaminación, limpieza, desinfección de alto nivel, lubricación, almacenaje.
- b.  Limpieza, lubricación, desinfección de alto nivel, almacenaje, Descontaminación.
- c.  Descontaminación, limpieza, desinfección de alto nivel y/o esterilización, almacenaje.
- d.  Lavado a chorro de agua, secado, desinfección de alto nivel, lubricación, ebullición.

#### **ORIENTACION Y MANEJO DEL DOLOR**

15. Las formas de poner en practica la escucha activa son:
- a.  aconsejar y consolar.
- b.  Parafrasear / reflejar sentimiento / resumir / aclarar.
- c.  Dar una solución clara y reflexionada.

16. En el pre procedimiento como determina si la usuaria está apta emocionalmente:
- a.  *Mediante la comunicación verbal y no verbal.*
  - b.  *Mediante el parafraseo.*
  - c.  *Mediante el reflejo al sentimiento.*
  - d.  *Todas.*
  - e.  *Sólo a y b.*
17. En la orientación durante el procedimiento se debe:
- a.  *Distraer la atención de la usuaria.*
  - b.  *Preguntar si quiere que se le hable sobre el procedimiento o de otras cosas.*
  - c.  *No hablar y dejarla dormir.*
18. La orientación mejora la calidad de atención ¿porqué?
- a.  *La usuaria recibe ordenes claras y precisas de prevención.*
  - b.  *La usuaria tiene un confidente capacitado.*
  - c.  *Ayuda a las personas a tomar conciencia sobre su salud sexual y reproductiva.*
  - d.  *Todas las anteriores.*
19. Al hablar sobre el dolor durante la orientación pre procedimiento se debe:
- a.  *Informar poco para que se olvide del dolor y no inducirlo.*
  - b.  *Informar sobre los dolores que podría sentir.*
  - c.  *Informar que no habrá dolor.*
  - d.  *Ninguna.*
20. ¿Cuál es el punto que no debemos olvidar en la orientación post-procedimiento del AMEU con la usuaria?
- a.  *Preguntar su dirección.*
  - b.  *Recomendarle que no vuelva a hacer lo mismo.*
  - d.  *Hablar sobre su salud sexual y reproductiva y anticoncepción.*
  - d.  *Advertirle que la próxima vez va a ser peor y que mejor elija un método.*

### **ANTICONCEPCIÓN**

21. En caso de aborto séptico, se pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos, excepto:
- a.  *Depo Provera*
  - b.  *Condón*
  - c.  *Dispositivo Intra Uterino.*
  - d.  *Anticonceptivos Orales Combinados.*

- 22.** Los beneficios del uso de la Depo provera incluyen todas las respuestas **menos**:
- a.  *Efectividad elevada.*
  - b.  *Protección contra el VIH / SIDA.*
  - c.  *Protección contra el cáncer de endometrio.*
  - d.  *Reducción del riesgo de un embarazo ectópico.*
- 23.** Cuáles son las señales de alarma para las usuarias de Dispositivo intrauterino
- a.  *Retraso de la menstruación con signos de embarazo.*
  - b.  *Hilos del DIU ausentes.*
  - c.  *Dolor Intenso en el Bajo vientre, Sangrado vaginal abundante.*
  - d.  *Todas.*
  - e.  *Ninguna.*
- 24.** Quiénes no deben usar anticonceptivos orales combinados
- a.  *Que estén embarazadas.*
  - b.  *Fumadoras y con mas de 35 años.*
  - c.  *Con antecedentes de cuagulopatias.*
  - d.  *Antecedentes de tumores ginecologicos.*
  - e.  *Todas.*
  - f.  *Ninguna.*
- 25.** La vinculación con otros Servicios Comprenden:
- a.  *Servicios de anticoncepción.*
  - b.  *ITS/VIH/SIDA.*
  - c.  *Detección Precoz del Cáncer.*
  - d.  *Inferilidad.*
  - e.  *Todos.*
  - f.  *Ninguno.*
- 26.** Cuáles son las tres demoras que determinan la toma de decisiones en la atención del post aborto.
- a.  *Demora en el reconocimiento del problema*
  - b.  *Demora en la búsqueda de ayuda oportuna*
  - c.  *Demora en la atención inmediata en los servicios de salud*
  - d.  *Todas*
  - e.  *Ninguna*

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR



Ministerio de Salud y Deportes

**LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA ORIENTACIÓN**

Nombre del Participante: ..... Capacitado SI  NO

Servicio de Salud: ..... SEDES ..... Red .....

Antigüedad en el cargo ..... Item ..... Contrato .....

Fecha: ..... / ..... / .....

ÍTEM	N° DE PRÁCTICAS					
	1	2	3	4	5	6
<b>1. <input type="checkbox"/> ESTABLECIENDO RELACION CON LA USUARIA <input type="checkbox"/></b>						
Asegura confidencialidad						
a) <input type="checkbox"/> Saluda, se presenta y pregunta el nombre de la usuaria						
c) <input type="checkbox"/> Pregunta que le pasó y escucha atentamente la situación expuesta (la deja hablar y presta atención)						
<b>2. <input type="checkbox"/> UTILIZA TECNICAS DE COMUNICACION DURANTE TODO EL TIEMPO QUE DA ORIENTACION</b>						
a) <input type="checkbox"/> Pregunta el mensaje que no comprendió (ACLARA)						
b) <input type="checkbox"/> Repite en sus propias palabras el mensaje que acaba de escuchar (PARAFRASEA)						
c) <input type="checkbox"/> Identifica los sentimientos implícitos en la comunicación y los retroalimenta (REFLEJA)						
<b>3. <input type="checkbox"/> BRINDA INFORMACION SOBRE EL PROCEDIMIENTO AMEU/LUI</b>						
a) <input type="checkbox"/> Explica de manera clara y sencilla cuál es el problema que atraviesa ella y la acción a tomar para resolverlo.						
b) <input type="checkbox"/> Explica que no dormirá /o dormirá (Según el tipo de anestesia)						
c) <input type="checkbox"/> Explica el tiempo de recuperación						
d) <input type="checkbox"/> Comunica los dolores que PODRIA sentir (cólico/ pellizco)						
e) <input type="checkbox"/> Explica la técnica de relajación (ensaya)						
f) <input type="checkbox"/> Solicita que comunique en caso de mucho dolor						
g) <input type="checkbox"/> Verifica la comprensión						
h) <input type="checkbox"/> Identifica si ella esta apta emocionalmente para el procedimiento AMEU interpretando las señales verbales y no verbales.						
i) <input type="checkbox"/> Aplica un analgésico/ansiolítico en caso de identificar que lo requiere						
j) <input type="checkbox"/> Indaga la meta reproductiva y los métodos que conoce y/o usa, y ofrece orientación si considera oportuno (pasa al punto 6.)						
k) <input type="checkbox"/> Indica que vacíe la vejiga antes del procedimiento						
<b>4. <input type="checkbox"/> ORIENTACION DURANTE EL PROCEDIMIENTO</b>						
a) <input type="checkbox"/> Informa al operador sobre el estado emocional de la usuaria						
b) <input type="checkbox"/> Pregunta a la usuaria si desea que se le comente el procedimiento o si prefiere hablar de otras cosas o estar en silencio						
c) <input type="checkbox"/> Pregunta sobre los efectos de la anestesia						
d) <input type="checkbox"/> Apoya a la usuaria mediante técnicas de respiración/relajación						
e) <input type="checkbox"/> Brinda apoyo emocional permanentemente						
<b>5. <input type="checkbox"/> ORIENTACION POST PROCEDIMIENTO</b>						
a) <input type="checkbox"/> Visita a la usuaria en su cama o camilla						

<input type="checkbox"/> b) Verifica Estado emocional de la usuaria (pregunta cómo se siente?)
<input type="checkbox"/> c) Explica que puede quedar embarazada en el promedio de 7 a 14 días
<b>6. <input type="checkbox"/> BRINDA INFORMACION SOBRE TODOS LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZA LENGUAJE CLARO Y SENCILLO EXPLICANDO:</b>
<input type="checkbox"/> a) Los beneficios
<input type="checkbox"/> b) El Mecanismo de acción
<input type="checkbox"/> c) El Momento de uso
<input type="checkbox"/> d) Sobre la efectividad
<input type="checkbox"/> e) El tiempo de Retorno a la fertilidad
<input type="checkbox"/> f) Efectos secundarios
<input type="checkbox"/> g) Las señales de alarma
<input type="checkbox"/> h) Estimula a la usuaria a hacer preguntas y las responde
<input type="checkbox"/> j) Verifica si la usuaria comprendió
<input type="checkbox"/> k) Verifica decisión sobre un método anticonceptivo de la usuaria fomentando la elección informada
<b>7. <input type="checkbox"/> INDICACIONES POST PROCEDIMIENTO</b>
<input type="checkbox"/> a) Explica que no debe tener relaciones sexuales mientras dure el sangrado vaginal
<input type="checkbox"/> b) No usar tampones ni otros objetos en la vagina
<input type="checkbox"/> c) Higiene normal
<b>8. <input type="checkbox"/> INDICA SEÑALES DE ALARMA</b>
<input type="checkbox"/> a) Sangrado profuso
<input type="checkbox"/> b) Fiebre
<input type="checkbox"/> c) Dolor abdominal intenso
<input type="checkbox"/> d) Distensión Abdominal
<input type="checkbox"/> e) Sangrado vaginal con mal olor
<input type="checkbox"/> f) Verifica si la información ha sido comprendida por la usuaria
<b>9. <input type="checkbox"/> PROPORCIONA</b>
<input type="checkbox"/> a) Método Anticonceptivo
<input type="checkbox"/> b) Sulfato ferroso y ácido fólico
<input type="checkbox"/> c) Toxoides Tetánico
<input type="checkbox"/> d) Vitamina A
<b>10. <input type="checkbox"/> ENTREGA HOJA DE REFERENCIA PARA:</b>
<input type="checkbox"/> a) Anticoncepción ( si requiere)
<input type="checkbox"/> b) Para ITS
<input type="checkbox"/> c) Para toma de PAP
<b>11. RESUME DE MANERA GENERAL TODOS LOS PUNTOS TOCADOS DURANTE LA POST ORIENTACION</b>
<b>12. <input type="checkbox"/> INVITA A LA USUARIA A RETORNAR AL SERVICIO DE SALUD CON CONFIANZA SI NECESITA MÁS INFORMACIÓN U OTRO TIPO DE AYUDA</b>
<b>13. <input type="checkbox"/> CONSENSUA FECHA DE CONTROL</b>
<b>C:</b> Competente <b>RA:</b> Realizado con asistencia <b>NR:</b> No realizado <b>NA:</b> No aplica
..... Firma del Facilitador <input type="checkbox"/>
..... Firma del Capacitado
<b>Recuerde:</b> El LUI sólo debe realizarse en ambiente quirúrgico con anestesia general y en caso de no existir posibilidad de utilizar la AMEU

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR



Ministerio de Salud y Deportes

**LISTA DE VERIFICACION BASADO EN LA COMPETENCIA (AMEU)**

Nombre del Participante: ..... Capacitado SI  NO

Servicio de Salud:..... SEDES..... Red .....

Antigüedad en el cargo ..... Item ..... Contrato .....

Fecha:..... /..... /.....

ÍTEM	N° DE PRÁCTICAS					
	1	2	3	4	5	6
<b>PRE-PROCEDIMIENTO</b>						
Conversa con el/la orientador(a) para conocer el estado emocional y decisión en MAC de la usuaria						
Revisa Historia Clínica						
Se informa si hubo necesidad de dar sedante						
Saluda a la usuaria y se presenta						
Explica a la usuaria sobre el procedimiento						
Se asegura que el material, medicamentos e instrumental estén disponibles						
Pregunta si la usuaria evacua la vejiga						
Se lava las manos ( con agua o solución de alcohol / glicerina al 2%)						
Se calza guantes esteriles y/o dedil sometidos a DAN						
Realiza examen pélvico bimanual y determina tamaño, consistencia, posición uterina y dilatación cervical						
<b>PROCEDIMIENTO</b>						
Se calza guantes estériles o sometidos a DAN						
Prepara el área rígida y semirígida						
<b>Modalidad A</b>						
<i>Área rígida coloca el siguiente instrumental:</i>						
Pinza aro, espéculo, pinza de cuello uterino, extensor de aguja, riñonera, pocillo						
Jeringa de 10ml con lidocaina diluida la 1%, Juego completo de cánulas, adaptadores, dilatadores y gasas						
<i>Área semi rígida coloca el siguiente instrumental</i>						
Jeringa de AMEU						
<b>Modalidad B</b>						
Prepara el momento metálico adecuadamente						
<i>Área rígida coloca el siguiente instrumental:</i>						
La Pinza aro						
<i>Área semi rígida coloca el siguiente instrumental</i>						
Pinza aro, espéculo, pinza de cuello uterino, riñonera, pocillo						
Extensor de aguja, Jeringa de 10ml, y gasas						
Carga la jeringa de 10 ml con 5 ml de xilocaina y 5ml de agua destilada						
Coloca especulo con delicadeza						
Limpia El cervix y la vagina con solución antiséptica las veces que sea necesario						
Pinza el cuello uterino con el tenáculo a hrs. 11 y 1						

Realiza el bloqueo paracervical a hrs 5 y 7 en el pliegue cervico vaginal penetrandolo un centimetro					
<b>Momento plastico para modalidad B</b>					
Prepara el momento plastico a modo de esperar 3-5 min. para iniciar el procedimiento					
<b>Area rígida coloca el siguiente instrumental:</b>					
Cánulas de karman seleccionadas					
Si se requiere juego de dilatadores					
<b>Area semi rígida coloca el siguiente instrumental</b>					
Jeringa de AMEU					
Adaptadores de las cánulas de Karman seleccionadas					
Prepara la jeringa y comprueba el vacio					
Selecciona la cánula a ser utilizada de acuerdo a la edad gestacional y tamaño uterino					
Dilata el cuello uterino delicada y firmemente hasta un número superior a la cánula seleccionada si es necesario					
Introduce la cánula seleccionada con la técnica de "no tocar"					
Mide cavidad uterina (histerometria)					
Conecta la canula a la jeringa preparada					
Suelta la valvula de seguridad					
Realiza la aspiracion del contenido uterino delicadamente y con movimientos rotatorios, abarcando el fondo y cuerpo uterino					
Durante el proceso dialoga con la usuaria					
Indica analgésico en caso de quejas de dolor por la usuaria o a sugerencia del/la orientador(a)					
Termina el proceso cuando se observa: burbujas en la canula, sensacion de aspereza, y/o si la canula es apretada por el cuello uterino					
Realiza la revisión de la cavidad uterina con la cánula N° 6					
Desconecta la jeringa de la cánula y retira el instrumental					
Realiza compresión hemostática en caso de sangrado por el pinsamiento del cuello uterino					
Coloca todo el material en solución de cloro al 0,5%					
Llena la jeringa con la solución de cloro al 0,5 %					
Inspecciona los restos extraídos					
Descontamina los guantes en la solución de cloro. En caso de ser reutilizables se dejan los guantes en la solución de cloro. Si son descartables despues de descontaminarlos se desechan.					
Controla y evalua signos vitales post procedimiento					
Da indicaciones post-procedimiento a la usuaria					
Informa sobre las señales de peligro					
Informa el retorno de la fertilidad					
Se marca la fecha de control o referencia a otro servicio antes del alta.					
La usuaria recibe Metodo anticonceptivo antes del alta					
<b>C:</b> Competente	<b>RA:</b> Realizado con asistencia	<b>NR:</b> No realizado	<b>NA:</b> No aplica		
<b>OBSERVACIONES:</b>		Nombre del Facilitador/Supervisor:			
.....					
.....					
.....		Firma del Capacitado/ Supervisado:			
.....					
.....					

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR



Ministerio de Salud y Deportes

**LISTA DE VERIFICACION BASADO EN LA COMPETENCIA (LUI)**

Nombre del Participante: ..... Capacitado SI  NO

Servicio de Salud:..... SEDES..... Red .....

Antigüedad en el cargo ..... Item ..... Contrato .....

Fecha:..... /..... /.....

ÍTEM	N° DE PRÁCTICAS					
	1	2	3	4	5	6
<b>PRE-PROCEDIMIENTO</b>						
Conversa con el/la Orientador(a) para conocer estado emocional y decisión en anticoncepción de la usuaria						
Revisa Historia Clínica						
Realiza valoración preanestésica						
Verifica NPO por 4 a 6 Horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria						
Pregunta si la usuaria evacuó la vejiga						
Se asegura que el material, medicamentos e instrumental estén disponibles						
Verifica la canalización de vena con Sol de Ringer Lactado 1000 ml o Sol fisiológica						
Traslada a la usuaria a quirófano						
Se lava las manos antes del procedimiento						
<b>PROCEDIMIENTO</b>						
Coloca a la usuaria en posición ginecológica						
Se coloca ropa estéril						
Se calza guantes estériles						
Prepara mesa auxiliar con campo estéril e instrumental necesario de acuerdo a la técnica quirúrgica.						
Asepsia y antisepsia de región vulvoperineal						
Colocación de campos estériles						
Consulta al anestesiólogo para iniciar el procedimiento.						
Realiza examen pélvico bimanual, y se cambia los guantes						
Coloca el espéculo con delicadeza						
Limpia el cervix y la vagina con solución antiséptica las veces que sea necesario						
Pinza el cuello uterino con tenáculo a hrs. 11 y 1 tracciona suavemente para modificar el canal cervical.						
Realiza histerometría inicial.						
Dilata el cuello uterino delicada y firmemente para permitir el paso de la legra seleccionada de acuerdo al tamaño uterino si es necesario						
Introduce suavemente la legra seleccionada a través del cuello hasta tocar el fondo uterino						

Extrae el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atras hacia adelante, raspando las paredes del utero en sentido de las manecillas del reloj con movimientos largos evitando raspar profundamente						
Termina el proceso cuando observa: Espuma roja o rosada y no se ven restos, sensacion aspera cuando la legra se desliza sobre la superficie uterina, y/o si la legra es apretada por el cuello uterino dificultando su movilización.						
Retira la legra suavemente						
Verifica la existencia o no de sangrado a través del cuello.						
Verifica y/o provee a la usuaria MAC (si lo solicito y fue orientada)						
Retira la pinza del cuello uterino						
Realiza compresión hemostática en caso de sangrado por el pinzamiento del cuello uterino						
Retira el especulo						
Coloca todo el material en solución de cloro al 0,5%						
Inspeccione los restos extraidos						
Descontamina los guantes en la solucion de cloro (En caso de ser reutilizables deja los guantes en la solucion de cloro. Si son descartables despues de descontaminarlos los desechan.)						
Controla y evalua signos vitales post procedimiento						
Pasa a la usuaria a sala de recuperacion						
Verifica si la usuaria cumple con los criterios para el alta.						
Da indicaciones post-procedimiento						
Informa las señales de peligro						
Informa del retorno de la fertilidad						
Verifica la entrega de anticonceptivos antes del alta						
Marca la fecha de control o referencia a otro servicio antes del alta.						
<p><b>C:</b> Competente      <b>RA:</b> Realizado con asistencia      <b>NR:</b> No realizado      <b>NA:</b> No aplica</p>						
<p><b>OBSERVACIONES:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Nombre del Facilitador/Supervisor:					
	Firma del Capacitado/ Supervisado:					

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR



Ministerio de Salud y Deportes

**LISTA DE VERIFICACION DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES**

Nombre del Participante: ..... Capacitado SI  NO

Servicio de Salud: ..... SEDES: ..... Red: .....

Antigüedad en el cargo ..... Ítem ..... Contrato .....

Fecha: ..... / ..... / .....

ÍTEM	N° DE PRÁCTICAS				
	1	2	3	4	5
<b>DESCONTAMINACION:</b>					
Deja reposar el equipo utilizado en el procedimiento de AMEU, durante 10 minutos en solución de cloro al 0.5 %. En un recipiente plástico					
<b>LIMPIEZA</b>					
Retira el instrumental para proceder a la limpieza con agua y detergente líquido					
Usa guantes gruesos y un protector en el rostro para evitar el contacto con la piel					
Lava las cánulas, aspirando el agua dentro la jeringa, a través de la cánula					
Lava las jeringas con abundante espuma					
Desarma las jeringas					
Separa las válvulas del cilindro					
Retira el aro de seguridad					
Separa el émbolo del cilindro					
Retira del émbolo el anillo "O"					
Enjuaga minuciosamente las jeringas y cánulas con agua limpia					
Evita uso de cepillos u objetos pequeños para remover la suciedad del interior de la cánula y jeringas					
Seca al aire libre o con una toalla limpia					
Arma la jeringa completamente y lubrica, colocando una gota de silicona en el anillo "O" del émbolo.					
Mueve el émbolo hacia adentro y hacia afuera para distribuir el lubricante dentro del cilindro.					
Cierra la(s) válvula(s) de ajuste					
Jala el émbolo hasta que se ajusten los brazos del émbolo en el cilindro					
Deja la jeringa en esta posición durante dos o tres minutos					
Suelta la(s) válvula(s) de ajuste, y escucha una corriente de aire hacia la jeringa que indica que la jeringa mantiene el vacío					
Guardar la jeringa en un recipiente sometido a Desinfección de Alto Nivel					
<b>DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN).</b>					
Procedimiento utilizado para las <b>Cánulas, Adaptadores, y Dilatadores.</b>					
Remoja las piezas en una solución de cloro al 0.5 % diluida en agua hervida (enfriada) durante 20 minutos en un recipiente plástico.					

Retira las piezas con pinza de traspaso sometidas a desinfección de alto nivel o estériles					
Enjuaga con agua hervida					
Seca al aire libre en una superficie sometida a DAN					
<b>ALMACENAMIENTO DE LAS CÁNULAS:</b>					
Manipula las cánulas sólo con instrumentos estériles.					
Almacena las cánulas estériles en un recipiente sometido a DAN o esteril con tapa ajustada					
El recipiente de almacenaje debe estar protegido del polvo y humedad.					
Almacena un número pequeño de cánulas en cada recipiente.					
Retira las cánulas usando pinzas estériles y manipula solo por el extremo distal que se conecta a la jeringa					
Evita contaminar las otras cánulas que se encuentran almacenadas.					
<b>ESTERILIZACIÓN: Sólo para instrumental metálico</b>					
<b>Por vapor:</b>					
Desarma el instrumental					
Envuelve los instrumentos en tela y/o papel madera					
Acomoda los paquetes sueltos en el autoclave					
Pone los orificios de las cajas en posición abierta					
Calienta el agua hasta que el vapor escapa únicamente por la válvula de presión					
Esteriliza por 30 minutos los objetos envueltos y por 20 minutos los no envueltos a 121 grados centígrados (250 grados F) y 106 kpa (15 lbs pu2 admosferas)					
Después de esterilizar abre la tapa y deja secar los instrumentos por 30min, antes de retirarlos					
<b>Por calor seco:</b>					
Pone los instrumentos en bandejas o en envolturas flojas					
Toma el tiempo después que se ha alcanzado la temperatura deseada					
Usa tiempo/ temperatura estandar					
• 170 grados c (340 grados F) : 60 min.					
• 160 grados c (320 grados F) : 120 min					
• 150 grados c (300 grados F) : 150 min					
• 140 grados c (285 grados F) : 180 min					
• 121 grados c (250 grados F) : toda la noche					
Después de enfriar retira los instrumentos con pinzas de traspaso estériles					
<p><b>C:</b> Competente      <b>RA:</b> Realizado con asistencia      <b>NR:</b> No realizado      <b>NA:</b> No aplica</p>					
<b>OBSERVACIONES:</b>  .....  .....  .....  .....  .....	Nombre del Capacitador/Supervisor:				
	Firma del Capacitado/ Supervisado:				



Ministerio de Salud y Deportes

**EVALUACIÓN DEL TALLER POR EL PARTICIPANTE**

SERVICIO DE SALUD  ..... FECHA .....

Por favor encierre la opción de su elección.

**MATERIALES DEL CURSO**

1. Los objetivos del taller fueron claramente definidos  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
2. Los materiales de capacitación fueron presentados claramente y en forma organizada  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
3. El pre/post test evaluaron mi aprendizaje  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
4. Las listas de verificación del rendimiento fueron útiles  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*

**INFORMACIÓN TÉCNICA**

5. Ahora puedo describir el Programa de Atención Integral de las Complicaciones Hemorrágicas de la Primera Mitad del Embarazo  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
6. Ahora puedo describir el manejo del equipo AMEU  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
7. Ahora puedo describir la prevención de infecciones  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
8. Ahora puedo describir la orientación en el Modelo Integral de Calidad  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
9. Explicar las razones por las que la anticoncepción mejora la salud de la mujer  

*De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*

### METODOLOGÍA DE CAPACITACIÓN

10. *Las presentaciones de l@s facilitador@s fueron claras y organizadas*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
11. *Las discusiones en clase contribuyeron a mi aprendizaje*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
12. *Aprendí destrezas en los juegos de roles y prácticas supervisadas*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
13. *La lectura otorgada fue informativa*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
14. *L@s facilitador@s alentaron mis preguntas y aportes*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*

### LOCAL DE CAPACITACIÓN Y PROGRAMA

15. *El lugar de la capacitación y el programa fueron convenientes*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*
16. *Los materiales necesarios estuvieron disponibles*
- De acuerdo                      En duda                      En desacuerdo*

### SUGERENCIAS:

17. *Cuál fue la parte más útil del taller?*

.....

.....

.....

.....

18. *Cuál fue la parte menos útil del taller ?*

.....

.....

.....

.....

19. *Qué sugerencias haría para mejorar el taller ?*

.....

.....

.....

.....

**GUÍA PEDAGÓGICA DE CAPACITACIÓN EN EL MANEJO INTEGRAL PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

MSD-DSS

HORA	TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESP.
<b>PRIMER DÍA:</b>						
08:30	30 min.	Inscripción e Inauguración del Taller				
	20 min.	Dinámica de Presentación y expectativas	Presentación de los participantes y facilitadores. Conocer las expectativas de los participantes acerca del Taller	HISTORIA CLINICA Pedir a los participantes que llenen su HC. Luego intercambiar las HC entre los participantes y solicitar que presenten la HC.	Caritas de identificación Fotocopias HC preelaborado	
	10 min.	Reglas del taller	Explicar el funcionamiento del taller	Lluvia de ideas	Papelgrafo Marcadores	
	10 min.	Objetivos del Taller	Dar a conocer la temática a ser desarrollada durante el taller	Exposición dialogada	Transparencias pre elaboradas Retroyector	
	20 min.	Evaluación de conocimientos	Diagnóstico de los conocimientos previos al taller		Fotocopias del Cuestionario	
	10 min.	Normas de Atención a HPME	Explicar y describir a los participantes Sobre la normalización del manejo de las HPME	Exposición dialogada	Transparencias pre elaboradas Retroyector	
	45 min.	<b>1) Aborto como problema de salud pública</b>	a) Dar a conocer la problemática del aborto en Bolivia b) Contextualizar la situación del embarazo no deseado en: Mujer, el hombre, familia., Presentación en plenaria	Exposición dialogada Trabajo grupal: dividir en 5 grupos se dará la consigna de las implicancias del embarazo no deseado	Retroyector y acetatos. Papelgrafos, marcadores Transparencias	
	60 min.	<b>2) Género y Derechos sexuales y reproductivos</b>	Identificar los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género	Exposición dialogada Trabajo grupal	Retroyector y acetatos Papelgrafos,	
	30 min.	Componentes de las HPME	Describir los componentes de las HPME	Exposición dialogada Lluvia de ideas	Acetatos Retroyector Tarjetas preelaboradas	
<b>3) ORIENTACIÓN</b>						
	15 min.	Descanso				
	20 min.	Identificación de la paciente y de las habilidades sociales de apoyo	Identificar el perfil de la mujer con complicaciones hemorrágicas a través de la percepción de los participantes y las habilidades sociales mediante las cuales apoyan a la paciente	Lluvia de ideas	Papelgrafo Marcadores	
	20 min.	Introducción a la Orientación	Vivencia práctica de a situación de la mujer que acude al servicio	Dinámica de visualización	Guía de visualización	

HORA	TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESP.
08:30	15 min.	Marco conceptual de Orientación	Identificar los conceptos sobre orientación Transmitir el concepto de orientación	Lluvia de ideas Exposición dialogada	Papelógrafo Acetatos preelaborados Datashow	
	10 min.	Dinámica de animación y división de grupos	División de grupos	Los Náufragos		
	30 min.	Propósitos y beneficios de la Orientación	Identificar los propósitos y beneficio de la orientación (para la paciente, proveedor, hospital)  Ubicar a los participantes en la situación de la paciente para vivenciar la evaluación prejuiciada	Trabajo en grupos  Feria de críticas	Papelógrafos y marcadores Guía para el trabajo de grupos  Tarjetas preelaboradas Maskin	
	60 min.	Descanso				
	45 min.	Habilidades de Orientación	Presentar Habilidades de Orientación practicar las competencias de orientación como suceden en su práctica diaria Reforzar habilidades de orientación Identificación de sentimientos	"Buen y mal orientador" selección en el panel por tarjetas Exposición dialogada Sociodrama Practica por pares "Escucha activa"	Tarjetas pre elaboradas Maskin Retroproyector acetatos	
		Elaboración de la guía procedimental de orientación	Lograr que los participantes organicen las competencias de la guía procedimental de orientación	Trabajo de grupos Selección en el panel	Tarjetas procedimentales	

**SEGUNDO DÍA**

	10 min.	Evaluación diaria	Fijación de conocimientos	El fosforo encendido		
--	---------	-------------------	---------------------------	----------------------	--	--

**4) INSTRUMENTAL UTILIZADO PARA LA ATENCIÓN DE LAS HPME POR AMEU**

	10 min.	Introducción y objetivos	Comparar el AMEU con el LUI.	Exposición dialogada	Acetatos, retroproyector Datashow	
	30 min.	Procedimiento de evacuación uterina	Diferenciar las indicaciones y contraindicaciones tanto del AMEU y LUI más sus características	Lluvia de ideas por tarjetas Exposición dialogada	Retroproyector acetatos Datashow, Tarjetas preelaboradas de indicaciones y contraindicaciones Papelógrafo marcadores	
	50 min.	Mostrar el equipo e instrumental	Identificar las características de los diferentes modelos del Equipo de Ameu y del instrumental metálico ,	Exposición dialogada Demostración practica Competencias armado y desarmado del equipo	Acetato/datashow Equipos de Ameu Instrumental Metálico	
	10 min.	Precauciones del procedimiento	Describir las precauciones del AMEU y LUI	Exposición dialogada	Acetatos y retroproyector	

MÓDULO DE CAPACITACIÓN PARA EL FACILITADOR

HORA	TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESP.
<b>5) PREVENCIÓN DE INFECCIONES</b>						
08:30	15 min.	Descanso				
	10 min.	Introducción y objetivos	Dar a conocer los mensajes claves de la practica adecuada de la prevención de infecciones	Exposición dialogada	Acetatos, retroproyector Datashow	
	90 min.	Definiciones clave	Describir y demostrar el empleo de las barreras protectoras	Exposición dialogada trabajo <input type="checkbox"/> en grupos	Acetatos, retroproyector Datashow	
		Definiciones clave	Explicar y demostrar el uso adecuado de los guantes para el procedimiento de AMEU y el manejo del instrumental	Demostración practica Exposición de Video	Material de prevención de infecciones Modulo del participante Video/VHS	
		Pasos en el procesamiento de los materiales	Enumerar los pasos del procesamiento de materiales Realizar las diluciones correctas par la descontaminación y DAN Almacenamiento.	Demostración practica de la fórmula de las diluciones Exposición dialogada de los pasos Presentación del Video	Retroproyector, acetatos, Datashow Video, TV/VHS Material de prevención de infecciones	
	60 min.	<b>Almuerzo</b>				

**6) PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS PARA EL MANEJO AMBULATORIO Y HOSPITALARIO**

	15 min.	<b>6:1) Evaluación de la Mujer</b>	Realizar diagnostico de la condición clinica <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Definición</li> <li>• <input type="checkbox"/> Clasificación</li> </ul> Definir una conducta adecuada. Realizar una HC. Completa <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Evaluación de la Mujer</li> </ul>	Exposición dialogada Trabajo de grupos Tres estudios de casos clinico que permitan llegar a un diagnóstico y tomar conducta División de grupos (canasta revuelta)	Retroproyector, acetatos, Datashow Estudios de casos preelaborada Papelgrafo marcadores maskin	
	30 min.	<b>6:2) Manejo conductual del dolor</b>	Ayudar a calmar la ansiedad y disminuir las molestias que pueda sentir con menor riesgo para su salud Seleccionar los medios mas adecuados para manejo del dolor, Describir los tipos de dolor Manejo conductual	Exposición dialogada Practica modelada hasta el momento metálico. Video Utilización de guias de aprendizaje	Acetatos retroproyector Datashow, Papelógrafo, marcadores Video TV/VHS Modelo pélvico, Kit de AMEU	
	60 min	<b>6:2:1 Manejo medicamentoso</b>	Seleccionar administrar: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Fármacos</li> <li>• <input type="checkbox"/> Bloqueo paracervical</li> <li>• <input type="checkbox"/> Analgesia – sedación</li> <li>• <input type="checkbox"/> Manejar las Complicaciones</li> </ul>	Exposición dialogada	Material de prevención de infecciones Guías de aprendizaje	

**TERCER DÍA**

	10 min.	Evaluación del día anterior	Fijación de conocimientos	Papa caliente	Preguntas preelaboradas Caja pequeña de cartón	
--	---------	-----------------------------	---------------------------	---------------	---	--

HORA	TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESP.
	60 min.	<b>6:3) demostración del Procedimiento AMEU</b>	<p>Explicar los pasos necesarios para la realización correcta de la técnica</p> <p>Desarrollar las habilidades en el manejo correcto del AMEU</p> <p>Técnica del AMEU</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Realizar la preparación del instrumental</li> <li>• <input type="checkbox"/> Realizar la preparación de la paciente</li> <li>• <input type="checkbox"/> Realizar el preparado de la mesa auxiliar y momentos de la preparación de la mesa</li> <li>• Realizar el procedimiento AMEU</li> </ul>	<p>Exposición dialogada</p> <p>Utilización de Guías de aprendizaje</p> <p>Practica demostrativa del preparado de la mesa auxiliar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Momento metálico y momento plástico</li> </ul> <p>Práctica modelada</p>	<p>Acetatos</p> <p>Retroproyectora</p> <p>Datashow</p> <p>Kit de AMEU,</p> <p>Modelo pélvico</p> <p>Material de prevención de infecciones.</p> <p>Guías de aprendizaje</p> <p>Listas de verificación</p>	
	90 min.	<b>7) <input type="checkbox"/> Manejo de los problemas y complicaciones durante el procedimiento de AMEU y LUI en el tratamiento de las HPME</b>	<p>Describir identificar y tratar las complicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Perforación Uterina</li> <li>• <input type="checkbox"/> Sangrado severo</li> <li>• <input type="checkbox"/> Embolismo gaseoso</li> <li>• <input type="checkbox"/> Infección o sépsis</li> <li>• <input type="checkbox"/> Hemorragia severa</li> <li>• <input type="checkbox"/> Shock hemorrágico y neurogénico</li> <li>• <input type="checkbox"/> Hematometra aguda</li> <li>• <input type="checkbox"/> Reacción anestésica</li> </ul>	<p>Exposición dialogada</p> <p>Trabajo de grupos con estudio de casos</p>	<p>Retroproyector, acetatos</p> <p>Papelógrafo,</p> <p>marcadores, maskin y preelaborados</p>	
	120 min.	<p>Practica hospitalaria</p> <p>Práctica de orientación pre durante y post procedimiento</p> <p>Práctica en modelo</p>	<p>Adquisición de habilidades basadas en la competencia</p> <p>Realicen el personal de enfermería de manera práctica la orientación pre, durante y post</p> <p>Que los participantes adquieran la competencia técnica para el desempeño del AMEU</p>	<p>División de grupos por trabajo (Enfermeras y Médicos)</p> <p>Sociodramas por grupos con apoyo de estudios de casos</p> <p>Practica en modelos</p>	<p>Estudios de casos preelaborados</p> <p>Guías procedimentales</p> <p>Listas de verificación</p> <p>Modelo pélvico, Kit de inserción, Kit de AMEU, material de PI.</p> <p>Guías procedimentales</p> <p>Listas de verificación</p>	
	10 min.	Dinámica de animación y distribución de grupos	División de grupos para trabajar los métodos <input type="checkbox"/> anticonceptivos	Cuerpos expresivos	Tarjetas pre elaboradas	
<b>8) ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO</b>						
	60 min.	Métodos anticonceptivos Post Aborto	<p>Describir cada uno de los métodos anticonceptivos, hormonales, barrera, naturales, DIU y AQV</p> <p>Bajo los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Mecanismo de Acción</li> <li>• <input type="checkbox"/> Modo y momento de uso</li> <li>• <input type="checkbox"/> Beneficios</li> <li>• <input type="checkbox"/> Efectos secundarios</li> <li>• <input type="checkbox"/> Señales de alarma</li> <li>• <input type="checkbox"/> Retorno a la fertilidad</li> <li>• <input type="checkbox"/> Señales de alarma</li> </ul>	<p>Trabajo en grupos presentación en plenaria con técnica de creatividad.</p> <p>Demostración práctica</p>	<p>Papelógrafos</p> <p>Marcadores</p> <p>Métodos para cada participante( DIU, Condón, AOC, DMPA.)</p> <p>Modelos pelvico</p> <p>Kit de AMEU</p> <p>Kit de inserción</p> <p>Material de PI.</p> <p>Modelo de Adan</p>	

HORA	TIEMPO	TEMA	OBJETIVO	METODOLOGÍA	RECURSOS	RESP.	
<b>CUARTO DÍA:</b>							
08:30	10 min.	Evaluación del día anterior	Fijar conocimientos	Canasta revuelta	Preguntas Preelaboradas		
	410 min.	Practica hospitalaria	Adquirir la competencia técnica para el desempeño del Modelo integral de calidad	Practica en modelos y en pacientes supervisada	Modelo pélvico, Kit de inserción, Kit de AMEU, Material de Pl. Listas de verificación		
<b>9) MOVILIZACIÓN COMUNITARIA EN TORNO A LAS HPME</b>							
	30 min	Movilización Comunitaria	Elaborar Planes de acción específicos para el trabajo con la Comunidad desde la perspectiva de la gestión social en salud.	Lluvia de ideas Planes de Acción elaborados	Hojas Bond tamaño carta		
<b>10) VINCULACIÓN CON SERVICIOS DE SSR Y SALUD EN GENERAL</b>							
	30 min.		Elaborar un compromiso de ejecución de actividades relacionadas a la puesta en marcha del MIC en cada uno de los Hospitales.	Lluvia de ideas Compromisos elaborados y firmados	Hojas Bond tamaño carta		
	10 min	Vinculación con Servicios	Dar a conocer los propósitos de la vinculación con los servicios de Salud integral	Lluvia de ideas Exposición dialogada	Papelógrafo y marcadores Retroproyector acetatos		
<b>QUINTO DÍA</b>							
<b>11) ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS/ REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA</b>							
	10 min	Evaluación diaria					
	50 min		Identificar cuales son los componentes de la atención integral	Lluvia de ideas por tarjetas Consolidación con esquema preelaborado en acetato Exposición dialogada	Tarjetas en Blanco Esquema preelaborado Retroproyector, acetato		
	50min	Atención Integral	Organizar un flujograma para la vinculación con los servicios	Trabajo en Grupo por Hospitales Exposición de fijación y consolidación	Guía preelaborada. Acetatos y retroproyector Papelografos y marcadores		
	210 min		Proponer y elaborar protocolos de atención integral para la vinculación con otros servicios)	Trabajo en grupos Plenaria de presentación	Papelografos marcadores Tarjetas en Blanco. Copias de formulario de ref/contraref (SUMI)		
	15 min.	Practica clinica					
	20 min.	Descanso					
	20 min.	Evaluación de conocimientos	Determinar el grado de conocimientos adquiridos	Respuestas individuales	Fotocopias de cuestionario		
	10 min.	Evaluación cualitativa	Determinar la apreciación del participante sobre la capacitación	Respuestas Individuales	Fotocopias de cuestionario		
	10 min.	<b>CLAUSURA DEL TALLER</b>					