



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD



MANUAL DE ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE HABILIDADES OBSTÉTRICAS-NEONATALES

**INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL**

Hospital Materno Infantil 1° de Mayo

Junio 2011 | San Salvador, El Salvador, C.A.

ADVERTENCIA

El presente documento “Manual de Organización del Centro de Habilidades Obstétricas, Neonatales, de Planificación Familiar y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria”, elaborado por personal del Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social; se hace posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El Manual de Organización del Centro de Habilidades Obstétricas, Neonatales, de Planificación Familiar y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria 2011” fue elaborado con la asistencia de University Research Co., LLC y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID o los del Gobierno de los Estados Unidos.

CRÉDITOS:

**Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Comité del Centro de Habilidades del
Hospital Materno-Infantil 1° de Mayo**

Dra. Evelyn Martínez de Calderón Directora. Hospital 1° de Mayo

Dr. Armando Heriberto Lucha. Jefe de servicios Médicos. Hospital 1° de Mayo

Dr. Danilo Arévalo León. Coordinador Nacional de Atención a la Mujer y Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital 1° de Mayo

Dr. Fernando Rivera Fortín. Jefe del Departamento de Enseñanza. Interino.
Hospital 1° de Mayo

Lic. Aida Solano de Portillo Jefa del Departamento de Enfermería. Hospital 1° de Mayo

Lic. Carlos Armando Mejía. Administrador. Hospital 1° de Mayo

Dra. Maritza Castillo de Alvarado. Jefa de Emergencia-Partos y Coordinadora del Centro de Habilidades. Hospital 1° de Mayo

Dr. Amílcar Herrera Jefe del Departamento de Enseñanza de Neonatología.
Hospital 1° de Mayo

Dra. Ana Cecilia Patiño. Jefa de Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital 1° de Mayo

Dr. Jorge Martínez Antonio. Epidemiólogo. Hospital 1° de Mayo

Asistencia técnica URC/AID

Dra. Emilia G. Hernández Lazo

Edición, revisión y ajustes

Dra. Emilia G. Hernández Lazo

Contenido

Introducción	1
Objetivos	2
Población blanco	2
Metodología	2
Organización de los talleres	3
Escala de evaluación	6
Actualización	7
ANEXOS	8
Anexo 1 Habilidades según módulos	9
Anexo 2. Distribución de habilidades según profesión y puesto	10
Anexo 3. Material y equipo en apoyo al Centro.....	11
Anexo 4. Listado de personal a capacitar por módulo	12
Anexo 5. Lista de equipo e insumos para los talleres	13
Anexo 6. Consolidado de la aprobación de habilidades, pretest y postest	15
Anexo 7. Manejo y cuidados de maniqués.....	16
1. Manual de instrucciones de simulador ginecológico	16
2. Instructivo del simulador para cateterismo vesical	19
3. Instructivo del simulador de examen de mama	21
4. Instructivo de maniqués de maniobras de leopold y parto	22
5. Instructivo de maniquí de episiotomía.....	28
6. Instructivo de modelo para legrado por aspiración	29
Anexo 8. Hoja de Evaluación del Taller	30
Anexo 9. Listas de verificación de las habilidades	31

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, cada año alrededor del mundo fallecen más de medio millón de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio y ocurren más de cuatro millones de muertes neonatales. Cerca del 80% de las muertes maternas y el 70% de las neonatales son prevenibles realizando intervenciones con las mujeres embarazadas, sus familias, a nivel comunitario y fortaleciendo los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la salud que los atienden.

Como estrategia para fortalecer las habilidades del personal de salud, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y particularmente el Hospital 1° de Mayo como principal maternidad del Instituto; con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) crearon el centro de habilidades con la metodología de aprender haciendo, para actualizar y estandarizar las atenciones que se brindan a las mujeres embarazadas y sus recién nacidos.

En el presente documento se establecen las líneas generales para la planificación, organización y operativización del centro y de los talleres de habilidades que se brindarán con el objetivo de que las mujeres embarazadas derechohabientes y sus recién nacidos reciban atención de calidad.

En este manual se presentan los objetivos del centro, la población hacia la que va dirigida, la metodología utilizada, los aspectos básicos para el desarrollo de los talleres, la escala de evaluación y una serie de anexos donde se incluyen el listado de las habilidades obstétricas, neonatales de planificación familiar y de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria que se desarrollarán según el tipo de personal y área de trabajo, el equipo e insumos básicos para el desarrollo de los talleres, las aplicaciones y cuidados de los simuladores o maniqués, todo ello con el objetivo de acercarse lo más posible a las condiciones que día a día se viven en las maternidades de nuestro país y aplicar los protocolos de manejo actualizados y homologados con el Ministerio de Salud (MINSAL) y el Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

General:

Brindar los lineamientos generales para la organización, funcionamiento y evaluación del centro de habilidades obstétricas, neonatales, de planificación familiar y de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

Específicos:

1. Fortalecer las habilidades del personal de salud, a través de la metodología de aprender haciendo, como elemento clave de mejora continua de la calidad de las atenciones materno-perinatales
2. Apoyar la elaboración y desarrollo de un plan de educación continua de talleres de habilidades dirigido al personal relacionado con el área materna-perinatal y de planificación familiar dentro del Hospital 1° de Mayo y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
3. Crear en el futuro un proceso para la habilitación de los recursos humanos que laboran en el área materna-perinatal, inicialmente en Hospital 1° de Mayo y posteriormente en el resto del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

POBLACIÓN BLANCO

Los beneficiarios de estos centros son principalmente los profesionales de la salud que laboran en áreas de atención directa a la mujer y el recién nacido, según el área de competencia y/o desempeño:

- a. Médicos Residentes en formación de Gine-Obstetricia, Neonatología y Medicina Familiar o de sub-especialidades que no hayan tomado el curso
- b. Médicos Anestesiólogos y Lic. en Anestesia
- c. Médicos Gineco- Obstetras
- d. Pediatras y/o Neonatólogos
- e. Médicos Generales y Familiares
- f. Profesionales en atención materno infantil
- g. Enfermeras y Auxiliares de Enfermería

METODOLOGÍA

Fundamentalmente **los talleres de trabajo** de los centros de habilidades privilegian **la práctica**, simulando lo que sucedería en el servicio, en el quehacer diario de las atenciones materno-perinatales, a través **de la metodología de aprender haciendo**, para ello se utilizarán equipos e insumos de los usados en el día a día y maniqués para procedimientos básicos de ginecología, obstetricia y neonatología.

Las habilidades propuestas enfatizan las intervenciones priorizadas en las atenciones a la mujer preconceptionales, prenatales, durante el trabajo de parto, parto y post-parto; así como, las principales técnicas y procedimientos en la atención materno-perinatal y para la prevención de infecciones, en apoyo a promover la calidad de atención de las embarazadas y sus recién nacidos.

Los talleres se desarrollarán por habilidades acorde al puesto de trabajo y la profesión de los participantes, para que apliquen en sus actividades diarias los conocimientos adquiridos en estos talleres prácticos.

La utilización de estas habilidades en su área de trabajo debe ser complementada con la evaluación de los estándares de calidad de la atención materno-perinatal, establecidos por el comité local de evaluación de la calidad (CLECA) del Hospital 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

Las habilidades incluyen temas distribuidos en 7 módulos los cuales serán priorizados por el comité del centro según el perfil epidemiológico, puesto de trabajo y profesión de los participantes en los talleres. (Ver anexo 1)

Nota: Los cursos NALS y STABLE, se continuarán impartiendo según la modalidad y normas establecidas por el Ministerio de Salud, ya que en este documento se considera la habilidad de la atención inmediata del recién nacido sano y complementará dichos cursos.

ORGANIZACIÓN DE LOS TALLERES

Para el funcionamiento apropiado del centro se necesita de la participación activa de diferentes actores:

Comité Coordinador del Centro integrado por diferentes disciplinas y cargos que participarán en la planificación, organización y evaluación de los centros:

Sus principales funciones son:

- Realizar un diagnóstico de las necesidades de capacitación (Ver anexo 1)
- Elaborar un plan de capacitación anual que constará al menos de:
 - o Habilidades a desarrollar según profesión y puesto dentro del hospital (Ver anexo2)
 - o Equipo facilitador que participará en los talleres
 - o Cronograma de trabajo
- Coordinar con las diferentes dependencias para evitar que el desarrollo de los talleres interfieran con las funciones asistenciales de los participantes y facilitadores
- Asignar un coordinador del taller, responsable de los aspectos técnicos y logísticos
- Monitorear el funcionamiento y desarrollo de los talleres de los Centros de Capacitación (Incluyendo la asistencia y desempeño de los facilitadores-participantes)
- Identificar y mantener actualizados a los facilitadores-instructores en habilidades obstétricas neonatales, Planificación Familiar (PF) y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (PIAAS)
- Verificar que estén actualizados los datos de los prestadores de servicios del área materno neonatal del hospital
- Corroborar que se disponga con anticipación del listado de los/las participantes a ser capacitados
- Preparar y resguardar el banco de preguntas para el pre y post-test, para ser entregado el día del taller al facilitador coordinador del taller.
- Verificar que se elabore el diploma de participación de los asistentes a los talleres, que aprueben el mismo
- Coordinar la evaluación trimestral y anual del cumplimiento del plan anual de capacitaciones
- Definir y actualizar los contenidos de las habilidades con base al perfil de morbi-mortalidad prevalentes en el hospital, acorde con documentos regulatorios existentes para su institucionalización.
- Coordinar con el comité de Mejora Continua de la Calidad a fin de promover procesos integradores para corroborar la aplicación de las habilidades en la atención de los/las derechohabientes para así reducir la morbi-mortalidad materno perinatal y para asegurarse de

- contar con los equipos e insumos necesarios para las mismas
- Coordinar recursos de la Cooperación Externa en la implementación e institucionalización del Centro

Enfermera Supervisora de Docencia:

Sus funciones principales serán:

- Llevar el control de los equipos del centro en base a inventario. (Ver anexo 3)
- Mantener actualizado el censo de las personas a capacitar y el de las ya capacitadas.
- Actualizar el cronograma de los talleres a desarrollar y los responsables del mismo, según el programa anual.
- Contar con un banco de facilitadores-instructores actualizado.
- Coordinar las actividades necesarias para mantener el orden y la limpieza del centro de habilidades.
- Apoyar el desarrollo de los talleres en cuanto a logística y alimentación.
- Verificar la asistencia de los participantes al taller acorde con el listado enviado previamente por las jefaturas de cada servicio. (Ver anexo 4)
- Entregar el documento de material técnico de apoyo para los centros de habilidades obstétricas, neonatales, de planificación familiar y prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, al menos con dos semanas de anticipación a los participantes y recibirlos al finalizar el taller.
- Explicar a los participantes los lineamientos generales del taller, al momento de la entrega del material técnico de apoyo.

Equipo de Facilitadores/as-instructores: Para el desarrollo de los talleres es necesario disponer de un equipo de Facilitadores, quienes estarán capacitados en todas las habilidades a desarrollar en los talleres con el objetivo de que en un determinado momento puedan demostrar cualquier habilidad de ser requerido. De igual manera conocerán el manejo y cuidado de todos los maniqués.

Las principales funciones de los facilitadores serán:

- Velar por el buen uso y funcionamiento del equipo.(Ver anexo 3)
- Asegurar que se disponer del equipo, materiales e insumos necesarios y suficientes para cada habilidad (Ver anexo 5)
- Seleccionar y preparar casos clínicos de morbilidades y complicaciones obstétricas.
- Realizar la demostración de las habilidades
- Preparar charlas magistrales específicas (Cuando el caso lo requiera).
- Evaluar y calificar las habilidades desarrolladas por los participantes documentando dicha evaluación en las listas de verificación.
- Retroalimentar a los participantes en los aspectos que se necesite reforzar al momento de desarrollar la práctica de la habilidad.
- Durante el desarrollo del taller, deberán tratar con respeto y consideración a los participantes.
- Resguardar la confidencialidad, calificar los pre y post-test de cada taller.
- Al finalizar el taller, confirmar que el expediente de cada participante esté con su evaluación completa y entregarlos al coordinador/a del centro. (Ver anexo 6)
- Verificar el estado de maniqués y del equipo usado para la demostración, y al final del taller se encargará de limpiar, guardar los maniqués y entregarlos al coordinador del taller comparándolos con la lista de contenidos de cada simulador. (Ver anexo 7)

Participantes en los Talleres o Capacitaciones: Estos serán propuestos y seleccionados por las jefaturas de cada uno de los servicios clínicos y departamentos del hospital, así como por el equipo de Facilitadores-Instructores.

Quienes cumplirán las siguientes funciones:

- Previo a la realización de los talleres realizar lectura comprensiva del material bibliográfico entregado (Manual técnico para habilidades obstétricas, neonatales, de PF, y de prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria).
- Cumplir con las normas de disciplina del Centro.
- Cumplir el 100% de las actividades presenciales y ex-aula necesaria para adquirir la calificación pertinente.
- Mantener siempre una actitud respetuosa, de interés, propositiva, participativa y responsable.
- Aprobar el post test con una nota mínima de 8.
- Aprobar todas las habilidades establecidas en el taller con calificación 3.
- Aplicar los conocimientos y habilidades adquiridas en sus respectivos sitios de trabajo.

DESARROLLO DE LOS TALLERES

Para el desarrollo de los talleres se formarán grupos no mayores de **20 participantes** seleccionados de los diferentes servicios involucrados en la atención de la mujer y su recién nacido; **la jefatura** de cada servicio será la responsable de entregar **a la Enfermera de docencia**, con anticipación (Al menos 3 semanas) el listado del personal que participará en los mismos y realizará los ajustes necesarios en el plan de trabajo para evitar en lo posible que el desarrollo de los talleres interfiera con las actividades asistenciales de su respectivo servicio.

Para el desarrollo de los talleres se requerirá de lo siguiente:

- El coordinador/a de los talleres (Uno de los miembros del comité) contactará al grupo de facilitadores que intervendrán en el desarrollo del mismo y acordarán reuniones entre ellos según necesidad.
- Con anticipación al desarrollo del taller, el equipo facilitador se encargará de verificar las condiciones del local, que se disponga del material, equipo e insumos necesarios y de **preparar las mesas para el desarrollo de las habilidades un día previo al taller.**
- La Enfermera Supervisora de Docencia se encargará de preparar un expediente de cada participante, con su respectiva hoja de consolidado de aprobación de habilidades (Ver Anexo 6), las listas de verificación para cada una de las habilidades y llevará el control del personal capacitado en estas habilidades
- El día del taller todos los facilitadores deberán presentarse al menos media hora antes de su inicio.
- Iniciar el taller explicando los lineamientos generales, evaluación teórica previa (Examen pre-test), explicar la metodología a seguir y la organización de los grupos de participantes.
- Idealmente se formarán 4 grupos de 5 participantes (Máximo 6 grupos de 5 participantes)
- Cada facilitador demostrará la habilidad a cada grupo de participantes y posteriormente aclarará dudas.
- Los participantes realizarán la devolución de la habilidad después de finalizadas las demostraciones.
- El tiempo de duración de cada taller dependerá de la complejidad de la habilidad y de las capacidades individuales de los participantes.
- Al completar y aprobar las habilidades según su profesión y puesto de trabajo, se elaborará

y entregará el diploma de aprobación avalado por la dirección, el coordinador del centro y jefatura de docencia correspondiente.

- Al final del taller, los participantes evaluarán el desarrollo del mismo incluyendo aspectos logísticos, desempeño de los facilitadores, el alcance de los objetivos y los resultados. Esta evaluación deberán ser considerada para futuros talleres. (Ver anexo 8)
- En un máximo de tres días hábiles posterior al desarrollo del taller, el coordinador del mismo, deberá convocar a reunión al comité del centro, para informar anomalías o irregularidades cuando sea pertinente; con el propósito de tomar acciones.
- En el caso de que personal médico o paramédico no tenga las habilidades adecuadas para la atención materno-perinatal según su profesión y puesto de trabajo el comité del centro deberá informarlo a las autoridades correspondientes con sus respectivas recomendaciones.

NOTA: Cuando la competencia requiera una evaluación directa con la usuaria, esta será complementada en el establecimiento de salud.

EVALUACIÓN

Con el fin de identificar el nivel de conocimientos de los participantes, se hará una prueba al inicio de cada módulo, cuyos resultados permitirán fortalecer en el transcurso de la práctica las debilidades encontradas. Al finalizar el taller, se realizará una prueba teórica para evaluar los resultados de la capacitación.

Los participantes aprobarán el taller con una nota mínima de 8 en la prueba teórica. En lo que respecta a la evaluación de las habilidades, cada participante tendrá un máximo de 3 ensayos para su aprobación, casos especiales se detallan en el apartado de escala de evaluación.

Para la evaluación de cada uno de los participantes se dispone de listas de verificación (Consultar listas de verificación de habilidades Anexo 9) para de cada una de las habilidades, las cuales se basan en la escala siguiente:

DESEMPEÑO DEL PARTICIPANTE	PUNTAJE	EVALUACION		
		Primer Ensayo	Segundo Ensayo	Tercer Ensayo
Lo realiza incorrectamente: el paso o acción se realiza en forma incorrecta, se realiza fuera de secuencia o es omitido.	1			
Necesita Mejorar: el paso o acción se realiza en forma incompleta o sin la secuencia apropiada.	2			
Realizado con pericia: El paso o tarea se realiza con eficiencia y precisión, en la secuencia apropiada.	3			

Dichas listas de verificación incluyen los pasos a cumplir en la evaluación de cada una de las habilidades a desarrollar, las cuales se encuentran en el expediente personal de cada participante.

Para tener derecho **al diploma de aprobación**, será necesario que el participante obtenga **una nota mínima de 8 en la evaluación teórica y que las habilidades hayan sido realizadas con pericia (Puntaje de 3)**.

Si alguno de los participantes en el taller **no aprobara** la habilidad con los tres ensayos establecidos, el caso se discutirá con el comité del centro para tomar una decisión y proponer las recomendaciones respectivas a las autoridades superiores del hospital.

En el caso de que algún participante obtenga **nota menor de 8 en el pos-test**, tendrá una oportunidad de repetir el examen

ACTUALIZACIÓN

El personal que brinda atención obstétrica, neonatal y planificación familiar repetirá la evaluación de sus conocimientos y habilidades mediante los talleres desarrollados en el centro, cada dos años. Siendo la primera prioridad recursos que trabajan en el área de partos.

ANEXOS

ANEXO. 1 Habilidades según módulos

Módulo	Habilidades	Nivel de competencia
Módulo 1 Prevención de Infecciones asociadas a la atención sanitaria (PIAAS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos e Higiene de manos con alcohol gel 2. Lavado quirúrgico de manos 3. Colocación y uso de equipo de protección personal 4. Colocación de gabachón estéril 5. Calzado de Guantes Estériles 6. Retiro de equipo de protección 7. Aseo Vulvar 8. Cateterismo Vesical en la Mujer 9. Manejo de material y campo estéril 	Privilegiando la atención hospitalaria de partos
Módulo 2 Atención a la mujer y Preconcepcional	<ol style="list-style-type: none"> 10. Consejería en PF 11. Inserción de DIU 12. Examen clínico de mamas 13. Toma de Citología Cérvico-vaginal 14. Consejería pre-concepcional 15. Índice de Masa Corporal 	Privilegiando atención ambulatoria
Módulo 3 Atención Prenatal	<ol style="list-style-type: none"> 16. Consejería Prenatal 17. Pruebas rápida de orina 18. Prueba rápida para la glucosa 19. Maniobras de Leopold. 20. Uso de gestograma 21. Cinta obstétrica 22. Llenado de historia clínica perinatal, 23. Curva de Altura Uterina y Amenorrea 24. Curva de Incremento de Peso Materno y Amenorrea 25. Toma de peso, talla 26. Tensión arterial 27. Toma de Pulso 	Atención Ambulatoria y servicios de Puerperio
Módulo 4 Trabajo de Parto y Parto	<ol style="list-style-type: none"> 28. Uso e interpretación del partograma 29. Vigilancia Fetal Intraparto 30. Atención del parto vaginal 31. Manejo activo del tercer período del parto (MATEP) 32. Sutura de episiotomía y desgarros 33. Puerperio 	Nivel Hospitalario para personal de partos
Módulo 5 Atención de Recién Nacido	<ol style="list-style-type: none"> 34. Atención inmediata del recién nacido. 	Personal de partos y de enfermería
Módulo 6 Manejo de las principales complicaciones durante el embarazo, parto y post-parto	Hemorragia Post-parto <ol style="list-style-type: none"> 35. Medidas generales para el manejo de la HPP 36. Manejo de la Atonía uterina. 37. Compresión Bimanual del útero 38. Extracción manual de placenta 39. Manejo de Inversión Uterina 40. Manejo de la Ruptura Uterina 	Personal de emergencias y partos
	Hipertensión y embarazo <ol style="list-style-type: none"> 41. Manejo de Pre-eclampsia grave, eclampsia 42. Manejo de Síndrome de HELLP 43. Aplicación de Sulfato de Magnesio 	
Módulo 7 Procedimientos en obstetricia	<ol style="list-style-type: none"> 44. AMEU 45. LUI 46. Técnica de cesárea 	Personal de Sala de Operaciones

ANEXO 2. Distribución de Habilidades según profesión y puesto

PROFESIÓN	HABILIDADES	
Neonatología: Enfermeras, Médicos y Terapia Respiratoria (sólo #1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos, 2. Colocación y uso de barreras de protección 3. Atención inmediata del Recién Nacido 	
Médico Residente de Ginecología y Obstetricia	Todas las habilidades	
Médicos Agregados de partos y emergencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos, 2. Uso de barreras de protección personal, 3. Cateterismo vesical, 4. Uso e interpretación de partogramas, 5. Atención del parto y MATEP 6. Atención inmediata del Recién Nacido, 7. Sutura de episiotomía y desgarros GI, II, III y IV 8. Hemorragia post-parto, 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Detección y manejo de HTA y embarazo, 10. Manejo de Síndrome de HELLP, 11. Pruebas con tiras rápidas: proteinuria, bacteriuria y hemoglucotest, 12. Aplicación de Sulfato de Magnesio 13. Técnica de Cesárea
Enfermeras de UCI, partos y emergencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos 2. Aseo vulvar 3. Cateterismo vesical 4. Manejo de material estéril 5. Atención del parto y MATEP (No las de UCI) 6. Atención inmediata del Recién Nacido 7. Hemorragia post-parto: Medidas estabilizadoras y Manejo de la Atonía uterina 	<ol style="list-style-type: none"> 8. Extracción manual de placenta 9. Manejo de Inversión Uterina 10. Manejo de la Ruptura Uterina 11. Pruebas con tiras rápidas: proteinuria, bacteriuria y hemoglucotest 12. Toma de Peso, talla 13. Toma de T.A
Médicos-Enfermeras de sala de operaciones, Personal de Anestesia (1,2,3 y 4)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos 2. Lavado quirúrgico de manos, 3. Uso de barreras de protección personal, 4. Pruebas con tiras rápidas: proteinuria, bacteriuria y hemoglucotest 5. Manejo de material estéril 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Atención del Recién Nacido Sano 7. LUI 8. AMEU 9. Técnica de Cesárea
Enfermeras de Hospitalización	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos 2. Aseo vulvar 3. Cateterismo vesical 4. Pruebas con tiras rápidas: proteinuria, bacteriuria y hemoglucotest, 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Manejo de material estéril 6. Peso, talla, e IMC 7. Toma de T.A. 8. Consejería en PF 9. Consejería en Prenatal
Enfermeras de Consulta externa y Ultrasonografía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos 2. Manejo de material y campo estéril 3. Peso, talla, IMC 4. Toma de TA 5. HCP (CLAP) 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Carnet materno 7. Curvas de peso y altura uterina, 8. Consejería en PF, 9. Consejería en Prenatal
Médicos de la Consulta Externa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado clínico de manos 2. Consejería en Atención Prenatal 3. Consejería en PF, 4. Inserción de DIU 5. Examen Clínico de Mamas 6. Toma de Citología Cervico-vaginal 7. Tensión arterial, 8. Prueba rápida de Hemoglucotest 9. Pruebas para búsqueda de bacteriuria y proteinuria en orina. 10. Detección y manejo de casos de preeclampsia, 	<ol style="list-style-type: none"> 11. Maniobras de Leopold. 12. Uso de gestograma 13. Cinta obstétrica 14. Llenado de historia clínica perinatal, 15. Curva de Altura Uterina y Amenorrea 16. Curva de Incremento de Peso Materno y Amenorrea 17. Consejería en Prenatal

ANEXO 3. Material y equipo en apoyo al Centro de Habilidades Obstétricas, Neonatales, Planificación Familiar y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

Material/Equipo/Mobiliario y Cantidad			
Pantalla LCD	1	Cañón de proyección	1
Computadora portátil	1	Rota folios	1
Mesa	5	Sillas	25
Equipo de Aire Acondicionado	1	Aire Acondicionado	1
Muebles para guardar equipo	2	Caja con equipo de oficina diverso	1
Pizarra acrílicas	2	Báscula con tallímetro	1
Tensiómetro	3	Estetoscopio	3
Posters plastificados para la enseñanza de: HCP, curvas de peso, amenorrea y altura uterina, partograma, MATEP	15	Gestogramas y cintas obstétricas	20
Gavetero	1		2
MANIQUÍES			
Maniquí para maniobras de Leopold (Torso obstétrico)	1	Equipo de reanimación neonatal avanzada	2
Equipo para colocación de DIU toma de PAP, examen Bimanual del útero (Torso Ginecológico)	2	Para simulación de sutura de episiotomía (Modelos para utilizar en desgarros GII, III y IV)	2
Maniquí para la simulación de parto vaginal cefálico y podálico, manejo activo del tercer período (Torso obstétrico)	1	Maniqués para examen de mamas	2
Maniqués para AMEU y LUI	2	Maniqués para cateterismo vesical	2

ANEXO 4. LISTADO DE PERSONAL A CAPACITAR POR MÓDULO
 MÓDULO A DESARROLLAR: _____ FECHA DE CAPACITACIÓN: _____

N°	NOMBRE DEL RECURSO	DISCIPLINA	CARGO	SERVICIO DE PROCEDENCIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				

ANEXO 5. LISTA DE EQUIPO E INSUMOS PARA LOS TALLERES DE HABILIDADES OBSTETRICAS, DEL RECIEN NACIDO, PF y PIAAS.

1. Equipo para lavado de manos

- 4 Cepillos para lavado de manos
- Jabón
- Toalla
- Lavamanos
- Guantes estériles

2. Equipo para uso de barreras

- Gorro
- Mascarillas
- Lentes protectores
- Camisa de uniforme verde
- Pantalón de uniforme verde
- Zapateras
- Gabachón

3. Equipo de habilidades de prenatal

- 1 Báscula con tallímetro
- 2 Gestograma
- 2 Cintas Obstétricas
- 1 Estetoscopio
- 1 Tensiómetro
- Frasco con tiras para orina
- Frasco para muestra de orina
- Aparato y tiras reactivas para prueba rápida de glucosa
- 2 Maniqués para Leopold y feto no articulado
- Papel periódico
- Hojas para graficar IMC
- Tabla de conversión de libras a kilos
- Deposito plástico con tapadera de 40 cc.
- Papel higiénico
- 1 block Hojas de Control Prenatal
- 1 block Hoja filtro de prenatal.

4. Equipo para Examen de Mama

- Modelo de mamas

5. Equipo para toma de PAP.

- 2 modelos de torsos ginecológicos
- 2 espéculos
- Laminillas
- Espátulas de Ayre modificadas
- Hisopos largos
- Frasco con alcohol.
- Frasco de silicón.

6. Consejería en Prenatal

- Material promocional y educativo.
- Copia de casos

7. Equipo para sulfato de magnesio

- 1 litro de Dextrosa al 5 %
- 1 litro de Hartman
- Bomba de infusión y su descartable
- 3 ampollas de SO4Mg
- 2 descartables de suero normales

8. Equipo para partograma:

- Plumones whiteboard azul, rojo y verde.
- 1 Poster plastificado con el partograma.
- 1 block de partogramas

9. Equipo para el parto

- 1 Maniquí completo para la atención del parto.
- Silicón.
- 1 equipo de atención de parto
- Guantes estériles

10. Equipo para MATEP

- 1 maniquí completo
- 1 jeringa de 3 cc
- 2 ampollas de oxitocina
- 1 pinza Kotcher.
- 1 campo verde
- 1 campo especial.

11. Equipo para sutura de episiotomía y desgarros:

- 3 equipos de pequeña cirugía (1 pinza con garra, 1 sin garra, 1 porta-aguja, 1 tijera mayo recta; para cada equipo de pequeña cirugía).
- 12 suturas de crómico (vencidas de preferencia).
- Guantes estériles o limpios
- 3 jeringas de 10 cc
- 3 agujas # 18
- 3 agujas # 22
- 1 frasco vacío de Xidocaína.
- 2 Campos especiales.
- 6 Torundas de gaza.
- Modelos para sutura de episiotomía simularán desgarros grado I, II, III y IV.

12. Equipo para Recién Nacido:

- Maniqués del Recién Nacido.
- 6 clamp umbilical.
- Campos especiales.
- Hisopos con alcohol.
- Tijera Lester o abotonada.
- Guantes.
- Ropa para recién nacido

13. Equipo para Hemorragia Post- Parto:

- 2 litros de sueros Harmant o SSN
- 2 catéteres para venoclisis # 18
- 4 ampollas de Oxitocina
- 2 ampollas de Metergin
- 4 tabletas de Misoprostol o frasco vacío.
- Sonda Vesical.
- 1 Maniquí con útero post-parto con sistema hidráulico para masaje uterino.
- 2 jeringas de 3 cc.
- 2 jeringas de 5 cc.

14. Equipo para Inversión uterina:

- Maniquí con útero invertido de tela simulado.

15. Equipo para Extracción Manual de Placenta:

- Maniquí sin cubierta.
- Placenta.

16. Equipo para cateterismo vesical y aseo vulvar

- 2 Sonda Foley # 16
- 2 escudillas con torundas de algodón
- 1 jeringa de 10 cc
- 1 bacín o pato
- 1 campo estéril
- 1 pinza Murphy
- 1 pinza Forrester para transportación.
- 1 bote con gel estéril
- Jabón Clorhexidrina.
- 4 ampolletas de agua estéril.

17. Legrado uterino Instrumental

- Modelo de pelvis para AMEU
- Pinza de Anillo (2)
- Vasija pequeña
- Vasija Rectangular
- Pinza tenáculo
- Valva de Auvard
- Curetas Sims diversas medidas
- 4 campos pequeños

- Sabana hendida o ginecológica
- Torundas (10)
- Guantes
- Baldes

18. Aspiración Manual Endouterina

- Modelo de pelvis para AMEU
- Pinza de Anillos (2)
- Vasija pequeña
- Tenáculo (1)
- Especulo mediano o grande
- Aspirador Manual (Jeringa de AMEU)
- Cánulas de diferentes diámetros
- Dilatadores Easy Grip
- 4 campos pequeños
- 1 jeringa de 10cc
- Extensor de aguja
- Torundas (7)
- Guantes estériles

19. Equipo inserción de dispositivo intrauterino:

- 2 maniqués de torso ginecológico
- 6 espéculos
- 10-12 dispositivos intrauterinos
- Silicón
- 2 histerómetros
- 2 tijeras Mayo curvas largas
- 2 pinzas Forrester (de Anillo)
- 2 escudillas.
- Guantes descartables.
- Torundas de gaza.

20. Equipo para Consejería de PF

- Guía, Norma, Guía de Consejería en PF,
- Casos clínicos de PF,
- Tabla de Criterios de Elegibilidad Médica de la OMS.

ANEXO 6. CONSOLIDADO DE LA APROBACIÓN DE HABILIDADES, PRETEST Y POSTEST.

Nombre del/a Participante: _____

Nota de Pretest: _____

Nota del Post-test: _____

MÓDULO		HABILIDAD	FIRMA DEL FACILITADOR/A
Módulo I Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (PIAAS) 9 habilidades		Lavado clínico de manos e Higiene de manos con alcohol gel	
		Lavado quirúrgico de manos	
		Colocación, uso y retiro de equipo de protección personal	
		Colocación de gabachón y guantes estériles	
		Manejo de material estéril	
		Aseo vulvar	
		Cateterismo vesical	
		Consejería en PF	
		Consejería pre-concepcional	
Módulo II Atención a la mujer y Pre-concepcional 6 habilidades		Inserción DIU	
		Examen de Mama	
		Toma de PAP	
		Índice de Masa Corporal	
		Peso-Talla	
		TA, Pulso	
Módulo III Atención prenatal 12 habilidades		Consejería en prenatal	
		Pruebas rápidas de orina y glucosa	
		Maniobras de Leopold	
		Gestograma y cinta obstétrica	
		Historia clínica perinatal	
		Curvas de peso, altura uterina y amenorrea	
		Partograma,	
		Vigilancia Fetal Intraparto	
		Parto normal, MATEP y Atención Inmediata del recién nacido	
		Sutura de episiotomía y de desgarró perineales	
		Puerperio Inmediato	
		Medidas generales de HPP, Manejo Atonia Uterina y compresión bimanual del útero	
Módulo VI Complicaciones asociadas al embarazo, parto y post parto 9 habilidades		Remoción Manual de Placenta	
		Manejo Inversión Uterina, Manejo de ruptura uterina	
		Manejo de PEG- Eclampsia, Síndrome de HELLP,	
		Aplicación de Sulfato de Magnesio	
Módulo VII Procedimientos 3 habilidades		Legrado uterino instrumental, Aspiración manual Endouterina. AMEU	
		Técnica de Cesárea	
NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR/A DEL TALLER _____			

ANEXO 7. MANEJO Y CUIDADOS DE MANIQUÍES

1. INSTRUCCIONES DE SIMULADOR GINECOLÓGICO

El Simulador Ginecológico (ZOE) es una réplica de tamaño natural de un torso inferior (abdomen y pelvis) de una mujer adulta, para enseñar los procedimientos y habilidades requeridas para realizar ciertos procedimientos ginecológicos.



El Simulador es útil para demostrar y practicar lo siguiente:

- Examen pélvico bimanual de un útero normal y embarazado
- Examen vaginal con espéculo
- Reconocimiento visual de cérvix normal y anormal
- Sondaje uterino
- Inserción y extracción del Dispositivo Intrauterino tanto en intervalo como 48 hrs. postparto
- Determinación de la medida de diafragmas y colocación
- Inspección con laparoscopia y oclusión de trompa de Falopio (Esterilización con Anillos o clips)
- Esterilización por minilaparotomía (post-parto y de intervalo)
- Aspiración manual endouterina.

El torso inferior consta de una piel suave removible sostenida por un molde de esponja y de una base de metal. ZOE viene ensamblado con un útero normal en ante-versión y con su cérvix colocados en su lugar, los cuales pueden ser visualizados a través de un agujero en la parte superior del torso por medio de una lámpara que está incluida en el equipo de este simulador. Dicho orificio puede ser usado para ver el útero, ovarios, trompa de Falopio, ligamentos redondos y otras partes de la anatomía pélvica. Los úteros pueden también intercambiarse a través de este orificio.

Este modelo permite intercambiar los cérvix y los úteros para realizar los ejercicios de **palpación bimanual y de inspección visual**. Para ello tienen **3 úteros rosados con 3 cérvix rosados**:

- Uno de 6 a 8 semanas y 3 cérvix
- Otro de 10 a 12 semanas con 3 cérvix
- Uno para 20 semanas sin cérvix.

El útero rosado con ovarios y trompas de Falopio es de utilidad para aprender a realizar el examen pélvico bimanual y se recomienda utilizarlo la primera vez que se hace palpación bimanual, puesto que éste tiene los ligamentos redondos más cortos para hacer más fácil el ejercicio. Cada útero con sus respectivas trompas de Falopio. Los cuellos uterinos de estos úteros están abiertos, la lámpara incluida en este equipo es de utilidad para examinar el cérvix.

Además, incluye un útero con una porción transparente que no está ensamblado al maniquí, el cual está en retroversión, los úteros, ovarios y cérvix son intercambiables.

La piel y la moldura de espuma pueden ser removidas y puede notarse que en la parte posterior interna de la piel los sitios de las incisiones de minilaparotomía y laparoscopia están reforzados en sus extremos.

El útero que está ensamblado al torso está suspendido al simulador por los ligamentos redondos. **La mitad transparente de este útero permite visualizar la colocación y extracción de un dispositivo intrauterino y la posición de una sonda uterina**, note que todas las trompas, ovarios y ligamentos redondos son intercambiables.

El útero que trae las trompas y que está en anteversión, tiene los ligamentos redondos acortados para hacer los ejercicios de palpación más fáciles en la primera vez.

El simulador **tiene 4 cérvix que no están abiertos** y que son utilizados para identificar diferentes condiciones cervicales:

1. Cérvix normal el cual también puede utilizarse para indicar la paridad (el incluido es de múltipara)
2. Cuello con proliferación del epitelio columnar (Ectropión)
3. Cuello con quiste de inclusión (Naboth) y con pólipo endocervical
4. Cérvix con lesión (Cáncer)

Para intercambiar el útero y cérvix ensamblado al modelo, puede hacerse con la piel en su lugar a través del orificio superior utilizado para la visualización o con la piel removida.

Para mantener **el cuello firmemente colocado** en su lugar debe utilizarse **un anillo delgado de seguro entre el cérvix y el útero**, (En este modelo se incluyen 2), para aprender como agarrar el cuello con un tenáculo y traccionarlo hacia delante. Es de hacer notar que todos los úteros tienen un anillo grueso para fijarlo al anillo delgado de seguridad. El útero puede ser rotado y movilizado de lado a lado utilizando un elevador uterino permitiendo la palpación de ambos lados del útero como del fondo.

Para la **visualización del cuello** uterino utilice un **especulo mediano** de Pederson o de Graves previamente **lubricado mediante una silicona** de base de agua o un gel de KY. Para visualizar completamente el cuello inserte el especulo, angulado hacia la parte posterior y luego abra las valvas completamente. Para incrementar la apertura use el tornillo del pulgar del especulo. Instrumentos como tenáculo o sondas uterinas pueden ser insertados a través del especulo para poder acceder al útero y cérvix.

Un dispositivo intrauterino previamente cargado puede ser pasado a través de la oz cervical. Recuerde limpiar o lavar el cérvix con una pequeña cantidad de agua limpia que contenga una o dos gotas de solución jabonosa, de la misma manera en la cual limpiaría el cérvix con una solución antiséptica antes de realizar la inserción del DIU en una paciente.

Para que los estudiantes puedan visualizar **la colocación del dispositivo intrauterino la piel del ZOE puede ser removida**. De igual manera para demostrar el uso de laparoscopia convencional la piel del modelo debe ser removida, de manera que puedan visualizar las trompas de Falopio y como la trompa entra en la porción final del laparoscopio. Con esta acción la trompa de Falopio es doblada 180° y el anillo de Yoon silicón es corrido sobre la trompa doblada.

CUIDADO Y MANTENIMIENTO

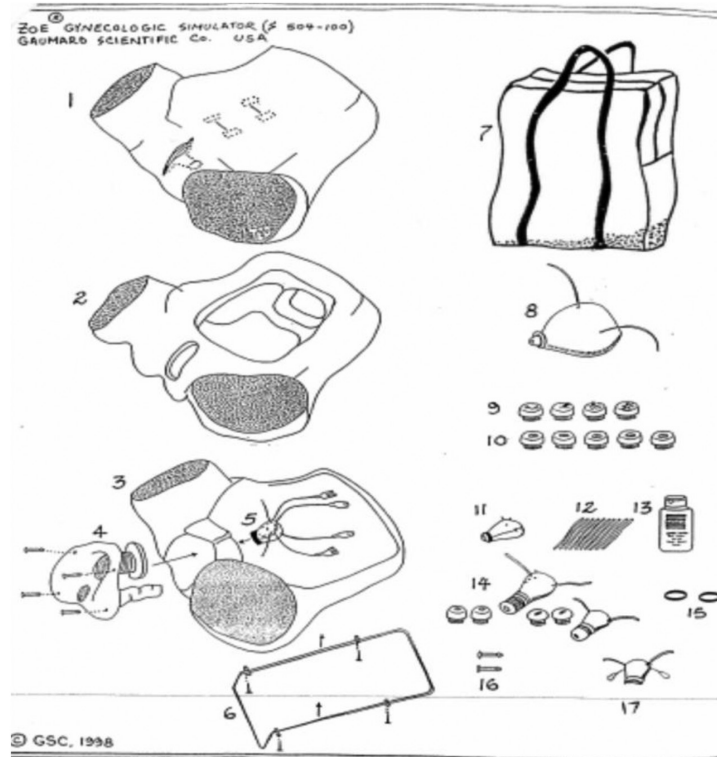
El modelo está construido de material que simula la textura de la piel. Cuando se moviliza el simulador debe hacerse con la misma gentileza que lo hace con una paciente. Siempre use lubricante de silicón a base de agua o gel de KY, cuando use instrumentos y guantes para examen ginecológico.

Después de utilizarlo, limpie el simulador, removiendo todos los rastros o residuos de lubricante, puede limpiarlo con un detergente suave con jabón y agua. No limpie con abrasivos fuertes. Séquelo concienzudamente y aplique talco. Esto puede ayudar para que pueda seguir utilizando el simulador en el futuro.

Guarde el simulador en la bolsa proveída para ello. **NO LO DEJE** en las bolsas plásticas debido a que el calor los deforma. Marcas hechas con lapiceros, plumones, tinta o marcadores permanecerán permanentemente. No envuelva el modelo en papel impreso No útiles yodine o yodopovidona en el simulador.

CONTENIDO DEL SIMULADOR

1. Piel del simulador
2. Moldura de Espuma
3. Torso de Vinil
4. Vulva desmontable con 4 pines de cierre
5. Útero en anteversión con cubierta transparente, trompas y ovarios
6. Base metálica
7. Bolsa para transportar maniquí
8. Útero para 20 semanas
9. Cérvix 4 cerrados para mostrar patología cervical
10. Cérvix 5 abiertos para realizar procedimientos intrauterinos
11. Útero en retroversión cubierta transparente para procedimientos intrauterinos
12. Repuestos de trompas 8
13. Talco
14. Úteros para 6-8 y 10-12 semanas con sus cérvix
15. Anillos delgados de seguridad 2
16. Pines de seguridad para la vulva
17. Útero con ovarios para practicar por primera vez el examen bimanual



2. INSTRUCTIVO DEL SIMULADOR PARA CATETERISMO VESICAL

El modelo de cateterización femenino está diseñado para duplicar las condiciones humanas lo más cercano posible, por lo que el trato y los cuidados deben ser similares a los brindados al paciente, un trato rudo o excesiva fricción pueden dañar el modelo como lo que ocurre en un ser humano, por lo que si recibe los cuidados apropiados puede durar para cientos de cateterizaciones. NOTA: Este seguro de siempre utilizar catéter Foley de 16 French.



Este maniquí contiene:

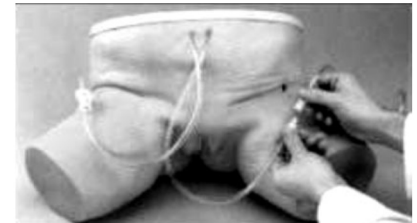
1. Unidad de administración
2. Paño plástico
3. Lubricante

Instrucciones generales de uso:

A. Para llenar la unidad de administración de líquidos:

- Sostenga el administrador flexible de líquidos 18 pulgadas sobre el simulador
- Cierre el clamp de un tubo
- extienda un extremo abierto de la bolsa y llene el contenedor con AGUA DESTILADA
- Presione para cerrar el zipper. Inicie en uno de los extremos del zipper y continúe a lo largo del mismo.

Fig.1



B. Para preparar el simulador de cateterismo:

- El simulador de cateterismo debe ser colocado sin el paño plástico en la posición apropiada. El paño va ser utilizado posteriormente. Las piernas deben de descansar en una superficie plana
- El administrador de líquidos debe ser colocado 18 pulgadas arriba del simulador. No más alto puesto que puede ocasionar derramamiento
- Conecte el desconector rápido ajustadamente a la unidad de administración de líquidos del simulador. Ver figura 1 .Cheque para estar seguro que el clamp duro del sistema de drenaje está cerrado.
- Abra el clamp en uno de los tubos de la unidad de administración
- Abra el Clamp Duro (Drenaje) en el simulador, hasta que el agua destilada fluya fuera del tubo plástico. Ver Figura 2. Cierre el clamp duro. El sistema está lleno, presurizado y listo para utilizarse
- Posicione el paño plástico entre las piernas y bajo las caderas para permitir el ángulo apropiado para la simulación del cateterismo

Fig. 2



C. Selección del catéter

- Utilice sólo catéter Foley de 16 French, el simulador femenino está diseñado para replicar una experiencia lo más parecido a la real. El utilizar este número de catéter facilita el procedimiento y minimiza el riesgo de producir daño a la uretra del maniquí
- La selección de un catéter de mayor calibre resulta en dificultad innecesaria en el procedimiento de cateterización y el uso de uno de menor calibre en un derramamiento alrededor del mismo

Nota: Especial cuidado debe considerarse cuando se utiliza un catéter Foley la insuflación del balón debe ser realizada solo cuando el catéter se ha colocado apropiadamente dentro de la vejiga. Tal como en un paciente real el balón debe ser completamente desinflado antes de retirar el catéter. Un manejo inapropiado del catéter puede resultar en daño del simulador.

D. Lubricación

- Lubrique el simulador de la uretra y el catéter CADA VEZ que un procedimiento de cateterismo sea realizado. Esto promueve mayor similitud al procedimiento y evita daños a las paredes de la uretra del simulador.
- Utilice sólo lubricante Life/form o detergente líquido IVORY. NO UTILICE OTRO SUSTITUTO. Inclusive utilizar lubricantes solubles en agua tales como KY gel tiende a atascarse en las paredes de la uretra con el paso del tiempo.
- El uso inicial luego de un largo tiempo de almacenaje o el mucho uso durante largas cesiones de tiempo requerirán de mucha lubricación. Para estos casos insertar catéter lubricado hasta la mitad del camino, retírelo e introdúzcalo varias veces siempre lubricado antes de introducirlo completamente. Este procedimiento puede ayudar a los estudiantes y reduce los daños de la uretra del simulador.

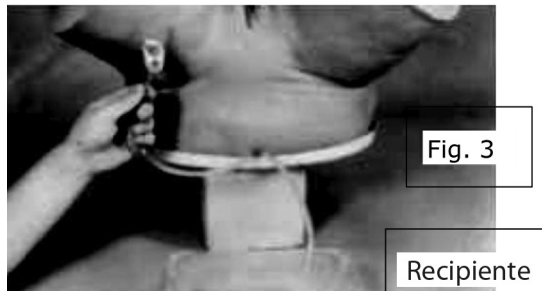
Procedimientos que pueden ser realizados en este simulador

Cateterización Femenina:

- Lubrique el catéter
- Inserte el catéter a través del esfínter simulado. Con la experiencia llegará a sentir un pequeño estallido cuando el catéter pasa dentro de la vejiga. El simulador requiere de 3 y media pulgadas del catéter para alcanzarla, continúe la inserción hasta que el agua salga a través del catéter.

Cuidados del Simulador:

- Suciedad o polvo normal pueden ser retirados de la superficie del simulador con solución jabonosa suave y agua tibia.
- Use Limpiador REN (W09919U) para remover manchas remanentes, para ello rocíe el limpiador y luego retírelo con una toalla seca de papel o un paño suave limpio
- No guarde el simulador con líquido dentro de la unidad por largo tiempo. Antes de guardar el simulador dentro de su estuche drene todo el líquido que sea posible del interior de su vejiga, para hacer esto abra el clamp duro (Drenaje) sosteniéndolo de arriba hacia abajo (Volteándolo) y manteniéndolo alto en el aire. Luego cierre el sistema para introducir líquidos y desadapte el desconector rápido de la bolsa que contenía agua destilada. Seque toda el área para asegurarse que no se acumule humedad en el estuche donde guardará el simulador Ver figura 3
- Remueva el catéter de la uretra después de usar. Si el catéter es dejado dentro, el lubricante no se secará y actuará como un pegamento ligero, lo cual produce daño al simulador cuando el catéter es retirado.



Precauciones:

- Material solvente y corrosivo puede dañar el simulador.
- Nunca coloque el simulador en papel o plástico impreso, esto ocasionará manchas indelebles sobre el simulador. Lapiceros ocasionan este mismo tipo de manchas

3. INSTRUCTIVO DEL SIMULADOR DE EXAMEN DE MAMA

Con este modelo puede realizarse el examen básico de las mamas y el avanzado, incluyendo la palpación de la axila, espacio supraclavicular y cadena de la mamaria interna. El examen de la mama puede realizarse con el torso en una semi-posición derecha. Palpe la mama derecha con los dedos de dicha mano y viceversa. Realice movimientos circulares de la periferia al centro de la mama hasta el pezón, realice la expresión gentil del pezón este debería levantarse sin ninguna resistencia.

Este modelo cuenta con 7 mamas intercambiables:

Mama # 1: Sirve para la demostración y la práctica de del movimiento de la glándula mamaria en la superficie del musculo pectoral mayor, sobre el cual descansa directamente la mama

Mama #2: Tiene 6 discretos nódulos en un lado de la mama y en el otro 1 nódulo de mayor tamaño, hay un discreto abultamiento alrededor del pezón. Esta mama represente diversos estadios de enfermedad fibroquistica de la mama

Mama # 3: Este muestra un solo nódulo móvil. Es un nódulo bien circunscrito y tiene una especie de tallo. Este tumor puede ser removido y no está adherido al tejido mamario. Representa un fibroadenoma

Mama # 4: Sujete el velcro en el pezón al velcro dentro de la piel. Este modelorepresenta una mama con el pezón retraído y la palpación cuidadosa del mismo revela una masa justo debajo del pezón, esta mama representa un carcinoma intraductal llamado o conocido también como "Piel de naranja" en el área de la aréola y pezón

Mama # 5: Esta mama muestra un tipo de carcinoma raro pero fácilmente detectable, un sarcoma gigante de la mama, el nódulo más grande de todos es una forma ulcerada del tumor el cual es fácilmente palpable y visible.

Mama # 6: Muestra un carcinoma escirroso de mama, que es la forma más común de cáncer de mama. A la palpación muestra un crecimiento infiltrativo de todo el tejido mamario. No tiene bordes bien definidos y no puede ser removido sin la mama



Mama # 7: Este modelo refleja el drenaje linfático de la mama a lo largo del cual un tumor maligno de la mama mandará sus metástasis. Este modelo muestra y es fácilmente palpable la cadena axilar, sub-clavicular y de la mamaria interna, para ello el instructor debe estar trabajando en palpar diferentes nódulos patológicos sin colocar la cinta de sostén, luego debe colocar la cinta sobre el torso teniendo el cuidado que quede apropiadamente centrado de modo que no hale hacia el lado derecho o izquierdo.

Cuidados del Modelo

- La piel del simulador puede ser limpiada con un jabón suave y agua
- Las marcas con lapicero o plumón no pueden ser removidas
- No envolver el simulador en papel impreso
- No limpiar el simulador con yodopovidona

4. INSTRUCTIVO Y CUIDADOS DEL MANIQUIS PARA MANIOBRAS DE LEOPOLD Y PARTO

Este es un modelo anatómico para aprender múltiples técnicas incluyendo la atención de un parto de emergencia con un torso femenino con marcas óseas de referencia pronunciadas, para localizar el sacro, ilion, isquion y ligamento sacro-espinoso para una mejor realización del examen pélvico obstétrico y la simulación del parto.



Además tiene un recién nacido de término con sus respectivas marcas en las fontanelas como complemento del examen obstétrico, lo mismo que la placenta y cordones umbilicales y 2 vulvas intercambiables para la simulación de un parto normal.



Tiene una cubierta abdominal de embarazada que puede ser llenada con líquido para simular la bolsa de líquido amniótico, esta puede ser llenada con 4 litros de agua por la válvula superior y mezclarla con talco transparente para poder realizar las maniobras de Leopold y determinar la presentación y situación fetal.

Este simulador incluye módulos especiales para las maniobras de Leopold, adelgazamiento y borramiento del cuello uterino y un feto de 19 piezas para demostrar distintas presentaciones al momento del parto.

El feto se puede colocar en cualquier posición que convenga para simular una situación real de parto. El tamaño real de la cavidad pélvica tiene todas las características anatómicas. Está diseñado con el abdomen abierto, que tiene una cubierta retirable, hecha de material suave que se puede pegar y despegar a la parte exterior de la pared abdominal. El canal de parto es de dimensiones promedio/normal. La vulva y la inserción perineal están hechas de plástico suave y se puede remplazar.

El OB-SUSIE, también tiene un mecanismo para simular el parto y un sistema para simular la dilatación uterina, haciéndolo ideal para llenar partogramas. También incluye el equipo de tres partes para la práctica de reparo de episiotomías que puede ser insertado y rehusado.

Procedimientos que pueden demostrarse con este simulador:

- Maniobras de Leopold para determinar la situación y presentación fetal, palpando cabeza, hombros, espalda, rodillas y codos del feto
- Parto vaginal usando el sistema manual de parto
- Permite palpar la cabeza y determinar la variedad de presentación del feto
- Distocia de hombro
- Parto por Cesárea
- Parto podálico
- Episiotomía
- Prolapso del cordón umbilical
- Placenta previa- total, parcial y marginal
- Extracción por extractor (Vaccum extractor)

CONTENIDO DEL MANIQUI

Favor verifique que las bolsas contengan los quince elementos siguientes:

- Torso femenino
- Cubierta abdominal
- Mecanismo insuflador
- Mecanismo de parto con manivela operacional
- Cérvix dilatables
- Reemplazo de vulvas
- Feto con extremidades movibles
- Feto con extremidades fijas
- Cojín uterino inflable para la Maniobra de Leopold
- Placenta
- Periné Post-parto
- Kit de útero de 48 horas de post-parto
- Conjunto de 4 presillas y cordón umbilical
- Equipo para Episiotomía
- Bolsas de vinil con zipper

CUIDADOS DEL MANIQUÍ

- Trate a su OB-SUSIE con cuidado, igual que a una madre embarazada.
- Mientras no lo esté usando, manténgalo cubierto, con el respeto que tiene por una madre real.

Después de usar el maniquí:

- Límpielo con un detergente suave o agua con jabón.
- Quite todo el lubricante.
- No use químicos abrasivos para limpiar el maniquí.
- Seque todo el maniquí antes de guardarlo.
- Guarde el maniquí en un área seca y fría, en la caja que se incluye en el paquete.
- No ponga objetos pesados encima de la caja donde se guarda el maniquí.
- Cualquier marca con bolígrafos fuentes, marcadores, o cualquier tipo de tinta No podrá removerse

- No envuelva el maniquí en papel periódico
- No use yodopovidone (yodo) en el maniquí.
Substituya las partes del maniquí disponibles a través de su distribuido

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Coloque el cojín uterino dentro del torso, el mecanismo de bombeo del cojín debe quedar fuera de OB-SUSIE, a través de cualquier espacio al lado izquierdo del torso.

Ubique el muñeco en el cojín uterino de elevación para simular las posiciones de **Palpación fetal** ya sea podálico, transverso o de vértice (Figura 1).

Instale la cubierta abdominal, luego infle el cojín, usando la bomba de aire que está incluida en el equipo, hasta que el feto se comienza a sentir dentro del abdomen. Está listo para practicar las maniobras de Leopold



PARTO. DEMOSTRACIÓN DE PARTO CEFÁLICO

El parto del feto se demuestra utilizando un maniquí con sistema mecánico (Manivela) a través del uso de un sistema de manijas, la **blanca que permite la rotación interna y la negra el descenso de 10 cm lineales**, a su vez permite el movimiento de la cabeza del feto al momento del parto desde la estación -3 hasta el momento de coronar en la estación +3.

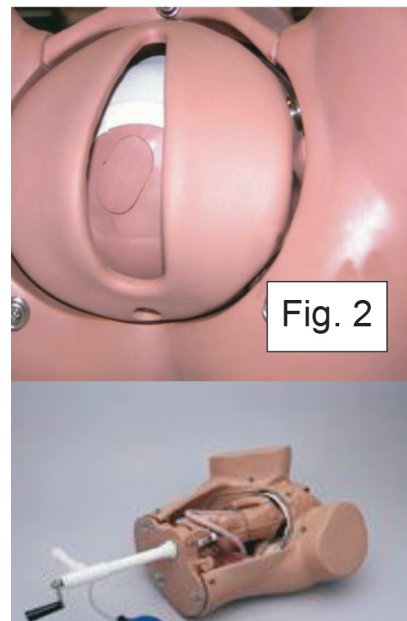
Además, permite otros 10 cm. de movimiento lineal hasta que se pueda parir la cabeza y una rotación de 90° del cuerpo del feto, que presenta los hombros a través del eje longitudinal de la vulva.

A la vez que el feto desciende, el participante puede observar la nariz fetal rotando de posición al momento del nacimiento de los hombros, al rotar la cabeza externamente de posición vertical a transversa (De cara hacia el muslo de la madre). Deje rotar al feto por si solo; una vez los hombros salen, el participante puede remover el feto de manera normal.

Para permitir la salida del feto tiene que retirarlo del mecanismo del parto, para ello el participante tiene que sostener el feto sin rotarlo y rotar la manivela negra en sentido horario hasta que se suelta el mecanismo del parto.

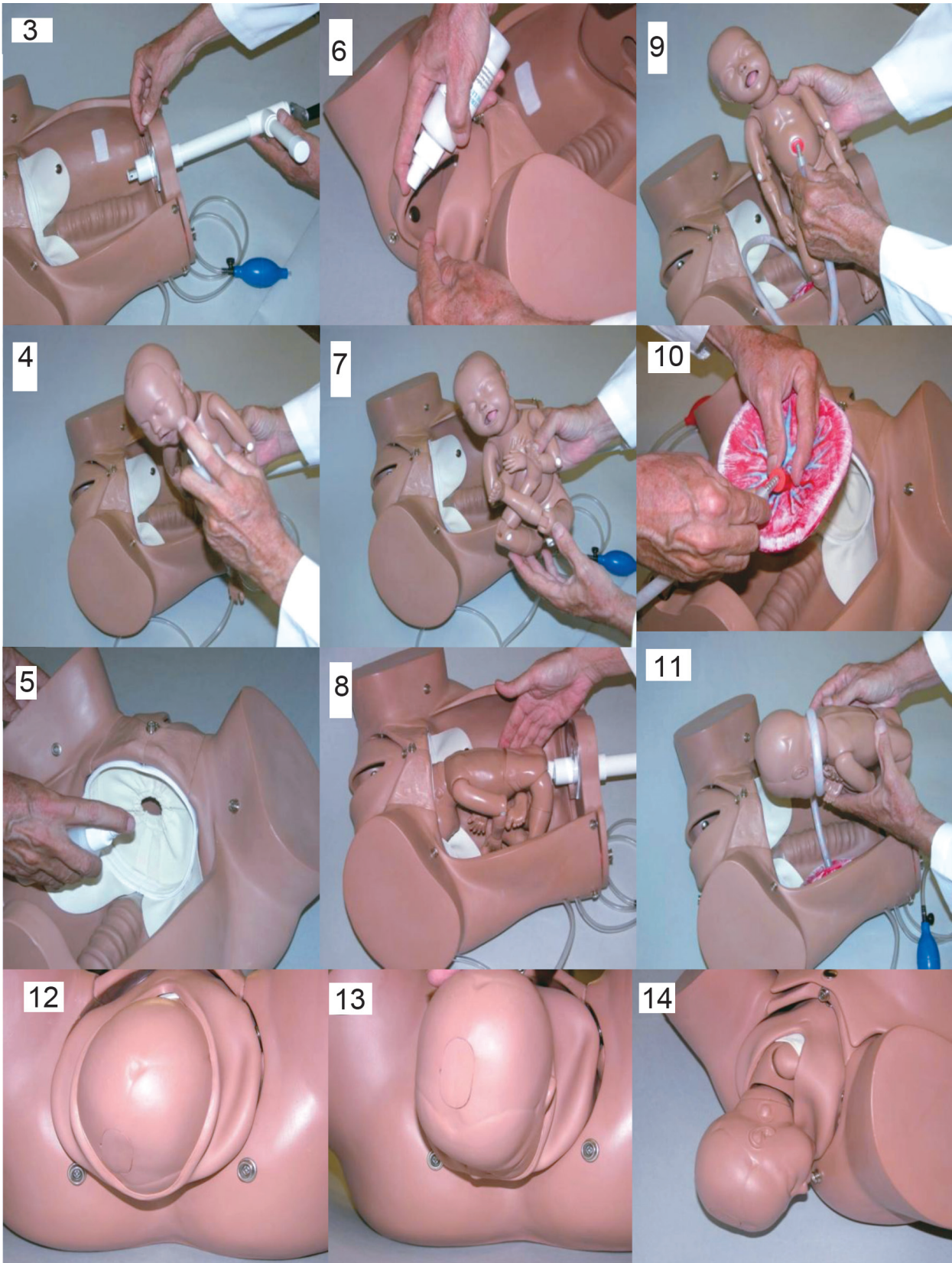
Procedimiento para la demostración:

1. Ponga el maniquí en una superficie plana.
2. Tome la vulva y la matriz dilatada y péguelos juntos. Note que la dilatación inicial del cuello es alrededor de dos centímetros. Una vez el feto se mueve hacia abajo por el canal de parto, empuja en contra del cérvix; el cual es un aparato que se asemeja a un disco blanco con un pequeño orificio en el centro y se pega a la entrada del canal de parto usando tres broches metálicos de presión; el artefacto está fabricado de forma tal que



- permite considerable distensión (Figura 2).
3. Remueva la cubierta abdominal e instale el mecanismo manual de parto (Fig. 3)
 4. Lubrique la cabeza y los hombros del feto, además del cérvix (Figura 4 y 5). Haga lo mismo en la parte interna de la vulva, usando la silicona a base de agua (Figura 6).
 5. Ponga el feto en posición fetal (flexione los brazo sobre el tórax y las piernas sobre el abdomen) y conéctelo al mecanismo del parto (Figura 7 y 8);
 6. Una vez adaptado, manualmente gire la manivela negra (Para el mecanismo de descenso) del mecanismo de parto **en contra del reloj para ajustar el feto**, dentro de la cavidad (Figura 8).
 7. **Es importante girarle en contra del reloj, en caso contrario puede quebrarse la manivela.**
 8. Cerciórese de conectar el cordón umbilical al feto, procure que el cordón umbilical no interfiera con el mecanismo (Figura 9)
 9. Es recomendable no asegurar la placenta al velcro, ya que puede desgarrarse (Figura 10).
 10. El cordón umbilical puede estar enredado una vez alrededor del cuello del feto para simular circular de cordón (Figura 11)
 11. Se recomienda colocar el feto dorso a la izquierda, esta es la posición occipito anterior izquierda.(Fig12)
 12. Vigile que los hombros del feto estén alineados con la vulva, cuando realiza la rotación interna, sino puede hacer distocia y dañarse. (Fig. 13)
 13. Nótese que el feto se mueve en el interior de la madre al ir descendiendo, gira después que la cabeza sale del cuerpo y antes de que salgan los hombros. (Fig. 14)
 14. El ciclo de parto puede interrumpirse en cualquier momento y comenzar nuevamente, de ser necesario.

Una vez las partes del feto comienzan a presionar sobre el cérvix, éste comienza a dilatar e hincharse mientras se mueve por el canal de parto. Al momento que corona la cabeza, el cérvix se ha estirado alrededor de 10 centímetros hemos medido la dilatación cervical y el descenso fetal y hemos encontrado que se aproxima a la fisiología del momento del parto. Cuando la cabeza del feto corona, el cérvix dilatado permite que la cabeza pase a través del cérvix y la vulva. La ventaja de tener simulación de un cérvix dilatado es que permite a los participantes medir el descenso del feto y la dilatación cervical, que son usados como puntos de medición para el progreso del parto y esta información se incluye en el partograma

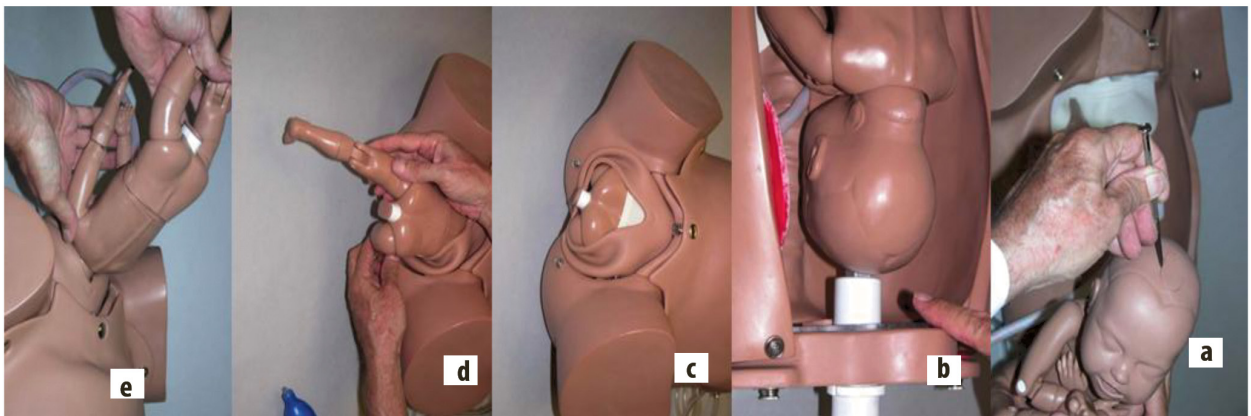


PRESENTACIONES ANORMALES

Parto podálico:

Para simular la presentación de parto podálico (de nalgas):

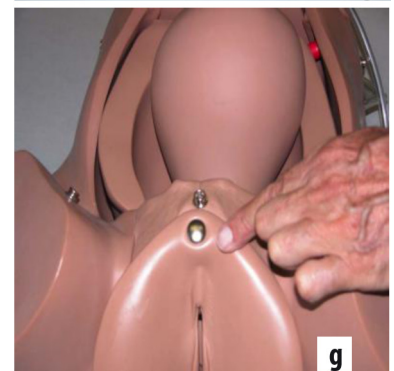
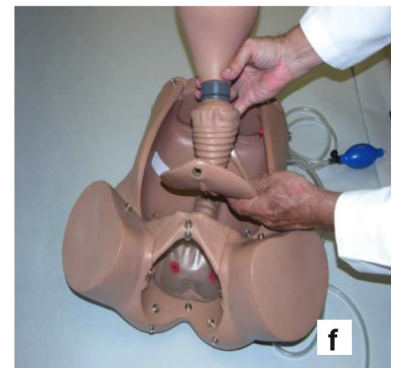
1. Retracte el mecanismo de parto completamente
2. Remueva la cubierta en la cabeza del feto (Fig. a)
3. Inserte el mecanismo de parto en la cabeza de éste usando uno o dos adaptadores (Fig. b)
4. Ponga las piernas del feto en posición extendida para simular un parto de pies (podálico incom-pleto) o con las piernas retractadas para simular un parto de nalgas (**franco de nalgas**) y los brazos flexionados sobre el tórax del feto. (Fig. c)
5. Gire la manivela en sentido contrario a las agujas del reloj, **esto hará que se libere una de las piernas** y posteriormente el resto del cuerpo hay que girar el feto para que salga la cabeza fetal(Fig. e)



ACTIVIDADES A REALIZAR EN EL POST-PARTO

Masaje uterino:

1. Quite la vulva dilatada y apriete la parte que representa el área del periné y ponga ambas partes juntas.
2. Fije la parte del cuello uterino que representa el tamaño postparto inmediato y ensámblela a la parte superior de la vagina. Nótese que el útero del postparto consiste de una fina capa de tejido uterino, e internamente se encuentra otro útero de menor tamaño de consistencia firme.
3. Use la perilla para inflar el espacio entre los dos úteros, expandiendo el tejido suave externo y simular las condiciones dentro del útero. A la vez que el participante hace el masaje con ambas manos, el aire va a salir del tornillo localizado en la bomba de aire. A la vez que el aire sale, uno puede palpar la cubierta abdominal y notar que útero se está contrayendo al punto de ponerse firme, también se va a poder palpar la parte interna del útero.
4. El masaje se efectúa a través de la pared abdominal. Aplique masaje externo en el fondo uterino; a medida que lo aplica sentirá una tumoración de consistencia dura que le indica que la atonía se ha revertido.



OTROS USOS DEL MODELO: SUTURA DE EPISIOTOMÍA Y DESGARROS

Quite la vulva completamente dilatada, usada durante el parto y luego seleccione uno de los tres módulos para reparar una episiotomía. Ponga el módulo en posición. Use crómico 2-0 para hacer los puntos de sutura o para reparar el desgarro.

PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL

El prolapso del cordón umbilical indica problemas con el feto. Con cada contracción, el cordón umbilical es comprimido entre la pelvis de la madre y la parte que primero se presenta, al momento del parto. Si el flujo de sangre a través del cordón umbilical, se interrumpe, el feto puede morir. De palparse u observarse el cordón umbilical en el canal de parto antes de cualquier parte del feto, deberá rechazar la presentación (usando guantes), para evitar la compresión del cordón, manteniendo así hasta realizar la cesárea.

PLACENTA PREVIA:

Para simular placenta previa con OB SUSIE, ponga la placenta en la posición deseada para simular la condición, con la parte materna de la placenta en contra de la pared uterina o de la abertura cervical. Luego, ponga el feto dentro de la cavidad uterina con la parte que presentará primero lo más cercano a la placenta.

No olvidar que al finalizar la práctica, debe revisar que las piezas del maniquí estén completas, de acuerdo al listado. Limpiarlo, secarlo y aplicar talco, entregándolo al responsable de recursos humanos.

5. INSTRUCTIVO DE MANIQUÍ DE EPISIOTOMÍA

El Simulador de episiotomía, ha sido diseñado para demostrar y practicar el procedimiento de sutura de episiotomía. La anatomía del área ha sido diseñada lo más parecido posible a la del área genital femenina, el material interno ha sido diseñado para que de la apariencia real pero es capaz de soportar cientos de horas de prácticas.

Procedimientos que pueden ser realizados en el simulador:

Sutura de episiotomía utilizando los instrumentos estándares:

- Porta agujas,
- Sutura de catgut crómico 2-0 o 3-0
- Tijeras

Instrucciones generales de uso:

- Es recomendado que se suturen las estructuras profundas primero, además casi siempre se aplican 3 suturas continuas en la incisión perineal
- Complete la reparación comenzando 1 cm arriba del ápex de la apertura vaginal, suturando equitativamente los tejidos. Después de anudar esta sutura corte el extremo más corto del hilo y continúe con sutura con sorjetee en el introito vaginal
- Luego, inserte la aguja en el tejido celular sub-cutáneo justo en frente de la última sutura del introito vaginal de este modo la vagina no se abrirá



- Continúe colocando equitativamente las estructuras internas del perineo. Cuando coloca la última sutura de la parte interna, salga sub-cuticularmente (+ 1 cm debajo del epitelio), el ápex posterior de la incisión perineal
- Comience la sutura su cuticular alternado cada lado de la incisión hasta alcanzar el introito vaginal nuevamente, en este punto puede realizar un nudo pasando lateralmente la aguja para hacer una laza y luego cortar la sutura o puede introducir la aguja hasta adentro de la estructura vaginal evitando dejar los nudos en el introito por las molestias que esto le causa a la mujer.

Cuidados del simulador:

- Suciedad normal puede ser removida utilizando un jabón suave y agua tibia. Utilice el REN calender (W099119UA) para retirar manchas de la superficie del simulador. Para ello rocíe el limpiador y luego retírelo con una toalla de papel o un paño suave.
- Solvente o material corrosivo puede dañar la superficie del simulador.
- Nunca coloque ningún tipo de material impreso o plástico sobre el simulador, este material puede ocasionarle manchas indelebles al simulador.
- Los lapiceros o plumones también los manchan permanentemente

6. INSTRUCTIVO DE MODELO PÉLVICO PARA LEGRADO POR ASPIRACIÓN

Se trata de un modelo de pelvis abierto para facilitar el aprendizaje de la aspiración manual endouterina que simula la sensación de la suavidad y de lo arenoso de un útero gestante con restos placentarios.

Tiene una base de Plexiglás con succión para asegurar su estabilidad.

Este modelo viene para ser utilizado con las cánulas para biopsia endometrial y para legrado con la técnica de Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Para utilizar el modelo puede hacerlo con espéculo de acero o de plástico lubricado con un lubricante de base de agua como el utilizado en las personas (KY) o con silicón en spray.

Luego de utilizarlo debe ser limpiado con una tela suave humedecida en una solución jabonosa suave



Anexo 8. Hoja de Evaluación del Taller

Fecha:

Módulo:

Condición	No Satis	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
Cumplimiento de los objetivos					
Comprensión de los temas					
Tiempo suficiente					
Facilitación del evento					
Dominio del tema					
Claridad de la presentación					
Material de apoyo adecuado					
Aclaró dudas oportuna y correctamente					
Cumplió con los tiempos asignados					
Participación del Grupo					
Se mantuvo activa la participación					
Oportunidad de las opiniones					
Cumplimiento de las reglas					
Puntualidad					
Facilitadores estuvieron puntuales					
Usted estuvo puntual					
Aspectos de logística					
Materiales suficientes					
Local adecuado					
Iluminación					
Aire acondicionado adecuado					
Alimentación					
Otros					

Comentarios: _____

Recomendaciones: _____

ANEXO 9. LISTAS DE VERIFICACIÓN DE LAS HABILIDADES

1. Lavado Clínico de Manos	EVALUACIÓN		
No olvidar retirar joyas, alhajas, no utilizar uñas acrílicas o barniz de uña	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se humedeció las manos.			
2. Se aplicó jabón antiséptico cubriendo ambas manos y haciendo abundante espuma.			
3. Friccionó por 15 segundos toda la superficie de las manos: Palmas, dorso, espacios interdigitales, punta de los dedos, uñas, dedos incluyendo pulgares, muñeca.			
4. Se enjuagó ambas manos manteniéndolas hacia arriba y evitó contaminarse.			
5. Se secó con toalla de papel o de tela de un solo uso o se secó al aire.			
6. Con la toalla que se secó cerró el grifo (Si era manual).			
Higiene de manos con alcohol gel ** No sustituye el lavado de manos y debe realizarse el lavado de manos cada 5 aplicaciones de alcohol gel	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
7. Explicó situaciones en las que puede realizarse (Como complemento del lavado de manos, cuando las manos no están visiblemente sucias, cuando no vaya a realizar un procedimiento invasivo y no más de 5 veces después de un lavado clínico de manos)			
8. Aplicó 3 cc de alcohol gel sin contaminar el dispensador			
9. Friccionó ambas palmas, dorso, espacios interdigitales, pulgar, nudillos y punta de los dedos hasta que se secó completamente el alcohol (Generalmente 20 seg)			
2.Lavado Quirúrgico de Manos	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Realizó lavado clínico de manos incluyendo antebrazos			
2. Mantuvo las manos por encima del nivel del codo y alejadas del cuerpo			
3. Limpió debajo de cada uña con un palillo o con cepillo			
4. Aplicó el antiséptico, realizó el lavado con esponja o con las manos de la parte distal a la proximal sin regresar			
5. Comenzó a tomar el tiempo y friccionó por 1 minuto y medio: Punta de los dedos, cuatro caras de cada dedo, entre los dedos ,palma de la mano y dorso de la mano			
6. Friccionó por 1 minuto las cuatro caras de: muñeca, antebrazo y codo			
7. Repitió el procedimiento con la otra mano y brazo			
8. Completó la fricción por 5 minutos en ambos miembros			
9. Enjuagó cada brazo separadamente comenzando de la punta de los dedos y manteniendo las manos a la altura de los hombros			
10. Entró a sala de operaciones sosteniendo las manos arriba de los codos a la altura de los hombros y abrió la puerta con la espalda			
11. Secó sus manos con toalla estéril comenzando por la punta de los dedos hasta el codo, usando un extremo diferente de la toalla para cada mano y la descartó correctamente			
12. Mantuvo las manos por encima del nivel de la cintura y no tocó nada antes de ponerse los guantes quirúrgicos.			

3.Colocación y uso de equipo de protección personal	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
USO DE MASCARILLA Y GORRO			
1. Se retiró joyas y otras alhajas y prendas, y se recogió el cabello por arriba del cuello.			
2. Se colocó gorro cubriendo completamente cabello y orejas.			
3. Se colocó la camisa y luego el pantalón, dejó la falda de la camisa dentro del pantalón			
4. Se colocó zapateras y dejó ruedo de pantalón dentro de las mismas si son de tela			
5. Realizó lavado clínico de manos			
6. Se Colocó la mascarilla apropiadamente sobre boca y nariz (La colocó con la laminilla hacia arriba con los pliegues internos que abran hacia abajo, atando primero las cintas superiores, arriba de las orejas, paralelas a estas amarro las inferiores y amoldó la mascarilla al tabique nasal)			
7. Se colocó lentes protectores			
8. Se realizó lavado quirúrgico de manos según técnica			
4.Colocación de gabachón estéril	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se colocó delantal impermeable si era necesario y efectuó lavado de manos clínico o quirúrgico según se requería			
2. Se cercioró de la esterilidad del gabachón			
SI LO HACE SIN AUXILIO			
Descubrió el paquete, con técnica aséptica			
3. Tomó el gabachón por los hombros, se alejó de cualquier superficie y con los brazos extendidos a la altura de los ojos soltó la parte inferior			
4. Identificó las bocamangas e introdujo un brazo lo dejó hasta la altura del codo.			
5. Conservando la mano dentro de la manga, sostuvo el lado opuesto del gabachón e introdujo la otra mano.			
6. Extendió los brazos hacia el frente, pidió ayuda para ajustarlo y sujetarlo.			
SI LO HACE CON AUXILIO			
7. Extendió los brazos hacia el frente para que se le coloque el gabachón, permitiendo que quien le auxilie tire por el lado interno de los hombros, se inclinó sin hacer movimientos bruscos, para que el auxiliar pudiera tomar el extremo de las cintas las ató y acomode.			
EN AMBOS CASOS			
8. Mantuvo las manos en el frente por encima de la cintura			
9. Al finalizar el procedimiento, se lavó las manos aún enguantadas y se retiró gabachón antes de quitarse los guante			

5. Calzado de Guantes Estériles (Técnica abierta)	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se realizó lavado de manos clínico o quirúrgico previo al procedimiento, y se aseguró de dejar las manos completamente secas.			
2. Abrió la cubierta interna de manera aséptica por los dobleces del envoltorio dejando los puños hacia el operador.			
3. Tomó un guante por la parte interna del puño doblado y sosteniéndolo por encima de la cintura, identificó el pulgar colocándolo hacia el frente, deslizo la mano abierta procurando que los dedos coincidieran con el guante.			
4. Tiró de éste sin soltarlo, dejándolo sobre el puño del gabachón.			
5. Sin manipularlos o ajustarlo, introdujo cuatro dedos de la mano enguantada en el doblez del puño del otro guante y lo levantó identifico el pulgar del guante y deslizo la mano.			
6. Acomodó los guantes hasta tenerlos calzados mantuvo las manos por encima del nivel de la cintura evitando contaminarlos.			

6. Retiro de equipo de protección personal	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Lavó los guantes (Independientemente de su integridad)			
2. Si utilizó gabachón se lo retiró antes de quitarse los guantes			
3. Tomó entre el pulgar y el índice de una mano el guante invertido y lo retiró parcialmente hasta la altura de los dedos, con este tomó el otro guante y lo retiró totalmente. Se retiró los guantes contaminados tomando la parte contaminada de un guante con los dedos enguantados de la otra mano			
4. Lavó sus manos posterior al procedimiento			
5. Se retiró la mascarilla soltando las cintas de manera invertida (Primero las cintas inferiores) y sin manipularla la desechó			
6. Deslizó los dedos por las sienes al interior del gorro, lo empujó hacia afuera y lo retiró hacia atrás, luego lo descartó apropiadamente.			

7. Manejo de Material Estéril	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Describe las condiciones ideales de almacenamiento del equipo estéril. (Almacenado en área limpia, alejado de fuentes de humedad, calor y arriba de 50 cm metro del piso, 50 cm abajo del techo y 15 a 20 cm de la pared); y la precaución de no utilizarlo después de 15 minutos de haberlo preparado			
2. Se colocó el gorro y mascarilla según técnica			
3. Realizó lavado clínico de manos antes de manipular el material estéril.			
4. Se cercioró de la esterilidad del equipo:			
o Confirmó fecha de vigencia de la esterilidad.			
o Verificó el viraje de color de la cinta testigo externo e interno del paquete (Si es pertinente)			
o Verificó visualmente ausencia de materia orgánica.			
o Comprobó la integridad del paquete (No roto, no remendado, no húmedo, no sucio o manchado reciente, sellado).			
5. Colocó el equipo sobre la mesa limpia y seca para el procedimiento			
6. Permaneció siempre frente al material estéril y lo manejó arriba de la cintura			
7. Retiró con la mano la primera cubierta sin contaminar su interior.			
8. Usó pinza de anillos o guantes estériles para retirar la segunda cubierta			
9. Permaneció siempre frente al material estéril y lo mantuvo arriba de la cintura			
10. Se aseguró que se sirvan insumos y soluciones conservando la esterilidad del equipo			
11. Evitó hablar innecesariamente durante el desarrollo del procedimiento.			
12. No manipuló excesivamente el material estéril y pidió ayuda si fue necesario.			
13. Cambió equipo al sospechar contaminación del mismo			

8.Aseo Vulvar	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Preparó equipo estéril conteniendo: torundas de algodón, vasija, pinzas de anillo; y el no estéril que incluye: un jabón líquido suave, recipiente con agua tibia, impermeable, guantes limpios, dos sábanas clínicas, recipiente para desechos, bacín, cubre bacín			
2. Saludó y se identificó e identificó a la usuaria			
3. Preguntó a la usuaria si presentaba alguna molestia en la zona perineal			
4. Orientó a la usuaria sobre el procedimiento a realizar			
5. Cubrió a la usuaria manteniendo la privacidad (Con biombo, piñeras u otro)			
6. Pidió a la usuaria que se colocara en posición de litotomía, le ayudó si fue necesario			
7. Iluminó el área perineal para visualizarlo apropiadamente			
8. Colocó bacín bajo los glúteos de la paciente			
9. Se realizó lavado clínico de manos según técnica			
10. Se calzó guantes limpios			
11. Inspeccionó zona perineal (Características de genitales, presencia de secreciones, sus características, cantidad de loquios y condición de episiotomía si es el caso)			
12. Vertió agua sobre los genitales			
13. Aplicó solución jabonosa con una torunda de algodón realizando movimientos horizontales y descendentes en el monte de Venus.			
14. Con otra torunda aplicó el jabón en ambos muslos desde la ingle hacia fuera sin regresar (Una para cada muslo)			
15. Realizó limpieza vulvar siguiendo los siguientes pasos: Limpió labios mayores de arriba hacia abajo en un solo movimiento una para cada lado , con otra torunda vestíbulo y región perianal			
16. Retiró el exceso del jabón con agua tibia			
17. Retiró bacín, limpió y secó el área, colocó toalla sanitaria si fue necesario y dejó cómoda a la usuaria.			
18. Realizó lavado del equipo y lo deja ordenado			
19. Se retiró los guantes y lavó las manos			
20. Documentó en el expediente clínico el procedimiento realizado y los hallazgos			

9. Cateterismo Vesical	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Saludo, se identificó e identificó a la usuaria			
2. Le explicó el procedimiento y le preguntó si es alérgica a algún antiséptico			
3. Mantuvo la privacidad de la paciente con biombo, pierneras, entre otros.			
4. Colocó a la paciente en posición de litotomía y aisló la cama			
5. Ajustó la luz o utilizó una lámpara si es necesario			
6. Se colocó gorro y mascarilla			
7. Se realizó lavado clínico de manos			
8. Preparó el equipo			
9. Con técnica estéril abrió equipo que contiene: 2 vasijas o escudillas			
10. Sirvió con técnica aséptica jabón antiséptico en una de las vasijas, agua estéril en la otra, torundas, un apósito, jeringa estéril y campo hendido			
11. Sirvió la sonda vesical sin su primera envoltura en el área estéril y la bolsa colectora sin su primera envoltura en el caso de tener dos. Si solo tiene una colocarla entre las 2 cubiertas			
12. Realizó aseo vulvar según técnica			
13. Se calzó guantes estériles según la técnica			
14. Sirvió en la jeringa agua estéril de la vasija según la capacidad del balón (5 a 10 ml) y retiró la aguja si fuese necesario			
15. Adaptó la sonda a la bolsa colectora: Expuso el extremo distal de la sonda vesical estéril y el proximal del tubo de la bolsa colectora, los adaptó sin tocar los bordes. Sosteniendo la sonda del extremo proximal la retira de la segunda envoltura y la deja dentro del equipo en la parte estéril y la bolsa colectora sin envoltorio sobre la parte interna de la segunda cubierta fuera del área estéril			
16. Con la mano menos hábil, tomó el apósito estéril entre dos dedos y lo colocó para separar los labios menores haciendo leve tracción hacia arriba para dejar visible el meato urinario.			
17. Con la mano hábil tomó una pinza con torunda de algodón humedecida en antiséptico.			
18. Realizó la asepsia con antiséptico (Clorhexidrina o Jabón Yodado) de manera circular sin ejercer presión ni fricción, partiendo del meato hacia la periferia, sin regresar y descartó la torunda en vasija de desechos.			
19. Si utilizó jabón antiséptico lo dejó actuar (Al menos 1 minuto) y lo retiró con otra torunda de algodón humedecida en agua estéril con movimientos circulares del centro a la periferia.			
20. Descartó la torunda y pinza.			
21. Coloca campo hendido			
22. Con la mano hábil tomó la sonda vesical evitando el arrastre (enrollándola); sujeta el extremo proximal a introducir y lo lubricó. (Con agua o gel estéril)			
23. Introdujo la sonda lentamente, hasta que salió orina por el tubo de drenaje y la introdujo unos 2 a 5 cm más, sostuvo la sonda y la mantuvo fija al meato			
24. Insufló el balón: Llevó la válvula del sistema del balón hasta la mano que tiene fija la sonda al meato y la sujeta mientras insufla el balón.			
25. Retira el campo hendido pasando todo el sistema adaptado a través del mismo			
26. Tiró lenta y suavemente de la sonda para corroborar que estaba fija			
27. Fijó la sonda por el punto de unión de la sonda y el tubo colector sobre la parte proximal media del muslo asegurándose de no dejarla traccionada y colocó la bolsa colectora de orina por debajo del nivel de la vejiga, sin ponerla en el piso			
28. Proporcionó ayuda a la paciente para ponerse cómoda y la orientó al cuidado del sistema de sondaje			
29. Realizó lavado de manos			
30. Dejó el equipo limpio y ordenado			
31. Se retiró los guantes según técnica			
32. Realiza anotaciones correspondiente (Incluyendo la fecha del cateterismo en la cuadrícula)			

10.Procedimiento: Consejería en Planificación Familiar		Evaluación		
		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Atender	1. Saludó y llamó por su nombre a la usuaria y se presentó			
	2. Expresa su disposición a atenderla, guardando la confidencialidad y confianza			
Conversar	3. Preguntó edad, número de hijos y si tiene pareja estable.			
	4. Exploró la intención de la usuaria de esperar o espaciar sus hijos a través de la planificación familiar			
	5. Indaga sobre conocimientos y utilización previa de métodos.			
	6. Identifica el o los riesgos			
	7. Mantiene un trato cordial a lo largo de la consejería.			
	8. Si el/la usuaria/o no ha comprendido, hace la misma pregunta de otra manera			
Comunicar	9. Menciona los diferentes métodos y condiciones generales de los mismos			
	10. Usa materiales de apoyo, sin recargar la información			
	11. Aclarar dudas			
Elegir	12. Permite la elección de métodos.			
	13. Verificó contraindicaciones médicas para el uso del método elegido, utilizando los criterios médicos de elegibilidad			
	14. En caso de haber contradicciones, explicó alternativas			
	15. Exploró dudas sobre el método elegido y amplió la información			
Describir	16. Describió forma de uso del método elegido, ventajas y desventajas, efectos secundarios			
	17. Explicó signos de alarma y conducta a seguir			
	18. Utiliza parafraseo para asegurarse que la usuaria comprendió toda la información			
	19. Corrige amablemente cualquier error			
Acordar	20. Acordó cita, Informó que puede regresar en cualquier momento, al tener algún problema o alguna anormalidad. Informó los lugares para el abastecimiento de los métodos			
	21. Registró información en formularios pertinentes			

11.Procedimiento de Inserción de DIU (T de Cobre 380 A)	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Saluda a la mujer con respeto y amabilidad			
2. Obtiene una breve historia de la salud reproductiva de la usuaria o revisa el expediente.			
3. Pregunta a la usuaria si ha evacuado la vejiga			
4. Explica a la usuaria lo que se va hacer y la insta a que haga preguntas.			
5. Se lava las manos con agua y jabón y se las seca.			
6. Palpa el abdomen y determine si hay sensibilidad en la región suprapúbica o pélvica a la anomalías en los anexos.			
7. Se pone, en ambas manos, guantes para exámenes nuevos			
8. Dispone el instrumental y los suministros en una bandeja estéril			
9. Hace un examen bimanual.			
10. Se coloca guantes nuevos (cuando se dispone de insumos).			
11. Hace un examen con espejulo			
12. Carga correctamente la T De Cobre 380A dentro del paquete estéril con la técnica de “no tocar”			
13. Con un aplicador y una solución antiséptica limpie dos veces el cuello uterino, especialmente el orificio y la vagina.			
14. Con el tenáculo tomó el labio anterior del cuello y lo sujeta con delicadeza mantuvo una tensión suave			
15. Hace la histerometría usando la técnica de no tocar.			
16. Inserta el DIU T de Cobre 380A utilizando la técnica del retiro.			
17. Corta los hilos de DIU dejando 3 a 4 cm. de longitud desde el OCE.			
18. Extrae con delicadeza el tenáculo y examinó el cérvix y en caso de detectar sangrado, colocó una torunda de algodón o gasa en el lugar y suavemente aplicó presión durante 30-60 segundos			
19. Extrae con delicadeza el espejulo y lo coloca junto con el histerómetro en una solución de cloro al 0,5%, durante 10 minutos para descontaminarlo.			
20. Antes de quitarse los guantes, coloca todo el instrumental en una solución de cloro al 0,5% para descontaminarlo.			
21. Elimina los materiales de desecho en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico.			
22. Sumerge ambas manos enguantadas en una solución de cloro a 0,5%. Se quita los guantes invirtiéndolos.			
23. Coloca los guantes en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico.			
24. Se lava las manos concienzudamente y se las seca.			
25. Ayudó a la mujer a sentarse en la camilla (Preguntó si no está mareada), si está mareada la deja reposar al menos 10 minutos			
26. Brinda recomendaciones post inserción: explica a la usuaria cómo y cuándo debe verificar la presencia de los hilos, efectos secundarios y signos de alarma y responde preguntas			
27. Llena el expediente de la usuaria y le indica analgésicos.			
28. Acuerda la visita a las 6 semanas o cuando haya detección de signos de alarma.			

12.PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DE DIU	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. De la bienvenida a la mujer con respeto y amabilidad.			
2. Pregunta a la usuaria cual es la razón por la que desea la remoción y responde a sus preguntas.			
3. Determina cuales son las metas reproductivas actuales de la usuaria y la necesidad de protección contra las ITS.			
4. Describe el procedimiento de remoción y lo que la usuaria debe esperar.			
5. Se asegura que la usuaria haya evacuado la vejiga y lavado y enjuagado la zona genital, de ser necesario.			
6. Explique a la usuaria lo que va a hacer e ínstela a que haga preguntas.			
7. Se lava las manos concienzudamente y se las seca.			
8. Se pone, en ambas manos, guantes para exámenes nuevos			
9. Realiza un examen bimanual.			
10. Inserte el espéculó vaginal y visualice el cuello uterino y los hilos del DIU.			
11. Limpió con una solución antiséptica dos veces el cuello uterino, especialmente el orificio y la vagina.			
12. Sujeta los hilos cerca del cuello uterino y hala con firmeza y delicadeza para remover el DIU.			
13. Mostró el DIU retirado a la usuaria.			
14. Retiró con suavidad el espéculo vaginal.			
15. Verificó que la usuaria estuviera cómoda y la ayudó a levantarse.			
16. Recordó a la paciente que a partir de ese momento esta desprotegida.			
17. Si la usuaria aceptó otro método, brindó el método, consejería y acordó nueva cita			

13.Procedimiento: Toma de Citología	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Menciona algunas indicaciones básicas (en cualquier periodo del ciclo, a cualquier edad, después de haber iniciado vida sexual, postparto y otras)			
2. Explicó por qué se recomienda la prueba de toma de PAP y describió en que consiste estableciendo una adecuada empatía médico paciente según el caso			
3. Llenó adecuadamente el formulario de citología y rotuló la laminilla con lápiz grafito con el # de expediente en la parte esmerilada			
4. Se aseguró que la usuaria haya ido a orinar en los últimos 30 minutos			
5. Comprobó que los instrumentos, suministros y fuente de luz estuvieran disponibles y listos para su uso			
6. Comprobó que dispone de recipiente con solución de cloro al 0.5 % y recipiente para materiales de desecho			
7. Palpó el abdomen de la mujer, y la cubrió para hacer el examen Pélvico			
8. Se calzó con un par de guantes desechables nuevos			
9. Inspeccionó y palpó los genitales externos, en busca de anormalidades.			
10.Evaluó que el tamaño del espéculo sea apropiado			
11.Separó delicadamente los labios menores			
12.Colocó el espéculo orientando las hojas paralelas a los labios y solicitó a la mujer que pujara para poder evidenciar el introito vaginal.			
13.Introdujo suavemente el espéculo y al pasar el tercio medio dela vagina lo rotó suavemente, tratando de dirigirlo hacia el fórnix posterior			
14.Abrió el espéculo delicadamente de tal manera que se observaba el orificio cervical externo completamente.			
15.Verificó presencia de secreciones vaginales y describió las características del cérvix y de la secreciones si las hay			
16.Reiteró el exceso de secreciones si las hubiere con un hisopo.			
17.Tomó las muestras con el extremo correcto de la espátula de Ayre modificada (Exocérvix): Utilizó la parte más larga de la espátula de Ayre y la introdujo en el orificio cervcial. Giró 360 grados la espátula de Ayre.			
18.Colocó sobre la lámina la muestra			
19.Extendió la muestra en toda la lámina, con movimientos suaves y distribuyéndola en una capa fina.			
20.Para obtener la muestra de endocérvix: Introdujo el hisopo 1.5 cms. en el canal endocervical, Rotó hisopo 360°			
21.Tomó la muestra de endocérvix y la colocó sobre la lámina			
22.Procedió a extender la muestra rodando el hisopo sobre la superficie de la lámina hasta completar un giro de 360°			
23.Fijó inmediatamente la muestra. Si es: Con alcohol de 90°, por 10 minutos o Aerosol, (Citospray) la mantuvo a una distancia entre 15 a 20 centímetros entre la lámina y el frasco aerosol. Lo dejó secar durante 10 minutos			
24.Retiró con cuidado el espéculo y lo colocó en el recipiente con solución clorada al 0.5%			
25.Informó a la usuaria cuales pueden ser los resultados, y que seguimiento recibirá y los posibles tratamientos			

14.Procedimiento: Examen de Mamas	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Realizó la atención con respeto y buscando resolver las inquietudes de la mujer con técnicas adecuadas.			
2. Preguntó a la usuaria sobre el número de hijos que tiene.			
3. Preguntó sobre factores de riesgo de Cáncer de Mama: Menarquia antes de los 13 años, tipo de los ciclos menstruales (Intensidad, frecuencia, intervalo y duración, etc.); antecedentes de patología mamaria premaligna (Proceso proliferativo, hiperplasia atípica); antecedentes familiares de cáncer de mama en hermanas, madre y tías maternas; antecedente previo de cáncer de mama y/o ovario.			
4. Le informó a la usuaria que durante el examen físico se le realizaría una evaluación de las mamas.			
5. Se aseguró que la usuaria comprendió y averiguó si uno de estos procedimientos le molesta.			
6. Se aseguró de cubrir a la paciente.			
7. Aprovechó para orientar respecto a la importancia del examen, su lenguaje lo permitió.			
8. Inspección estática: Con la mujer sentada frente al examinador, visualizó diferencias entre ambas mamas, retracciones, ulceraciones, enrojecimiento, edema, pezones invertidos.			
9. Inspección dinámica: Solicitó a la mujer que levante ambos brazos por encima de la cabeza, lo que hace más evidente posibles alteraciones mamarias e indica la zona de la mama que merece mayor atención. Luego pidió a la mujer que coloque sus manos a la cintura y presionara fuertemente para contraer los músculos pectorales.			
10.Examen de ambas axilas: Con la mujer sentada, pidió a esta que coloque su antebrazo en flexión, sosteniéndolo con la mano del examinador y frente a este, para determinar la presencia, cantidad y tipo de adenopatías.			
11.Examen de ambas fosas supraclaviculares: examinó con la mujer sentada y con el mentón descendido, para relajar la musculatura del cuello.			
12.Con la mujer sentada: (Palpación mamaria de mujer embarazada) palpó si las mamas están llenas, duras o ingurgitadas. Si hay masas, áreas duras, zonas calientes o sensibilidad al tocarla.			
13.Con la mujer en decúbito dorsal y con ambos brazos detrás de la cabeza, palpó la totalidad de la mama en forma suave, precisa y ordenada con las yemas de los dedos de la mano, desde el lado contralateral a la mama examinada. Extendió el examen hacia la clavícula, zona media esternal y principalmente hacia la axila.			
14.Examinó la areola y el pezón, agarrándolo entre el dedo índice y pulgar, buscando: Si hay goteo espontáneo de leche (Reflejo de oxitocina) Si el pezón es protráctil (Erección espontánea del pezón)			
15.Describió la salida de secreción del pezón: examinó la areola y el pezón en forma sistemática con inspección y palpación observando si hay secreción por el pezón en forma espontánea o provocada.			
16.Vigiló otro tipo de secreción, en especial si es seroso o sangre, si es unilateral, multiorificial o uniorificial.			
17.Mencionó que debe observar algunas afecciones que puede presentar las mamas durante el postnatal, que afecten la lactancia materna: Ausencia de goteo de leche de ambos pechos, si los pechos parecen blandos, llenos o ingurgitados (Congestión mamaria), grietas alrededor de la base o alrededor del pezón			
18.Brindó consejería en lactancia materna según el caso			
19.Brindó consejería a la usuaria para la autoexamen de mama			
20.Registró lo hallazgo al examen físico en el expediente			

15. Consejería en Preconcepcionales		EVALUACIÓN		
		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Al iniciar la Consejería				
1.	Se presentó con la usuaria y explicó brevemente el proceso de la consejería. Estableció un ambiente cálido, abierto y de confianza, tomando en cuenta la conducta no verbal de la usuaria			
2.	Explicó y aclaró las condiciones de confidencialidad de los temas a tratar y que puede realizar preguntas en cualquier momento			
3.	Utilizó lenguaje de fácil comprensión y adaptado a la condición educativa de la usuaria			
4.	Realizó preguntas claves, significativas y relevantes sobre la situación que le preocupan. Dió oportunidad para que exprese sus emociones sin interrupción.			
5.	Se abstuvo de emitir juicio sobre la conducta o situación expresada por la usuaria.			
Al profundizar en la situación actual				
6.	Menciona cual es el propósito de la consulta preconcepcional: identificar, eliminar o reducir factores o conductas de riesgo reproductivo; tratar enfermedades que alteren la evolución normal de un futuro embarazo.			
7.	Aplicó y llenó adecuadamente la hoja filtro			
8.	Al aplicar la hoja filtro identificó factores o condiciones de riesgo biológicos que necesitan evaluación médica y brindo consejería o la intervención según el caso			
9.	Identificó factores de riesgo social y menciona la conducta a seguir y consejería según el caso			
Al finalizar la consejería				
10.	Indujo a la usuaria a que haga un resumen de los acuerdos y compromisos antes de cerrar la sesión, indagó sobre otros aspectos de interés a tratar.			
11.	Registró los hallazgos en el expediente			

16. Índice de Masa Corporal		EVALUACIÓN		
		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1.	Conoció el objetivo de medir el IMC			
2.	Describió la fórmula del IMC:			
	a. El peso corporal en Kgs.			
	b. Talla en metros cuadrados			
3.	Interpretó el resultado clasificando el caso: normal, sobrepeso, obeso y bajo peso			
4.	Registró entre las dos curvas de la hoja del reverso de la HCP el resultado del IMC (anotó el resultado del IMC y el aumento de peso esperado)			

17. Consejería en Prenatal	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Al iniciar la Consejería			
1. Se presentó con la usuaria y explicó brevemente el proceso de la consejería.			
2. Estableció un ambiente cálido, abierto y de confianza			
3. Explicó y aclaró las condiciones de confidencialidad de los temas a tratar y que puede realizar preguntas en cualquier momento			
4. Prestó atención a la usuaria mediante un contacto visual apropiado, tomó en cuenta la conducta no verbal de la usuaria			
5. Utilizó un lenguaje de fácil comprensión y adaptado a la condición educativa de la usuaria			
6. Realizó preguntas claves, significativas y relevantes sobre la situación que le preocupan. Dio oportunidad para que exprese sus emociones sin interrupción.			
7. Se abstuvo de emitir juicio sobre la conducta o situación expresada por la usuaria.			
Al profundizar en la situación actual			
8. Utilizó preguntas abiertas para explorar temas relevantes y para facilitar la participación activa de la usuaria en el proceso.			
9. Aclaró, parafraseó, respetó el silencio de forma apropiada (Pausa), facilitó la continuidad de la consejería, hizo resumen de los últimos elementos tratados.			
10. Escuchó a la usuaria con empatía sin ser directivo. Evitó utilizar la persuasión y la manipulación. Le permitió a la usuaria presentar sus posibles opciones y le ayudó a comprender las consecuencias de cada una de las decisiones.			
11. Indagó con la usuaria fuente o sistemas de apoyo: amigos, iglesias, familiares, actividades placenteras y seguras.			
12. Según el caso se tomaron decisiones por parte del profesional, a buscar ayuda especializada.			
Al finalizar la consejería			
13. Indujo a la usuaria a que haga un resumen de los acuerdos y compromisos antes de cerrar la sesión, indagó sobre otros aspectos de interés a tratar.			
14. Respetó la autonomía de la usuaria apoyando su auto-determinación en el proceso de toma de decisiones			
15. Reforzó verbalmente el interés de la usuaria por discutir o iniciar el cambio.			
16. Se acordó fecha y hora para próxima reunión de consejería, considerando los tiempos de la usuaria.			

18.Procedimiento: Toma de tira rápida para glucosa (Hemoglucotest)		EVALUACIÓN		
Parámetros a Evaluar		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Identifica, saluda y se presenta con la usuaria				
2. Le informa el procedimiento a efectuar.				
3. Prepara el equipo y la máquina de glucómetro				
4. Verifica que las tiras no estén vencidas y que tenga la misma serie del aparato				
5. Se lava las manos.				
6. Se coloca los guantes.				
7. Limpia con torunda con alcohol el lugar a puncionar y espera 15 segundos.				
8. Punciona la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.				
9. Coloca una gota de sangre en el extremo externo de la tira reactiva.				
10.Coloca una torunda de algodón seca en la zona de la punción.				
11.Lee adecuadamente el dato				
12.Elimina la tira reactiva y el material de desecho adecuadamente				
13.Se retira los guantes.				
14.Se lava las manos.				
15.Guarda la máquina de glucómetro				
16.Registra el resultado en los documentos correspondientes				
17.Explica al paciente los resultados obtenidos				
18.Conoce los parámetros de normalidad del HGT en la paciente embarazada y a la edad gestacional que debe realizarlo				
19.Procedimiento: Tira Rápida de Orina		EVALUACIÓN		
		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Identifica, saluda y se presenta con la usuaria.				
2. Le informa el procedimiento a efectuar.				
3. Prepara el equipo.				
4. Conoció los colores de interpretación de los parámetros: negativo, positivo, significado de encontrar trazas en orina de la mañana y de la mitad del día (Normal)				
5. Instruyó correctamente a la paciente para obtener una muestra orina (A media micción)				
6. Se coloca guantes descartables				
7. Realizó la Prueba apropiadamente: Toma una tira reactiva del recipiente. Cierre el recipiente inmediatamente. Brevemente, sumerge la tira reactiva en la orina, asegurándose que todas las áreas estén humedecidas c) Elimina el exceso de orina en el borde del recipiente. Seca ambos lados de la tira reactiva sobre una superficie absorbente				
8. Lectura: Esperó de 1 a 2 min para la lectura. Comparó los colores de reacción de la tira con los colores de la etiqueta.				
9. Interpretó el resultado apropiadamente y tomó la conducta adecuada				
10.Explicó el momento ideal y el tiempo máximo para realizar la prueba				
11.Descartó adecuadamente la tira reactiva (Bioseguridad) y el frasco de la muestra				
12. Se retira los guantes.				
13. Se lava las manos.				
14. Explicó a la paciente los resultados obtenidos				
15.Registra el resultado en los documentos correspondientes				
16.Mencionó las semanas de embarazo en que debe realizarse para identificar proteinuria				

20.Procedimiento: Maniobras de Leopold				PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1.	Se colocó al lado derecho de la paciente					
2.	Le explicó a la paciente el procedimiento a realizar					
3.	Le cubrió el pubis a la paciente con una sabana					
Primera maniobra						
4.	Examinó a la paciente, colocó ambas manos en el fondo del útero grávido, logrando determinar que parte fetal ocupa el fondo uterino					
Segunda maniobra						
5.	Deslizó las manos a ambos lados del abdomen materno					
6.	Determinó la posición de la espalda fetal y las pequeñas partes fetales					
Tercera maniobra						
7.	Colocó adecuadamente el pulgar y los dedos de su mano, en la parte inferior del abdomen de la madre inmediatamente por arriba de la sínfisis del pubis					
8.	Logró verificar la presentación fetal					
Cuarta maniobra:						
9.	Se colocó viendo los pies de la paciente					
10.	Deslizó los extremos de los dedos índice, medio y anular de cada mano ejerciendo una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis					
11.	Logró determinar la actitud de la cabeza fetal					
21.Procedimiento: Llenado de Historia Clínica Perinatal				PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1.	Llenó correcta y completamente:					
a.	Datos patronímicos (Nombre, domicilio, teléfono, fecha de nacimiento, edad, estudio entre otros)					
b.	Antecedentes maternos (Familiares, personales y obstétricos)					
c.	Gestación actual (Medidas antropométricas, estimación de edad gestacional, perfil prenatal y registro de consultas prenatales, entre otras)					
2.	Interpretó, detectó, tomó conductas adecuadas y oportunas ante signos y síntomas de alarma					
3.	Llenó correcta y completamente los datos relacionados con la terminación del evento obstétrico: Parto o aborto					
d.	Nacimiento: hora, vivo o muerto, terminación, episiotomía, medicación recibida, entre otros					
e.	Datos relacionados con el recién nacido: sexo, peso al nacer, Apgar, reanimación, entre otros					
f.	Registró la presencia o no de patologías maternas durante el embarazo, parto y post-parto (HTA, corioamnionitis, RPM, anemia, Hemorragia, entre otros)					
g.	Datos relacionados enfermedades del recién nacido					
h.	Datos relacionados con el puerperio: Signos vitales, involución uterina, hora, entre otros					
i.	Datos del egreso del recién nacido al momento del alta					
j.	Datos relacionados con la anticoncepción posterior al evento obstétrico (Postparto o post-aborto)					
k.	Datos del egreso de la madre al momento del alta					
4.	Aplicó y llenó apropiadamente la Hoja filtro del control prenatal					
5.	Clasificó según hoja filtro tipo de control prenatal: Básico o Especializado					

22.Toma de Peso y talla	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se aseguró de la funcionalidad de la báscula: corroboró que esté nivelada y sobre una superficie plana			
2. Colocó correctamente el tallímetro: Antes de subir a la persona, la cuchara se rotó hacia la posición horizontal y se colocó a una altura superior a la que aparenta la persona			
3. Se aseguró de que la embarazada hubiera orinado previamente y que no llevara objetos pesados			
4. Orientó a la embarazada a retirarse los zapatos antes de pararse en la plataforma			
5. Colocó papel sobre la superficie de la plataforma de la báscula			
6. Orientó a la persona a subir a la báscula, permaneciendo de espalda a la varilla medidora, en posición erguida, cabeza, espalda, glúteos apoyados al tallímetro, con las rodillas extendidas, pies apoyados al piso de la báscula			
7. Se aseguró que ambos pies estuvieran colocados ligeramente separados y paralelos antes de tomar el peso moviendo el contrapeso sobre la barra medidora			
8. Bajó cuidadosamente la cuchara en forma horizontal, la apoyó sobre la cabeza de la usuaria			
9. Realizó la lectura e hizo la anotación correspondiente			
10. Ayudó a la persona a bajarse de la báscula			
11. Registró el dato en la hoja HCP o expediente e informó de los resultados a la usuaria			

23.Procedimiento: Registro de la Curva de altura uterina y amenorrea	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Conoció el objetivo de registrar la curva de altura uterina			
2. Identificó la semana de amenorrea			
3. Identificó el incremento de la altura uterina			
4. Identificó el punto de intersección entre el incremento del a AU y la semana de gestación			
5. Registró e interpreto correctamente los datos en la gráfica de la curva			

24.Procedimiento: Registro de la Curva de incremento de peso materno y amenorrea	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Conoció el objetivo de registrar la curva de peso			
2. Identificó la semana de amenorrea			
3. Identificó el incremento la ganancia de peso			
4. Identificó el punto de intersección entre la ganancia de peso y la semana de gestación			
5. Registró e interpreto correctamente los datos en la gráfica de la curva			

25.Procedimiento: Toma de Tensión Arterial	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Identifica, saluda y se presenta con la usuaria.			
2. Le informa el procedimiento a efectuar.			
3. Prepara el equipo.			
4. Descubrió el brazo, colocó el manguillo en el brazo sobre la arteria braquial, a una altura de 2-3 cm. del codo, si tiene necesidad lo ajustó con tiro o esparadrapo			
5. Palpó el pulso braquial con el dedo índice y medio, en la cara interna del codo para colocar el estetoscopio. Si no encontró el pulso braquial, tomó el pulso radial, con su índice y dedo medio, lo encontró sobre la articulación de la muñeca, por el lado del dedo pulgar			
6. Bombeó la perilla hasta que ya no sentía el pulso y 30 mmHg más.			
7. Lentamente liberó la válvula de control hasta que el nivel de la aguja comenzó a bajar.			
8. Vigiló en la columna el dato donde comenzó a escuchar el primer ruido y lo anotó como sistólica			
9. Vigiló en la columna el dato en donde escuchó el ultimo ruido fuerte y lo anotó como diastólica			
10.Si no estaba seguro de la diastólica, dejó pasar 15 segundos y repitió de nuevo			
11.Repitó todo el procedimiento ante cifras fuera de lo normal, esperando entre 5 a 10 minutos.			
12.Registró el dato en las hoja HCP o expediente			
13.Informó los resultados de la tensión arterial a la usuaria			
26.Procedimiento: Toma de Pulso	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Utilizó el dedo índice y medio para identificar la arteria radial, carotídea o femoral			
2. Cuenta las pulsaciones y establece los valores			
3. Registró el resultado en la HCP o expediente			

27.Procedimiento: Proceso de evaluación del Gestograma (Disco Obstétrico)	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Mencionó los usos del gestograma (cálculo de amenorrea, FPP, crecimiento fetal, altura uterina, ganancia de peso materno, presión arterial y contracciones uterinas			
2. Utilizó correctamente el disco obstétrico para: FPP, amenorrea, altura uterina, cálculo del peso fetal mínimo máximo)			
3. Registró los datos obtenidos en el CLAP			

28.Procedimiento: Proceso de evaluación de la Cinta Obstétrica	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Mencionó los usos de la cita obstétrica (vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de la contractilidad uterina; permitiendo además conocer el peso fetal para una determinada edad gestacional).			
2. Explicó el rango de movimientos fetales normales para una edad gestacional determinada			
3. Explicó el rango de Tensión arterial normal para una edad gestacional determinada			
4. Realizó la medida de la AU en forma correcta			
5. Interpretó y tomó la conducta apropiada según la medida de la AU			
6. Registró los datos en el CLAP			

29. Vigilancia Fetal Intraparto Facilitador deberá preparar casos clínicos, trazos de las 3 categorías y de velocidad a 1 y 3 cm/min	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Demostró apropiadamente la técnica de Auscultación Intermitente (AI)			
2. Estableció la frecuencia de la AI según la dilatación de la paciente (Trabajo de parto cada 30 minutos y fase expulsiva >8 cm cada 15 minutos)			
3. Tomó la conducta apropiada según la normalidad o no de la AI (Resucitación intrauterina)			
4. Indicó las condiciones en las que se debe realizarse un MFE (Cuando hay desaceleraciones en la AI, cuando hay bradicardia en AI, si la AI es imposible de realizar, embarazos de alto riesgo, meconio o parto prolongado)			
5. Rotuló apropiadamente el trazo de monitoreo fetal (Nombre, # de expediente, fecha y hora)			
6. Identificó la velocidad a la que fue tomado el trazo del MFE (1cm/min ó 3 cm/min)			
7. Identificó adecuadamente la FCF basal			
8. Visualizó y cuantificó apropiadamente las aceleraciones en el trazo de MFE			
9. Identificó apropiadamente trazos de diferentes variabilidades, lo cuantificó y clasificó correctamente			
10. Identificó adecuadamente trazos con diferentes tipos de desaceleraciones (Desaceleraciones tempranas, variables, tardías y prolongadas)			
11. Identificó apropiadamente la Actividad Uterina y la clasificó correctamente (Takisistolía)			
12. Clasificó apropiadamente el trazo presentado(Según todos sus parámetros de acuerdo a las tres categorías: I Normal, II Sospechoso y III Patológico) y dijo cuáles son los parámetros para su clasificación			
13. Indicó la conducta adecuada según la categoría de MFE			
14. Mencionó las medidas de resucitación intrauterina según caso			

30. Partograma OMS (ISSS)

Caso 1. La Señora es LMBP, de 25 años con expediente No. 000345. Ingres a el XX de XXX de 200X, a las 11:00 G1P0. Amenorrea de 39 semanas. Según datos inició dolores de parto a las 4 a.m. Decide ir al hospital donde es examinada en emergencia, encontrándole: TA: 100/60, Pulso 85, AU de 32 cms, producto único, longitudinal, cefálico, dorso izquierdo, fijo a pelvis, FCF entre contracciones de 140 por min. Actividad Uterina: 2 contracciones en 10 minutos de 25 segundos de duración, intensidad moderada. Al tacto: 3 cms. de dilatación, total borrado, cefálico, occipito anterior izquierdo, estación 0, membranas integras. Pelvis adecuada a producto. Han transcurrido tres horas, son las 14:00 y es valorada nuevamente. Actividad uterina: 3 contracciones en 10 minutos de 40 segundos de duración, intensidad moderada. TA. 100/60, pulso: 85 x min. Refiere dolor sacro. Tacto vaginal dilatación de 5 cms. Borrado. Presentación cefálica, Occipito Anterior Izquierdo, estación 0, membranas integras. Deciden que tenga posición dorsal. A la hora paciente rompe membranas y al tacto vaginal encuentra dilatación de 6 cm, liquido claro, estación a + 1, OAI, la siguiente valoración se realizó a las 19:00 p.m. Se encontró con 5 contracciones en 10 minutos, 40 segundos de duración, fuerte intensidad. La FCF es de 135 a 144 por minuto entre contracciones. Dilatación de 10 cms. Estación a +3, Occipito Directo, se pasa a sala de expulsión. Nace un feto a las 19:20, sexo femenino, circular de cordón flojo, APGAR 8-9 y 2900 grs. de peso.

Caso 2. Paciente de 25 años G1 amenorrea de 39 semanas que ingresó a las 14:00 hrs con 5 cm de dilatación, OAI, E a 0, Membranas rotas con liquido claro, con 3 contracciones de 30 seg en 10 minutos FCF 148 x min, Altura uterina: 39 cm Talla: 1.50 mts, ingresa en trabajo de parto a las 18:00 hrs es evaluada encontrando 6 cm de dilatación con total borrada E: 0 liquido ausente, con moldeamiento de la cabeza fetal reducible. Se indica prueba de trabajo de parto por 2 horas. A las 20:00 hrs. la evalúa nuevamente encontrando 6 cm de dilatación, estación a 0, con edema de cuello y traslape de suturas no reducible con 5 contracciones de 40 seg en 10 minutos

PARTOGRAMA OMS (ISSS)	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Llenó adecuadamente los datos de identificación de la paciente (Nombre, fecha, gravidez, # de expediente, factor de riesgo, Altura uterina y hora de inicio).			
2. Graficó la dilatación, FCF, contractilidad uterina, características de líquido amniótico, estación de la presentación fetal, variedad de presentación, medicamentos y signos vitales maternos apropiadamente			
3. Si la Curva de dilatación de la paciente se mantuvo a la izquierda de la Línea de Alerta manifestó que no realizó ninguna intervención			
4. Si la Curva de dilatación de la paciente cruzó hacia la derecha la Línea de Alerta, manifestó que no realiza ninguna intervención excepto deambulaci3n			
5. Si la curva de dilataci3n de la paciente alcanzó la Línea de Acci3n del partograma descartó DCP y mencionó sus signos clínicos: Edema de Cuello, falta de descenso de la presentaci3n fetal y Moldeamiento marcado de la cabeza fetal			
6. Al llegar a la Línea de Acci3n buscó una segunda opini3n con médico de mayor experiencia o jerarquía. (Indicó Cesárea si hay signos de DCP o de deterioro fetal)			
7. Si no hay signos clínicos de DCP, y la curva de dilataci3n de la paciente alcanza o cruza la Línea de Acci3n realizó manejo activo del trabajo de parto con: Hidrataci3n, Conducci3n del trabajo de parto, amniotomía sedaci3n si es necesario o vaciamiento vesical			
8. Indicó Cesárea, si la curva de dilataci3n de la paciente atravesó 2 horas a la derecha de la curva de Acci3n (A pesar de manejo activo del trabajo de parto con oxitocina, sin evidencia clínica de DCP o de Deterioro Fetal)			
9. Graficó adecuadamente la curva de dilataci3n y descenso hasta el momento del nacimiento.			
10. Anotó donde corresponde los parámetros de evoluci3n del trabajo de parto. (Hora, TA, FCF, T entre otros)			

31. Atención de Parto Normal			
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se colocó el gorro y la mascarilla según técnica			
2. Realizó lavado clínico de manos			
3. Se puso gabachón estéril, según técnica			
4. Se calzó guantes estériles, según técnica			
5. Realizó antisepsia en vulva, periné y cara interna de los muslos			
6. Colocó los cuatro campos estériles según técnica			
7. Se sentó para atender el parto			
8. Protegió el periné durante la expulsión con Maniobra de Ritger			
9. Determinó las indicaciones para realizar una episiotomía			
10. Expresó el momento adecuado para realizar episiotomía			
11. Pregúntele que acción toma en caso de contaminación fecal del campo			
12. Palpó el cuello en búsqueda de circular de cordón y si está flojo lo deslizo sobre la cabeza; si está apretado lo pinzó y cortó entre las pinzas			
13. Extrajo hombro anterior y posterior en un solo movimiento aprovechando el pujo			
14. Recibió al neonato y lo colocó en el abdomen de la madre			
15. Procedió a secar al neonato con un paño tibio y evaluó su respuesta			
16. Aspiró boca y luego nariz de ser necesario			
17. Evaluó del APGAR al 1 y a los 5 minutos			
18. Pinzó el cordón umbilical entre 1 y 2 minutos			
19. Estimuló el apego precoz en los primeros 30 minutos del post-parto vaginal			
Procedió al Manejo Activo del Tercer Período del Parto			
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Administró oxitócicos luego de asegurarse de que no existía otro bebe: Oxitocina 10 unidades IM en muslo o glúteo de la paciente, si no se dispone de está puede utilizar: Metilergonovina 0.2 mg IM (Si no es hipertensa) o Misoprostol 400 - 600 microgramos			
2. Explicó la aplicación de oxitócicos en caso de cesáreas (20 UI diluidas en 1 litro de dextrosa al 5% IV a 40 gotas/min inmediatamente después de extraer al recién nacido)			
3. Realizó la tracción controlada del cordón umbilical, durante una contracción uterina para extraer la placenta (Desplazó la pinza del cordón lo más cercano al periné y con la otra mano realizó contra-tracción del útero mientras realiza tracción controlada del cordón)			
4. Explicó que hacer si no desciende después de 30 – 40 segundos de la tracción controlada del cordón(Espera una nueva contracción uterina para hacer nueva tracción)			
5. Recibió la placenta apropiadamente (Sosteniendo y girando la pinza con delicadeza hacia abajo hasta que las membranas se expulsen completamente y colóquela con la cara materna hacia arriba en la bandeja)			
6. Chequeó para ver si la placenta y membranas están completas e intactas. (Revisó la integridad de los cotiledones y describe la técnica de la Medusa)			
7. Mencionó que después de 30 minutos de manejo activo del tercer período del parto y no se expulsa la placenta, se realizará la extracción manual. (Ver habilidad)			
8. Realizó masaje en el fondo uterino inmediatamente después de la expulsión de la placenta			
9. Procedió a la revisión del cérvix y del canal del parto			
10. Posterior a la revisión realizó masaje del fondo uterino, para expulsar la sangre, coágulos y mejorar la contractilidad uterina			
11. Al finalizar el parto flexiono gentilmente las piernas sobre la cadera de la paciente			
12. Mencionó que debe repetirse el masaje uterino cada 15 minutos durante la primera hora y cada 30 durante la segunda hora			

32.Procedimiento de Realización y Sutura de Episiotomía	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Realice antisepsia perineo, vulva y cara interna de muslos, coloque campos estériles.			
2. Infiltre por debajo de la mucosa vaginal y la piel del perineo y profundamente en el musculo perineal en el área a incidir utilizando 10 cc de lidocaína al 2% sin epinefrina, Asegúrese que la paciente no sea alérgica a la lidocaína.			
3. Espere a realizar la episiotomía hasta que: este adelgazado el perineo y se vean 3-4 cms de la cabeza del bebe durante una contracción (coronación)			
4. Realice la episiotomía con tijeras de punta roma a partir de la horquilla vulvar siguiendo el trayecto según la técnica media o medio lateral que ha elegido, teniendo cuidado de colocar dos dedos protegiendo la cabeza del bebe.			
5. Si es medio lateral realizó el corte con un ángulo de 45 °			
6. Controle la cabeza y los hombros del bebe a medida que se produce el parto, asegurándose que los hombros giren hacia la línea media para prevenir una extensión de la episiotomía.			
7. Al finalizar la expulsión de la placenta, examine con cuidado el canal del parto para detectar extensiones y otros desgarros y repárelos.			
8. Utilice un hilo de sutura de material absorbible (Vicryl ó crómica 2-0 o 3-0) con aguja obstétrica en forma continua para cerrar la mucosa y submucosa vaginal.			
9. Cierre la mucosa vaginal con sutura continúa, inicie la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice de la episiotomía y continúe hasta el nivel de la abertura vaginal. En este punto, aproxime los márgenes del anillo del himen, lleve la aguja por debajo y hágala pasar a través de la incisión y anude.			
10. Cierre el musculo perineal utilizando suturan interrumpidas 2-0			
11. Cierre la piel utilizando suturas interrumpidas o subcuticulares 2-0.			
12. Realice un tacto rectal al finalizar el procedimiento.			

33.Procedimiento: Sutura de Desgarros Perineales	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Desgarro Grado I			
1. Explicó que la mayoría de las laceraciones perineales no ameritan sutura y que cierran espontáneamente			
2. Si es una laceración sangrante debe suturarla con crómico 000 y sutura continua			
3. Explicó que Desgarros Grado I sangrantes o mayores de 1.5 cm siempre deben suturarse con la misma técnica del desgarro grado II			
Desgarro Grado II			
1. Verificó que la paciente no es alérgica a la Lidocaína y la infiltró (+ ó - 10 cc)			
2. Aplicó solución antiséptica a la zona del desgarro (Clorhexidina o jabón yodado)			
3. Si desgarro es profundo realizó tacto rectal para descartar desgarro Grado III o IV			
4. Identificó el ángulo vaginal e inició la sutura con crómico o Vicryl 2-0 en la mucosa vaginal con un punto de anclaje más o menos 1 cm arriba del ángulo. Luego aplicó puntos en forma continua y pasados (Sorjete) tomando la mucosa vaginal y el tejido de soporte recto-vaginal hasta el introito.			
5. Suturó los músculos perineales profundos con puntos separados de Vicryl o Crómico 2-0. Evitando dejar espacio muerto.			
6. Suturó la piel con puntos separados o sub-cuticulares con crómico o Vicryl 2-0 iniciando en el introito vaginal y saliendo			
7. Realizó tacto rectal para descartar hilos en la mucosa rectal			
Desgarro es Grado III			
1. Realizó tacto rectal para descartar un desgarro grado IV concomitante			
2. Solicitó ayuda para realizar procedimiento			
3. Usó Anestesia general o sedoanalgesia e infiltración local de Lidocaína			
4. Sujetó cada extremo del músculo (Esfínter externo del ano) con una pinza Allis, reparó uniendo los dos extremos con unas dos o tres suturas separadas, con Vicryl o crómico 1 ó 0			
5. Examinó el ano con un dedo enguantado para asegurar que se reparó correctamente el esfínter			
6. Se cambió guantes para suturar el resto del tejido como en un desgarro Grado II			
Desgarro grado IV			
1. Administró Anestesia General o Sedo Analgesia e infiltración local de Lidocaína (Si hay disponibilidad pase a Sala de Operaciones)			
2. Solicitó ayuda			
3. Aplicó antiséptico en el área del desgarro y eliminó cualquier materia fecal si la hubiere.			
4. Reparó la muscular del recto con puntos separados de Vicryl 3-0 o 4-0 ó en su defecto crómico; con una separación máxima entre ellos de 0.5 cm sin pasar a la mucosa rectal (Realizó tacto rectal para asegurarse de ello y se cambió guantes estériles)			
5. Aplicó una segunda capa de sutura a nivel de muscular y serosa rectal con Vicryl ó crómico o 3-0 ó 4-0 para invaginar la primera capa.			
6. Procedió al reparo del esfínter anal según guía anterior si hay además desgarro Grado III.			
7. Suturó mucosa vaginal y piel como en el desgarro Grado II			
8. Menciona los cuidados básicos posterior al procedimiento (tipo de dieta, ATB, ablandador de heces)			

33.Procedimiento: Atención Inmediata del Recién Nacido	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Conoce los lineamientos técnicos básicos para la atención neonatal			
EN EL MOMENTO DEL PARTO:			
1. Al salir la cabeza, verifica presencia de circular de cordón			
2. Verifica el estado del recién nacido según flujograma de reanimación neonatal, es decir, se hace las cuatro preguntas			
3. Coloca al bebé sobre el vientre materno en decúbito dorsal			
4. Lo seca con paños tibios y retira los paños húmedos			
5. Evalúa el APGAR al primer minuto (color, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular, respiración)			
6. Pinza y corta el cordón umbilical entre 1 y 2 minutos después del nacido y se asegura de la presencia de dos arterias y una vena			
7. Al finalizar los cuidados de rutina, traslada al bebé bajo una fuente de calor radiante (Cuna térmica en la sala de expulsión)			
8. Coloca el clamp umbilical aproximadamente a tres centímetros de la base			
9. Si el estado de la madre lo permite, le muestra el recién nacido haciendo énfasis en el sexo del neonato, el brazalete (Nombre de la madre, el # de expediente de la madre, el sexo, que lo identifica e infórmele sobre el estado de salud y condiciones generales.			
10.Aplica alcohol al 70% en el muñón umbilical comenzando por la base			
11.Realiza profilaxis ocular aplicando ungüento oftálmico tetraciclina al 1% o ungüento de Eritromicina al 0.5%			
12.Evalúa el APGAR a los 5 minutos (color, frecuencia cardiaca, irritabilidad refleja, tono muscular, respiración)			
13.Aplica vitamina "K" IM en la cara anterolateral del muslo según dosis recomendada:1 mg. para niños de término y 0.5 mg. para prematuros con peso menor de 2500 gr. (No aplica para personal médico)			
14.Verifica permeabilidad de fosas nasales, esófago y anal			
15.Toma las medidas antropométricas: peso, longitud, perímetro cefálico, torácico y abdominal.			
16.Toma las huellas plantares al recién nacido en el certificado de nacimiento. (No aplica para personal médico)			
17.Aspira secreciones gentilmente primero de la cavidad bucal y luego de las fosas nasales con una perilla de hule de ser necesario			
18.Promueve y favorece el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de nacido, si la condición clínica de la madre lo permite, colocando al neonato sobre el tórax y abdomen de la madre en contacto piel a piel.			
19.Determina edad gestacional utilizando el método de Ballard, si es necesario.			
20.Completa la hoja de historia clínica neonatal al momento del nacimiento.			
21.Abriga al neonato y se lo entrega a la madre indicando el alojamiento conjunto, siempre y cuando la condición de ambos sea estable.			

35. Procedimiento: Manejo del Puerperio Inmediato	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Explicó la vigilancia y manejo del cuarto período del parto (TA, pulso, Fr, sangrado vaginal, masaje uterino cada 15 minutos # 4 y cada 30 min # 2)			
2. Vigiló del estado de la episiotomía o de la herida operatoria cada hora durante las primeras 2 horas			
3. Indicó el tiempo y condiciones para el apego precoz			
4. Mencionó las medidas generales de cuidados e indicaciones durante las primeras 24 horas del post-parto			
5. Antes del alta, explicó el examen físico completo: TA, Pulso, T°, estado de las mamas, involución uterina, loquios, estado de la episiotomía o herida operatoria			
6. Indicó las recomendaciones al momento del alta: Control a los 7 días del post-parto, lactancia materna exclusiva, signos de alarma, consejería en PF, cuidados de mamas, alimentación, cuidados del recién nacido, higiénicos, inicio de las relaciones sexuales			

36. Procedimiento Medidas generales del manejo de HPP	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Menciona los principales signos y síntomas de una mujer con HPP (Sangrado transvaginal abundante, Hipotensión, taquicardia, palidez, lipotimia, etc.)			
2. Describió la frecuencia y los signos a evaluar: TA, FC,(Cada 15 minutos) Fr y evaluación del estado de conciencia			
3. Mencionó los signos y síntomas del shock hipovolémico (TAS menor de 90 y TAD menor de 60, Pulso mayor de 110 rápido y débil, FR mayor de 30, palidez, sudoración, piel fría, lento llenado capilar, trastornos de la conciencia)			
4. Menciona los exámenes de laboratorio que tomará (Hemograma, prueba del tubo, Prueba cruzada y tiempos de coagulación) Antes de iniciar los líquidos IV			
5. Solicita Glóbulos rojos empacados y Plasma fresco congelado			
6. Tomó 2 venas con catéter # 18			
7. Explica la velocidad de infusión de los líquidos endovenosos: SSN o lactato de Ringer. Los cristaloides son la primera elección para reponer la volemia. A razón de 1 litro IV a chorro (Promedio de 15 a 20 minutos)			
8. Menciona la cantidad total de líquidos a utilizar en la primera hora y las precauciones a tomar para evitar una sobrecarga (Reponer 2 a 3 veces la perdida estimada de líquidos, monitoreo de los signos vitales, oximetría de pulso, la Fr, la auscultación pulmonar)			
9. Coloque sonda vesical, tome balance hídrico y diuresis cada hora			
10. Evaluó la necesidad de una PVC o venodisección			
11. Identificó y pasa al manejo de la causa de la Hemorragia Post-parto			

37.Procedimiento: Manejo de Atonía Uterina	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Mencionó los parámetros que le indican que está ante una Atonía Uterina (Útero flácido con sangrado vaginal abundante)			
2. Realizó masaje uterino			
3. Indicó Oxitocina con su dosis apropiada (40 UI de oxitocina IV a 40 a 60 gotas) y las otras alternativas de medicamentos			
4. Mencionó medicamentos y dosis a utilizar si persiste atonía (Metergin y Misoprostol)			
5. Realizó compresión bimanual uterina si sangrado continua: Introdujo una mano en la vagina y formó un puño, la colocó en el fondo de saco anterior y aplicó presión contra la pared anterior del útero; colocó la otra mano sobre el abdomen por detrás del útero realizando presión profunda contra la pared posterior del útero. Mantuvo la compresión hasta lograr controlar el sangrado y que contraer el útero.			
6. Si el sangrado persiste, pasó la paciente a sala de operaciones y mencionó manejo: balones o ligaduras de vasos uterinos, ováricos o hipogástricas o sutura de B-Lynch si tiene baja paridad o Histerectomía si es refractaria o paridad satisfechas			
7. Mencionó el manejo post-quirúrgico dependiendo del caso			
8. Si sangrado cede mencionó el manejo posterior: Masaje uterino primeras 2 horas, oxitocina por 24 horas, hemograma de control, transfusión si Hg es menor de 7 gr/dl, vigilar sangrado vaginal y balance hídrico y diuresis por 24 horas			
38.Preparación: Remoción Manual de Placenta	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Mencionó los signos de retención placentaria (Sangrado vaginal mayor de lo normal y placenta no ha sido expulsada después de 30 minutos de finalizado el segundo período)			
2. Administró anestesia general o sedo-analgésica			
3. Describió técnica de extracción manual de placenta: Colocó los dedos de una mano en la vagina, llegó a la cavidad uterina, ubicó un borde placentario, sujetó el útero y realizó contracción. Desplazó los dedos en la cavidad uterina con movimientos laterales hasta despegar la placenta de la pared uterina			
4. Lentamente retiró la mano de útero, trayendo consigo la placenta y las membranas, mientras que continuaba aplicando contracción al fondo a través del abdomen.			
5. Examinó la superficie materna de la placenta para asegurarse que está completa			
6. Palpó el interior de la cavidad uterina para asegurarse que todo el tejido placentario haya sido removido y realizó legrado digital de ser necesario			
7. Menciona los signos de sospecha de acretismo placentario y toma conducta apropiada			
8. Aplicó simultáneamente el manejo de atonía uterina			

39.Procedimiento: Manejo de la inversión uterina	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Explico los signos y síntomas de inversión uterina (Útero sale a través de la vulva, HPP inmediata, dolor abdominal intenso y shock, no se palpa útero en el abdomen)			
2. Aplicó medidas generales del manejo de Hemorragia Post-Parto			
3. Solicitó anestesista y aplica anestesia general			
4. Realizó en forma inmediata la corrección de la Inversión uterina: <u>Maniobra de Johnson</u> : Coloque la mano extendida directamente sobre el fondo uterino invertido e introdúzcala por la vagina hacia la cavidad abdominal, hasta colocar el útero en su posición normal; luego mantenga su mano dentro del útero hecha puño hasta que mejore la tonicidad			
5. Realizó la extracción manual de la placenta			
6. Realizó la compresión bimanual del útero hasta que recuperó su tonicidad			
7. Aplicó manejo de atonía uterina si ésta se presenta			

40.Procedimiento: Manejo de la Ruptura Uterina	EVALUACIÓN		
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Explico los signos y síntomas de ruptura uterina (Dolor abdominal intenso, distensión abdominal, rebote, sangrado vaginal, partes fetales o dedos del explorador fácilmente palpables, shock)			
2. Aplicó medidas generales para el manejo de HPP			
3. Solicitó anestesista o anesthesiólogo			
4. Realizó pasos de una revisión de cavidad uterina y del canal del parto			
5. Menciona el manejo de la Ruptura Uterina (Laparotomía, identifica la ruptura y saca los coágulos, revisa útero fuera de la cavidad pélvica revisando todas sus caras, administra oxitocina)			
6. Explica el manejo quirúrgico ideal (Reparo de la ruptura uterina)			
7. Explica condiciones en las que se debe realizar histerectomía(Tejido Necrótico o ruptura demasiado extensa que no se pueda reparar)			
8. Explicó el manejo de cuando se acompaña de hematoma del ligamento ancho (Se pinza, corta y liga ligamento redondo, se abren las hojas del ligamento ancho y se identifica, pinza y liga el vaso sangrante, si técnicamente es difícil de identificar el vaso sangrante o el hematoma es gigante realizar histerectomía)			

41.Procedimiento: Manejo de Preeclampsia grave-eclampsia:	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Manejo inicial en emergencia de la preeclampsia grave-eclampsia			
1. Tomó en cuenta los parámetros a investigar en la historia obstétrica: a. Edad, paridad, Edad gestacional, Antecedentes personales relevantes al caso. b. Síntomas de preeclampsia/Eclampsia c. Examen físico: TA, FR, estado de conciencia, proteinuria, ROT, sensibilidad en hipocondrio derecho, FCF, AU,			
2. Realizó las siguientes pruebas de laboratorio (15): Hemograma completo, Plaquetas, Típo, Prueba Cruzada, Transaminasa Glutámico Pirúvica, Transaminasa Oxalacética, Nitrógeno Ureico, Ac Úrico, Creatinina, Proteínas totales, Bilirrubina, Fibrinógeno, TP, TPT, LDH, FSP			
3. La diagnosticó y clasificó adecuadamente			
4. Explicó manejo de líquidos: Indicó tomar 2 venas con catéter N°18 con Lactato de Ringer a 100 a 125 cc/hr			
5. Cumplimiento de protocolo de SO ₄ Mg para prevenir convulsiones y dosis de mantenimiento			
6. Usó sonda vesical posterior a impregnación con SO ₄ Mg			
7. Manejó apropiadamente la hipertensión (Hidralazina 5 a 10 mg IV en bolos si TAD ≥ 110 ó TAS ≥ 200 mmHg máximo 30 a 40 mg si persiste cambio a goteo IV de hidralazina o nitroglicerina)			
8. Realizó control clínico médico previo a la aplicación de SO ₄ Mg: ROT presentes, Diuresis: 30 cc por hora, Estado de conciencia: alerta, Frecuencia respiratoria: 16 a 24 X minuto.			
9. Aplicó SO ₄ Mg hasta las 24 horas posparto o posterior a la última convulsión			
Manejo clínico de madre y producto			
10. Indicó evaluación por médico especialista o de mayor jerarquía			
11. Realizó maduración pulmonar si aplica.			
12. Valoró la condición fetal con NST y USG si hay disponible			
13. Terminó el embarazo por parto o cesárea, si existen las siguientes condiciones: • Tensión arterial inestable • Deterioro materno fetal • Convulsiones			
14. Indicó referencia a nivel de mayor complejidad si aplica			
Alta y seguimiento de caso			
15. Indicó alta en las siguientes condiciones: SV estables (TA: 140/90 o menos), Función renal y hepática normal, indicó además. Control en 1 a 2 sem. con ginecólogo y a los 3 meses con internista evaluando proteínas en orina en cada control y si persiste después de 3 meses referencia con MI o nefrología			
Eclampsia:			
16. Mencionó los tres objetivos del manejo de una eclampsia: Impregnó con SO ₄ Mg, mantener vía área permeable (Elevación mentoniana, hiperextensión del cuello y colocación de cánula Mayo), Controlar la hipertensión hidralazina intravenosa			
17. Aplicó SO ₄ Mg 2 gramos i.v en bolus, si persiste convulsionando. Máximo 2 dosis			
18. Si persiste convulsión (Status convulsivo) indicó: 1 gr de Difenil hidantoína IV y su dosis de mantenimiento 125 a 250 mg IV cada 8 horas			

42.Procedimiento: Manejo de Síndrome de HELLP	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Mencionó criterios diagnósticos de Síndrome de HELLP: Corroboró si existe hemólisis: a. Frotis de Sangre Periférica: células en casco b. Bilirrubina > 1.2 gr/dl c. LDH ≥ 600 Aumento de enzimas hepáticas: d. TGO ≥ 70 e. TGP ≥ 70 Plaqueta ≤150,000/mm ³			
2. Indicó los síntomas del HELLP: vómitos, preeclampsia, dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, dolor en hombro derecho o cuello, trastornos visuales y cefalea, síntomas hemorragiparos, ictericia, 20 a 30% son normotensas			
3. Aplicó manejo general de PEG			
4. Valoró condición fetal: NST y USG obstétrica			
5. Decidió uso de esteroides por disminución de plaquetas (Dexametasona 10 mg IV #2 y luego 5 mg IV # 2 al aumentar plaquetas)			
6. Realizó transfusión de plaquetas de 4 a 6 unidades, cuando las plaquetas son menores de 50,000, 30 minutos o 1 hora antes de verificarse el parto vaginal o cesárea			
7. Manejó el trabajo de parto, el parto y postparto así: • Manejo en UCI • Pruebas de laboratorio seriadas • Tratamiento con SO4 mg • Uso de Dexametasona • Antibióticos IV			
8. Mencionó las principales complicaciones: a. CID b. Hemoperitoneo o hematoma del sitio quirúrgico c. Hemorragia intracraneana d. Hematoma hepático e. Falla renal aguda f. Insuficiencia hepática g. Edema agudo de pulmón			
9. Explicó manejo al alta y recomendaciones (Igual que PEG)			

43. Procedimiento: Aplicación de Sulfato de Magnesio Método ZUSPAN modificado		EVALUACIÓN		
		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1.	Verificó el grado de conciencia que tiene la paciente			
2.	Verificó si tiene el equipo e insumos para realizar el procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> • Jeringas, catéteres IV N° 18, descartables, Sueros Hartman y Dextrosa 5%. • Ampollas de Sulfato de Magnesio 50%, Gluconato de calcio 10% (Corroboró vigencia) • Algodón, alcohol • Descartable especial para la bomba de infusión • Bomba de infusión, tensiómetro, estetoscopio 			
3.	Canalizó 2 venas periféricas con catéter No. 18, de preferencia en el mismo miembro			
4.	Cumplió solución de Hartman a razón de 100 cc/hr			
5.	Diluyó 3 ampollas de Sulfato de Magnesio al 50 % en Dextrosa al 5% y la colocó con su correspondiente deseable en la bomba de infusión			
6.	Programó adecuadamente la bomba de infusión para la impregnación con Sulfato de Magnesio (300 cc a una velocidad de 999 cc/hr y lo paso en un tiempo estimado de 15 a 20 minutos)			
7.	Explicó a la paciente algunos de los síntomas que puede sentir (Calor, rubor)			
8.	Rotuló el suero con esparadrapo detallando el contenido del mismo y la hora en que se cumplió la impregnación			
9.	Luego de la impregnación cambió la velocidad de infusión del medicamento a 100 cc/hr			
10.	Aplicando medidas de bioseguridad, descartó el material contaminado			
11.	Anotó la información en el expediente			
12.	Explica que evalúa los signos vitales de la paciente cada hora y sus parámetros de normalidad: <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia • Tensión arterial • Pulso • Frecuencia respiratoria • Diuresis 			
13.	Explicó como aplicar el gluconato de calcio en caso de intoxicación con sulfato de magnesio			

44. Legrado con aspiración manual endouterina (AMEU):	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Verificó que el almacenaje del instrumental es el apropiado (Almacenado listo para su uso, en un lugar seco)			
2. Preparó el instrumental según medidas de asepsia y antisepsia			
3. Aplicó protocolo de analgesia 30 minutos antes del procedimiento			
4. Indicó a la paciente que orinara antes del procedimiento			
5. Verificó que el equipo está en buenas condiciones, comprobó que el aspirador hace vacío.			
6. Realizó el examen bimanual verificando: dilatación cervical, tamaño, posición del útero y características de los anexos.			
7. Coloco Especulo vaginal con delicadeza mencionó que deben evaluarse en el cérvix las características de las secreciones, dilatación y si encuentra en vagina o cérvix productos de la concepción, deben retirarse con pinza de anillos., Efectuó la preparación antiséptica del cuello			
8. Realizó bloqueo paracervical: inyectando de 2 a 5 ml de lidocaína al 2%, a las 5 y 7 del reloj, a una profundidad de 1.5 a 2,5 cms, lentamente aspirando previamente			
9. Realizó tracción suave al cuello del útero con tenáculo, Identifico la cánula adecuada para cada caso.			
10. Introdujo lentamente la cánula, con movimientos de rotación a través del cuello uterino.			
11. Adaptó el aspirador manual, ya con vacío establecido y liberó el vacío oprimiendo los botones hacia adentro ARRIBA			
12. Practicó la evacuación en forma suave con un movimiento de 180 grados en cada dirección y simultáneamente, con movimiento leve de adentro hacia fuera			
13. Tuvo el cuidado de no retirar la abertura de la cánula de los orificios cervicales, para no perder el vacío.			
14. Si lo perdió, desconectó el aspirador de la cánula y restableció el vacío.			
15. Mencionó los signos y síntomas de que el útero está vacío: salida de espuma rosada, no salen más restos, la cánula está más ajustada, sensación de aspereza			
16. Inspeccionó el tejido, revisó el nombre y registro en el frasco y colocó los materiales en el mismo, para biopsia			
17. Indicó la administración de analgésicos			
18. Procesó el instrumental posterior al legrado, según medidas de asepsia y antisepsia Coloco el instrumental en balde con solución clorada.			

45 .Procedimiento: Legrado Instrumental		EVALUACIÓN		
Con legrado instrumental:		PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1.	Clarificó el diagnóstico con la paciente y explicó las opciones de manejo			
2.	Comprobó el nivel de hemoglobina para decidir transfusión previa y el tipo de anestesia a utilizar (General endovenosa o sedo analgesia. En casos de complicaciones médicas asociadas realizaría un bloqueo paracervical).			
3.	Mencionó que en úteros mayores de 12 semanas, se recomienda administrar misoprostol antes del procedimiento para volver más firme el miometrio y reducir la posibilidad de perforación.			
4.	Preparó el instrumental según medidas de asepsia y antisepsia			
5.	Realizó vaciamiento vesical			
6.	Antes del legrado, realizó el examen bimanual verificando: dilatación cervical, tamaño, posición del útero y características de los anexos.			
7.	Colocó la valva de peso (Auvard), mencionó que deben evaluarse en el cérvix las características de las secreciones, dilatación y si encuentra en vagina o cérvix productos de la concepción, deben retirarse con pinza de anillos.			
8.	Mencionó que debe pinzar el labio anterior con tenáculo			
9.	Mencionó que si el cérvix está cerrado, debe dilatarse cuidadosamente con bujías de Hegar o Dilatadores Deniston hasta la número 10-12, según la semana gestacional (Ej. 8 sem, dilatador 8) poniendo atención en NO producir una falsa vía.			
10.	Efectuó el legrado cuidadosamente con la cureta más grande que permitió la dilatación cervical sin ser forzada. Iniciando en la cara anterior, lateral, posterior, superior y área de los cuernos.			
11.	Manejó la legra como maneja un lápiz, sin colocarla en la palma de la mano			
12.	Legró con delicadeza las paredes del útero hasta percibir una sensación de aspereza.			
13.	Examinó el material evacuado, verificó nombre y número de registro en el frasco e introdujo los restos para biopsia.			
14.	Indicó la administración de analgésicos.			

46.Procedimiento: Técnica de Cesárea	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Incisión vertical			
1. Verificó que la sonda vesical esta adecuadamente colocada drenando orina			
2. Realizó la incisión vertical en línea media debajo del ombligo hasta la implantación del vello púbico, a través de la piel hasta alcanzar la aponeurosis (Fascia). Ocluyó los vasos sangrantes con crómico 3-0 o utilizó cauterio.			
3. Realizó una incisión vertical de 2- 3cms en la aponeurosis			
4. Sujetó los bordes de la aponeurosis con una pinza y separó los músculos de la misma; luego prolongó la incisión de la aponeurosis hacia arriba y hacia abajo utilizando tijeras. Ocluyó los vasos sangrantes con crómico 3-0 o utilizó cauterio.			
5. Utilizó los dedos o las tijeras para separar los músculos rectos (Músculos de la pared abdominal).Ocluyó los vasos sangrantes con crómico 3-0 o utilizó cauterio.			
Incisión de Pfannenstiel			
1. Identificó un punto en la línea media aproximadamente 2–3 cms por encima de la sínfisis del pubis. A este nivel, realizó una incisión transversal de 10 – 15 cms de ancho.			
2. Continúo la incisión a través del tejido graso subcutáneo hasta el nivel de la aponeurosis (Fascia). Evitó tocar las venas superficiales grandes en los bordes laterales. Realizó hemostasia			
3. Realizó una incisión horizontal de 3 cms. a través de la aponeurosis cruzando la línea media para exponer el músculo subyacente.			
4. Sujetó ambos bordes de la aponeurosis para separarla de los músculos y la cortó de lado a lado utilizando tijeras.			
5. Sujetó el borde superior de la aponeurosis con pinzas Kotcher (Dentadas) y separó el músculo de la superficie inferior de la aponeurosis mediante una disección roma o cortante. Realizó el mismo procedimiento con el borde inferior			
6. Utilice los dedos para separar unos 3 cm los músculo abdominales para identificar el peritoneo parietal			
Ingreso en la cavidad peritoneal			
1. Utilizó los dedos para realizar la abertura del peritoneo, para ampliarla utilice ambas manos halando en bloque desde la cara interna del peritoneo parietal hacia ambos lados, asegurándose de que el peritoneo proteja la cara interna del músculo para evitar lesionar los vasos epigástricos inferiores			
2. Colocó el separador vesical sobre el pubis			
3. Pinzó el peritoneo vesico-uterino, elévelo e incida por encima del borde vesical superior en la línea media. Utilice la tijera Metzenbaum para prolongar la incisión de forma semicircular.			
4. Separó suavemente la vejiga del segmento uterino inferior mediante disecciona roma.			
5. Colocó el separador vesical entre la vejiga y el útero.			

46.Procedimiento: Técnica de Cesárea			
	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
Abertura del Útero			
Utilizó un bisturí para hacer una incisión transversal de 3 cm en el segmento inferior del útero y la ensanchó la incisión con tijera o colocando el dedo pulgar de la mano izquierda y el índice de la mano derecha en cada borde de la histerotomía; para ampliar la incisión uterina en forma de carcajada, tirando con delicadeza hacia arriba y lateralmente al mismo tiempo. Si el segmento está grueso utilizar tijera Lister para hacer la histerotomía siempre en forma de carcajada evitando los vasos uterinos			
Extracción del recién nacido y de la placenta			
1. Retiró el separador vesical			
2. Colocó la mano dentro de la cavidad uterina, sujete la cabeza del feto; descajó el producto en el eje vertical (sin hacer palanca) y lo abocó a la abertura del útero			
3. Con la otra mano, presionó con delicadeza el abdomen por encima de la parte superior del útero para ayudar a que salga la cabeza.			
4. Mencionó que haría si la cabeza del feto estuviera encajada profundamente en la pelvis o vagina: Solicitó un ayudante provisto de guantes estériles e indicó introducir una mano en la vagina, empujando la cabeza del feto hacia el útero			
6. Al salir la cabeza se revisa el cuello para determinar si hay circular de cordón el cual se retira			
7. Se Aspiró boca y nariz al nacimiento de la cabeza si es necesario			
8. Extrajo hombro anterior, posterior y el cuerpo.			
9. Confirmó la administración de oxitocina (MATEP 20 UI IV diluidas en 1 litro)			
10. Pinzó y cortó el cordón umbilical.			
11. Entregó el feto a un asistente para su atención inicial.			
12. Indicó la administración de una dosis única de antibióticos profilácticos después de haber pinzado y cortado el cordón.			
13. Realizó extracción manual de la placenta, despegándola lateralmente.			
14. Extrajo las membranas totalmente y luego realizó legrado digital con las compresas secas.			
Cierre de la incisión uterina			
1. Sujetó los ángulos de la incisión uterina con pinzas.			
2. Sujetó el borde inferior de la incisión con pinzas Forrester (Anillo). Se aseguró de no haber tomado al mismo tiempo la vejiga.			
3. Observó con cuidado para detectar si hay alguna extensión (Desgarro) de la incisión uterina.			
4. Reparó primeramente el desgarro y luego la incisión uterina con una sutura continua en punto de sorjete en el primer plano y un segundo plano invaginando la sutura anterior, utilizando: Catgut cromado 0 ó 1, en dos planos ó Vicryl 1 ó 0			

46.Procedimiento: Técnica de Cesárea	PRIMER ENSAYO	SEGUNDO ENSAYO	TERCER ENSAYO
1. Se aseguró de haber agarrado los ángulos de la histerotomía con el primer punto y dio un punto hacia atrás hemostático en ambos ángulos (Punto de Anclaje) Evitando los vasos uterinos			
2. Observó con cuidado la incisión uterina antes de cerrar el abdomen. Se aseguró de que no haya sangrado y que el útero esté firme.			
3. Mencionó que hacer si se produce más sangrado del sitio de la incisión uterina.			
4. Utilizó una compresa para extraer cualquier coágulo dentro del abdomen.			
5. Revisó anexos, apéndice y vejiga.			
6. Confirmó cantidad y color de orina.			
Cierre del abdomen			
1. Solicitó la cuenta de compresas.			
2. Cerró aponeurosis con puntos de Sutura continua con Vicryl 1 o Dexon 0			
3. Cerró la piel con suturas verticales de nylon (o seda) 3-0 y colocó un apósito estéril.			
4. Presionó con delicadeza el abdomen por encima del útero para extraer los coágulos del útero y la vagina.			
5. Indicó el esquema de analgesia post- quirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> • Diclofenaco sódico 75 mgs IM cada 8 horas más Meperidina 100 mgs IV diluido en 250 cc a pasar en 1hora, cada 6 horas. <li style="text-align: center;">o • Ketorolaco 60 mgs EV inicial, luego 30 mgs EV cada 6 horas, mas Clorhidrato de Nalbufina 10 mgs EV lento cada 6 horas y si se usa subcutáneo cada 8 horas. <li style="text-align: center;">o • Tramadol 100 mg diluido en 100 o 250 ml de dextrosa 5% en goteo continuo más Diclofenaco sódico 75 mgs IM cada 8 horas. 			

**MANUAL DE ORGANIZACIÓN
DEL CENTRO DE HABILIDADES**
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital Materno Infantil 1° de Mayo
Junio 2011 | San Salvador, El Salvador, C.A.