

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

— Y SEGURIDAD MATERNA —

PROTOCOLOS PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD



RESPUESTA
INMEDIATA



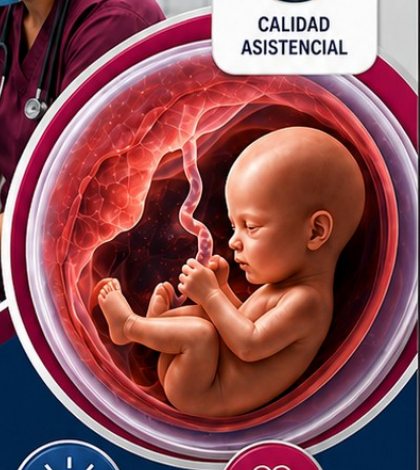
SEGURIDAD
MATERNA



ATENCIÓN
MULTIDISCIPLINARIA



CALIDAD
ASISTENCIAL



HEMORRAGIAS



PREECLAMPSIA



EMERGENCIAS
FETALES



SEPSIS
OBSTÉTRICA



CALIDAD
ASISTENCIAL

Live
Working
EDITORIAL

ISBN: 978-9942-580-78-8



CRÉDITOS

EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y SEGURIDAD: Protocolos para una atención de calidad

Gladys Adelaida Díaz Padilla

Correo: gdiazp@utb.edu.ec / gladysdiaz2079@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4942-7537>

Afiliación: Universidad Técnica de Babahoyo

Katterine Kariuxy Vásquez Bone

Correo: kvasquez@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5094-1760>

Afiliación: Universidad Técnica de Babahoyo

Ana Emperatriz Yupa Pallchisaca

Correo: ayupap@utb.edu.ec / anayupa2012@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2397-9026>

Afiliación: Universidad Técnica de Babahoyo

Georgington Olmedo Tapia Mestanza

Correo: gtapia@utb.edu.ec

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-4179-8633>

Afiliación: Universidad Técnica de Babahoyo

Vanessa Paola Albuja Mora

Correo: valbuja@utb.edu.ec / vanessa.albuja.12d01@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8069-7050>

Afiliación: Universidad Técnica de Babahoyo



INDEXACIÓN

Dirección y Coordinación Editorial: Sara Díaz Villacís

Revisión de contenido Christian Armendáriz PhD

Revisión pedagógica: Fabrizzio Andrade PhD (c)

© ® Derechos de Copia y Propiedad Intelectual

Maquetación y Diseño de portada: *Sara Díaz V*

Libro bajo revisión técnica y didáctica de pares

Guayaquil - Ecuador

Junio del 2026

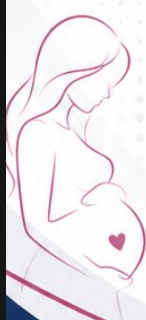


Descarga:

<https://liveworkingeditorial.com/product/978-9942-580-78-8>

Enlace del DOI:

<https://doi.org/10.63792/978-9942-580-78-8>





Certificado de autenticidad



ISBN: 978-9942-580-78-8



Google Play
Books





ÍNDICE GENERAL

CRÉDITOS	III
INDEXACIÓN	IV
ÍNDICE GENERAL	VII
PRÓLOGO.....	XI
RESUMEN	XII
INTRODUCCIÓN	1
1 CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y LA SEGURIDAD MATERNA.....	5
1.1 Concepto e importancia de las emergencias obstétricas	6
1.2 Seguridad materna y calidad asistencial	10
1.3 Principios de atención oportuna y respuesta inmediata	14
1.4 Valoración inicial de la gestante en situación crítica	18
1.5 Trabajo multidisciplinario en la atención obstétrica.	21
1.6 Protocolos clínicos y toma de decisiones seguras.....	25
2 CAPÍTULO 2. HEMORRAGIAS, HIPERTENSIÓN Y SEPSIS OBSTÉTRICA	31



2.1	Hemorragias obstétricas: clasificación y manejo inicial	32
2.2	Prevención y control de la hemorragia materna	36
2.3	Trastornos hipertensivos del embarazo.....	40
2.4	Preeclampsia y eclampsia: detección y tratamiento..	44
2.5	Sepsis obstétrica: identificación precoz	48
2.6	Soporte vital y estabilización de la paciente	52
3	CAPÍTULO 3. EMERGENCIAS FETALES Y COMPLICACIONES DEL PARTO.....	57
3.1	Sufrimiento fetal agudo.....	58
3.2	Distocias y complicaciones intraparto	62
3.3	Prolapso de cordón umbilical.....	65
3.4	Ruptura uterina y otras urgencias obstétricas	69
3.5	Monitoreo fetal y diagnóstico rápido	73
3.6	Intervención inmediata para la protección materno-fetal	77
4	CAPÍTULO 4. PROTOCOLOS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA Y DE CALIDAD	83
4.1	Protocolos de actuación en obstetricia	84



4.2	Seguridad del paciente en el área materna.....	87
4.3	Gestión de riesgos y prevención de eventos adversos 92	
4.4	Calidad asistencial y mejora continua.....	95
4.5	Registro, seguimiento y evaluación de casos.....	100
4.6	Humanización de la atención materna y neonatal...	104
CONCLUSIÓN FINAL DEL LIBRO		109
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		111
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....		115



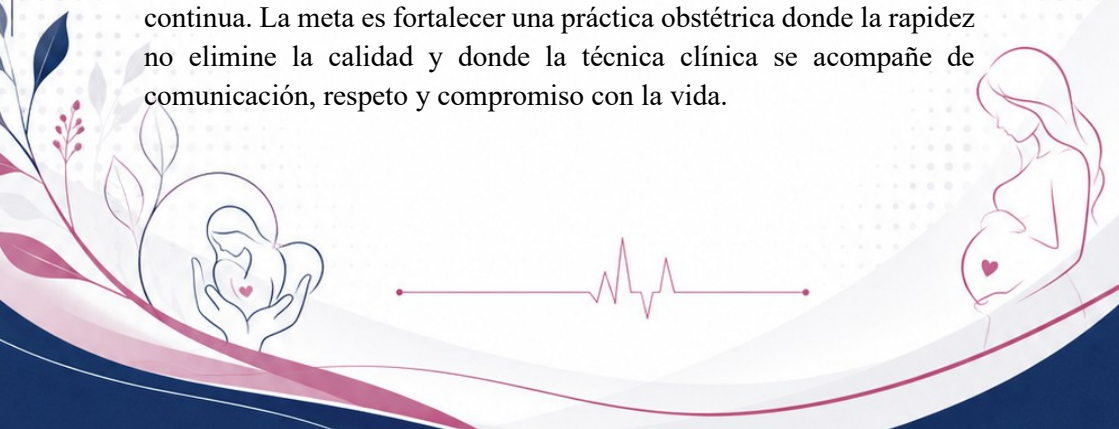


PRÓLOGO

Este libro nace de una necesidad concreta: disponer de una guía pedagógica, clara y aplicable, para estudiar las emergencias obstétricas desde la perspectiva de la seguridad materna y la calidad asistencial. En los servicios de salud, las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio demandan respuestas rápidas, ordenadas y humanas. La formación médica, por tanto, no puede limitarse a memorizar conceptos; debe preparar al lector para reconocer signos de alarma, comunicarse con el equipo, actuar dentro de protocolos y aprender de cada caso.

La obra se estructura en cuatro capítulos y utiliza un enfoque integrado que combina evidencia científica, protocolos de actuación, análisis de riesgo, casos clínicos y listas de verificación. Su intención es servir como apoyo para estudiantes de medicina, obstetricia, enfermería, docentes y personal de salud en procesos de actualización. El texto no reemplaza las normas nacionales ni los protocolos institucionales; ofrece una base formativa para comprenderlos, enseñarlos y aplicarlos con juicio clínico.

El lector encontrará un recorrido que inicia con fundamentos conceptuales y avanza hacia situaciones críticas como hemorragias, hipertensión severa, eclampsia, sepsis, sufrimiento fetal, distocias y otras urgencias intraparto. Finalmente, se incorporan herramientas de seguridad del paciente, humanización, registro, auditoría y mejora continua. La meta es fortalecer una práctica obstétrica donde la rapidez no elimine la calidad y donde la técnica clínica se acompañe de comunicación, respeto y compromiso con la vida.



RESUMEN

El presente libro desarrolla una guía pedagógica sobre emergencias obstétricas y seguridad materna, orientada a fortalecer la identificación, valoración inicial, estabilización, intervención, referencia y seguimiento de las principales complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. La obra adopta el modelo PEAR — preparar, evaluar, actuar y registrar— como eje didáctico para organizar el aprendizaje clínico y favorecer la toma de decisiones seguras.

El primer capítulo aborda los fundamentos de las emergencias obstétricas, la seguridad materna, la calidad asistencial, la respuesta inmediata, la valoración inicial y el trabajo multidisciplinario. El segundo capítulo desarrolla hemorragias obstétricas, trastornos hipertensivos, preeclampsia, eclampsia, sepsis y soporte vital. El tercer capítulo analiza emergencias fetales y complicaciones del parto, incluyendo sufrimiento fetal, distocias, prolapso de cordón, ruptura uterina, monitoreo fetal e intervención materno-fetal. El cuarto capítulo integra protocolos de actuación, seguridad del paciente, gestión de riesgos, mejora continua, registro clínico y humanización de la atención.

La propuesta combina revisión bibliográfica, enfoque clínico, listas de verificación, casos formativos y orientaciones para la simulación. Se concluye que una atención obstétrica segura requiere protocolos actualizados, equipos entrenados, comunicación efectiva, registro oportuno y respeto a la dignidad de la mujer y su familia. Palabras clave: emergencias obstétricas, seguridad materna, protocolos clínicos, hemorragia obstétrica, preeclampsia, sepsis obstétrica, calidad asistencial, humanización.

Palabras clave: Emergencias obstétricas, seguridad materna, protocolos clínicos, atención obstétrica, calidad asistencial.



INTRODUCCIÓN

Las emergencias obstétricas constituyen uno de los mayores desafíos para los servicios de salud, debido a que pueden presentarse de manera inesperada y comprometer rápidamente la vida de la madre, del feto o del recién nacido. La atención oportuna, organizada y basada en protocolos permite reducir riesgos, mejorar la toma de decisiones clínicas y fortalecer la seguridad materna durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por ello, este libro, **“Emergencias Obstétricas y Seguridad Materna: Protocolos para una atención de calidad”**, se orienta a presentar contenidos fundamentales para la identificación, manejo inicial, intervención y seguimiento de las principales complicaciones obstétricas.

La obra ha sido organizada en cuatro capítulos que abordan, de manera progresiva, los aspectos conceptuales, clínicos y operativos necesarios para una atención segura. Su propósito es ofrecer una guía académica y práctica que contribuya al fortalecimiento de los conocimientos del personal de salud, estudiantes y profesionales vinculados al cuidado materno-neonatal. Asimismo, se destaca la importancia del trabajo multidisciplinario, la respuesta inmediata, la calidad asistencial y la humanización del cuidado como elementos esenciales para proteger la vida de la madre y del recién nacido.

En el **Capítulo 1**, se desarrollan los fundamentos de las emergencias obstétricas y la seguridad materna. Se explica el concepto de emergencia obstétrica, su importancia en la práctica clínica y la necesidad de actuar con rapidez ante signos de alarma. Además, se analiza la seguridad materna como componente clave

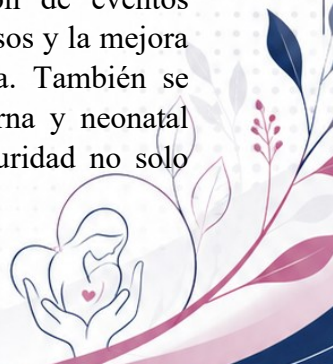


de la calidad asistencial, considerando la valoración inicial de la gestante, la organización del equipo de salud, la comunicación efectiva y el uso de protocolos clínicos para orientar decisiones seguras.

El **Capítulo 2** se centra en tres grupos de complicaciones de alta relevancia: las hemorragias obstétricas, los trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis obstétrica. En este apartado se narran los principales criterios de identificación, prevención y manejo inicial de estas condiciones, debido a que representan causas importantes de morbilidad y mortalidad materna. También se aborda la importancia de la estabilización temprana, el soporte vital, la vigilancia continua y la derivación oportuna cuando la condición de la paciente lo requiere.

En el **Capítulo 3**, se describen las emergencias fetales y las complicaciones que pueden presentarse durante el parto. Se incluyen temas como sufrimiento fetal agudo, distocias, prolapso de cordón umbilical, ruptura uterina y otras situaciones intraparto que exigen una respuesta inmediata. Este capítulo resalta la importancia del monitoreo fetal, el diagnóstico rápido y la intervención coordinada para proteger el bienestar materno-fetal, evitando retrasos que puedan generar consecuencias graves.

Finalmente, el **Capítulo 4** aborda los protocolos para una atención segura y de calidad. Se analizan los procedimientos de actuación, la gestión de riesgos, la prevención de eventos adversos, el registro clínico, el seguimiento de casos y la mejora continua en los servicios de atención obstétrica. También se incorpora la humanización de la atención materna y neonatal como principio esencial, recordando que la seguridad no solo



depende de la técnica clínica, sino también del trato digno, la comunicación clara y el acompañamiento respetuoso a la mujer y su familia.

En conjunto, este libro busca aportar una visión integral de las emergencias obstétricas, combinando conocimientos clínicos, seguridad del paciente y calidad asistencial. La intención es que cada capítulo contribuya a fortalecer una práctica obstétrica más organizada, humana y eficiente, orientada a la prevención de complicaciones y a la protección de la vida de la madre y del recién nacido.





CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS DE LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS Y LA SEGURIDAD MATERNA

Objetivos de aprendizaje del capítulo: reconocer la emergencia obstétrica como un evento tiempo-dependiente; integrar la seguridad materna en la valoración inicial; aplicar el modelo PEAR —preparar, evaluar, actuar y registrar— como

PROTOCOLO PEAR PARA EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS



recurso pedagógico; y analizar el papel del equipo multidisciplinario en la prevención de retrasos críticos.

Este capítulo establece la base conceptual del libro. La emergencia obstétrica no debe estudiarse solo como una complicación aislada, sino como un proceso clínico, organizacional y comunicacional. Por ello, cada apartado



vincula teoría, protocolo, seguridad del paciente, razonamiento clínico y actividades de aprendizaje para que el texto funcione como una guía de formación médica.

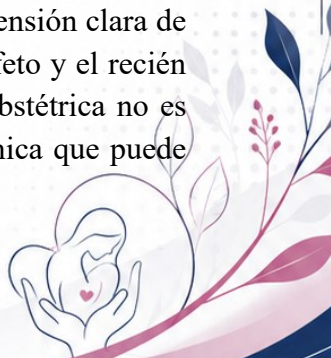
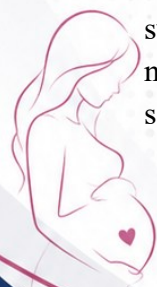
Modelo PEAR para la enseñanza de emergencias obstétricas

Secuencia pedagógica para preparar, evaluar, actuar y registrar en escenarios críticos.



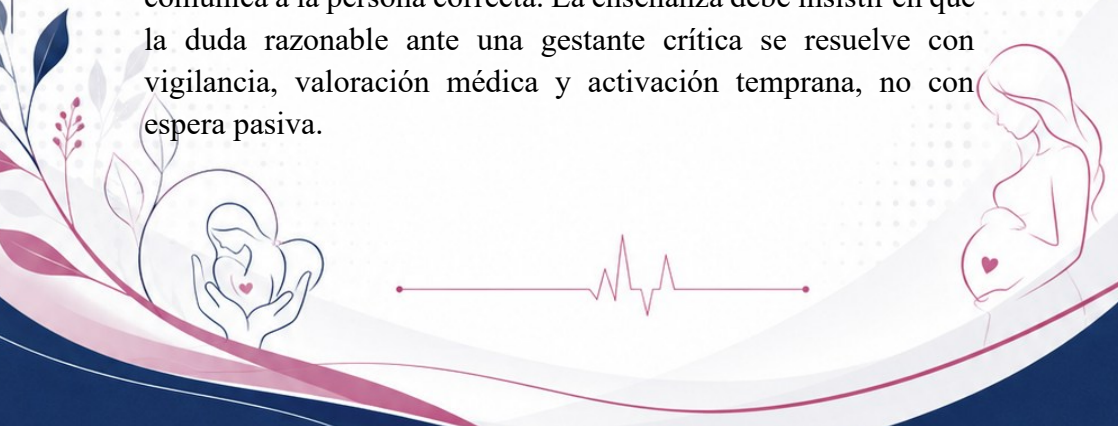
1.1 Concepto e importancia de las emergencias obstétricas

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de emergencia obstétrica debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede



cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar emergencia obstétrica como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (Castellanos Martillo et al., 2025; Colmenares et al., 2025).

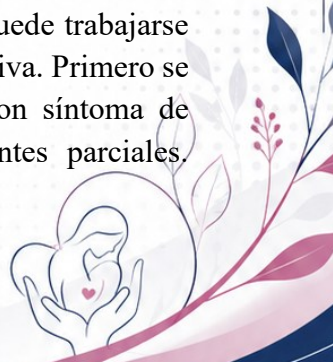
El aprendizaje de identificación temprana requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En embarazo, parto y puerperio, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.



En este apartado, el modelo PEAR ayuda a transformar la definición de emergencia obstétrica en una competencia aplicada. Preparar supone reconocer que toda gestante puede descompensarse y que el equipo debe tener claros los criterios de alarma, los recursos mínimos y la ruta de respuesta. Evaluar implica identificar de forma ordenada el motivo de consulta, la estabilidad hemodinámica, la edad gestacional y los hallazgos materno-fetales. Actuar exige priorizar decisiones rápidas de valoración, estabilización y derivación. Registrar permite convertir cada caso en evidencia para el aprendizaje y la mejora del proceso asistencial.

En términos de seguridad, el principal riesgo en emergencia obstétrica es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales.



Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar

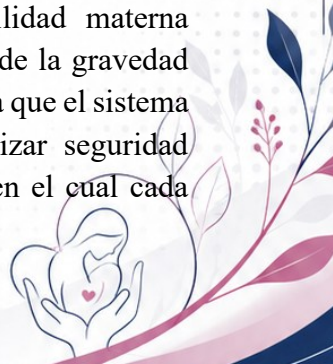
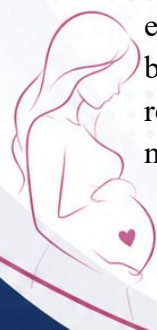


preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: emergencia obstétrica exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

1.2 Seguridad materna y calidad asistencial

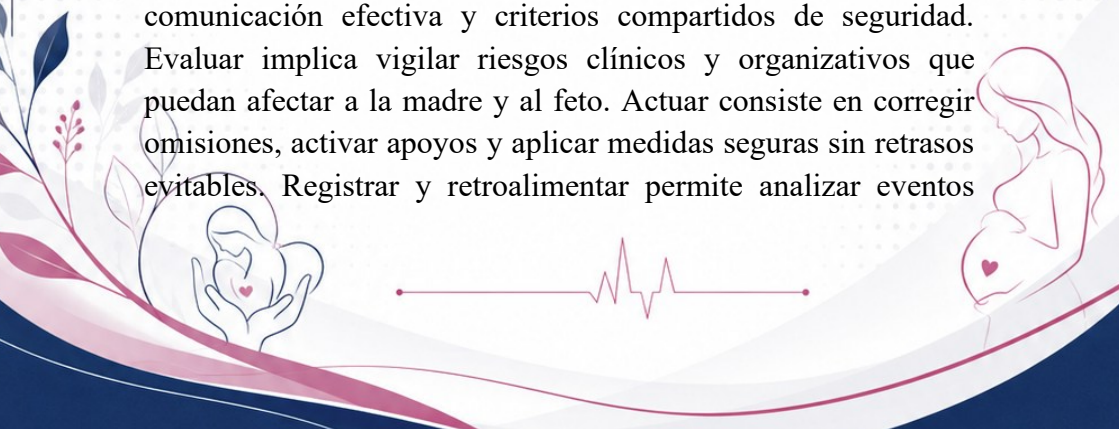
Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de seguridad materna debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar seguridad materna como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada



profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2025).

El aprendizaje de prevención de fallos de proceso requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En servicios materno-neonatales, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Para el estudio de la seguridad materna, el modelo PEAR se aplica como una herramienta de prevención de fallos. Preparar significa disponer de protocolos, listas de verificación, comunicación efectiva y criterios compartidos de seguridad. Evaluar implica vigilar riesgos clínicos y organizativos que puedan afectar a la madre y al feto. Actuar consiste en corregir omisiones, activar apoyos y aplicar medidas seguras sin retrasos evitables. Registrar y retroalimentar permite analizar eventos



adversos, reforzar buenas prácticas y sostener una cultura de calidad asistencial.

En términos de seguridad, el principal riesgo en seguridad materna es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.



Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: seguridad materna exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos



claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

1.3 Principios de atención oportuna y respuesta inmediata

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de respuesta inmediata debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar respuesta inmediata como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2023).

El aprendizaje de reducción de retrasos requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe



aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En triage obstétrico, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En la respuesta inmediata, el modelo PEAR orienta la secuencia de actuación frente al tiempo crítico. Preparar implica asegurar triage, insumos, personal disponible y rutas de referencia. Evaluar supone confirmar de forma rápida la gravedad clínica, los signos vitales y la presencia de sangrado, hipertensión, sepsis o compromiso fetal. Actuar requiere iniciar medidas simultáneas y coordinar al equipo sin demoras innecesarias. Registrar permite verificar tiempos de atención y detectar puntos de retraso para optimizar la respuesta futura.

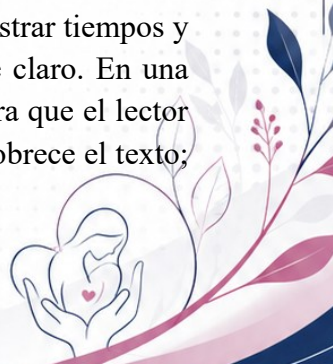
En términos de seguridad, el principal riesgo en respuesta inmediata es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un



equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto;



al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

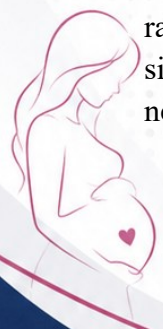
Puntos clave: respuesta inmediata exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



1.4 Valoración inicial de la gestante en situación crítica

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de valoración inicial debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar valoración inicial como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Manigrasso et al., 2024).

El aprendizaje de ABCDE obstétrico requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o



disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En clasificación de gravedad, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Aplicado a la valoración inicial, el modelo PEAR organiza la recolección de datos esenciales. Preparar comprende disponer de monitores, medicamentos, historia clínica básica y un entorno seguro para la evaluación. Evaluar significa obtener edad gestacional, antecedentes relevantes, signos vitales, estado neurológico, sangrado, dolor, fiebre, dinámica uterina y percepción de movimientos fetales. Actuar implica estabilizar, clasificar el riesgo y definir la conducta inmediata. Registrar consolida los hallazgos y la evolución inicial como base del seguimiento clínico.

En términos de seguridad, el principal riesgo en valoración inicial es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización



disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica



un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: valoración inicial exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

1.5 Trabajo multidisciplinario en la atención obstétrica

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de trabajo multidisciplinario debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es



solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar trabajo multidisciplinario como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (Lozada et al., 2025; AIM, 2024).

El aprendizaje de comunicación cerrada requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En roles clínicos, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.



En el trabajo multidisciplinario, el modelo PEAR fortalece la coordinación interprofesional. Preparar supone definir roles, canales de comunicación y criterios de activación del equipo. Evaluar implica compartir información clínica mínima y verificar que todos comprendan la prioridad del caso. Actuar requiere integrar a obstetricia, enfermería, anestesia, laboratorio, banco de sangre y neonatología según la complejidad. Registrar y retroalimentar favorece el análisis de la colaboración real del equipo y la mejora de la respuesta conjunta.

En términos de seguridad, el principal riesgo en trabajo multidisciplinario es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva



información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni



alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: trabajo multidisciplinario exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

1.6 Protocolos clínicos y toma de decisiones seguras

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de protocolos clínicos debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada.

La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar protocolos clínicos como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe



saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2025).

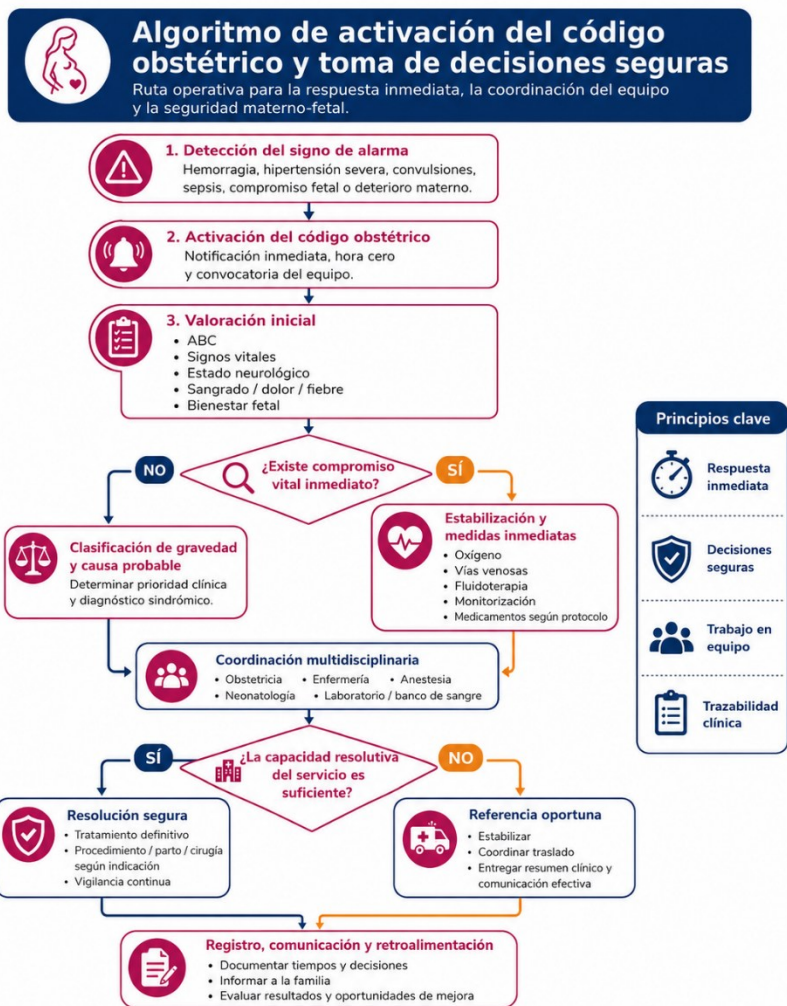
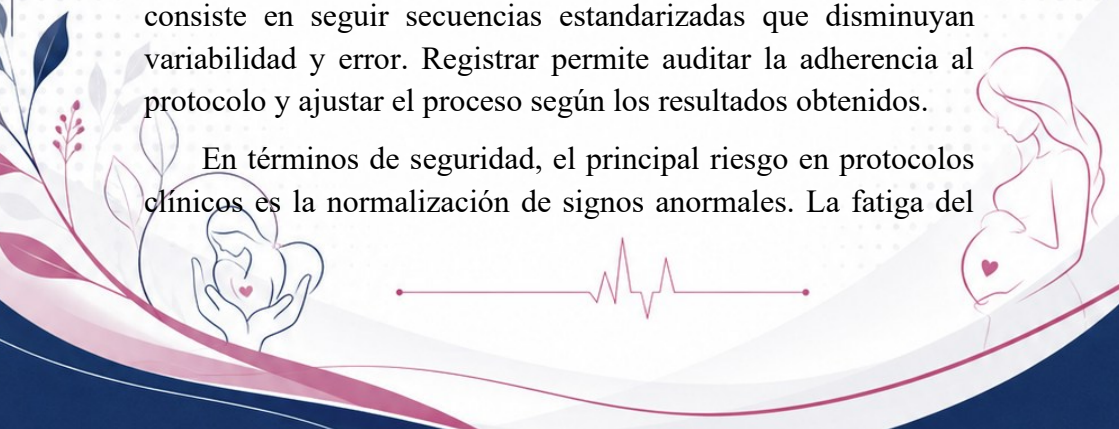


Figura. Algoritmo orientador para la activación del código obstétrico.

El aprendizaje de estandarización flexible requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En decisiones seguras, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Cuando se estudian protocolos clínicos, el modelo PEAR permite pasar de la teoría a la toma de decisiones seguras. Preparar significa adaptar guías, algoritmos y paquetes de seguridad al contexto institucional. Evaluar exige usar criterios claros para identificar gravedad y capacidad resolutive. Actuar consiste en seguir secuencias estandarizadas que disminuyan variabilidad y error. Registrar permite auditar la adherencia al protocolo y ajustar el proceso según los resultados obtenidos.

En términos de seguridad, el principal riesgo en protocolos clínicos es la normalización de signos anormales. La fatiga del



personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

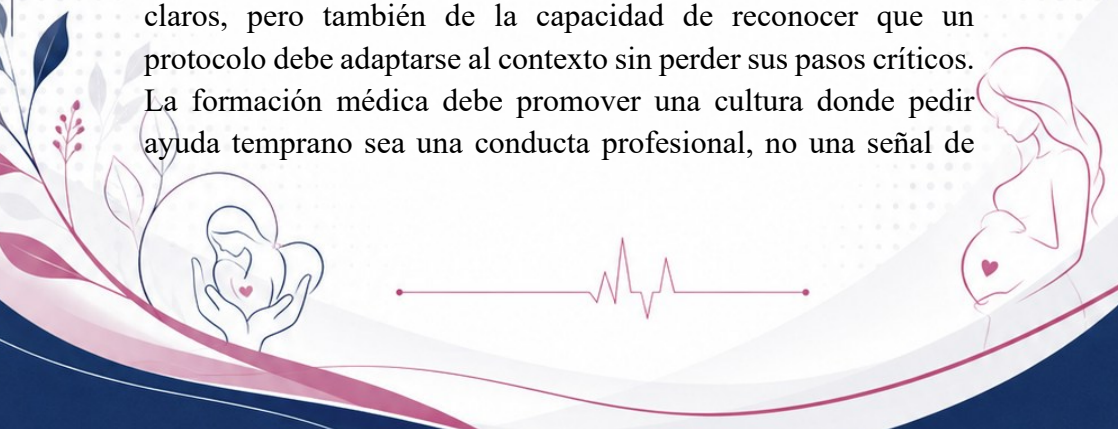
Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación,



antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: protocolos clínicos exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de



debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



CAPÍTULO 2. HEMORRAGIAS, HIPERTENSIÓN Y SEPSIS OBSTÉTRICA

Objetivos de aprendizaje del capítulo: diferenciar las principales emergencias maternas de alta letalidad; identificar signos de alarma de hemorragia, hipertensión severa y sepsis; organizar una respuesta inicial con prioridades claras; y practicar la toma de decisiones mediante casos clínicos, listas de verificación y algoritmos de actuación.

Respuesta inicial ante hemorragia, hipertensión y sepsis obstétrica

Tres escenarios prioritarios con pasos de valoración y acción inmediata.



VALORACIÓN INICIAL COMÚN: ABC, signos vitales, estado neurológico, sangrado, dolor, fiebre, diuresis y balance hídrico.



Hemorragia obstétrica

- Cuantificar la pérdida sanguínea
- Canalizar vías venosas y fluidoterapia
- Uterotónicos y búsqueda de la causa
- Solicitar sangre y activar apoyo quirúrgico



Trastornos hipertensivos

- Tomar presión arterial repetida
- Identificar cefalea, fosfenos, epigastralgia
- Iniciar sulfato de magnesio si está indicado
- Controlar TA y definir necesidad de resolución



Sepsis obstétrica

- Buscar foco infeccioso y factores de riesgo
- Tomar cultivos y lactato si es posible
- Iniciar antibióticos tempranos
- Reanimación, control del foco y referencia

El segundo capítulo trabaja con tres escenarios frecuentes y potencialmente mortales. La hemorragia, los trastornos

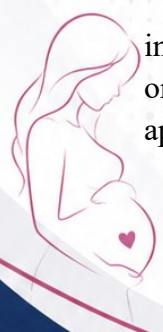


hipertensivos y la sepsis comparten una característica decisiva: el pronóstico depende del reconocimiento temprano, de la coordinación del equipo y de la aplicación de medidas simultáneas. En consecuencia, la enseñanza debe orientarse a la acción segura y no solo a la memorización de definiciones.

2.1 Hemorragias obstétricas: clasificación y manejo inicial

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de hemorragias obstétricas debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar hemorragias obstétricas como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2023; Escobar et al., 2022).

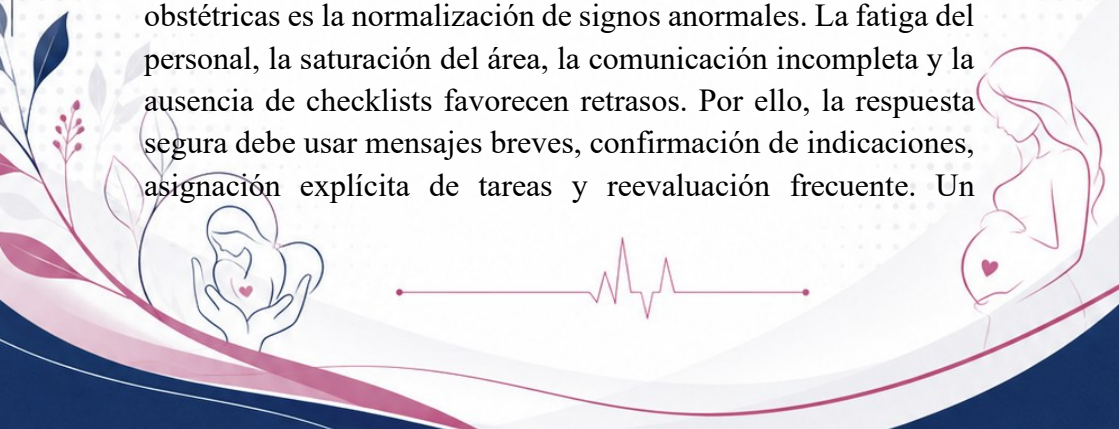
El aprendizaje de clasificación y manejo inicial requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y



signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En pérdida sanguínea obstétrica, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En hemorragias obstétricas, el modelo PEAR ordena la respuesta desde el primer minuto. Preparar implica contar con uterotónicos, accesos venosos, cristaloides, hemoderivados y apoyo quirúrgico disponible. Evaluar supone cuantificar la pérdida sanguínea, valorar signos de shock e identificar la causa probable. Actuar requiere iniciar reanimación, medidas etiológicas y escalamiento terapéutico de manera simultánea. Registrar permite documentar volumen de sangrado, tiempos de intervención y respuesta al tratamiento.

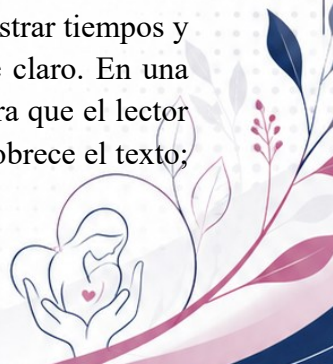
En términos de seguridad, el principal riesgo en hemorragias obstétricas es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un



equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto;



al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: hemorragias obstétricas exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



2.2 Prevención y control de la hemorragia materna

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de prevención de hemorragia debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido.



Matriz de causas de hemorragia posparto y manejo escalonado

Resumen clínico para identificación rápida, intervención dirigida y escalamiento terapéutico.

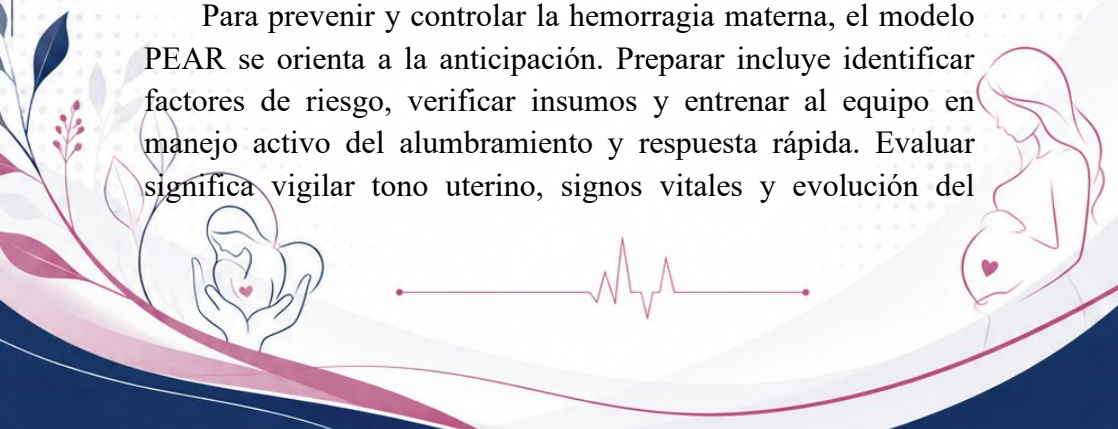
VALORACIÓN INICIAL COMÚN ABC, estado hemodinámico, cuantificación del sangrado, tono uterino, revisión del canal del parto y disponibilidad de sangre.			MANEJO ESCALONADO	
CAUSA	CLAVES CLÍNICAS	MANEJO DIRIGIDO	1	RECONOCIMIENTO Y RESPUESTA INICIAL
 TONO (atonía uterina)	Útero blando, sangrado abundante, falta de contracción.	Masaje uterino, uterotónicos, vaciamiento vesical, compresión bimanual.		Pedir ayuda, cuantificar sangrado, ABC, signos vitales, oxígeno, 2 vías venosas, cristaloides, monitorización.
 TEJIDO (retención placentaria)	Placenta incompleta, subinvolución, sangrado persistente.	Revisión uterina, extracción de restos, legrado o evacuación según indicación.		TRATAMIENTO ETIOLÓGICO Identificar la causa, uterotónicos, ácido tranexámico, control del foco, laboratorio y banco de sangre.
 TRAUMA	Desgarros, hematomas, sangrado con útero contraído.	Inspección sistemática, reparación quirúrgica, drenaje de hematomas.		MEDIDAS AVANZADAS Balón uterino, taponamiento, compresión, transfusión, corrección hemostática.
 TROMBINA (coagulopatía)	Sangrado difuso, alteración de coagulación, mala respuesta inicial.	Solicitar pruebas, corregir coagulopatía, hemoderivados y apoyo especializado.		ESCALAMIENTO DEFINITIVO Cirugía, suturas hemostáticas, ligadura vascular, histerectomía y referencia si corresponde.

En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad

biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar prevención de hemorragia como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Brito Ojeda et al., 2025).

El aprendizaje de control de sangrado requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En manejo activo y vigilancia, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Para prevenir y controlar la hemorragia materna, el modelo PEAR se orienta a la anticipación. Preparar incluye identificar factores de riesgo, verificar insumos y entrenar al equipo en manejo activo del alumbramiento y respuesta rápida. Evaluar significa vigilar tono uterino, signos vitales y evolución del



sangrado en el puerperio inmediato. Actuar implica aplicar medidas preventivas y correctivas en función de la gravedad. Registrar facilita revisar adherencia a protocolos y aprender de cada evento hemorrágico.

En términos de seguridad, el principal riesgo en prevención de hemorragia es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la

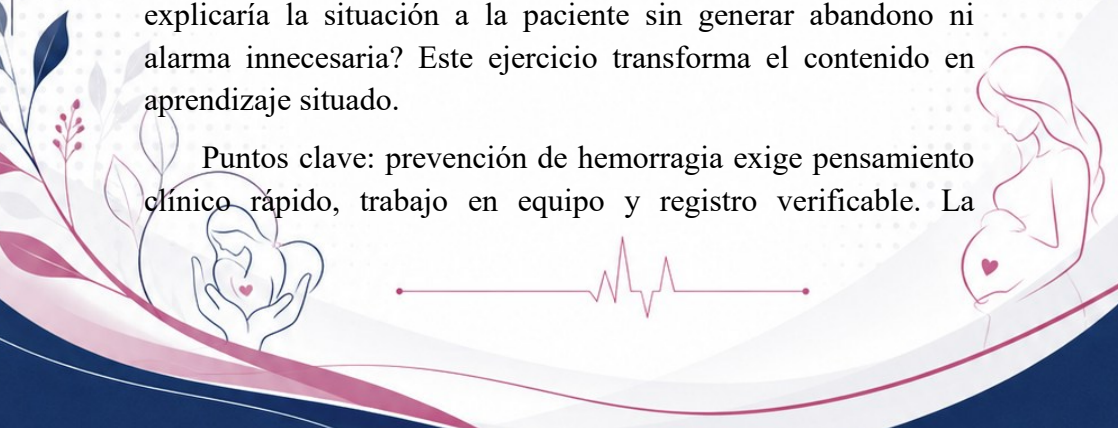


claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: prevención de hemorragia exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La



prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

2.3 Trastornos hipertensivos del embarazo

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de trastornos hipertensivos debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar trastornos hipertensivos como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (Sandó Mistage et al., 2025; Lara, 2025).

El aprendizaje de riesgo materno-fetal requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe



aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En control clínico, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En los trastornos hipertensivos del embarazo, el modelo PEAR ayuda a estructurar la vigilancia clínica. Preparar supone disponer de tensiómetros validados, sulfato de magnesio, antihipertensivos y criterios de referencia. Evaluar implica medir la presión arterial de forma correcta, identificar síntomas de severidad y valorar proteinuria o daño orgánico. Actuar requiere iniciar tratamiento oportuno y definir la conducta obstétrica según el riesgo materno-fetal. Registrar permite seguir la evolución tensional y la respuesta terapéutica.

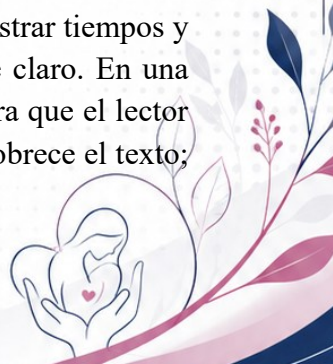
En términos de seguridad, el principal riesgo en trastornos hipertensivos es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación



frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

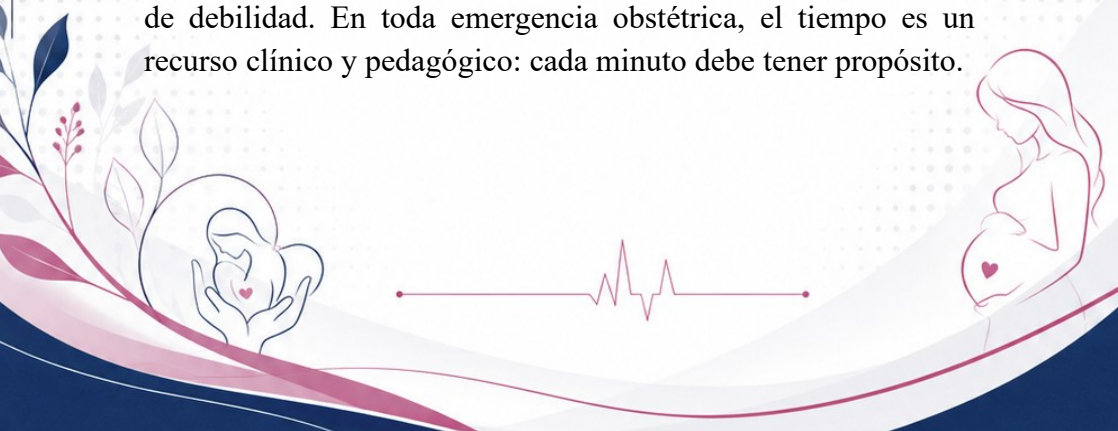
Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto;



al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: trastornos hipertensivos exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



2.4 Preeclampsia y eclampsia: detección y tratamiento

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de preeclampsia y eclampsia debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido.



Signos de severidad y manejo inmediato de la preeclampsia/eclampsia

Reconocimiento temprano, estabilización materna y decisiones urgentes para una atención segura.



VALORACIÓN INICIAL

Confirmar presión arterial, estado neurológico, síntomas de alarma, diuresis, reflejos y bienestar materno-fetal.



SIGNOS DE SEVERIDAD

- TA $\geq$ 160/110 mmHg
- Cefalea intensa persistente
- Fosfenos o alteraciones visuales
- Epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho
- Disnea / edema pulmonar
- Oliguria
- Hiperreflexia / clonus
- Convulsiones o alteración del estado de conciencia
- Compromiso fetal



MANEJO INMEDIATO

- 1** **ESTABILIZACIÓN INICIAL**
Pedir ayuda, posición lateral izquierda, ABC, oxígeno si está indicado, monitorización y 2 vías venosas.
- 2** **PREVENCIÓN Y CONTROL DE CONVULSIONES**
Sulfato de magnesio: dosis de carga y mantenimiento según protocolo. Vigilar reflejos, diuresis y respiración.
- 3** **CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN SEVERA**
Iniciar antihipertensivos de acción rápida según protocolo y reevaluar la TA.
- 4** **EVALUACIÓN Y DECISIÓN OBSTÉTRICA**
Laboratorio, evaluación materno-fetal, definir necesidad de culminación del embarazo o referencia urgente.

CLAVES DE SEGURIDAD



Respuesta inmediata



Trabajo multidisciplinario



Registro clínico oportuno



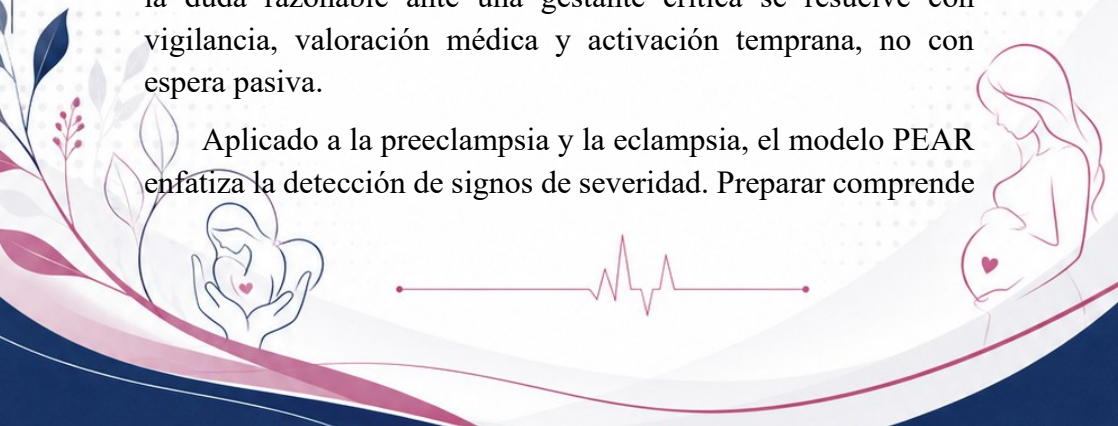
Referencia si la capacidad resolutive es insuficiente

En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano,

priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar preeclampsia y eclampsia como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (Sandó Mistage et al., 2025; Rosso et al., 2025).

El aprendizaje de detección y tratamiento requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En prevención de convulsiones, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

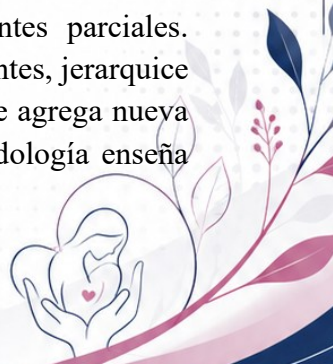
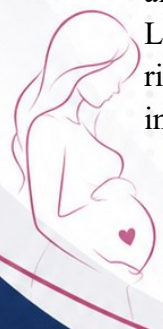
Aplicado a la preeclampsia y la eclampsia, el modelo PEAR enfatiza la detección de signos de severidad. Preparar comprende



asegurar medicamentos críticos, monitoreo y apoyo para una eventual resolución del embarazo. Evaluar significa reconocer cefalea, fosfenos, epigastralgia, hipertensión severa, convulsiones y compromiso fetal. Actuar requiere proteger a la paciente, administrar sulfato de magnesio, controlar la presión arterial y decidir el momento de culminación del embarazo. Registrar permite seguir la evolución clínica y justificar las decisiones tomadas.

En términos de seguridad, el principal riesgo en preeclampsia y eclampsia es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

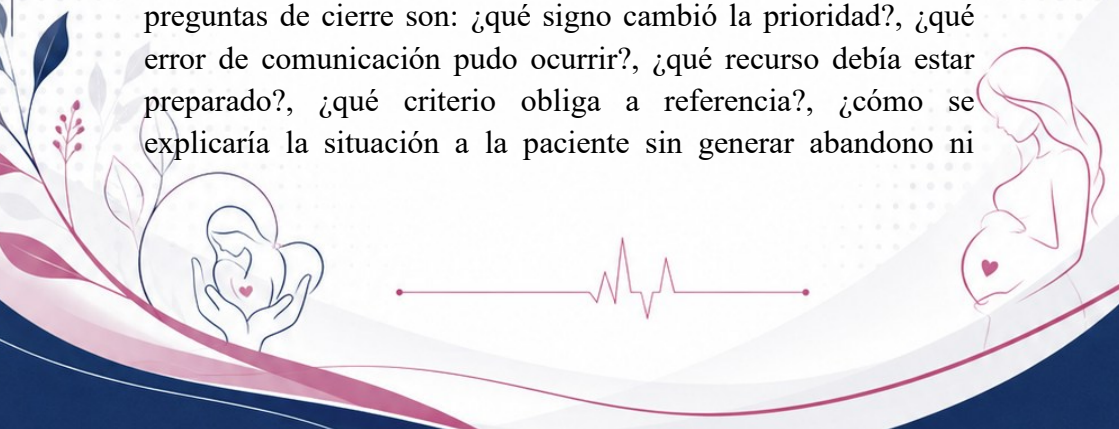
Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña



que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni



alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: preeclampsia y eclampsia exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

2.5 Sepsis obstétrica: identificación precoz

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de sepsis obstétrica debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar sepsis obstétrica como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar



y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2015; Manigrasso et al., 2024).

El aprendizaje de identificación precoz requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En infección y disfunción orgánica, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

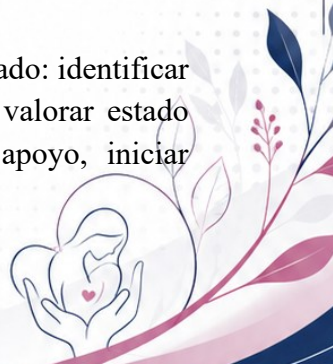
En la sepsis obstétrica, el modelo PEAR organiza una respuesta centrada en la detección temprana. Preparar implica disponer de antibióticos, fluidoterapia, acceso a laboratorio y criterios de sospecha bien conocidos. Evaluar significa identificar fiebre, taquicardia, hipotensión, foco infeccioso y alteraciones de perfusión. Actuar requiere tomar cultivos cuando sea posible, iniciar antibióticos tempranos, reanimar y controlar el foco. Registrar favorece el seguimiento de tiempos de antibiótico, evolución clínica y necesidad de referencia.



En términos de seguridad, el principal riesgo en sepsis obstétrica es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar



medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: sepsis obstétrica exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir



ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

2.6 Soporte vital y estabilización de la paciente

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de soporte vital debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada.

La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar soporte vital como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2025).

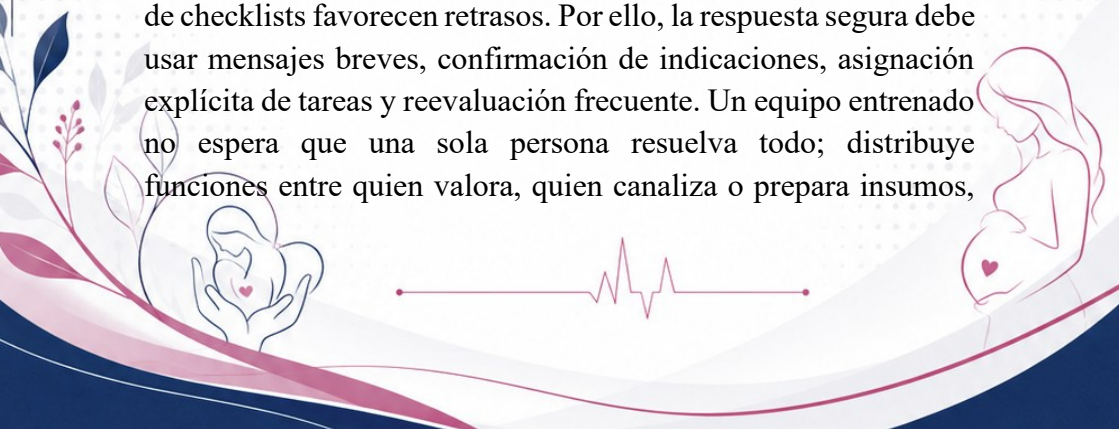
El aprendizaje de estabilización materna requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el



razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En prioridades de reanimación, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En el soporte vital, el modelo PEAR refuerza la lógica ABC de la estabilización. Preparar incluye asegurar oxígeno, aspiración, accesos venosos, fluidos, medicamentos y capacidad de monitorización. Evaluar significa revisar vía aérea, respiración, circulación, nivel de conciencia y perfusión. Actuar requiere intervenir de forma inmediata sobre los compromisos vitales e integrar el tratamiento etiológico. Registrar documenta parámetros iniciales, maniobras realizadas y respuesta clínica a la estabilización.

En términos de seguridad, el principal riesgo en soporte vital es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos,



quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.



Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: soporte vital exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.





CAPÍTULO 3. EMERGENCIAS FETALES Y COMPLICACIONES DEL PARTO

Objetivos de aprendizaje del capítulo: interpretar situaciones intraparto que amenazan el bienestar fetal y materno; relacionar monitoreo, exploración clínica y comunicación del equipo; diferenciar emergencias que requieren maniobras inmediatas; y fortalecer la derivación oportuna cuando la institución no cuenta con capacidad resolutive suficiente.

Secuencia de evaluación intraparto y protección materno-fetal

Ruta resumida para emergencias fetales y complicaciones del parto.

1. Sospecha clínica

Dolor anormal, alteración del registro fetal, sangrado, pérdida del bienestar fetal o detención del parto.



2. Evaluación rápida

Control materno, frecuencia cardíaca fetal, dinámica uterina, tacto vaginal y factores de riesgo.



3. Maniobras iniciales

Cambiar posición materna, suspender oxitocina, oxígeno si corresponde y aliviar compresión del cordón.



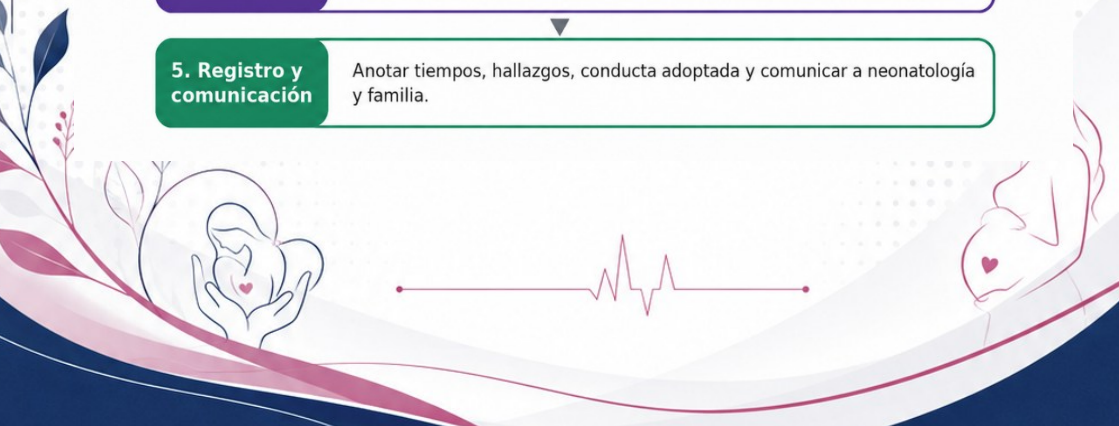
4. Decisión obstétrica

Definir parto instrumental, cesárea urgente, maniobras para distocia o cirugía inmediata.



5. Registro y comunicación

Anotar tiempos, hallazgos, conducta adoptada y comunicar a neonatología y familia.

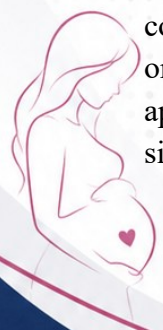


El tercer capítulo describe emergencias del parto como sufrimiento fetal, distocias, prolapso de cordón y ruptura uterina. Desde el punto de vista pedagógico, estas situaciones exigen entrenamiento en escenarios, comunicación cerrada, asignación de roles y análisis posterior del caso, ya que el tiempo disponible para decidir suele ser breve.

3.1 Sufrimiento fetal agudo

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de sufrimiento fetal agudo debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar sufrimiento fetal agudo como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Castellanos Martillo et al., 2025).

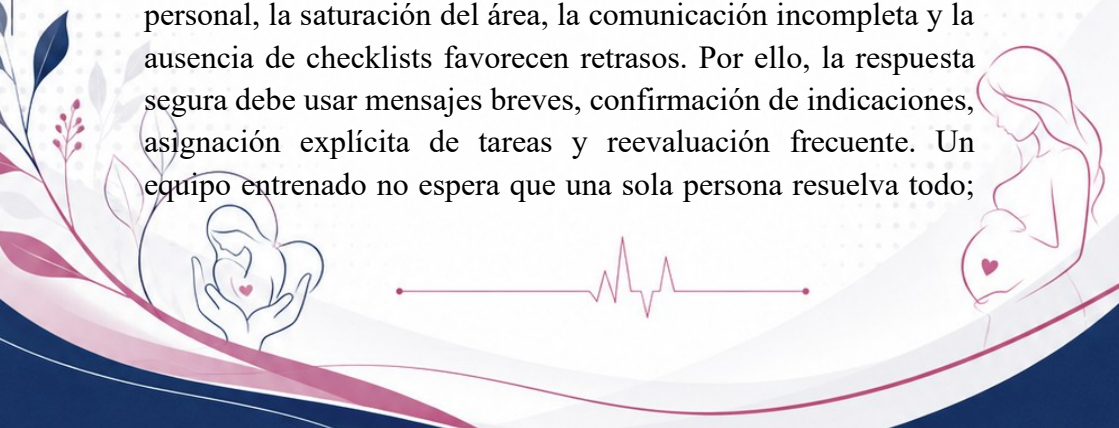
El aprendizaje de deterioro fetal intraparto requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se



construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En monitoreo y respuesta, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Para el sufrimiento fetal agudo, el modelo PEAR permite enseñar decisiones intraparto centradas en el binomio madre-hijo. Preparar supone contar con monitoreo fetal, sala de partos funcional y equipo disponible para intervención urgente. Evaluar implica interpretar la frecuencia cardíaca fetal, la dinámica uterina y las condiciones maternas asociadas. Actuar requiere aplicar medidas de reanimación intrauterina y definir con rapidez la vía de nacimiento más segura. Registrar deja constancia del trazado, las maniobras realizadas y los tiempos de decisión.

En términos de seguridad, el principal riesgo en sufrimiento fetal agudo es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo;



distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto;



al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

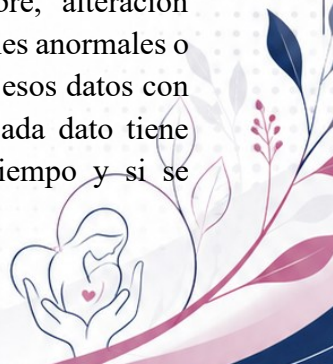
Puntos clave: sufrimiento fetal agudo exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



3.2 Distocias y complicaciones intraparto

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de distocias debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar distocias como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; Colmenares et al., 2025).

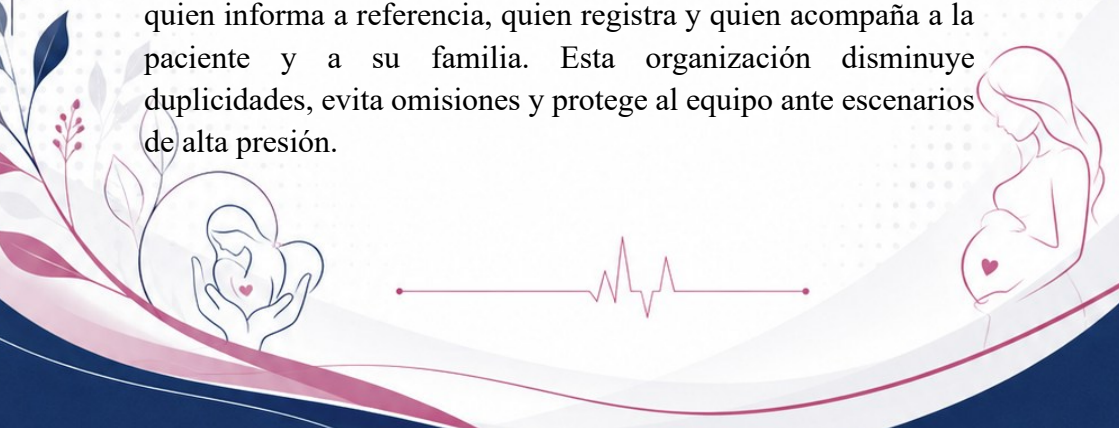
El aprendizaje de complicaciones intraparto requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En maniobras seguras, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se



comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En las distocias y complicaciones intraparto, el modelo PEAR ayuda a sistematizar maniobras y decisiones. Preparar significa conocer factores de riesgo, disponer de personal entrenado y prever escenarios de asistencia instrumental o quirúrgica. Evaluar implica identificar la alteración del progreso del parto y sus repercusiones materno-fetales. Actuar requiere seleccionar maniobras apropiadas, evitar intervenciones ineficaces y escalar la resolución cuando sea necesario. Registrar permite valorar la secuencia del parto y la pertinencia de la conducta adoptada.

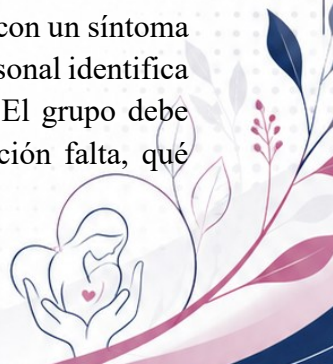
En términos de seguridad, el principal riesgo en distocias es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.



Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué

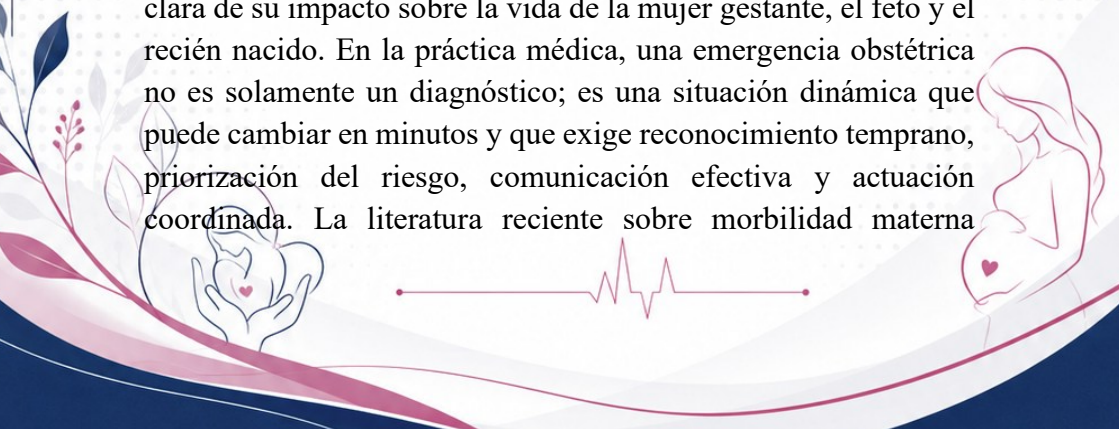


acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: distocias exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

3.3 Prolapso de cordón umbilical

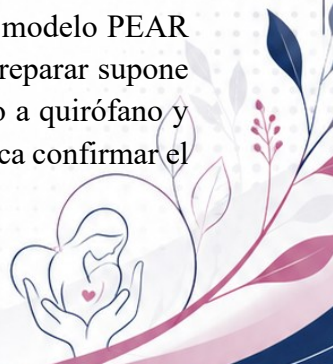
Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de prolapso de cordón umbilical debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna



extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar prolapso de cordón umbilical como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; AIM, 2024).

El aprendizaje de comprensión del cordón requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En emergencia intraparto, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Aplicado al prolapso de cordón umbilical, el modelo PEAR destaca la importancia del tiempo de respuesta. Preparar supone tener claro el protocolo de emergencia, el traslado a quirófano y la comunicación con neonatología. Evaluar significa confirmar el



diagnóstico, valorar la frecuencia cardíaca fetal y reconocer el grado de compresión del cordón. Actuar requiere aliviar la compresión y acelerar la finalización del parto mediante la vía más segura. Registrar deja evidencia del momento del diagnóstico, las maniobras y el resultado perinatal.

En términos de seguridad, el principal riesgo en prolapso de cordón umbilical es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la



claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: prolapso de cordón umbilical exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro

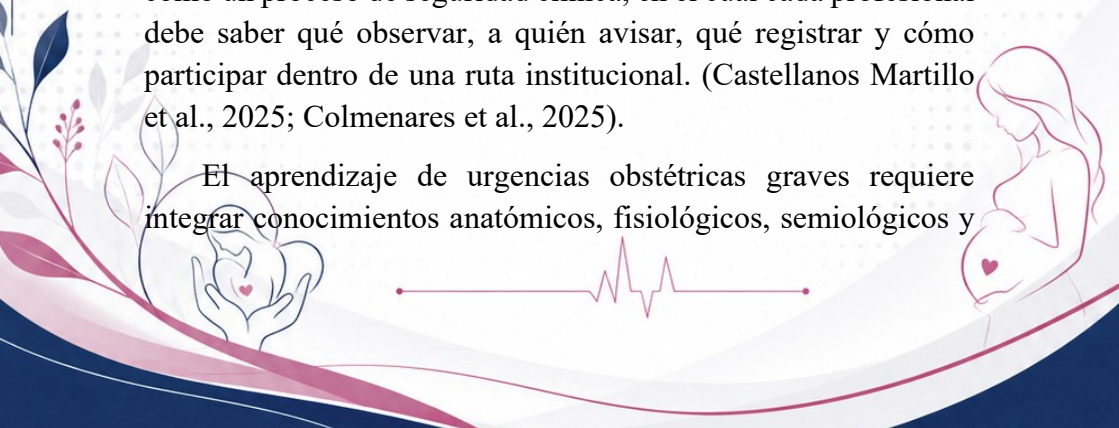


verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

3.4 Ruptura uterina y otras urgencias obstétricas

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de ruptura uterina debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar ruptura uterina como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (Castellanos Martillo et al., 2025; Colmenares et al., 2025).

El aprendizaje de urgencias obstétricas graves requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y



organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En reconocimiento quirúrgico, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En la ruptura uterina y otras urgencias obstétricas, el modelo PEAR orienta una conducta de máxima prioridad. Preparar implica reconocer antecedentes de riesgo, asegurar acceso a cirugía y disponer de hemoderivados. Evaluar significa identificar dolor súbito, alteraciones del parto, sangrado, shock o pérdida del bienestar fetal. Actuar requiere estabilización inmediata y resolución quirúrgica urgente. Registrar permite reconstruir la secuencia clínica y analizar oportunidades de prevención secundaria.

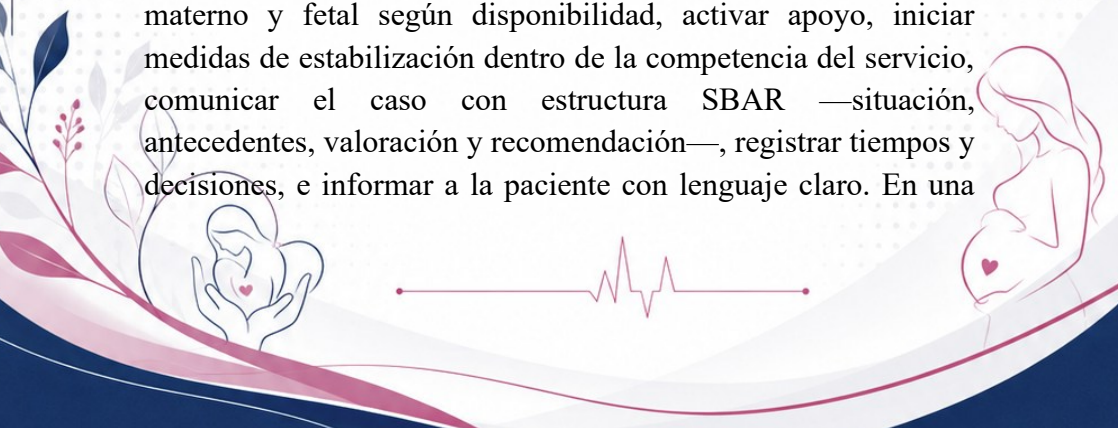
En términos de seguridad, el principal riesgo en ruptura uterina es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta



segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una



guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: ruptura uterina exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



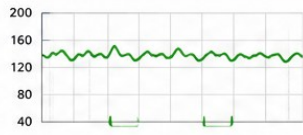
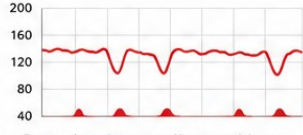
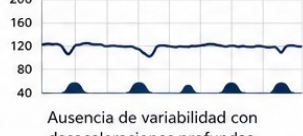
3.5 Monitoreo fetal y diagnóstico rápido

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de monitoreo fetal debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar monitoreo fetal como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Sarmiento Piña & Reyna-Villasmil, 2025).

El aprendizaje de diagnóstico rápido requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico.



Esquema básico de interpretación del registro fetal y decisiones derivadas

PATRÓN	CARACTERÍSTICAS CLAVE	TRAZADO EJEMPLO	INTERPRETACIÓN	DECISIÓN
 NORMAL (RECONFORTANTE)	- Frecuencia basal: 110–160 lpm - Variabilidad: moderada (6–25 lpm) - Aceleraciones: presentes - Desaceleraciones: ausentes - Actividad uterina: normal	 Variabilidad moderada con aceleraciones	Bienestar fetal adecuado. El feto tolera el trabajo de parto.	 CONTINUAR VIGILANCIA Manejo habitual y monitoreo periódico.
 SOSPECHOSO	- Frecuencia basal: 100–109 o 161–180 lpm - Variabilidad: mínima - Aceleraciones: ausentes - Desaceleraciones: variables ocasionales - Actividad uterina: puede alterada	 Variabilidad mínima y desaceleraciones variables ocasionales	Puede haber compromiso fetal. Requiere vigilancia cercana e identificación de causa reversible.	 EVALUAR Y ACTUAR Corregir factores maternos y vigilar respuesta.
 ANORMAL NO RECONFORTANTE	- Frecuencia basal: <100 o >180 lpm - Variabilidad: mínima o ausente - Aceleraciones: ausentes - Desaceleraciones: tardías repetitivas o variables profundas - Actividad uterina: hiperactividad o tetania	 Desaceleraciones tardías repetitivas y variabilidad mínima	Alto riesgo de hipoxia fetal. Requiere intervención inmediata.	 INTERVENIR DE INMEDIATO Acciones de reanimación intrauterina y evaluación para finalizar el parto.
 PATOLÓGICO	- Sin variabilidad - Sin aceleraciones - Desaceleraciones variables profundas y repetitivas - FCF <80 lpm sostenida	 Ausencia de variabilidad con desaceleraciones profundas	Compromiso fetal severo. Riesgo inminente de asfixia fetal.	 ACTUACIÓN URGENTE Preparar para finalización inmediata del parto.

DECISIONES DERIVADAS SEGÚN LA INTERPRETACIÓN



PATRÓN NORMAL

Continuar manejo habitual y vigilancia.



PATRÓN SOSPECHOSO

Buscar causa reversible, corregir y reevaluar.



PATRÓN ANORMAL

No reconfortante: intensificar manejo y preparar finalización.



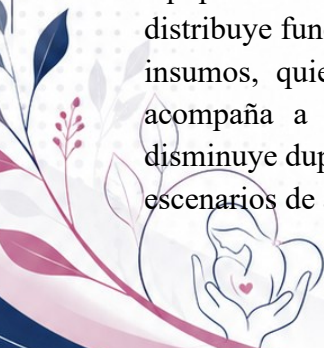
PATRÓN PATOLÓGICO

Intervención inmediata y terminación del embarazo.

En interpretación clínica, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En el monitoreo fetal, el modelo PEAR organiza la interpretación y la toma de decisiones. Preparar supone disponer de equipos funcionales, conocimiento básico del trazado y protocolos de respuesta. Evaluar implica diferenciar patrones tranquilizadores y no tranquilizadores, correlacionándolos con el contexto materno. Actuar exige intervenir de forma proporcionada, repetir la valoración y escalar cuando el riesgo aumenta. Registrar consolida los hallazgos del trazado, la interpretación clínica y la conducta adoptada.

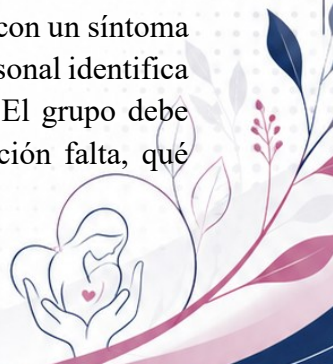
En términos de seguridad, el principal riesgo en monitoreo fetal es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.



Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué

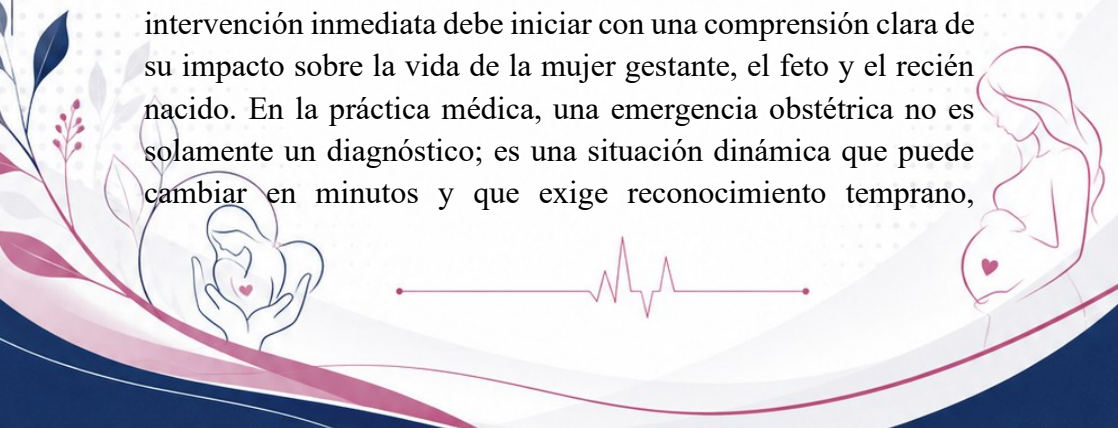


acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: monitoreo fetal exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

3.6 Intervención inmediata para la protección materno-fetal

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de intervención inmediata debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano,



priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar intervención inmediata como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2025).

El aprendizaje de protección materno-fetal requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En coordinación terapéutica, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

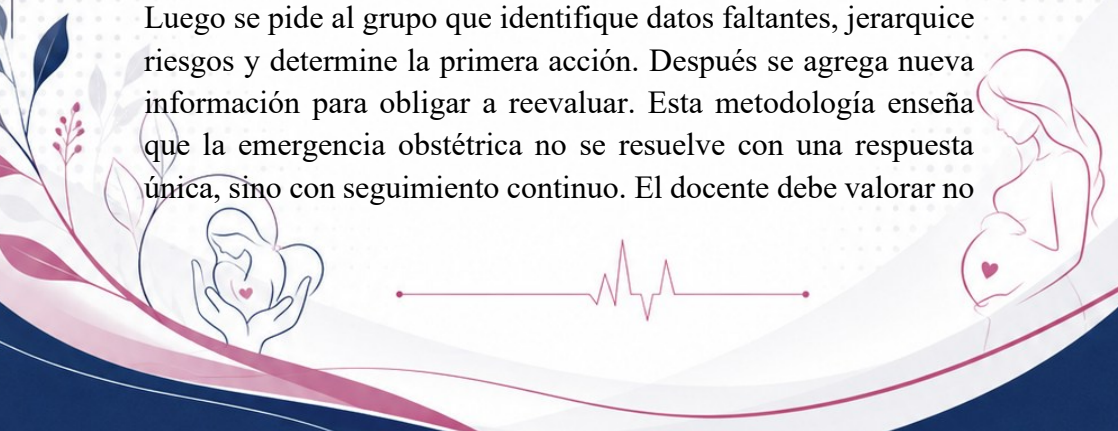
En la protección materno-fetal, el modelo PEAR integra simultáneamente la seguridad de la madre y del feto. Preparar



significa anticipar recursos humanos y materiales para una intervención urgente. Evaluar implica verificar estabilidad materna, condición fetal y tiempo disponible para actuar. Actuar requiere priorizar la vía más segura de resolución y coordinar el apoyo neonatal. Registrar permite analizar la oportunidad de la intervención y sus resultados clínicos.

En términos de seguridad, el principal riesgo en intervención inmediata es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no



solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.



Puntos clave: intervención inmediata exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.





CAPÍTULO 4. PROTOCOLOS PARA UNA ATENCIÓN SEGURA Y DE CALIDAD

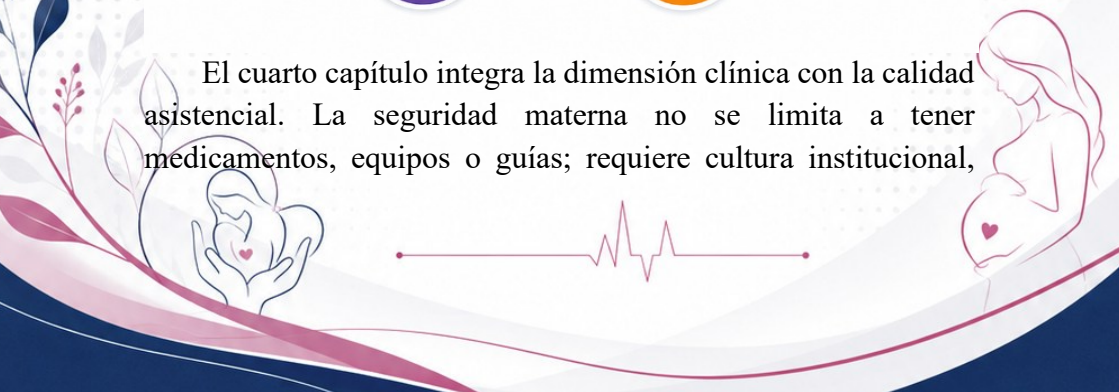
Objetivos de aprendizaje del capítulo: diseñar protocolos clínicos contextualizados; aplicar estrategias de seguridad del paciente; gestionar riesgos y eventos adversos; fortalecer el registro clínico; y promover una atención humanizada que proteja derechos, dignidad y continuidad del cuidado.

Ciclo de seguridad y mejora continua en atención obstétrica

Protocolos, práctica segura, registro y aprendizaje institucional



El cuarto capítulo integra la dimensión clínica con la calidad asistencial. La seguridad materna no se limita a tener medicamentos, equipos o guías; requiere cultura institucional,



simulación clínica, auditoría, liderazgo, comunicación con la familia y aprendizaje continuo. Por eso se propone que el libro sea usado como guía pedagógica en clases, talleres, simulaciones y procesos de inducción del personal de salud.

4.1 Protocolos de actuación en obstetricia

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de protocolos de actuación debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar protocolos de actuación como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; AIM, 2024).

El aprendizaje de ruta clínica requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar



signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En estandarización institucional, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En los protocolos de actuación, el modelo PEAR funciona como una arquitectura operativa. Preparar implica adaptar las guías a la realidad del servicio, establecer responsables y entrenar al personal. Evaluar significa revisar el caso con criterios uniformes y reconocer las variaciones que exigen ajuste clínico. Actuar consiste en ejecutar el algoritmo acordado con seguridad y oportunidad. Registrar facilita auditar el cumplimiento y actualizar los protocolos con base en la experiencia institucional.

En términos de seguridad, el principal riesgo en protocolos de actuación es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta



organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica

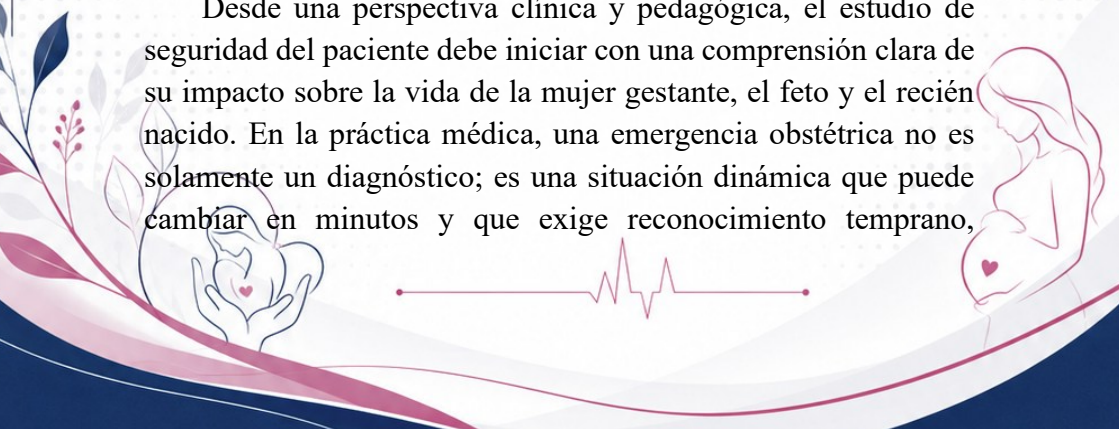


un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: protocolos de actuación exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

4.2 Seguridad del paciente en el área materna

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de seguridad del paciente debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano,



priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada.

Barreras de seguridad en medicación, comunicación y procedimientos obstétricos

Estrategias para prevenir eventos adversos y fortalecer una atención materna segura.



Objetivo común

Reducir errores, mejorar la coordinación del equipo y proteger la seguridad materno-fetal.



Medicación segura

- Verificación de paciente, medicamento, dosis, vía y hora.
- Doble chequeo de fármacos de alto riesgo.
- Rotulación clara de medicamentos y soluciones.
- Revisión de alergias, contraindicaciones e interacciones.
- Registro inmediato de la administración y efectos.



Comunicación segura

- Comunicación clara, breve y verificable.
- Confirmación verbal de órdenes críticas.
- Uso de entrega-recepción estructurada.
- Escalamiento oportuno ante signos de alarma.
- Información comprensible para la paciente y la familia.



Procedimientos obstétricos seguros

- Identificación correcta antes del procedimiento.
- Consentimiento informado cuando corresponda.
- Lista de verificación previa y posterior.
- Técnica aséptica y control de bioseguridad.
- Monitoreo materno-fetal y registro de hallazgos.

Claves transversales



Protocolos estandarizados



Trabajo multidisciplinario



Registro oportuno



Mejora continua

La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar seguridad del paciente como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; Lozada et al., 2025).

El aprendizaje de barreras de protección requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En área materna, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En seguridad del paciente, el modelo PEAR aporta una visión preventiva. Preparar supone identificar barreras de seguridad, verificar medicamentos y reducir riesgos de comunicación. Evaluar implica reconocer condiciones que pueden generar daño evitable en la atención materna. Actuar requiere corregir desviaciones del proceso y reforzar medidas protectoras. Registrar y retroalimentar hace posible aprender de incidentes y fortalecer una cultura de seguridad.

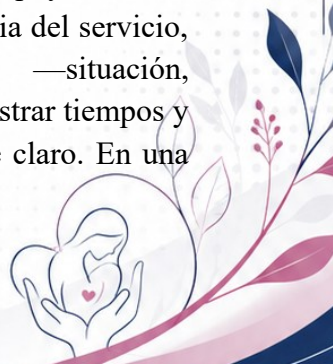
En términos de seguridad, el principal riesgo en seguridad del paciente es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la



respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

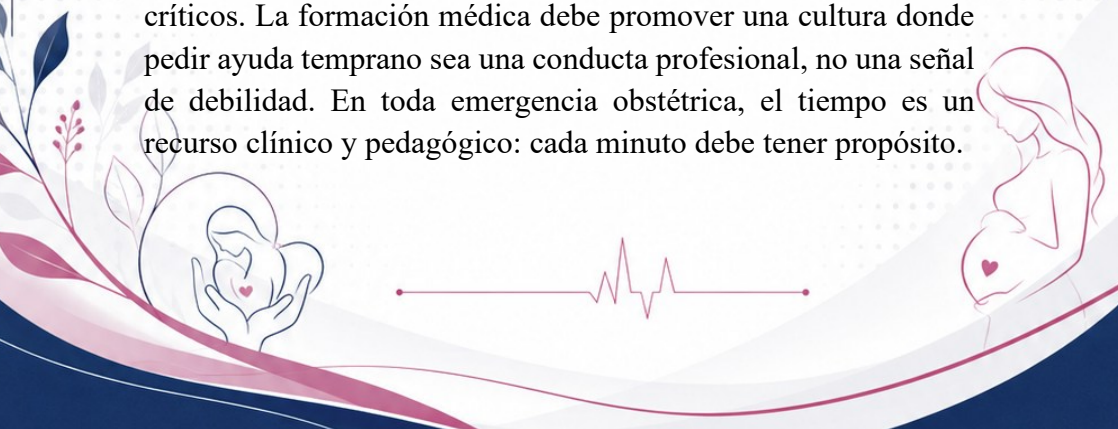
Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una



guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

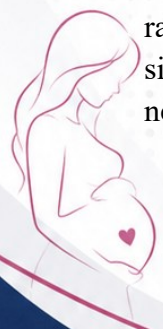
Puntos clave: seguridad del paciente exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



4.3 Gestión de riesgos y prevención de eventos adversos

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de gestión de riesgos debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar gestión de riesgos como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; World Health Organization, 2025).

El aprendizaje de prevención de eventos adversos requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o

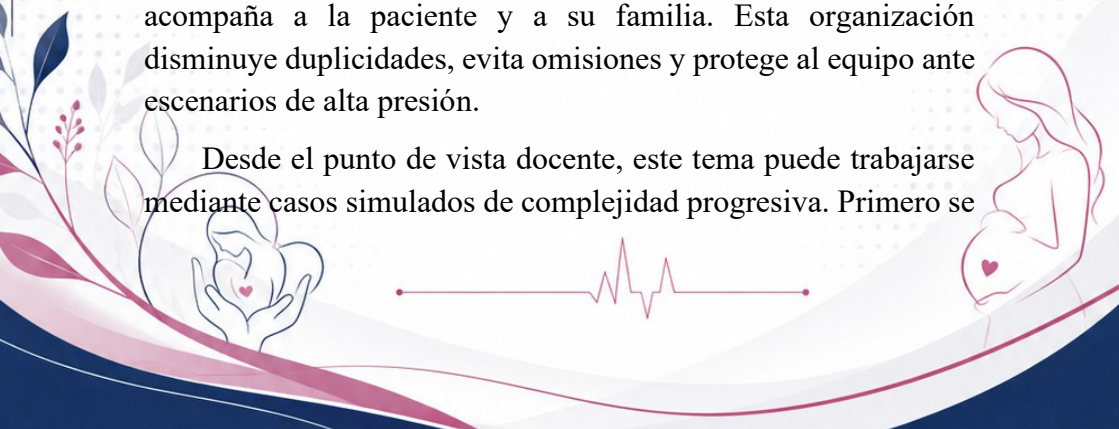


disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En cultura justa, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

Para la gestión de riesgos, el modelo PEAR permite anticipar y contener eventos adversos. Preparar incluye mapas de riesgo, recursos críticos y mecanismos de notificación. Evaluar significa detectar fallos latentes y señales de alerta antes de que produzcan daño. Actuar requiere intervenir sobre procesos inseguros y proteger a la paciente. Registrar favorece el análisis causal y la generación de acciones de mejora sostenibles.

En términos de seguridad, el principal riesgo en gestión de riesgos es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

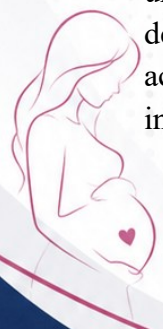
Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se



presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las

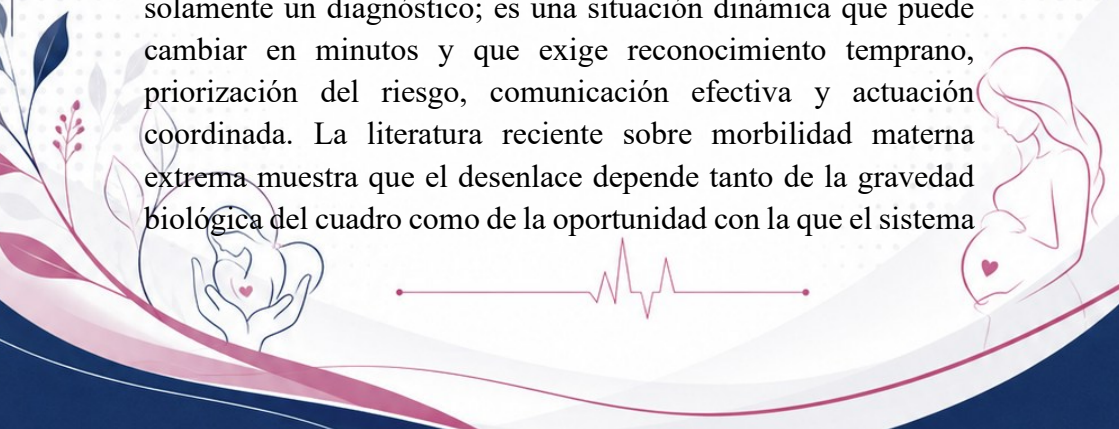


preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: gestión de riesgos exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

4.4 Calidad asistencial y mejora continua

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de calidad asistencial debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema



responde. Por ello, este apartado propone analizar calidad asistencial como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Castellanos Martillo et al., 2025).

El aprendizaje de mejora continua requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En indicadores obstétricos, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

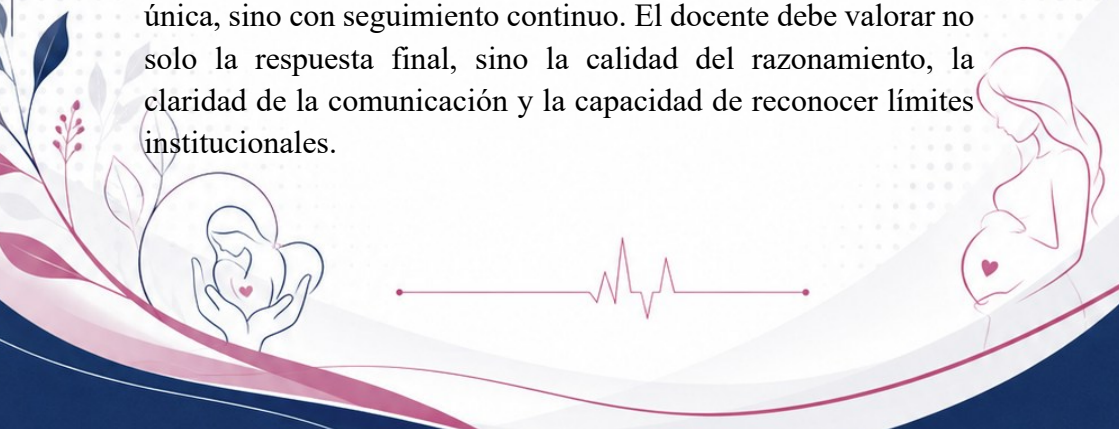
En calidad asistencial, el modelo PEAR se vincula con la mejora continua. Preparar implica definir estándares, indicadores y procedimientos evaluables. Evaluar significa medir resultados clínicos y de proceso para conocer el desempeño del servicio. Actuar requiere introducir ajustes, capacitar al equipo y optimizar



flujos de atención. Registrar permite comparar resultados en el tiempo y sostener ciclos de mejora.

En términos de seguridad, el principal riesgo en calidad asistencial es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.



Ciclo de seguridad y mejora continua en atención obstétrica

Protocolos, práctica segura, registro y aprendizaje institucional.



Beneficios del ciclo de mejora continua



Seguridad del paciente

Disminuye riesgos y eventos adversos.



Mejores resultados

Impacto positivo en la madre y el recién nacido.



Trabajo en equipo

Comunicación efectiva y coordinación entre disciplinas.



Aprendizaje institucional

Cada caso se convierte en una oportunidad para mejorar.



Eficiencia y calidad

Procesos más efectivos y centrados en la mejora continua.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

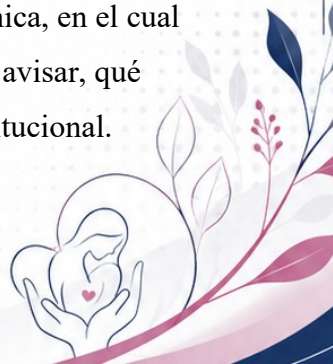
Puntos clave: calidad asistencial exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación



fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.

4.5 Registro, seguimiento y evaluación de casos

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de registro clínico debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido. En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar registro clínico como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (AIM, 2024; Colmenares et al., 2025).



El aprendizaje de seguimiento y evaluación requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En auditoría de casos, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.

En el registro y seguimiento de casos, el modelo PEAR cierra el ciclo de aprendizaje clínico. Preparar supone estandarizar formatos y responsabilidades de documentación. Evaluar implica revisar la integridad y utilidad de los datos consignados. Actuar requiere utilizar la información para seguimiento, auditoría y toma de decisiones. Registrar y retroalimentar fortalece la trazabilidad clínica y convierte la experiencia asistencial en conocimiento para el servicio.

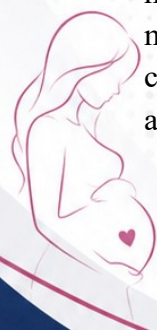
En términos de seguridad, el principal riesgo en registro clínico es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la



ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

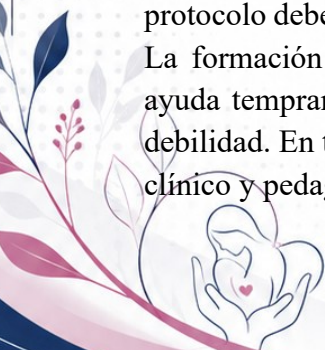
Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y



decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: registro clínico exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



4.6 Humanización de la atención materna y neonatal

Desde una perspectiva clínica y pedagógica, el estudio de humanización debe iniciar con una comprensión clara de su impacto sobre la vida de la mujer gestante, el feto y el recién nacido.

Ruta de comunicación respetuosa, consentimiento informado y acompañamiento durante la atención

Secuencia orientadora para fortalecer la seguridad materna, la dignidad de la paciente y la participación de la familia.



Principios clave



Respeto y trato digno



Privacidad y confidencialidad



Lenguaje claro y verificable



Participación de la paciente y familia

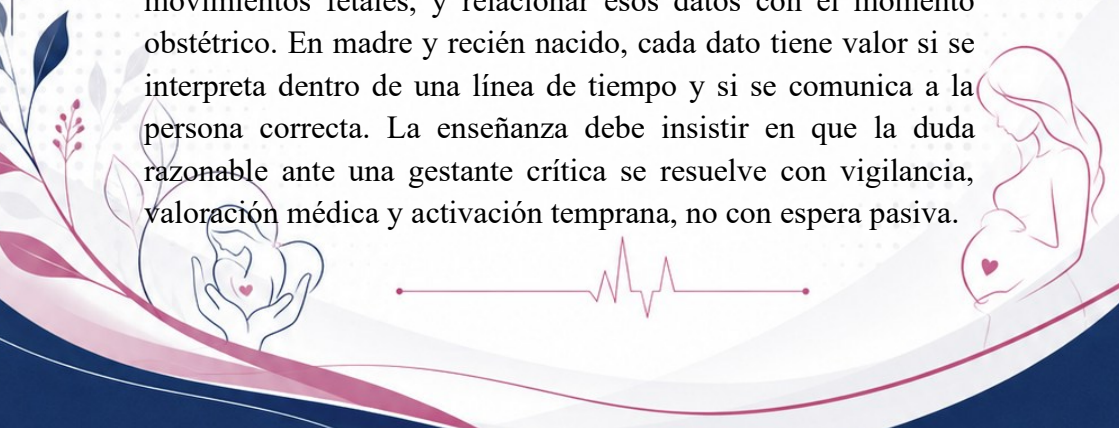


Registro clínico oportuno

En la práctica médica, una emergencia obstétrica no es solamente un diagnóstico; es una situación dinámica que puede

cambiar en minutos y que exige reconocimiento temprano, priorización del riesgo, comunicación efectiva y actuación coordinada. La literatura reciente sobre morbilidad materna extrema muestra que el desenlace depende tanto de la gravedad biológica del cuadro como de la oportunidad con la que el sistema responde. Por ello, este apartado propone analizar humanización como un proceso de seguridad clínica, en el cual cada profesional debe saber qué observar, a quién avisar, qué registrar y cómo participar dentro de una ruta institucional. (World Health Organization, 2025; Lara, 2025).

El aprendizaje de trato digno requiere integrar conocimientos anatómicos, fisiológicos, semiológicos y organizacionales. El estudiante o profesional en formación debe aprender a distinguir entre molestias esperables del embarazo y signos de alarma que indican deterioro. Esa distinción no se construye únicamente memorizando listas, sino entrenando el razonamiento clínico: observar el estado general, interpretar signos vitales, reconocer sangrado, dolor, fiebre, alteración neurológica, compromiso respiratorio, contracciones anormales o disminución de movimientos fetales, y relacionar esos datos con el momento obstétrico. En madre y recién nacido, cada dato tiene valor si se interpreta dentro de una línea de tiempo y si se comunica a la persona correcta. La enseñanza debe insistir en que la duda razonable ante una gestante crítica se resuelve con vigilancia, valoración médica y activación temprana, no con espera pasiva.



En la humanización de la atención, el modelo PEAR recuerda que la calidad también depende del trato. Preparar significa crear condiciones para la comunicación respetuosa, el acompañamiento y la información clara. Evaluar implica reconocer necesidades emocionales, culturales y familiares junto con las clínicas. Actuar requiere ofrecer un cuidado seguro sin perder la dignidad, el consentimiento informado y la empatía. Registrar permite dejar constancia del proceso asistencial y de las decisiones compartidas con la mujer y su familia.

En términos de seguridad, el principal riesgo en humanización es la normalización de signos anormales. La fatiga del personal, la saturación del área, la comunicación incompleta y la ausencia de checklists favorecen retrasos. Por ello, la respuesta segura debe usar mensajes breves, confirmación de indicaciones, asignación explícita de tareas y reevaluación frecuente. Un equipo entrenado no espera que una sola persona resuelva todo; distribuye funciones entre quien valora, quien canaliza o prepara insumos, quien informa a referencia, quien registra y quien acompaña a la paciente y a su familia. Esta organización disminuye duplicidades, evita omisiones y protege al equipo ante escenarios de alta presión.

Desde el punto de vista docente, este tema puede trabajarse mediante casos simulados de complejidad progresiva. Primero se presenta una situación inicial breve: gestante con síntoma de alarma, signos vitales incompletos y antecedentes parciales. Luego se pide al grupo que identifique datos faltantes, jerarquice riesgos y determine la primera acción. Después se agrega nueva



información para obligar a reevaluar. Esta metodología enseña que la emergencia obstétrica no se resuelve con una respuesta única, sino con seguimiento continuo. El docente debe valorar no solo la respuesta final, sino la calidad del razonamiento, la claridad de la comunicación y la capacidad de reconocer límites institucionales.

Protocolo pedagógico mínimo para este apartado: identificar el problema principal, confirmar signos vitales, valorar estado materno y fetal según disponibilidad, activar apoyo, iniciar medidas de estabilización dentro de la competencia del servicio, comunicar el caso con estructura SBAR —situación, antecedentes, valoración y recomendación—, registrar tiempos y decisiones, e informar a la paciente con lenguaje claro. En una guía de medicina, este esquema debe repetirse para que el lector forme hábitos. La repetición estructurada no empobrece el texto; al contrario, ayuda a que el estudiante reconozca un patrón común de actuación ante problemas diferentes.

Caso formativo sugerido: una gestante acude con un síntoma inespecífico y ansiedad familiar. Al ingreso, el personal identifica un dato clínico que puede representar deterioro. El grupo debe decidir si se trata de una urgencia, qué información falta, qué acción no puede retrasarse y qué elemento del registro será indispensable para evaluar la calidad de la atención. Las preguntas de cierre son: ¿qué signo cambió la prioridad?, ¿qué error de comunicación pudo ocurrir?, ¿qué recurso debía estar preparado?, ¿qué criterio obliga a referencia?, ¿cómo se explicaría la situación a la paciente sin generar abandono ni



alarma innecesaria? Este ejercicio transforma el contenido en aprendizaje situado.

Puntos clave: humanización exige pensamiento clínico rápido, trabajo en equipo y registro verificable. La prioridad inicial es proteger la vida materna, sin descuidar la evaluación fetal cuando corresponde. La seguridad depende de protocolos claros, pero también de la capacidad de reconocer que un protocolo debe adaptarse al contexto sin perder sus pasos críticos. La formación médica debe promover una cultura donde pedir ayuda temprano sea una conducta profesional, no una señal de debilidad. En toda emergencia obstétrica, el tiempo es un recurso clínico y pedagógico: cada minuto debe tener propósito.



CONCLUSIÓN FINAL DEL LIBRO

Las emergencias obstétricas representan un campo de alta responsabilidad clínica y educativa. A lo largo del libro se ha sostenido que la seguridad materna depende de la capacidad del personal de salud para reconocer tempranamente el riesgo, activar una respuesta organizada, aplicar protocolos basados en evidencia, comunicar con claridad y registrar cada decisión. En este sentido, la atención de calidad no surge únicamente del conocimiento individual, sino de la coordinación del equipo y de una cultura institucional orientada a prevenir daños.

El recorrido por los cuatro capítulos permite comprender que la hemorragia, la hipertensión severa, la eclampsia, la sepsis, las emergencias fetales y las complicaciones del parto comparten una exigencia común: actuar a tiempo. La demora en valorar, decidir, tratar, referir o registrar puede transformar una situación controlable en un desenlace grave. Por ello, el modelo PEAR propuesto en esta obra ofrece una ruta sencilla para la enseñanza y la práctica: preparar recursos y roles, evaluar de forma integral, actuar con medidas simultáneas y registrar para aprender.

Como guía pedagógica de medicina, este libro invita a trabajar cada tema mediante lectura crítica, discusión de casos, simulación clínica, listas de verificación y análisis posterior. El objetivo no es formar respuestas automáticas sin juicio, sino profesionales capaces de adaptar los protocolos a contextos reales sin abandonar los pasos esenciales de seguridad. La humanización ocupa un lugar central, porque la mujer gestante no



debe ser tratada como un caso clínico aislado, sino como una persona con derechos, temores, historia familiar y necesidad de acompañamiento.

Finalmente, se reafirma que la mejora continua en obstetricia exige actualizar protocolos, medir indicadores, analizar eventos adversos, cuidar al personal de salud y fortalecer la educación de la paciente y su familia. Una maternidad segura requiere evidencia, experiencia y compromiso. Cada emergencia atendida con orden, respeto y oportunidad es una posibilidad de proteger dos vidas y de fortalecer la confianza social en los servicios de salud.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alliance for Innovation on Maternal Health. (2024).

Patient safety bundles: Obstetric hemorrhage, severe hypertension in pregnancy and sepsis in obstetric care. AIM. <https://saferbirth.org/>

Brito Ojeda, M., Colmenares Díaz, J., & Sué Cisneros, G. (2025). Hemorragia posparto: Asociación con el uso de sulfato de magnesio. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(2), 163-171. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322025000200163&script=sci_arttext

Castellanos Martillo, R. O., Menéndez Jurado, B. de J., Luján Johnson, G. L., & Velasco Chere, M. Á. (2025). Risk factors in obstetric emergencies and the impact on reduction of maternal mortality in Ecuador. *Aula Virtual*, 6(13). https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2665-03982025000102007&script=sci_abstract&tlng=en

Colmenares, B. J., Vargas, N. Y., & Alvarado, A. (2025). Morbilidad materna extrema en pacientes ingresadas a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas, Estado Carabobo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(3),



369-380.

https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322025000300369&script=sci_arttext

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandraharan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157(S1), 3-50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>

Lara, M. (2025). Edad materna avanzada: Factor de riesgo para morbilidad materna y resultado perinatal adverso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(4), 531-539. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322025000400531

Lozada, A., Ortiz, L., & Torres, J. (2025). Estrés laboral en médicos residentes de ginecología y obstetricia. *Revista Digital de Postgrado*, 14(2). https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S2244-761X2025000200205&script=sci_arttext

Manigrasso, J., et al. (2024). Maternal sepsis: Background, diagnosis and management. *BJA Education*, 24(12), 410-418.



<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11602658/>

Rosso, E., Mendoza, J., Urbina, R., & González-Blanco, M. (2025). Preeclampsia grave-eclampsia: Protocolo de estudio ecográfico multisistémico en el puerperio inmediato. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(3), 323-330. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322025000300323&script=sci_arttext

Sandó Mistage, C., Terrizzi Maiullari, A., Milano Camacho, A., Villegas Márquez, C., Martínez, B., & González Blanco, M. (2025). Predicción de preeclampsia en el primer trimestre del embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(2), 137-151. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322025000200137

Sarmiento Piña, M., & Reyna-Villasmil, E. (2025). Diagnóstico ecográfico de protuberancia coriónica. Reporte de caso. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*, 85(4), 694-698. https://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322025000400694&script=sci_arttext

World Health Organization. (2015). WHO recommendations for prevention and treatment



of maternal peripartum infections. World Health Organization.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549363>

World Health Organization. (2023). WHO recommendations on the assessment of postpartum blood loss and use of a treatment bundle for postpartum haemorrhage. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/b/70901>

World Health Organization. (2025). Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Acompañamiento durante la atención: presencia, apoyo emocional e información continua brindada a la gestante y su familia durante la atención obstétrica.

Activación del código obstétrico: procedimiento institucional que convoca de manera inmediata al equipo de salud ante una emergencia materna o fetal.

Atención multidisciplinaria: intervención coordinada de obstetricia, enfermería, anestesia, neonatología, laboratorio, banco de sangre y otros servicios según la gravedad del caso.

Atención obstétrica segura: conjunto de acciones clínicas y organizativas destinadas a prevenir daños y proteger la vida de la madre y del recién nacido.

Atonía uterina: incapacidad del útero para contraerse adecuadamente después del parto; es una causa frecuente de hemorragia posparto.



Auditoría clínica: revisión sistemática de casos, registros y resultados para identificar errores, mejorar procesos y fortalecer la calidad asistencial.

Balance hídrico: control de ingresos y egresos de líquidos en la paciente, útil para valorar perfusión, función renal y respuesta al tratamiento.

Bienestar fetal: condición clínica del feto evaluada mediante movimientos fetales, frecuencia cardíaca fetal, monitoreo y otros signos indirectos.

Calidad asistencial: grado en que la atención de salud es segura, oportuna, efectiva, humana, organizada y basada en evidencia.

Capacidad resolutive: posibilidad real de un servicio de salud para diagnosticar, estabilizar, tratar o referir oportunamente una emergencia.

Cesárea urgente: intervención quirúrgica indicada cuando la condición materna o fetal exige finalizar el embarazo con rapidez.



Código obstétrico: sistema de alerta y respuesta inmediata ante emergencias obstétricas que requieren coordinación del equipo de salud.

Comunicación efectiva: intercambio claro, breve, verificable y oportuno de información entre profesionales, paciente y familia.

Consentimiento informado: proceso mediante el cual la paciente recibe información comprensible sobre procedimientos, riesgos, beneficios y alternativas antes de autorizar una intervención.

Control del foco infeccioso: identificación y tratamiento del origen de una infección, especialmente relevante en sepsis obstétrica.

Convulsión eclámpsica: episodio convulsivo asociado a eclampsia que requiere manejo inmediato para proteger la vida materna y fetal.

Decisión obstétrica: conducta clínica tomada según la condición materna, fetal, edad gestacional, gravedad y capacidad resolutive del servicio.



Derivación o referencia oportuna: traslado coordinado de la paciente a un establecimiento con mayor capacidad de atención cuando el caso lo requiere.

Diuresis: volumen de orina eliminado; permite valorar perfusión renal, hidratación y gravedad en emergencias como preeclampsia, shock o sepsis.

Distocia: dificultad o alteración del progreso normal del parto, que puede comprometer la seguridad materno-fetal.

Eclampsia: complicación grave del embarazo caracterizada por convulsiones en una paciente con preeclampsia u otro trastorno hipertensivo.

Edad gestacional: tiempo transcurrido desde el inicio del embarazo, expresado en semanas; orienta decisiones clínicas y obstétricas.

Emergencia fetal: situación en la que el feto presenta riesgo agudo y requiere valoración e intervención rápida.



Emergencia obstétrica: complicación grave durante embarazo, parto o puerperio que puede poner en riesgo la vida de la madre, el feto o el recién nacido.

Escalamiento terapéutico: paso progresivo de medidas iniciales a intervenciones más complejas cuando la paciente no responde al manejo básico.

Estabilización materna: acciones iniciales para asegurar vía aérea, respiración, circulación, control de signos vitales y manejo de la causa de la emergencia.

Evento adverso: daño o complicación relacionada con el proceso de atención, no necesariamente con la enfermedad de base.

Hemoderivados: componentes sanguíneos utilizados en casos de hemorragia grave o alteraciones de coagulación.

Hemorragia obstétrica: pérdida sanguínea durante embarazo, parto o puerperio que puede



comprometer la estabilidad hemodinámica de la paciente.

Hemorragia posparto: sangrado excesivo posterior al nacimiento, asociado con causas como atonía uterina, retención placentaria, trauma o coagulopatía.

Hipertensión severa: elevación grave de la presión arterial, usualmente considerada de alto riesgo cuando alcanza o supera 160/110 mmHg en el embarazo.

Humanización de la atención: enfoque que promueve trato digno, respeto, comunicación clara, privacidad, acompañamiento y participación de la paciente.

Lista de verificación: herramienta estructurada que ayuda a confirmar pasos críticos antes, durante o después de la atención.

Manejo etiológico: tratamiento dirigido a la causa específica de la emergencia, no solo a sus síntomas.



Manejo inmediato: conjunto de acciones urgentes que se inician desde la identificación del signo de alarma.

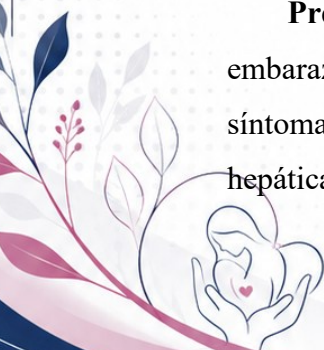
Mejora continua: proceso permanente de revisión, aprendizaje y ajuste de la atención para elevar la calidad y seguridad del servicio.

Modelo PEAR: estrategia pedagógica basada en preparar, evaluar, actuar y registrar para enseñar la respuesta ante emergencias obstétricas.

Monitoreo fetal: vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal y otros parámetros para identificar signos de bienestar o compromiso fetal.

Morbilidad materna extrema: complicación grave en la que la mujer sobrevive a una condición potencialmente mortal durante embarazo, parto o puerperio.

Preeclampsia: trastorno hipertensivo del embarazo que puede asociarse con daño orgánico, síntomas neurológicos, alteraciones renales, hepáticas o compromiso fetal.



Procedimientos obstétricos seguros: intervenciones realizadas con identificación correcta, consentimiento, técnica adecuada, bioseguridad y registro clínico.

Prolapso de cordón umbilical: emergencia en la que el cordón desciende antes o junto con la presentación fetal, con riesgo de compresión y sufrimiento fetal.

Protocolo clínico: guía organizada de actuación que orienta el diagnóstico, tratamiento, referencia y seguimiento de una condición específica.

Registro clínico: documentación escrita o digital de hallazgos, decisiones, tiempos, responsables, tratamientos y evolución de la paciente.

Retroalimentación del servicio: análisis posterior de la atención brindada para identificar aciertos, errores y oportunidades de mejora.



Ruptura uterina: desgarro de la pared uterina durante el embarazo o el parto; constituye una urgencia obstétrica grave.

Sepsis obstétrica: respuesta sistémica grave a una infección durante embarazo, parto o puerperio, con riesgo de shock y falla orgánica.

Shock: estado de insuficiente perfusión tisular que puede aparecer por hemorragia, infección u otras causas críticas.

Signos de alarma: manifestaciones clínicas que advierten riesgo de deterioro, como sangrado abundante, fiebre, convulsiones, hipertensión severa o dolor intenso.

Sufrimiento fetal agudo: condición de compromiso fetal que puede reflejar hipoxia y exige evaluación e intervención inmediata.

Toma de decisiones seguras: proceso clínico basado en información suficiente, protocolos, juicio profesional, comunicación y registro oportuno.



Trazabilidad clínica: capacidad de reconstruir lo ocurrido durante la atención mediante registros claros de tiempos, acciones, responsables y resultados.



EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

— Y SEGURIDAD MATERNA —

PROTOCOLOS PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD

Esta obra ofrece una guía práctica y actualizada para la identificación y manejo de las principales emergencias obstétricas, basada en evidencia científica y protocolos clínicos. Su propósito es fortalecer las competencias del personal de salud mediante un enfoque integral que prioriza la seguridad materna, la calidad asistencial y la humanización del cuidado.

En este libro encontrará:



Protocolos clínicos claros y actualizados para actuar con rapidez y seguridad.



Enfoque multidisciplinario y trabajo en equipo en situaciones críticas.



Estrategias para la prevención de riesgos y la mejora continua de la atención obstétrica.



Humanización del cuidado para proteger la vida y el bienestar de la madre y su bebé.



RESPUESTA INMEDIATA

Actuar a tiempo salva vidas.



SEGURIDAD MATERNA

Protocolos que garantizan una atención segura.



ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

Trabajo en equipo para mejores resultados.



EVIDENCIA Y CALIDAD

Basado en guías clínicas y mejores prácticas.

