

# MANUAL DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DIFERENCIADA A LAS ADOLESCENTES PARA DOCENTES Y ESTUDIANTES DE GRADO Y POSTGRADO

FCM-UNAH Y MÉDICOS DEL MUNDO



En el marco del Proyecto:

**“Fortalecimiento de las capacidades técnicas y materiales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH de Honduras para una adecuada sensibilización y formación en salud sexual y reproductiva”**, implementado por Médicos del Mundo y gracias al financiamiento de la Xunta de Galicia y la Cooperación Galega.

Se realiza la readaptación del presente manual, con la colaboración del siguiente Comité Técnico Científico:

• **Equipo Médicos del Mundo**

Msc Ana Ruth Gutiérrez  
Dr. Darlan Alvarado.  
Dra. Virna Rivas.  
Dra. Pavlova Polanco Alvarenga.

• **Facultad de Ciencias Médicas UNAH-Laboratorio de Simulación Clínica**

Msc. Guillermo Flores.

• **Departamento de Ginecología y Obstetricia de la FCM-UNAH**

Dr. Jose Luis Arita.

• **Secretaria de Salud de Honduras**

Lic. Rosa Marlen Flores.



## ÍNDICE

Presentación .....	1
Alcance del Manual .....	2
Metodología del Manual .....	2
Introducción .....	3
Antecedentes .....	5
Justificación .....	6
Objetivos .....	7
Tratados Internacionales y Soporte jurídico .....	8
Tratos Internacionales .....	9
Capítulo 1: Salud Sexual.....	10
Metodología	
Generalidades.	
Derechos sexuales.	
Esferas de intervención.	
Educación Integral en Sexualidad.	
Fábrica de Reflexión.	
Referencias.	
Capítulo 2: Salud Reproductiva.....	18
Metodología	
Generalidades.	
Derechos reproductivos.	
Asistencia prenatal, durante y puerperal.	
Consejería Anticonceptivos y prevención de infecciones de transmisión sexual.	
Fábrica de Reflexión.	
Referencias.	
Capítulo 3: Atención prenatal en la adolescencia .....	25
Metodología	
Generalidades.	
Características del abordaje integral.	
Consejería ante la sospecha de embarazo.	
Atención prenatal.	
Fábrica de Reflexión.	
Referencias.	

Capítulo 4: Atención a adolescentes sobrevivientes de abuso sexual .....	34
Metodología	
Generalidades.	
Marco jurídico.	
Principios para la atención médica.	
Exploración física.	
Fábrica de Reflexión	
Referencias	
Capítulo 5: Parto humanizado.....	44
Metodología	
Historia	
Desarrollo del modelo de parto humanizado en Honduras.	
Marco legal y nacional.	
Recomendaciones.	
Fábrica de Reflexión	
Referencias.	
Capítulo 6: Simulación clínica aplicada al parto humanizado .....	59
Metodología	
Generalidades.	
Ventajas de la simulación.	
Niveles de la simulación.	
Terminología.	
Simulación de parto y nacimiento humanizados.	
Fábrica de Reflexión	
Referencias.	



Dotación de material y equipo para la Sala de Simulación Clínica de Parto Humanizado en el Laboratorio de Simulación Clínica de la FCM-UNAH, 03de marzo de 2022.

## PRESENTACIÓN

El interés y propósito del presente manual, contar con un instrumento que permita atender las necesidades de las y los estudiantes de la carreras de medicina y enfermería en materia de salud sexual y reproductiva diferenciada a las adolescentes y prevención de cualquier tipo de violencia y sus implicaciones en maternidades forzadas; como parte del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades técnicas y materiales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH de Honduras para una adecuada sensibilización y formación en salud sexual y reproductiva” implementado por Médicos del Mundo y la FCM UNAH, financiado por la Xunta de Galicia y Cooperación Galega.

El presente manual contempla los siguientes temas a desarrollar:

- Salud sexual y reproductiva diferenciada a adolescentes.
- Violencia sexual en adolescentes.
- Parto Humanizado.
- Simulación clínica.

## ALCANCE DEL MANUAL

Este documento servirá para sintetizar los diferentes aspectos de Salud Sexual y Reproductiva, como también incentivar la investigación y creación nacional y local. Presenta una apreciación del estado del conocimiento y las fuentes de información en cada uno de los sectores involucrados en el desarrollo regional.

Se realizó una búsqueda muy sensible de estudios primarios publicados en diferentes Organizaciones Internacionales y Revistas Médicas en el buscador de Google Académico hasta la fecha de 1 de Marzo 2022: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Biblioteca Virtual en Salud de Honduras, Secretaria de Salud de Honduras, Organización Panamericana de Salud, Universidad Complutense de Madrid – España, ARS Médica Revista médica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Revista Altamirano-Droguett y la Revista Academic Medicine. Se examinaron los textos completos de dicho listado y se seleccionaron definitivamente los estudios que cumplían los criterios de inclusión de la revisión.

## INTRODUCCIÓN

La Secretaría de Salud (SESAL), como ente Rector del sector salud, en cumplimiento a los lineamientos estratégicos para restituir el derecho a la salud del pueblo hondureño con seguridad y calidad, ha impulsado una serie de acciones para mejorar el acceso de los servicios de salud a la población adolescente del país. Entre estas acciones se encuentra el fortalecimiento del marco normativo de la Secretaría de Salud, capacitaciones y así mejorar las competencias del personal de salud para la atención integral y biopsicosocial a las y los adolescentes, brindar consejería, promover estilos de vida saludables y sin riesgos, desarrollar habilidades en las adolescentes en conjunto con su familia y la comunidad.

Las Políticas de Salud han definido como prioritarios para su atención aquellos grupos vulnerables de la población, como las adolescentes. Y es en este contexto que se vuelve imprescindible reconocer, que ellas son sujetas de derecho y actrices protagónicas de su propio desarrollo, teniendo el derecho de recibir una atención de calidad, con eficiencia y experticia. Por lo que la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) tiene como misión responder a estas demandas formando personal capaz, que proporcione seguridad y atención médica con calidad, con enfoque los derechos humanos. Ello implicará eliminar barreras socioculturales que impiden el acceso a los servicios de salud, para garantizar el desarrollo integral de las adolescentes hondureñas.

Es en el proceso de formación profesional que debemos educar a personal médico y de enfermería, con enfoque en la salud familiar y comunitaria con promoción de la salud preventiva, con base en la equidad de derechos humanos y género. Siendo la educación en salud sexual y reproductiva uno de los tópicos a intervenir desde la universidad, intervención fundamental en el fomento de la responsabilidad social para que hombres, mujeres, las y los adolescentes asuman una vida reproductiva sana, libre de riesgo y una sexualidad responsable y que debe impartirse desde la niñez hasta la ancianidad mediante procesos de educación tanto a nivel formal en los centros educativos y de suma relevancia las aulas universitarias, incluyendo los espacios de educación popular dirigidos a la población en general.

El y la nuevo(a) profesional egresado(a) de nuestras aulas de clase deberán saber que en la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, apareciendo con ello, las conductas de riesgo que comprometen aún más su salud y desarrollo, lo que muchas veces se traduce en nuevos problemas de salud pública como ser alcoholismo, suicidio, violencia juvenil y doméstica, abuso y explotación sexual, ITS (enfermedades de transmisión sexual) VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), aborto inseguro, embarazo a edad temprana, siendo este último un riesgo de muerte materna y un factor que puede limitar sus oportunidades de educación y empleo con efectos negativos a largo plazo sobre la calidad de la vida de ellas mismas y de sus hijos.

El machismo/patriarcado predominante en la sociedad contribuye a la resolución violenta de los conflictos y a la violencia de género. Debemos tomar en cuenta, que en su mayoría estas maternidades forzadas en las adolescentes, son producto de violencia sexual. El alto nivel de

violencia ejercida contra las niñas y las adolescentes hace indispensable la consolidación de un sistema nacional y protocolos de atención a sobrevivientes de violencia sexual que sean de conocimiento de las y los futuros profesionales de la salud. Abordando éste problema desde las aulas universitarias contribuirá a que niños, niñas, adolescentes y sus familias cuenten con competencias para la prevención de la violencia y la protección frente a ella.

Por lo tanto tomando en cuenta estas características y las necesidades en salud sexual y reproductiva en este grupo poblacional, se elaboró el siguiente manual de “Capacitación en Salud Sexual y Reproductiva para Personal en formación en la FCM UNAH”, como herramienta para la implementación de procesos educativos, dotación de conocimientos para contribuir al desarrollo integral de las y los adolescentes, favorecer cambios de comportamiento y la adopción de estilos de vida saludables y sin riesgo, para mejorar el acceso a la información en derechos sexuales y reproductivos.

Este Manual se pondrá a la disposición de otras instituciones educativas, al personal de salud y cualquier otra institución estatal y no estatal que desee fortalecer el trabajo formativo en la atención con las y los adolescentes en esta temática a nivel local y nacional.

## ANTECEDENTES

Según el Instituto Nacional de Estadística, hasta el año 2022 Honduras cuenta con una población total de 9.546.178 de personas. El 51% son mujeres y el 49% son hombres; el 43% son menores de 18 años y el 52% se encuentran en un rango entre 18 a 64 años. Por tanto, cuenta mayormente con una población femenina joven.

En cuanto al contexto nacional según datos de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) durante el año 2020 Honduras presentó la tasa más alta de femicidios por cada 100.000 habitantes (4.7) en la región. La tolerancia social e institucional, la impunidad y la dificultad para acceder a servicios de salud y acceso a la justicia oportunos y de calidad, entre otros factores, contribuyen a que la violencia en contra de las mujeres se perpetúe.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 11% de las mujeres y adolescentes mayores de 15 años en América Latina y el Caribe han sufrido violencia sexual ejercida por terceros al menos una vez en su vida (desde los 15 años), lo que equivale al doble del promedio mundial (CEPAL 2021). Honduras tiene la segunda tasa más alta de embarazos en adolescentes entre los países de América Latina, y en zonas rurales la tasa de esos embarazos alcanza el 30%, y no se descarta que sean resultado de delitos de violencia sexual e incesto (noticias ONU, 2021).

Los datos más recientes de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDESA/MICS, 2019) relacionados a la maternidad temprana, indican que la tasa de fecundidad de las adolescentes en edad 10 a 14 años es de 4 de media (3 en área urbana y 5 en área rural); entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 97, se eleva a 115 en el área rural y disminuye a 77 en el área urbana. De las mujeres de 15 a 19 años, el 23 % ha tenido un hijo nacido vivo o están embarazadas de su primer hijo, demostrando que a pesar de que existen Estrategias de Prevención de Embarazo en Adolescentes, estas no se implementan de forma eficaz. Asimismo, Honduras sigue mostrando altos índices de mortalidad materno infantil debido al escaso acceso de los servicios de salud y al desconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Por estas razones realizar el siguiente manual representa el compromiso de las instituciones involucradas para que las y los profesionales que egresan de las carreras de medicina y enfermería de la FCM de la UNAH, cuenten con una adecuada sensibilización y los conocimientos actualizados para brindar a las adolescentes una atención diferenciada con calidad y calidez, libre de discriminación y estigma, vinculado a su condición y sobre todo, con fundamentos que contribuyan a asistir a las víctimas y sobrevivientes de violencia sexual con embarazos tempranos forzados.

## JUSTIFICACIÓN

El interés en el siguiente manual, parte de la necesidad de fomentar actitudes sanas y saludables en salud sexual y reproductiva a las adolescentes, haciendo mayor hincapié en la atención diferenciada libre de violencia. Dicha necesidad fue reflejada en el “Diagnostico de necesidades en materia de formación para la implementación del parto humanizado en adolescentes con embarazo temprano forzado” como parte inicial de este proyecto.

Las adolescentes en estas etapas, no sólo experimenta cambios morfológicos y fisiológicos, también experimentan cambios en la esfera psicológica y se evidencia el despertar de la sexualidad, término más amplio que el de sexo e implica conocimientos biológicos, psicológicos, conductuales, clínicos y culturales de las relaciones entre los seres humanos; reconociendo que los individuos tienen sentimientos, actitudes y convicciones en materia sexual, pero cada cual experimenta la sexualidad de forma distinta, al estar directamente relacionada con las propia experiencia personal, así como el contexto social.

La salud sexual y reproductiva en la adolescencia es un componente de gran trascendencia en la vida de las personas, pues las primeras experiencias sexuales en la mayoría de los casos han acontecido, sin información y orientación, dando como resultado embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA, complicaciones que son evidentemente prevenibles con estrategias de información, educación y comunicación mediante el acceso a servicios de salud de calidad.

Se debe apoyar a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes proporcionándoles acceso a una educación sexual integral; servicios de salud para prevenir, diagnosticar y brindar tratamiento oportuno. También significa capacitar a los jóvenes para que conozcan y ejerzan sus derechos, incluyendo el derecho a poder casarse a una edad propicia por su propia voluntad, a detectar y rechazar cualquier tipo de violencia, es por esta razón que Médicos del Mundo y la Facultad de Ciencias Médicas UNAH como un compromiso con la salud de la población hondureña realiza el siguiente manual dirigido a personal de salud en formación, incluyendo al pregrado y posgrado del área de Ginecología y Obstetricia de las carreras de Medicina y Enfermería; siendo éste manual, un complemento para el desarrollo de procesos formativos en salud sexual y reproductiva enfatizado a parto humanizado, en el marco del proyecto “Fortalecimiento de las capacidades técnicas y materiales de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH de Honduras para una adecuada sensibilización y formación en salud sexual y reproductiva” financiado por la Xunta de Galicia y la Cooperación Galega.

## OBJETIVOS

### GENERAL

Fortalecer las capacidades de las y los estudiantes de las carreras de medicina y enfermería para un adecuado abordaje en salud sexual y reproductiva de calidad, segura y eficaz, con enfoque género, derechos humanos e inclusión.

### ESPECÍFICOS

- 1** Fortalecer los conocimientos y competencias de las y los estudiantes de medicina y enfermería en temas de salud sexual y reproductiva en la adolescente, a través de reflexiones y análisis crítico, con enfoque en género y derechos humanos.
- 2** Fomentar en los estudiantes de medicina y enfermería que la adolescente necesita un abordaje diferenciado y una atención en salud sin riesgo, con derechos, sin prejuicio, con autonomía.
- 3** Desarrollar conocimientos en parto humanizado, a través de la sala de simulación clínica de la FCM de la UNAH y de esta manera ayudar a eliminar cualquier forma de violencia y discriminación.
- 4** Analizar el impacto y repercusiones de la violencia sexual en las maternidades forzadas y las adolescentes con embarazo temprano forzado.
- 5** Proveer al estudiantado de salud, conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos para generar servicios integrales, diferenciados e inclusivos a las adolescentes, que tomen en cuenta la planificación familiar.
- 6** Atención de la adolescente embarazada, parto y puerperio desde el enfoque de humanismo y respeto.

## TRATADOS INTERNACIONALES Y SOPORTE JURÍDICO NACIONAL

1. En Honduras, la Secretaría de Salud, emitió en 1999 la primera Política Nacional de SSR y actualizada en el 2016, la cual pretendió en su momento convertirse en el marco conceptual, estratégico y operativo para la implementación de salud sexual y reproductiva de la institución rectora de la salud en el país.
2. El Código de Salud, en su artículo # 1 establece que “La Salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento protección, recuperación y rehabilitación.”
3. Honduras suscribió en 1994 la Convención de Belém Do Pará para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y cuenta desde el año 1998 con la Ley contra la violencia doméstica, en su versión original, la Ley tenía debilidades en sus procedimientos, que impedían una correcta aplicación, o dejaban a las sobrevivientes desprotegidas ante futuros hechos de parte de los responsables de ejercer la violencia.
4. La Ley Especial de VIH/SIDA de 1999 y sus reformas en el 2015
5. el Plan Nacional de Salud al 2021 del año 2005
6. La Ley Marco de la Juventud y la Política Nacional de la Juventud de 2010
7. El Segundo Plan de Igualdad y Equidad de Género de Honduras PIEGH- de 2010
8. Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes-ENAPREAH de 2012
9. La Política Nacional sobre VIH y Sida en el mundo del trabajo 2013
10. El Plan Multisectorial de Embarazo en Adolescentes de 2015
11. El Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH y Sida-Pensida IV-2015-2019

## TRATOS INTERNACIONALES

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976).
3. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976).
4. Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981).
5. Convención sobre los Derechos del Niño (1990).
6. Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993).
7. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Programa de Acción de El Cairo (1994).
8. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995).
9. Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), 1996 organización voluntaria que trabaja por la planificación familiar.
10. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Para”.
11. Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (firmados en el Año 2000, por 189 países).
12. Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA Nueva York (2001).
13. Los Objetivos de desarrollo del Milenio (2000).
14. Segundo Manifiesto por la Convención de los Derechos Sexuales y Reproductivos Octubre (2006).
17. Seguimiento de los objetivos de desarrollo del milenio (2015).
18. Objetivos de Desarrollo Sostenible.

The background features a large, stylized shape on the left side, colored in shades of pink and magenta. This shape has a wavy, organic form. To the right, there is a large, light blue shape that also has a wavy, organic form. Scattered throughout the white background are various gender symbols: a blue male symbol (a circle with an arrow), a white female symbol (a circle with a cross), a purple female symbol, a yellow female symbol with an asterisk, and a light blue male symbol. There are also several small, circular clusters of dots in various colors (pink, blue, yellow) scattered across the page.

# CAPÍTULO 1 SALUD SEXUAL

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 2 horas.

- **PROPÓSITO:** Profundizar conocimiento sobre salud sexual con un enfoque de género y derechos humanos para así poder brindar una atención integral a las adolescentes con embarazo temprano forzado.

- **OBJETIVOS:**

Brindar herramientas teórico y audiovisuales al personal docentes y estudiantil de grado y postgrado de las carreras medicina y enfermería en salud sexual.

Fortalecer las capacidades del personal docente y estudiantil en salud sexual y educación sexual integral.

Incrementar el conocimiento de la población adolescente en el acceso a la información y a la salud garantizando los derechos sexuales y reproductivos.

- **MATERIALES DE APOYO:**

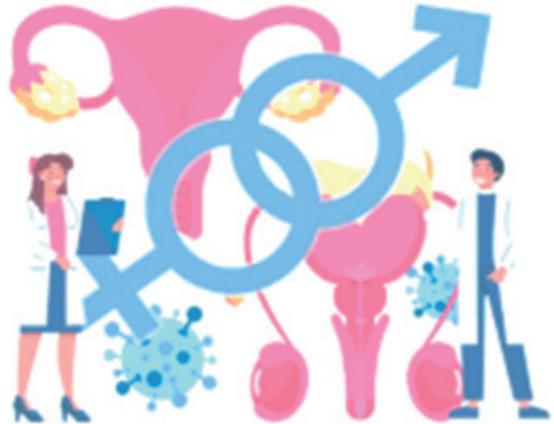
Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312341>

Orientaciones técnicas internacionales sobre la educación integral en sexualidad. Un enfoque con base en la evidencia. UNESCO. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Honduras. <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/politica-nacional-salud-sexual-y-reproductiva>

## GENERALIDADES

Cuando en 1994 se adoptaron los conceptos de “Salud Sexual y Salud Reproductiva” en el marco de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo, se arribaba a un punto de inflexión histórico que desplazó al debate circunscrito al entorno de la fecundidad y su deliberada o involuntaria regulación, bajo un contexto de legalidad de los derechos humanos, aquí se sentaron las bases para el reconocimiento de un consenso internacional respecto a la urgente necesidad de atender las problemáticas específicas que enfrenta la población adolescente, particularmente, la prevención del embarazo forzado y la maternidad en edades tempranas y que todas las personas puedan disfrutar de igualdad de oportunidades, del derecho a la salud y decidir acerca de la cantidad, el espaciamiento y el momento de tener sus hijos. Que todos los embarazos sean deseados, todos los partos seguros, todos los jóvenes libres de VIH, y todas las niñas y mujeres sean tratadas con dignidad y respeto.



Esta concepción de la salud sexual contempla que las adolescentes puedan elegir métodos anticonceptivos modernos, seguros, eficaces, asequibles y aceptables; que las personas puedan tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan tener un seguimiento durante su embarazo y que ofrezcan a las personas la oportunidad de tener un hijo o una hija saludable dentro de un marco de respeto y humanístico. Por tanto, un acercamiento positivo a la sexualidad y a la reproducción debería reconocer el papel desempeñado por las relaciones sexuales placenteras, la confianza y la comunicación en la promoción de la autoestima y el bienestar general.

# DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

## DERECHOS SEXUALES

-  Derecho a **fortalecer la autonomía y la autoestima** en el ejercicio de la sexualidad.
-  Derecho a **explorar y a disfrutar de una vida sexual placentera**.
-  Derecho a **elegir las parejas sexuales**.
-  Derecho a **vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia**.
-  Derecho a tener **relaciones sexuales consensuadas**.
-  Derecho a **decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual**.
-  Derecho a **decidir sobre la unión con otras personas**.
-  Derecho a **vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género**.
-  Derecho a **la protección y prevención de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados**.
-  Derecho a **recibir información y al acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad, sin ningún tipo de discriminación**.

## DERECHOS REPRODUCTIVOS

-  Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia.
-  Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijas o hijos.
-  Derecho a decidir sobre el número de hijas o hijos que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro.
-  Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar.
-  Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo.
-  Derecho a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida.
-  Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
-  Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura.
-  Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva.

## 1. Esferas de intervención en materia de salud sexual (OMS):

A continuación, se exponen las esferas de intervención en materia de salud sexual propuestas por la OMS, estas intervenciones se pueden efectuar en un entorno de atención sanitaria dentro del sistema de salud (por ejemplo, la asistencia al parto y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual) o en otros entornos, como la educación, la justicia, la economía y la asistencia social, entre otros

- **Educación e información integrales:** La educación, promoción, justicia y asistencia social, la información integral implican facilitar información precisa, adecuada a cada edad y actualizada sobre los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la sexualidad y la reproducción, así como sobre la salud sexual y reproductiva y la falta de salud. La información precisa puede llenar lagunas de conocimiento, aclarar conceptos erróneos y mejorar la comprensión general, así como fomentar aptitudes para apoyar el empoderamiento, valores y actitudes positivos y comportamientos saludables.
- **Prevención de la violencia de género y apoyo y atención a sus víctimas:** La violencia de género puede adoptar muchas formas, tanto físicas y sexuales como emocionales. Con anterioridad, este término se refería a la violencia ejercida por los hombres contra las mujeres, las adolescentes y niñas, pero, recientemente, se ha empezado a utilizar para aludir a la violencia por motivos de la identidad de género o la orientación sexual. Las intervenciones del sector salud frente a la violencia de género incluyen las siguientes: la detección temprana mediante la entrevista clínica; el apoyo y la respuesta de primera línea; el tratamiento y la atención a las víctimas de violencia o de agresiones sexuales ejercidas por la pareja (como la anticoncepción de emergencia, el tratamiento en caso de sospecha de ITS, la profilaxis posterior a la exposición al VIH y la atención de salud mental).
- **Prevención y control del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual:** Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causadas por patógenos, como bacterias y virus, que pueden transmitirse a través del contacto sexual (oral, anal, vaginal) y de otros mecanismos, como la transmisión materno infantil o los vectores. También las intervenciones se incluyen también las infecciones del aparato reproductor, como la vaginitis bacteriana y la candidiasis, que pueden estar relacionadas con la actividad sexual, aunque no se transmitan por esa vía.
- **Función sexual y orientación psicosexual:** La función sexual es producto de una compleja interacción entre varios factores fisiológicos, psicológicos, físicos e interpersonales. El funcionamiento sexual deficiente y las disfunciones sexuales son síndromes que comprenden las distintas formas por las que las personas encuentran dificultades para que la actividad sexual resulte satisfactoria.

## 2. Educación integral en sexualidad

La educación integral en sexualidad es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en un currículo, sobre los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Aspira

a proveer a la niñez y a las personas jóvenes con los conocimientos, habilidades, actitudes, que los empoderen para: hacer de su salud, bienestar y dignidad una realidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones pueden afectar su propio bienestar y el de otras personas; y, comprender y asegurar la protección de sus derechos a lo largo de sus vidas (Referencia: La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO; Organización de las Naciones Unidas sobre VIH-SIDA ONUSIDA; Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA; Organización de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer ONUMUJERES; Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF y la Organización Mundial de la Salud OMS (2018).

### **De esta forma la educación sexual integral debe:**

- Utilizar como base la ciencia y el pensamiento crítico.
- Tener como fundamento los derechos humanos universales, y como parte de éstos los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Centrarse en una perspectiva de igualdad y equidad de género.
- Reconocer las diversidades.
- Situarse en un encuadre de curso de vida, reconociendo la autonomía progresiva de los individuos.
- Convalidar una visión enriquecedora y positiva de la sexualidad.
- Impulsar la construcción de ciudadanía sexual.
- Promover una cultura de la promoción de la salud, la prevención y del cuidado de la salud sexual y reproductiva.

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

**Identifica qué derechos se está siendo violado y que alternativas propone de intervención en caso que esta persona se acerque a atención medica integral y consejería.**

**Caso 1.** Carlos es un joven de 15 años, hace 3 años mantiene relaciones estables con Josué, su padre se entera de la orientación sexual de su hijo amenazándolo con sacarlo de la familia si continua con esas malas costumbres, por lo que le obliga a casarse con María una joven vecina del barrio.

**Caso 2.** Carla es una joven de 16 años, hace 6 meses que esta de novia de Ricardo un muchacho de 24 años de la iglesia, Ricardo en la cita de aniversario le dice que la ama y le insinúa que quiere tener relaciones sexuales, Carla le dice ella no ha tenido nunca relaciones sexuales y que le da miedo. Ricardo le dice que todos los novios que se aman lo hacen y que él siempre ha tenido relaciones sexuales con sus novias anteriores y que no es bueno no tener experiencia, además que, si realmente lo ama, no tiene que tener miedo.

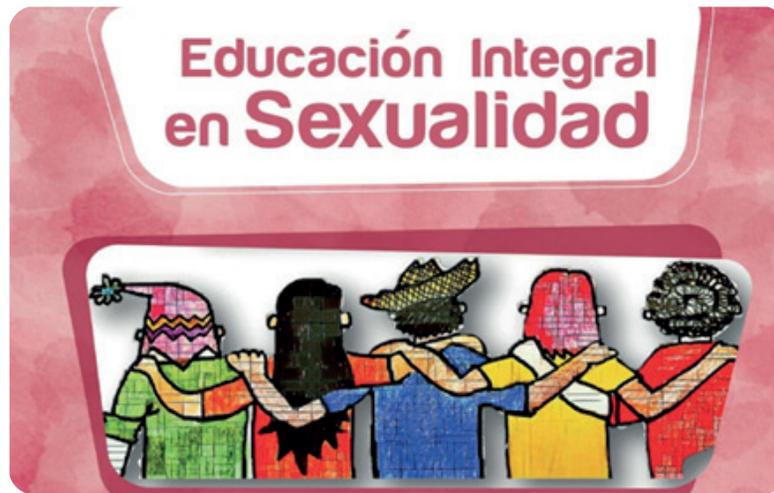
**Caso 3.** Alejandra y Pedro están en sexto grado, la maestra y el médico del centro de salud de la comunidad les hablan sobre los cambios que los cuerpos de hombres y mujeres tienen a lo largo de sus vidas, cuando llegan a casa se lo cuentan a sus padres quienes se enojan y ponen el grito en el cielo, van a la escuela a exigir que no les hablen de esas cosas a sus hijos/as porque es ponerle malas ideas en la cabeza de niños inocentes.

## RECURSOS AUDIOVISUALES

Ser joven: la educación integral en la sexualidad  
<https://www.youtube.com/watch?v=k3QfxGfRaUE>

Dos casos de ÉXITO de la educación sexual integral | PorSiaca #8M  
<https://www.youtube.com/watch?v=8IWNy-ct2dc>

Derechos sexuales y reproductivos, salud y género  
[https://www.youtube.com/watch?v=L\\_3oEtIUjE4](https://www.youtube.com/watch?v=L_3oEtIUjE4)



### Referencias:

1. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes OMS 2019 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Orientaciones técnicas internacionales sobre la educación integral en sexualidad. Un enfoque con base en la evidencia.” París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2018. Orientaciones Técnicas Internacionales. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
3. Orientaciones técnicas internacionales sobre la educación integral en sexualidad. Un enfoque con base en la evidencia.” París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 2018. Orientaciones Técnicas Internacionales. Disponible en la web <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
4. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo OMS 2018 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spapdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe UNFPA, OPS/OMS. 2018 <https://nicaragua.unfpa.org/es/publications/acelerar-el-progreso-hacia-la-reduccion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-am%C3%A9rica-0>



**CAPÍTULO 2**  
**S A L U D**  
**REPRODUCTIVA**

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 3 horas.

- **PROPÓSITO:** Profundizar conocimiento sobre salud reproductiva abarcado con un enfoque de género y derechos humanos para así poder brindar una atención integral a las adolescentes y evitar el embarazo temprano forzado en la adolescencia.

- **OBJETIVOS:**

Brindar herramientas teórico y audiovisuales al personal docentes y estudiantil de grado y postgrado de las carreras medicina y enfermería en salud y derechos reproductivos.

Fortalecer las capacidades del personal docente y estudiantil en salud reproductiva y las estrategias a implementar para la reducción del embarazo adolescente.

- **MATERIALES DE APOYO:**

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312341>

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Honduras. <https://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/politica-nacional-salud-sexual-y-reproductiva>

Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. 3.ed. actualizada, 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>

## GENERALIDADES

La salud reproductiva hace referencia a la capacidad de disfrutar de una vida sexual en el ejercicio de la procreación, de manera satisfactoria y sin riesgos, con la libertad decidir responsablemente el número de hijos/as a tener, decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Este derecho incluye protección especial a la maternidad y la paternidad, acceso a servicios de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos y que den a las personas las máximas oportunidades de tener hijos sanos, y la oferta de programas para la atención integral de las necesidades de salud reproductiva, incluida la anticoncepción de emergencia.

Por lo tanto, la atención en salud reproductiva se define como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva.

### Derechos Reproductivos

- Derecho a tener información y medios adecuados para poder ejercer la toma de decisiones.
- Derecho a adoptar decisiones libres y responsablemente sobre tener o no tener hijo/as, el número y el espaciamiento entre los nacimientos.
- Derecho a la información clara, comprensible y completa sobre métodos anticonceptivos y el acceso a ellos.
- Derecho a la confidencialidad de la información en la atención en salud sexual y reproductiva.
- Derecho a acceder al más alto nivel de salud reproductiva en los servicios de salud.
- Derecho al control prenatal, parto y puerperio humanizado y respetado.
- Derecho al consentimiento informado.

La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de anticoncepción; educación y servicios de atención prenatal, partos limpios y seguros, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, las infecciones del aparato reproductor, las infecciones de transmisión sexual y el VIH.

## **Asistencia prenatal, durante el parto y puerperal**

Dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva es recomendable el desarrollo de estrategias educativas, el fortalecimiento de la atención en grupos y la inclusión de la red de apoyo de las adolescentes en la atención, con el fin de favorecer una experiencia positiva durante el cuidado prenatal cuando el proceso de volverse madre acontece durante la adolescencia.

El embarazo, el parto y el puerperio son momentos críticos para la supervivencia de la madre y del recién nacido. La atención prenatal, durante el parto y puerperal de calidad es fundamental para reducir los resultados adversos del embarazo y el parto con la detección precisa de los factores de riesgo.

Se da la oportunidad durante estos periodos prestar las siguientes intervenciones: la promoción y educación general de hábitos y nutrición saludables; la detección de riesgos y la prevención y el tratamiento de las afecciones preexistentes o relacionadas con el embarazo; el manejo del parto humanizado y respetado; la prestación de atención respetuosa y digna y la comunicación eficaz entre las mujeres y los/las profesionales de salud; la atención y el apoyo a las víctimas de violencia de género durante y después del embarazo; la anticoncepción posparto; el diagnóstico y el tratamiento de las ITS; y la atención a la salud mental. Evitar la violencia obstétrica y el intervencionismo.

## **Orientación y suministro de métodos anticonceptivos**

La anticoncepción es la prevención voluntaria del embarazo por medios naturales o artificiales. Para ello, se pueden utilizar diversos métodos, productos y servicios anticonceptivos modernos, que deben ser accesibles, aceptables, disponibles y asequibles, que deben ser provistos, sin que medie coacción, por personal capacitado en lugares que cumplan con las normas de calidad de la atención. La anticoncepción es una de las intervenciones sanitarias más costo eficaz, ya que evita los embarazos no deseados y los abortos (así como las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo), reduce la mortalidad materna y neonatal y mejora la salud de los recién nacidos y de la niñez en general. Además, al evitar los embarazos no deseados a través de la anticoncepción se crean oportunidades educativas para las niñas y, de ese modo, se contribuye a mejorar su situación socioeconómica y su bienestar general

## MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS GENERALIDADES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Como proveedor de salud usted debe considerar lo siguiente:

- La edad por sí misma no constituye una contraindicación médica para otorgar métodos a la población adolescente.
- Las y los adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura, siempre que tengan la información correcta de su utilización y consejería adecuada para elegir de acuerdo al idioma y al contexto sociocultural. Siempre enfatizando en las enfermedades de transmisión sexual.
- Los factores socio culturales y de comportamiento constituyen aspectos importantes a considerar en la elección de un método.
- La dudas en relación a algunos métodos deben ser comparados contra las ventajas de evitar un embarazo, una infección de transmisión sexual incluyendo el VIH.
- Utilizar los criterios médicos de elegibilidad para los anticonceptivos, específicos para adolescentes.
- La elección del método debe ser libre, informada e individual.
- Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de las/los adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud.
- Se ha demostrado que las adolescentes, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de abandono. La elección del método también puede estar influenciada por los siguientes factores: o relaciones sexuales esporádicas o la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos.
- Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer no son adecuados para los adolescentes ya que exigen alta motivación de la pareja, relaciones estables y programadas, y requiere para su utilización ciclos regulares que no se dan con frecuencia a esta edad.

## ENTREVISTA

Es importante previo a la elección del método anticonceptivo realizar una entrevista que puede ayudar a decidir para cada caso concreto, para lo cual se recomienda tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- El conocimiento acerca de métodos anticonceptivos y el grado de motivación.
- Edad y paridad
- Actividad sexual: es importante conocer el número de compañeros sexuales, ya que ante una situación donde exista un riesgo de infección de transmisión sexual, se debe usar doble método, siendo uno el condón.
- Percepción individual de riesgos: se debe dejar espacio para aclarar dudas, explicar posibles efectos secundarios y saber sobre la ideología cultural.
- Enfermedad acompañante: algunas enfermedades pueden contraindicar un método (ej. Trombofilia) o beneficiar (ej. Hipermenorrea).
- Antecedentes familiares.
- Conductas de riesgo: adicciones, grado de exposición a ITS.

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

**Identifica qué derechos se está siendo violado y que alternativas propone de intervención en caso que esta persona se acerque a atención medica integral y consejería.**

**Caso 1.** En el barrio El Chile, la próxima semana se realizará una feria de Salud Sexual y Reproductiva, brindando la oportunidad a las mujeres mayores de 18 años de colocarse de manera gratuita anticonceptivos de larga duración. Una adolescente de 16 años le pregunta al profesional de salud que, si ella puede colocárselo también, a lo que el profesional de salud le dice que ella está muy "chiquita" para tener relaciones sexuales y que, si a pesar de eso se lo coloca, necesitará llevar autorización de los padres o traer a la madre con ella, para evitar repercusiones legales.

**Caso 2.** Doris una mujer con síndrome de Down de 18 años está embarazada por cuarta vez, el profesional de salud le habla de la importancia de la esterilización después de la cesárea, en cada consulta se lo recuerda. Doris le explica que ella está muy joven para esterilizarse. Llega el día de la cesárea y el médico decide que lo mejor para la salud de Doris es realizarle la ligadura de trompas sin su consentimiento, ya que ha tenido muchos embarazos y complicaciones para su corta edad y su condición de discapacidad.



## RECURSOS AUDIOVISUALES

Los derechos reproductivos después del caso Artavia Murillo

<https://www.youtube.com/watch?v=p8GF-d-57Sw>

Mi Sexualidad, Mi Derecho - Personas con discapacidad

<https://www.youtube.com/watch?v=LVxdFyLbcl0>

Derechos Reproductivos para un mejor futuro

<https://www.youtube.com/watch?v=HVf3oqAWhxE>

### Referencia:

1. Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes OMS 2019

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

The background features a large, stylized graphic of a woman's silhouette in shades of pink and purple on the left, and a man's silhouette in shades of blue and teal on the right. Scattered throughout are various gender symbols: a blue male symbol (♂), a white female symbol (♀), a purple female symbol with a cross, a yellow female symbol with an asterisk, and a light blue male symbol. There are also small clusters of dots in pink, blue, and yellow.

# **CAPÍTULO 3**

## **ATENCIÓN PRENATAL EN LAS ADOLESCENTES**

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 2 horas.

- **PROPÓSITO:** Brindar al personal docente y estudiantil de las carreras de enfermería y medicina información científica sobre la importancia de la oportuna atención prenatal en las adolescentes.

- **OBJETIVOS:** Orientar y fortalecer el trabajo en equipo interdisciplinario de salud, para la atención integral de las adolescentes embarazadas.

Fomentar y promover el desarrollo del vínculo madre e hijo, a través de acciones de carácter educativo-participativo en aspectos de maternidad en la adolescencia.

Ofrecer lineamientos básicos relativos a la atención integral en embarazo adolescentes, libre de estigma, discriminación y violencia.

- **MATERIALES DE APOYO:**

Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>

Protocolos para la Atención Durante la Preconcepción, el Embarazo, el Parto, el Puerperio y del Neonato

<http://www.bvs.hn/php/level.php?lang=es&component=39&item=30>

## GENERALIDADES

La atención integral del embarazo en la adolescencia comprende el abordaje de la situación a nivel individual, familiar y comunitario en los diferentes momentos: gestación, parto, y después del parto y desde las diferentes dimensiones involucradas en la situación del embarazo: psicológica, social, física y legal.

El embarazo de alto riesgo, es «aquél en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario». Una adolescente embarazada enfrenta serios retos para su propio desarrollo biológico y psico afectivo, con impacto en los ámbitos familiar y social. Se generan daños a la salud, con secuelas para ella y su descendencia, reportándose trastornos nutricionales maternos, infecciones genitourinarias, prematurez, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

La atención del embarazo en la adolescencia desde los servicios de salud, comprende acciones específicas de detección y captación temprana de las adolescentes embarazadas para brindarles una atención prenatal en forma sistemática y según las normas institucionales. Esto significa ofrecerle una adecuada atención al parto, una captación temprana posparto y acompañamiento posterior al nacimiento, todo ello basado en una valoración integral de la adolescente y su familia en los diferentes momentos de la atención, al igual que en el trabajo conjunto con otras instituciones que facilite el abordaje integral de las necesidades de esta población.

### Características de la intervención o del abordaje integral

Para que podamos hablar de una atención integral del embarazo, la maternidad y la paternidad adolescente, deben estar presentes las siguientes características en la atención:

**A) Intersectorialidad:** La atención integral a las adolescentes embarazadas y madres debe basarse en la sinergia de los esfuerzos de diferentes instancias sociales. Las adolescentes embarazadas y madres, junto con su pareja y familia, tendrán necesidades específicas de salud, educación, vivienda y trabajo que requerirán trascender la mera sumatoria de esfuerzos institucionales para establecer un trabajo conjunto que permita abordar una situación tan compleja. El Sector salud deberá jugar un papel de liderazgo y articulación de las diferentes iniciativas en los niveles locales.

**B) Interdisciplinariedad:** La atención integral a la adolescente embarazada y madre, su pareja y su familia, solo es posible si parte del esfuerzo complementario y coherente de diferentes disciplinas en salud. Por ello el trabajo en equipos interdisciplinarios es fundamental y debe concretarse en espacios de discusión de casos y formación permanente. En la atención, las

diferentes disciplinas deben partir de la situación concreta de cada adolescente y, con base en las necesidades detectadas, definir las intervenciones integrando las diferentes perspectivas disciplinarias. No se debe abordar a la adolescente aislada, sino en su contexto familiar y comunitario, lo que implica intervenciones diferenciadas según se trate de un abordaje individual, familiar o grupal.

**C) Enfoque de riesgo:** Para establecer una atención integral de esta población, se debe partir de que el embarazo en la adolescencia no es en sí mismo un problema, más bien el problema reside en las condiciones en que dicho embarazo acontece. Es necesario contextualizar y reconocer la diversidad de circunstancias en que se produce la maternidad temprana para poder priorizar las acciones y ofrecer una atención conforme a las necesidades particulares de cada adolescente.

**D) Calidad técnica y humana:** Esta calidad abarca desde la adecuada competencia técnica de los prestatarios de servicios, hasta la intervención humana caracterizada por cierto nivel de sensibilidad ante las necesidades propias de las niñas y adolescentes embarazadas y madres, así como una actitud contraria a la estigmatización y devaluación de éstas. Esto requiere de un personal de salud sensible y capacitado que esté en constante revisión de sus tareas y vigilante de la calidad de la atención. La atención integral debe caracterizarse por ser un acto consciente y desde una actitud crítica y transformadora por parte de quienes la ejecutan.

**E) Enfoque de género:** Se parte del reconocimiento que existen diferencias socio-históricas entre los sexos biológicos que responden a valores social y culturalmente aprendidos y atribuidos a lo masculino y a lo femenino (género), al ser hombre y al ser mujer. Reconoce además que estas diferencias, se han convertido y constituido en desigualdades y en obstáculos para que los hombres y las mujeres adolescentes puedan relacionarse en forma abierta e igualitaria; ya que ha ubicado mayor valor a lo masculino sobre lo que es considerado como femenino, con detrimento, denigrando y violentando lo femenino. El enfoque de género busca promover la ruptura de aquellos patrones socio-culturales y subjetivos que sostienen dichas inequidades y generar espacios que faciliten la construcción de identidades femeninas y masculinas cuyo sentido esencial sea la autorrealización y la construcción de equidad de género.

### **Consejería ante sospecha de embarazo**

La consejería debe realizarse previa a la solicitud de prueba de embarazo. El objetivo es acompañar a la adolescente para que conozca las responsabilidades y consecuencias de relaciones sexuales sin preservativo, siendo el embarazo una posibilidad. Todas estas acciones se realizan para poder brindar un empoderamiento en la adolescente, para la toma de decisiones en su sexualidad, su probable embarazo y su cuidado.

### **Atención Prenatal:**

Corresponde al embarazo e incluye: control y evolución del embarazo, detección de factores de riesgo, detección y tratamiento precoz de patologías obstétricas y/o médicas, referencias a niveles de control y tratamiento según riesgo, información y educación sobre el embarazo, parto, lactancia, maternidad/ paternidad adolescente, empoderamiento para la toma de decisiones sobre el futuro del hijo, capacidades personales, no sólo reproductivas, sino creativas y productivas, reinserción en el sistema educativo o salud de ambos sexos.



## Tomar en cuenta lo siguiente

- Muchas adolescentes reciben pocos cuidados prenatales o atención prenatal más tardía que las adultas, vinculado a que retrasan el diagnóstico del embarazo.
- Las adolescentes captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo a sus necesidades no tienen mayor riesgo que las adultas de igual raza, igual medio sociocultural y económico e iguales factores de riesgo.
- Las menores de 15 años presentan mayor morbilidad y mortalidad.
- Muchas adolescentes carecen de apoyo familiar o de la pareja en el embarazo, y esto representa una sobrecarga emocional, psicosocial y física: y necesita el apoyo especializado de equipo de salud sensibilizado con sus necesidades.

## Actividades del control prenatal

- Anamnesis: antecedentes personales y familiares, educación, estado civil, socioeconómico, factores emocionales, abuso sexual, uso de tabaco, alcohol, drogas, vacunación previa (antitetánica), consumo de alimentos, actividad laboral
- Detección de riesgo: Obstétricos y/o médicos y referencias. Psicológicos, sociales, económicos, legales. Orientación y educación: parto y lactancia paternidad/maternidad, adopción, anticoncepción
- Examen físico: estado nutricional, presión arterial, examen obstétrico (altura uterina, localización y tamaño fetal, edad gestacional, vitalidad fetal), examen pélvico (desproporción cefalopélvica, canal del parto, lesiones cuello uterino)
- Acciones: Valorar estado nutricional y suplementación. Apoyo servicio social y legal (abandono, prostitución, disfunción familiar, abuso sexual y físico). Consulta con salud mental.
- Laboratorio: hemograma, estudio para sífilis, anticuerpo anti-toxoplasmosis, anticuerpo anti-citomegalovirus, prueba de chagas, VIH, (con consejería previa) hepatitis B, grupo sanguíneo, glicemia, título anticuerpos rubéola, orina, urocultivo, exudado vaginal, PAP.
- Frecuencia del control: necesitan más controles, Las recomendaciones de 2016 agregan tres visitas al tercer trimestre para un total de cinco contactos
- Visitas adicionales: Si se cumplió con la quinta cita de atención prenatal y aún no ha ocurrido el parto, se debe continuar las visitas cada semana hasta llegar a la semana 41 y después de esto se debe manejar en un establecimiento hospitalario como embarazo en vías de prolongación

- Indicadores de riesgo de complicaciones en el embarazo
- Edad menor de 15 años y/o con menos de un año desde la primera menstruación (menarquia). Desconocimiento de la fecha de su última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- Pobreza (necesidades básicas insatisfechas).
- Embarazo no deseado o negado.
- Ausencia de compañero o sin amparo familiar.
- Padres separados o ausentes.
- Tentativa o intención de aborto.
- Abuso sexual o violación.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Nutrición inadecuada.
- Dificultad de acceso a los servicios de salud.
- Acceso tardío al control prenatal.
- Adolescente con diagnóstico de VIH positivo.
- También Puede consultar las siguientes fuentes

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

**Lee los casos clínicos e identifica como podrías mejorar la atención diferenciada para adolescentes.**

**Caso 1.** En la Emergencia del Hospital Enrique Aguilar Cerrato en la Esperanza Intibucá, llega Karen, una adolescente de 17 años con su madre. El Profesional de Salud le pide la Identidad y el carnet prenatal, la adolescente con su mirada en el piso le entrega la partida de nacimiento dobladita y un poco amarilla. La emergencia está saturada de pacientes y todos se encuentran cansados, el profesional se desespera y le vuelve a pedir el carnet prenatal, Karen le dice que no lo tiene. El profesional de salud le pregunta enojado, si fue al centro de salud

para chequeos en su embarazo, Karen le dice que no con la cabeza. El profesional de Salud se enoja y la comienza a regañar y le dice que es irresponsable y que “ojalá ese bebé le salga sano”, Karen comienza a llorar.

**Caso 2.** Paola de 15 años y Leonel de 17 años, van a su centro de salud a su tercer control prenatal. En la anamnesis todo se encuentra bien, ambos padres a pesar de las dificultades, están emocionados de su bebé. La doctora le realiza un ultrasonido y detecta una malformación congénita al bebé, la doctora solicita que dos colegas más entren a la evaluación y confirmen la sospecha diagnóstica, Paola y Leonel comienzan a preocuparse por el silencio de los doctores, Leonel les grita ¿Le pasa algo al bebé?  
¿Cómo le dices esta noticia?

## RECURSOS AUDIOVISUALES

Spot Atención Prenatal - Criando con Amor

<https://www.youtube.com/watch?v=2mEYwU2YAjA>

Hablemos de: Embarazo en la Adolescencia. Atención médica

<https://www.youtube.com/watch?v=94W04S-ay9A>

Proyecto Salvando Vidas en tiempo de COVID19

<https://www.youtube.com/watch?v=zRhpC8Okd7M>

¿Sabes cuál es el costo del embarazo en la adolescencia en Guatemala?

<https://www.youtube.com/watch?v=5TjKTIZhgIQ>

### Referencias:

1. Protocolos de atención durante la preconcepción, el embarazo, parto puerperio, y del neonato. Honduras 2016. PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN DURANTE LA PRECONCEPCIÓN, EL EMBARAZO, EL PARTO, EL PUERPERIO Y DEL NEONATO. (bvs.hn)
2. Protocolos de atención preconcepcional en Honduras. Honduras 2016. [www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCIÓN.PRECONCEPCIÓN.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN1.ATENCIÓN.AMBULATORIA.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/PROTOCOLOS.ATENCIÓN.PRECONCEPCIÓN.EMBARAZO.PARTO.PUERPERIO.NEONATO/VOLUMEN1.ATENCIÓN.AMBULATORIA.pdf)
3. Protocolo de atención la menor de 15 años embarazada, El Salvad.UNFPAr 2014. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-embarazada-menor-15.pdf>
4. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. 9789275320334esp.pdf (ops-oms.org) <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49550>

#PARTO RESPETADO COVID-19 

## ¡TUS CONTROLES PRENATALES SON MUY IMPORTANTES!



ES FUNDAMENTAL QUE CONTINÚES CON LAS CONSULTAS PRENATALES Y LOS ESTUDIOS QUE TE SOLICITEN. LUEGO DEL NACIMIENTO TAMBIÉN ES IMPORTANTE QUE CONCURRAS AL CONTROL TUYO Y DE TU BEBE.



SEMANA MUNDIAL DEL PARTO RESPETADO.

unicef   
para cada niño



OPS 





**CAPÍTULO 4**  
**ATENCIÓN**  
**A ADOLESCENTES**  
**SOBREVIVIENTES**  
**DE ABUSO SEXUAL**

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 2 horas.

- **PROPÓSITO:** Proporcionar al personal docente y estudiantil de las carreras de medicina y enfermería los criterios básicos e indispensables para el abordaje integral de las sobrevivientes de violencia sexual que garanticen una atención con calidad y el restablecimiento de los derechos humanos.

- **OBJETIVOS:** Ofrecer a al personal docente y estudiantil una guía para brindar una atención interdisciplinaria, oportuna, integral y de calidad a las adolescentes sobrevivientes de violencia sexual y evitar el re victimización

Articular guías y reglamentos existentes a nivel internacional relacionados con el tratamiento adecuado y acciones de protección para garantizar la integralidad de la atención.

Conocer las rutas intersectoriales, articulando el sector salud con protección y justicia para garantizar la restitución de derechos de las víctimas.

- **MATERIALES DE APOYO:**

Violencia Sexual en Latinoamérica y El Caribe: Análisis de datos secundarios.

<https://oig.cepal.org/es/documentos/violencia-sexual-latinoamerica-caribe-analisis-datos-secundarios#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,mediante%20coacci%C3%B3n%20por%20otra%20persona%2C>

## GENERALIDADES

El abuso sexual, que abarca la agresión sexual o la violación, de niñas y adolescentes es un grave problema de salud pública en todo el mundo y una violación de los derechos humanos que tiene muchas consecuencias para la salud a corto y a largo plazo. Las consecuencias físicas, sexuales, para la salud reproductiva y la salud mental de ese abuso son de amplio alcance y deben abordarse. Los datos recabados en diferentes entornos indican que los niñas y adolescentes están representados desproporcionadamente entre los casos de abuso sexual que se llevan a la atención de los prestadores de atención de salud.

El abuso sexual, incluida la agresión o violación sexual, de niñas y adolescentes, es un grave problema de salud pública en todo el mundo y una violación de los derechos humanos que tiene numerosas consecuencias para la salud tanto a corto como a largo plazo.



Las formas de violencia que inciden contra de las niñas y adolescentes son muy variadas, provienen de contextos diversos y en muchas ocasiones, no se ven reflejadas en las estadísticas. La realidad de la violencia sexual contra niños y niñas es compleja y dinámica, motivos por los cuales tiende a quedar en la privacidad de los contextos en los que se desarrolla. Este tipo de realidades y problemáticas se retroalimentan dada la carencia de mecanismos sociales y gubernamentales que velen por la protección de la infancia y desarrollen las medidas de prevención y combate necesarias para erradicarlos.

Estos datos ponen de manifiesto que hay necesidad de: a) trabajar con las comunidades para mejorar la búsqueda de atención oportuna por las personas sobrevivientes del abuso y sus cuidadores; b) concientizar a los y las prestadores(as) de atención de salud acerca del abuso sexual infantil, sus consecuencias para la salud y cómo reconocerlo; c) mejorar la respuesta por los prestadores de atención de salud hacia las niñas y adolescentes que solicitan los servicios; y d) mejorar la coordinación y las derivaciones oportunas entre los servicios de salud y otros servicios o autoridades donde se identifican o adonde se trasladan las niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual.

### Marco Jurídico

Gracias a la incidencia de muchas mujeres alrededor del mundo se logró integrar los Derechos de las mujeres al marco internacional de los Derechos Humanos. El derecho a una vida sin violencia ha sido fundamental y ha acaparado de forma transversal la atención de varios instrumentos, convenciones y conferencias realizadas en este marco. Se ha avanzado mucho

desde la Primera Conferencia Mundial Sobre la Mujer celebrada en México en 1975, no solo identificando los efectos de la violencia contra las mujeres en los distintos ámbitos de la vida sino esbozando muchas estrategias de acción para lograr erradicarla.

Uno de los instrumentos internacionales más importantes y que ha marcado las metas a alcanzar en la lucha contra la violencia hacia las mujeres es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), esta convención fue aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1979. En Honduras, las convenciones de este tipo tienen carácter supranacional, lo que implica que se deben cumplir por encima de todas las leyes que nos rigen.

Es por eso que esta convención es un instrumento vital y recomendamos buscarla, conocerla y estudiarla.

En la CEDAW se definen varios conceptos importantes en la lucha contra la violencia hacia las mujeres.

- Obligaciones de los Estados en materia de prevención y atención a la violencia: el artículo 7 de la CEDAW se establece que los Estados “por todos los medios apropiados y sin dilaciones, deben implementar políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”

A continuación, se describe la normativa internacional en derechos humanos más relevante para afrontar la violencia sexual y la trata en contra las niñas y adolescentes, ya suscrita por el Estado de Honduras:

- Convenio 138 de la OIT sobre Edad Mínima de admisión al Empleo (1973).
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1981).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Convenio 182 de la OIT sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil (1999).
- Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional (2000).
- Protocolo Facultativo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, especialmente mujeres y niños y niñas (2000).
- Protocolo Facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la Venta, Utilización de niños para la prostitución y la pornografía (2002).

A nivel nacional, Honduras ha desarrollado legislación nacional que desarrolla algunos principios y procedimientos nacionales de regulación y protección en esta materia:

- Constitución de la República de Honduras
- Código de la Niñez y la Adolescencia
- Código de la Familia
- Código Penal
- Código de Procesamientos Penales
- Ley del Ministerio Público
- Ley del Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia
- Ley de Policía y Convivencia Social
- Ley contra la Trata de Personas
- Lineamientos Nacionales para el Fortalecimiento de la Coordinación Interinstitucional para combatir la Trata de Personas en Honduras.
- Protocolo de repatriación de niños y niñas víctimas o posibles víctimas de la trata.

## **PRINCIPIOS ORIENTADORES AL MOMENTO DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Atención a la niña o adolescente mediante la promoción y la protección de su seguridad, la prestación de atención sensible a las necesidades, además de la protección y la promoción de la privacidad y la confidencialidad.

Abordar las capacidades de evolución de la niña o adolescente, al suministrarles información que sea apropiada para su edad; buscar el consentimiento informado según corresponda; respetar su autonomía y sus deseos; y ofrecer opciones en el curso de la atención médica, según corresponda.

Observar la no discriminación en la prestación de servicios de salud, independientemente de sexo, origen étnico, religión, orientación sexual, identidad de género, discapacidad o estado socioeconómico.

Garantizar la participación de la niña o adolescente en las decisiones que tengan consecuencias

para su vida, al solicitar sus opiniones y tenerlas en cuenta, además de incluirlos en el diseño y la prestación de los servicios médicos.

Las personas prestadoras de atención de salud deben prestar apoyo de primera línea que sea sensible a las cuestiones de género y esté centrado en la niña o adolescente, en respuesta a una revelación de abuso sexual. Esto comprende:

- Escuchar con respeto y empatía la información que suministra la niña o adolescente;
- Indagar acerca de las preocupaciones o inquietudes y las necesidades de la niña o adolescente, además de responder a todas sus preguntas;
- Dar una respuesta que no emita juicios y que muestre aceptación;
- Adoptar medidas para mejorar su seguridad y reducir al mínimo los daños, en especial los resultantes de la revelación y, si existe la probabilidad de que continúe el abuso, esto incluye asegurar la privacidad visual y auditiva, cuando sea posible;
- Dar apoyo emocional y práctico al facilitar el acceso a los servicios psicosociales;
- Suministrar información adecuada para la edad acerca de lo que se hará para darles la atención que necesitan, incluso si su revelación del abuso tendrá que comunicarse a las autoridades pertinentes designadas;
- Asistirlos de manera oportuna y de conformidad con sus necesidades y deseos;
- Asignar prioridad a las necesidades médicas y al apoyo de primera línea inmediatos;
- Hacer que el entorno y la manera en que se prestan los servicios sean apropiados para la edad, así como sensibles a las necesidades de quienes afrontan discriminación resultante, por ejemplo, de la discapacidad o la orientación sexual;
- Reducir al mínimo la necesidad de que la niña o adolescente tenga que acudir a varios lugares distintos para recibir atención dentro del mismo establecimiento de salud;
- Empoderar a los cuidadores no abusivos con información que les permita comprender los posibles síntomas y comportamientos que la niña o adolescente podría mostrar en los próximos días o meses y saber cuándo deben solicitar ayuda adicional.

### **Exploración física**

Al hacer exploraciones físicas y, si fuese necesario, investigaciones forenses, los prestadores de atención de salud deben procurar reducir al mínimo otros daños, el trauma, el temor y la angustia, además de respetar la autonomía y los deseos de la niña o adolescente.

### **Esto incluye:**

- Aumentar al máximo los esfuerzos para que se les haga solamente una exploración física.
- Suministrar información acerca de las consecuencias de un resultado positivo o negativo; Reducir al mínimo los retrasos mientras se hace la exploración física, de conformidad con los deseos de la niña o adolescente; y antes de cada paso, explicar lo que se hará.
- Cuando sea posible, ofrecerle a la niña o adolescente la posibilidad de elegir el género de la persona que realizará la exploración.
- En la exploración física un responsable adulto de confianza de la adolescente deberá estar presente.
- Utilizar apoyos visuales y términos adecuados para la edad cuando se explican los procedimientos de la exploración física.
- Utilizar instrumentos de examen y posiciones que reduzcan al mínimo el malestar físico y la angustia psicológica.
- Asegurarse de que la recolección de evidencia forense esté basada en el relato del abuso y en el tipo de evidencia que puede recogerse, almacenarse y analizarse; y no efectuar pruebas para determinar la virginidad (prueba de dos dedos o examen vaginal), ya que esto aumenta la angustia y no muestra si el abuso tuvo lugar o no.

Los prestadores de atención de salud deben documentar de manera completa y exacta los resultados de la anamnesis, la exploración física y las pruebas forenses, así como otra información pertinente para el seguimiento apropiado y el apoyo a las personas sobrevivientes cuando buscan acceso a los servicios legales y de policía, al tiempo que se protege la confidencialidad y se reducen al mínimo las dificultades para la niñez o adolescente y sus cuidadores.

### **Esto incluye:**

- Utilizar un formato estructurado para registrar los resultados;
- Registrar declaraciones literales para que la documentación sea exacta y completa; y anotar las discrepancias entre el relato de la niña o adolescente y el de los y las cuidadores, si las hubiera, sin interpretarlas;
- Registrar una descripción detallada y exacta de los síntomas y las lesiones; y en los casos en que no se encuentre evidencia física, señalar que la ausencia de la evidencia física no significa que el abuso no ocurrió.

- Documentar el estado emocional de la niña/o o adolescente, pero observar que ningún estado particular es indicativo de abuso sexual.

## **TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POSEXPOSICIÓN AL VIH Y ADHESIÓN AL MISMO**

La profilaxis posexposición al VIH (PEP por su sigla en inglés) debe ofrecerse, según corresponda, a los niños y adolescentes que hayan sido objeto de violación que incluya penetración oral, vaginal o anal con un pene y que acudan a los servicios dentro de las 72 horas que siguen al incidente.

Debe entregarse una receta que cubra 28 días de los medicamentos antirretrovirales (ARV) para la profilaxis posexposición al VIH, después de la evaluación inicial del riesgo.

Se prefiere un esquema de tratamiento triple (es decir, con tres medicamentos) con antirretrovirales, pero un esquema de dos medicamentos también es eficaz.

## **PREVENCIÓN Y MANEJO DEL EMBARAZO EN NIÑAS QUE HAN SUFRIDO ABUSO SEXUAL**

Según los lineamientos de la OPS se debe ofrecer anticoncepción de urgencia a las niñas que han sido violadas, con penetración vaginal del pene y que acudan a los servicios dentro de las 120 horas (5 días) siguientes al incidente.

Hasta la fecha de elaboración de este manual (junio 2022) el uso, venta, comercialización y promoción de la Pastilla Anticonceptiva de Emergencia (PAE) está prohibido en Honduras.

## **TRATAMIENTO PROFILÁCTICO POSEXPOSICIÓN PARA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CURABLES Y PREVENIBLES MEDIANTE LA VACUNACIÓN**

Se sugiere el tratamiento de sospecha (o profiláctico) para gonorrea, clamidiosis y sífilis en niñas y adolescentes que hayan sido objeto de abuso sexual, lo que comprende el contacto oral, genital o anal con un pene, o el sexo oral, en particular en entornos donde las pruebas de laboratorio no sean factibles

En la niñez y adolescente que hayan sido objeto de abuso sexual y que presenten síntomas clínicos, se recomienda el manejo sintomático del caso para el exudado vaginal/uretral (gonorrea, clamidiasis, tricomoniasis) y para las úlceras genitales (virus del herpes simple, sífilis y chancro blando), en particular en los entornos donde las pruebas de laboratorio no son factibles.

## Médicos sin Fronteras-Tegucigalpa

- **Atención integral (médico, psicológico y de trabajo social):** Centro de salud Alonso Suazo. Atención de lunes a viernes en un horario de 7 am a 4 pm.  
Teléfono: +504 9469-9959
- **Atención psicológica:** Hospital Escuela Universitario (HEU).  
Atención de lunes a viernes, de 7 am a 4 pm  
Teléfono +504 9454-0539
- **Centro Integrado Los Dolores (CID).**  
Atención de lunes a viernes, de 7 am a 4 pm  
Teléfono +504 9967-3402
- **SERVICIO PRIORITARIO: RESPUESTA A LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA**  
Brindamos atención médica, psicológica y social para sobrevivientes de violencia, incluyendo las personas sobrevivientes de violencia sexual.  
Teléfono: +504 9854-0260

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

Lee los casos clínicos y analiza ¿Cuál sería el manejo integral?

**Caso 1.** Joven de 26 años quién refiere haber sido violada por 3 hombres hace 76 horas. Refiere penetración con pene por vagina, ano y boca. Adicional presenta múltiples traumas en brazos y piernas.

**Caso 2.** Mujer de 13 años refiere haber sido raptada mientras caminaba rumbo a la escuela. La llevaron a una zona apartada donde mediante amenazas con un cuchillo la obligaron a practicar sexo oral, con eyaculación en boca. Evento hace 70 horas.

## RECURSOS AUDIOVISUALES

Querido papa - ( Dear dad ) - Duro cortometraje contra la violencia de género en español – Noruega [https://www.youtube.com/watch?v=iue\\_2fa93dl](https://www.youtube.com/watch?v=iue_2fa93dl)

Romper el silencio sobre la violencia sexual | Jimena Ledgard  
<https://www.youtube.com/watch?v=83QSdJK6RLc&t=2s>

Derechos para todas  
[https://www.youtube.com/watch?v=w-46\\_mTfHOU](https://www.youtube.com/watch?v=w-46_mTfHOU)

Qué hacer frente a un caso de violencia sexual

<https://www.youtube.com/watch?v=WqVHtXemdxA>

Servicio Prioritario: Respuesta médica a la violencia sexual en Honduras

<https://www.youtube.com/watch?v=JiHbC-phbtQ>

**Referencia:**

Como responder a niños, niñas y adolescentes que han sufrido abuso sexual. Directrices clínicas de la OMS. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020



**CAPÍTULO 5**  
**PARTO**  
**HUMANIZADO**

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 3 horas.

- **PROPÓSITO:** Proporcionar al personal docente y estudiantil de pregrado y posgrado de las carreras de medicina y enfermería las recomendaciones para realizar un parto humanizado.

- **OBJETIVOS:** Fortalecer el trabajo en equipo interdisciplinario de salud, para la atención integral de las adolescentes embarazadas en la realización de un parto y nacimiento respetado.

Fomentar y promover el contacto piel a piel y la lactancia materna, a través de acciones de carácter educativo-participativo en aspectos de maternidad en la adolescencia.

Ejemplificar estrategias para evitar la violencia obstétrica, durante el periodo del parto y el puerperio.

- **MATERIALES DE APOYO:**

Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva: transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar: resumen de orientación

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>

Trato Materno y Neonatal Respetuoso Curso Virtual

<https://www.campusvirtualesp.org/es/curso/trato-materno-y-neonatal-respetuoso-2021>

## GENERALIDADES

La Calidad y calidez de los servicios de salud concebida en el marco de los derechos, las garantías y los deberes fundamentales e inherentes a la dignidad del ser humano, consagrados en la Constitución y en la política visión de nación, debería ser la base de nuestros servicios de salud comenzando con una atención de calidad y seguridad en un control prenatal y parto humanizado-respetado.

En el 2016 se incluye las primeras modificaciones de los lineamientos de seguridad, calidad y humanismo en las Normas de Atención en Salud del Embarazo, Parto, Puerperio y Neonato, como estrategia de mejora continua y disminución de la morbilidad materna y dar respuesta a una violencia obstétrica manifiesta. Dando también pie al reconocimiento a las buenas prácticas en la atención materna e infantil establecidas en su boletín de las nuevas recomendaciones de atención del parto con prácticas positivas del 2019 de la OMS.

### Historia

El parto humanizado, es considerado un proceso natural, atendido desde tiempos antiguos generalmente por mujeres que entendían y conocían el cuerpo femenino. Sin embargo, siempre existía la sombra de una complicación, generando toda una serie de mitologías y tradiciones para enfrentarlas y darle sentido a las muertes concomitantes.

Hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los colegios de médicos, generalmente integrados por varones, se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, (Dr. Mauricio-forcep S. XVII) como el fórceps, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobre tecnificando y sobre medicalizando la atención de los partos normales.

Ya en el siglo XX, en 1930, el obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, un grupo de médicos comenzó a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática;



por eso había que “limpiar la mente” con ese reacondicionamiento conocido después como psicoprofilaxis.

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su experiencia en 1959 en su libro Thank You, Dr. Lamaze.

En 1976 se publicó el libro Por un nacimiento sin violencia, de Frederick Leboyer, que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia.

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent, y del médico David Chamberlain, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre.

En 1985 se emitió la Declaración de Fortaleza, Brasil “El Embarazo y Parto no es una Enfermedad”, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS. En tanto que, en 1990 en Florencia, Italia, se efectuó el Consenso de Ministros de Salud para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, emitiendo la “Declaración de Innocenti”, con apoyo de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), ratificada en 2005. En 1997, la OMS publicó la Guía práctica en la atención del parto normal, y en 2001 se publicaron las Recomendaciones de la OMS acerca del cuidado perinatal.

### **Desarrollo del modelo de parto humanizado en Honduras.**

En Honduras en la década de los 90 después de décadas de trabajo y argumentaciones con base en investigaciones científicas, se logró, en estos años noventa, institucionalizar la lactancia materna en las instituciones de salud pública. En 1990 se crearon los bancos de lactancia materna y los Comité y Programa Nacional de Lactancia Materna, y Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna, de la Secretaría de Salud.

Honduras en el 2016 hace mención de la atención del parto humanizado en sus normas de atención en el embarazo, parto y puerperio, pero no ha tendido profundidad en su capacitación, implementación, aplicación y supervisión. Teniendo que apegarnos a intereses privados como

ser una Organización No Gubernamental (ONG) que se han interesado sobre esta temática.

### **Marco legal Internacional y Nacional**

En noviembre de 2004, se promulgó en Argentina la Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre Difusión del Parto Humanizado. De carácter Hay países que legalizado y vuelto obligatorio, tanto en instituciones públicas como privadas, que se establece que todas las mujeres tienen derecho a:

- Ser protagonistas de su parto
- Decidir lo que necesitan en cada momento
- Ser informadas de todo lo que ocurre
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos
- Elegir la posición para parir
- Expresar sus emociones
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura
- Ser respetadas en su intimidad

Otro referente regional fue cuando en marzo de 2007, se incorporó el concepto de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en algunos países de América Latina.

Dentro de las políticas de estado la salud ha sido y es la más grande prioridad en su gestión, dando un especial interés a la atención de los grupos menos favorecidos y en condición de vulnerabilidad.

La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Honduras (PSSR) trata de que el individuo se desarrolle al máximo sin tener que depender de otras personas o instancias y que los derechos sexuales y reproductivos basados en la autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su vida, cuerpo, sexualidad, reproducción, salud y bienestar, Incluyendo el derecho a tener relaciones sexuales, sin violencia ni bajo presión; a tener hijos cuando lo desea y a expresar la sexualidad, se constituyen en una herramienta fundamental para lograr esos objetivos. PA01:2015

Para 2016 se hacen las correcciones de las normas de atención en control prenatal, parto, puerperio y del neonato con énfasis en las recomendaciones del parto humanizado.

Para marzo del 2022 se introduce en la cámara del poder legislativo el proyecto de ley sobre la Violencia Obstétrica.

El parto debe considerarse como algo normal, sin embargo, puede ser complejo en algunas situaciones, para solventar esto se han creado manuales, normas y guías de atención, recordar

tareas esenciales, a fin de prestar la mejor y más segura asistencia. Son concebidos como un instrumento para mejorar la calidad de la atención provista a las mujeres durante el parto. Están estructurados de prácticas esenciales de atención del parto con fundamento científico que se centra en las principales causas de muerte materna, morbilidad y muerte neonatal que ocurren en instituciones de salud de todo el mundo. Cada elemento aborda una acción decisiva que, si se omite, puede causar graves daños a la madre, el recién nacido o ambos.

Así, la presente adaptación del manual debe considerarse como referencia con el objetivo de ayudar a los estudiantes en formación como médicos, enfermeras y otras áreas de la salud, autoridades sanitarias a aprender a usar correctamente las normas, guías de atención y lista de verificación de la seguridad, calidad y humanismo en la atención del parto y el neonato.

Este modelo de atención del parto pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. Incluyente en un proceso de disminución de la Mortalidad Materna en nuestro país.

El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

Estos elementos centrales del nacimiento humanizado que ya se aplica en diversos hospitales y clínicas, del mundo, pero del cual sigue existiendo desconocimiento y polémica, será nuestro quehacer diario.

Este manual será una guía para formar personal de salud con características humanísticas de ese modelo y de cómo puede ser la experiencia de las mujeres en trabajo de parto adaptado a un proceso simulado, generando personal de cambio con la atención y trato en la atención del embarazo, parto y puerperio; además de presentar una revisión histórica teórica, algunas experiencias con la aplicación del modelo y las características de otros esquemas clínicos y tradicionales, para centrarse en el modelo de atención humanizado, que incorpora el enfoque intercultural, el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género.

Existe consenso en considerar que el nacimiento humanizado debe de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.

- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de asistencia profesional.
- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterles a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

## **Estandares**

En el 2016, el ministro de salud, a través de las Normas de atención del embarazo, parto, puerperio y neonatal, se establece el procedimiento del parto humanizado para otorgar la Certificación en calidad y humanización de la atención a la madre y el recién nacido.

Estos estándares reflejan el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública de promover las buenas prácticas y mejorar los resultados de atención de salud de las madres y recién nacidos en los establecimientos que ofrecen atención materna y neonatal. Contribuyen a cambiar la tendencia existente en las tasas de mortalidad materna y neonatal, reduciendo las muertes evitables de madres y recién nacidos a nivel nacional con la implementación de una gestión eficiente, efectiva y oportuna en el proceso de mejora de la calidad y humanización de la atención con estándares medibles y en este contexto la participación de la UNAH-FCM con una educación superior con diversidad que forme médicos y enfermeras en el contexto de calidad de atención humanizada.

Con la propuesta de estos estándares se busca garantizar el derecho a la salud de las madres y los recién nacidos, mejorando su experiencia durante la atención en los establecimientos de salud y asegurando que los proveedores ofrezcan un trato digno y humano a los usuarios, al tiempo en que satisfacen sus necesidades.

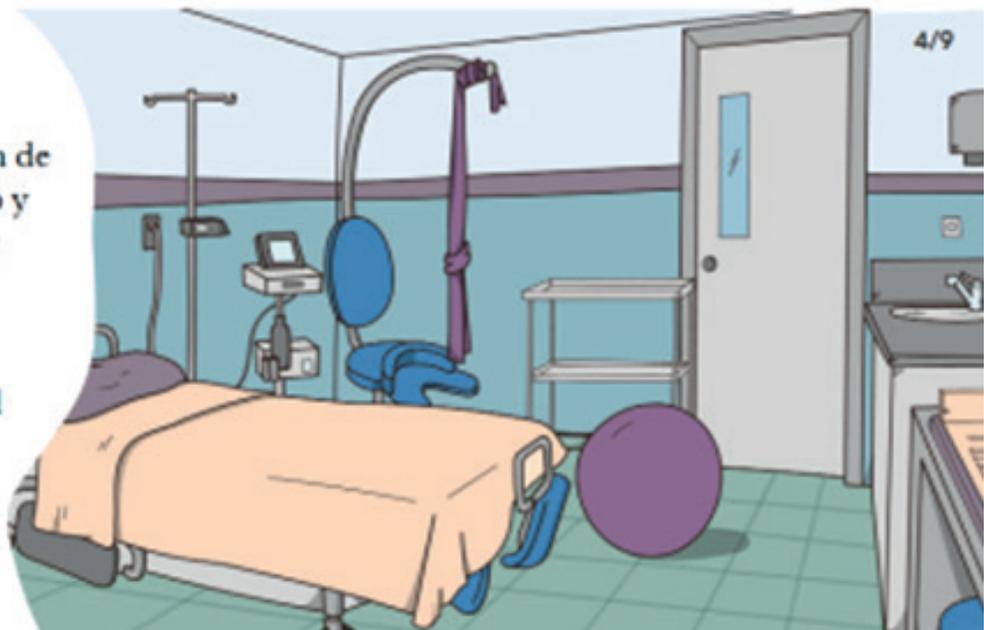
Los estándares están agrupados por funciones, relacionados a todo el proceso de atención, e incluyen:

- Humanización de la atención a la madre y el recién nacido.
- Intervenciones de calidad basada en evidencias durante la atención obstétrica: control prenatal, parto, parto y puerperio,
- Intervenciones de calidad basadas en evidencias durante la atención al recién nacido.
- Promoción e implementación de la lactancia materna.
- Aseguramiento del registro oportuno de nacimiento.

Cada estándar consta de: definición, enfoque/intención, elementos medibles y tendrán una periodicidad de revisión cada cuatro años mínimo. Los estándares establecidos en este manual deben aplicarse idealmente en todos los establecimientos de salud que ofrecen servicios de salud materna y neonatal, públicos y privados y en todos los niveles de complejidad según corresponda y de acuerdo con su habilitación y capacidad resolutive.

Según las recomendaciones de la Organización Panamericana en Salud

- Movilidad, elección de la posición del parto y posibilidad de tener acompañante
- Contacto piel a piel inmediato
- Atención al recién nacido



- Permitir que la mujer deambule y se mueva, para aliviar el dolor y facilitar la evolución fisiológica del trabajo de parto.



- Brindar bienestar y seguridad a la mujer, permitiendo también la presencia, así como, la participación del acompañante durante todo el proceso.



4/9



- Proporcionar espacios que permitan hacer los controles clínicos necesarios, tales como auscultación fetal intermitente y control de signos vitales de la mujer.

CONTINUAR

4/9



- Algunas salas incluyen sillón reclinable para el acompañante, una cuna y un área para la evaluación y cuidados iniciales del recién nacido, incluido un lavabo con agua fría y caliente.

CONTINUAR

### **Se entiende por parto humanizado o empático:**

- a. Reconocer en madres y padres e hijos a los verdaderos protagonistas.
- b. Reconocer y respetar las necesidades individuales incluida su cosmovisión y Espiritualidad, de cada mujer/pareja y el modo en que desean transcurrir esta experiencia
- c. Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el nacimiento.
- d. Favorecer la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto (parto en cuclillas, en el agua, semi sentada, o como desee).
- e. Promover el vínculo personalizado entre la pareja y el equipo de salud.
- f. Respetar la elección de la mujer de las personas que la acompañará en el parto (familiar, amigo(a), partera/o) y/o parteras o comadrona.
- g. Cuidar el vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, evitando someter al niño a cualquier maniobra de resucitación o exámenes innecesarios.

Resumen de recomendaciones para los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva según la OMS

### **Atención durante todo el trabajo de parto y el nacimiento**

1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
2. Se recomienda la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
3. Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
4. Los modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras — consistentes en que una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a una mujer a lo largo del continuo de servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto — se recomiendan para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces.

## Período de dilatación

5. Se recomienda para la práctica el uso de las siguientes definiciones de las fases latente y activa del período de dilatación:
  - La fase latente del período de dilatación se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y cambios variables del cuello uterino, incluso con un cierto grado de borramiento y progresión más lenta de la dilatación hasta 5 cm para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.
  - El período de dilatación activa se caracteriza por contracciones uterinas dolorosas y regulares con un grado importante de borramiento y dilatación más rápida del cuello uterino desde los 5 cm hasta la dilatación total para los primeros trabajos de parto y los subsecuentes.
6. Se debe informar a las mujeres que no se ha establecido una duración estándar de la fase latente del período de dilatación y que puede variar ampliamente de una mujer a otra. Sin embargo, la duración de la fase activa del período de dilatación activa (desde los 5 cm hasta la dilatación total del cuello uterino) generalmente no excede las 12 horas en los primeros partos y, normalmente, no excede las 10 horas en los partos subsecuentes.
7. En el caso de las embarazadas sanas con trabajo de parto espontáneo, se recomienda una política de demora del ingreso a la sala de parto hasta el período de dilatación activa.
8. Se recomienda los tactos con horarios estos se deben realizar en el contexto de cada caso y evolución del trabajo de parto. si se hace es con el fin de tomar decisiones.
9. Se recomienda la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard para embarazadas sanas en trabajo de parto.
10. Los opioides de administración parenteral, como fentanyl, diamorfina y petidina, son opciones recomendadas para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
11. Se recomiendan técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
12. Se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto, dependiendo de las preferencias de la mujer.
13. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.

14. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.

### **Período expulsivo**

15. Se recomienda para la práctica clínica el uso de la siguiente definición y duración del período expulsivo: — El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. — Se debe informar a las mujeres que la duración del período expulsivo varía de una mujer a otra. Hay resultados perinatales adversos en periodos expulsivos de más de 3 hrs. En primigestas. Y en multíparas después de 2 hrs. Se puede esperar con supervisión estricta del monitoreo fetal.
16. Para las mujeres sin anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas.
17. Para las mujeres con anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de su elección, inclusive las posiciones erguidas. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.
18. En el caso de mujeres en el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo (inclusive los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo), en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles.

### **Alumbramiento**

19. Se recomienda para todos los nacimientos el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) durante el alumbramiento.
20. La oxitocina (10 UI, IM) es el medicamento uterotónico recomendado para prevenir la hemorragia posparto (HPP).
21. En los entornos en los que la oxitocina no está disponible, se recomienda el uso de otros uterotónicos inyectables (si corresponde, ergometrina/metilergometrina o la politerapia fija de oxitocina y ergometrina) o misoprostol por vía oral (600 µg).
22. Se recomienda el pinzamiento tardío del cordón umbilical (no menos de 1 minuto después del nacimiento) para mejores resultados de salud y nutrición para la madre y el bebé.
23. En los entornos en los que existen asistentes obstétricos especializados disponibles, se recomienda la tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el

prestador de atención de salud y la parturienta consideran que una pequeña reducción en la pérdida de sangre y una pequeña reducción en la duración del alumbramiento son importantes.

### **Atención del recién nacido**

24. Se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia.
25. Todos los recién nacidos, incluso los bebés con bajo peso al nacer (BPN) que pueden amamantarse, se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, y en tanto la madre y el bebé estén listos.
26. Se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K por vía intramuscular después del nacimiento (es decir, después de la primera hora en la cual el lactante debería estar en contacto piel con piel con la madre e iniciada la lactancia).
27. El baño se debe retrasar hasta 24 horas después del nacimiento. Si esto no es posible por motivos culturales, el baño se debe retrasar al menos seis horas. Se recomienda vestir al recién nacido con prendas adecuadas a la temperatura ambiente. Esto significa de una a dos capas de prendas más que los adultos, además del uso de sombreros o gorros. La madre y el bebé no deben estar separados y deben permanecer en la misma habitación las 24 horas del día.

### **Atención de la mujer tras el nacimiento**

28. Se recomienda para todas las mujeres la evaluación posparto abdominal del tono muscular del útero para identificar de forma temprana la atonía uterina.
29. Durante el puerperio, a todas las mujeres se les debe hacer un examen de rutina de hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca (pulso) durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe tomarse poco después del nacimiento. Si la presión es normal, deberá tomarse nuevamente en el plazo de seis horas. La orina se debe documentar en el lapso de seis horas.

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

Lee los casos clínicos y analiza que cosas se pudieron hacer de manera diferente.

**Caso 1.** Sofía llegó hoy por la mañana con su pareja, luego de un embarazo sano de 40 semanas, está lista para tener su parto, está nerviosa porque es su primer hijo, su obstetra no está, pero el doctor Nicolás la reemplazara, al ingresarla le realiza varios procedimientos dolorosos sin explicación alguna, Sofía no sabe si su bebé está bien, se encuentra ansiosa pero confía en los profesionales de salud, por eso no hace preguntas o se queja, pasan largas horas y Sofía quiere pararse para caminar y tiene sed, pero el médico le dice que no.

**Caso 2.** María es una adolescente de 15 años que se encuentra en periodo expulsivo, pero no tolera los dolores, grita y llora desconsoladamente y no puja, los y las profesionales de salud le dicen que deje de gritar que si no puja el bebé se le va a morir. Minutos después el profesional de salud le realiza una episiotomía sin explicarle, María está asustada.

## RECURSOS AUDIOVISUALES

Honduras: Parto Humanizado

<https://www.youtube.com/watch?v=cyOGQnPbFww>

Choloma, Honduras: “Pasamos de tener siete partos al mes a tener más de 30”

<https://www.youtube.com/watch?v=GpoSw8myRQ0>

Foro: Cambiando la manera de nacer: Derecho a un parto humanizado.

<https://de-de.facebook.com/PECSFCMUNAH/videos/692769238645036/>

### Referencias:

Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>



**CAPÍTULO 6**  
SIMULACIÓN CLÍNICA  
APLICADA AL  
**PARTO**  
**HUMANIZADO**

## METODOLOGÍA

- **TIEMPO APROXIMADO:** 1.30 horas.

- **PROPÓSITO:** Conocer sobre la importancia de la simulación clínica enfocada en parto humanizado como herramienta de aprendizaje para los estudiantes de pregrado y posgrado de las carreras de medicina y enfermería.

- **OBJETIVOS:**

Brindar herramientas teórico y audiovisuales al personal docentes y estudiantil de grado y postgrado de las carreras medicina y enfermería en simulación clínica.

Detallar las etapas de la simulación clínica y su importancia.

Fomentar las prácticas en un ambiente seguro de aprendizaje en simulación clínica en parto y nacimiento humanizado.

- **MATERIALES DE APOYO:**

La simulación clínica en la adquisición de conocimientos en estudiantes de la Licenciatura de Enfermería.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632019000400402](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400402)

Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>

## GENERALIDADES

Los estudios que informan sobre el uso de la simulación en el área de la salud de las mujeres y los niños sugieren logros importantes con los estudiantes, como una mayor percepción de confianza en sí mismos para realizar partos, trabajo en equipo y atención enfocada en el paciente durante la asistencia a la mujer durante el parto y un mejor conocimiento sobre la evaluación clínica del recién nacido.

Reflexionando sobre los beneficios de implementar la simulación como una estrategia de aprendizaje desde la perspectiva de los métodos activos, enfatizamos que la disponibilidad de alta tecnología no es necesaria para garantizar el éxito de la actividad.

La simulación es la representación artificial de un proceso del mundo real con la suficiente autenticidad para conseguir un objetivo específico, favorecer el aprendizaje simulando en lo posible un escenario clínico más o menos complejo, y permite la valoración de la formación de una determinada acción.

Aunque está todavía por desarrollar dada su relativamente reciente implantación en el área de la medicina, el entrenamiento basado en la simulación es la herramienta ideal para afrontar retos. El uso de la simulación clínica puede acelerar la adquisición de habilidades técnicas, de conocimientos y habilidades para el manejo de problemas complejos, así como el favorecer un mejor rendimiento clínico. Permite corregir la falta de experiencia clínica y los fallos de coordinación del equipo de profesionales porque las habilidades adquiridas mediante la simulación son transferibles a la realidad.

Múltiples avances han contribuido al desarrollo de escenarios, modelos y fantomas de simulación de situaciones fisiológicas y patológicas. El desarrollo de nuevas formas de simulación constituye además un campo fértil para la investigación y la integración multidisciplinaria. La simulación no reemplaza los escenarios clínicos reales, pero permite que el estudiante aprenda, en medios controlados, contribuyendo a mejorar sus habilidades clínicas y a disminuir la ansiedad ante la realización de un examen o un procedimiento.



Por lo tanto, contribuye a mejorar el cuidado y los desenlaces de los pacientes, ya que son herramientas complementarias que pueden acelerar el aprendizaje y enriquecer las verdaderas interacciones con los pacientes, las cuales siguen siendo la base de la educación médica.

## VENTAJAS DE LA SIMULACIÓN CLÍNICA

1. Constituyen oportunidades para la práctica deliberada, la reflexión y la retroalimentación inmediata.
2. Mejora la adquisición y retención del conocimiento.
3. Se puede usar el mismo escenario clínico para múltiples grupos de estudiantes.
4. Permite la planeación y desarrollo de casos clínicos basados en las necesidades del estudiante y no en la disponibilidad de los pacientes.
5. Permite la práctica continua y repetitiva, de acuerdo con las necesidades de los estudiantes y del docente.
6. Ofrece la oportunidad para enseñar aspectos como el trabajo en equipo, habilidades de comunicación, liderazgo, manejo del estrés y toma de decisiones en circunstancias de apremio.
7. Los escenarios de simulación se pueden utilizar individualmente o simultáneamente por estudiantes de diferentes carreras de la salud.
8. Se puede permitir el curso clínico del error para conocer las consecuencias, establecer la retroalimentación y hacer las correcciones pertinentes.
9. Mejora las habilidades clínicas antes de enfrentar al paciente y mejora el comportamiento en áreas clínicas específicas.
10. Ofrece la oportunidad de conocer y utilizar equipo e instrumental reales.
11. Los estudiantes pueden practicar procedimientos invasivos sin ofrecer riesgos adicionales para los pacientes.
12. La preparación de materiales, modelos y maniquíes, sesiones, orientación pedagógica y contenidos, dan lugar a la integración interdisciplinaria de profesionales de la salud, de la educación, de la bioingeniería, del diseño gráfico y de la informática, entre otros.
13. Es una fuente de investigación en educación médica.

Existen múltiples clasificaciones en la literatura de las diferentes alternativas de simulación que se utilizan en clínica. Una de ellas es la descrita por Ziv, que divide las herramientas en 5 categorías principales.

- Simuladores de uso específico y de baja tecnología: son modelos diseñados para replicar

sólo una parte del organismo y del ambiente por lo que sólo permiten el desarrollo de habilidades psicomotoras básicas. Por ejemplo, un brazo para punción venosa o una cabeza para intubación traqueal.

- **Pacientes simulados o estandarizados:** Actores entrenados para actuar como pacientes. Se utilizan para entrenamiento y evaluación de habilidades en obtención de la historia clínica, realización del examen físico y comunicación.
- **Simuladores virtuales en pantalla:** Son programas computacionales que permiten simular diversas situaciones, en áreas como la fisiología, farmacología o problemas clínicos, e interactuar con el o los estudiantes. Su principal objetivo es entrenar y evaluar conocimientos y la toma de decisiones. Una ventaja es que permite el trabajo de varios estudiantes a la vez; de hecho, actualmente hay programas para entrenamiento de trabajo en equipo.
- **Simuladores de tareas complejas:** Mediante el uso de modelos y dispositivos electrónicos, computacionales y mecánicos, de alta fidelidad visual, auditiva y táctil se logra una representación tridimensional de un espacio anatómico. Dichos modelos generados por computadores son frecuentemente combinados con simuladores de baja fidelidad que permiten la interacción física con el ambiente virtual. Usados para el entrenamiento de tareas complejas, permiten desarrollar habilidades manuales y de orientación tridimensional, adquirir conocimientos teóricos y mejorar la toma de decisiones. Ha sido utilizada ampliamente en cirugía laparoscópica y procedimientos endoscópicos.
- **Simuladores de paciente completo:** Maniqués de tamaño real, manejados computacionalmente que simulan aspectos anatómicos y fisiológicos. Permiten desarrollar competencias en el manejo de situaciones clínicas complejas y para el trabajo en equipo.

## NIVELES DE SIMULACIÓN

**Simulación de baja fidelidad:** Modelos que simulan sólo una parte del organismo, usados generalmente para adquirir habilidades motrices básicas en un procedimiento simple o examen físico; por ejemplo, la instalación de una vía venosa periférica o la auscultación cardiaca básica.

**Simulación de fidelidad intermedia:** Se combina el uso de una parte anatómica, con programas computacionales de menor complejidad que permiten al instructor manejar variables fisiológicas básicas con el objetivo de lograr el desarrollo de una competencia. Por ejemplo, dispositivos para el entrenamiento de reanimación cardiopulmonar.

**Simulación de alta fidelidad:** Integra múltiples variables fisiológicas para la creación de escenarios clínicos realistas con maniqués de tamaño real. El fin es entrenar competencias técnicas avanzadas y competencias en el manejo de crisis.

**Tabla 1. Tipos de metodologías de simulación. (Adaptado de Alinier, Medical Teacher, 2007)**

	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4	Nivel 5
Técnica de simulación	Simulaciones escritas	Simuladores de baja fidelidad, <i>part task trainers</i> y maniqués básicos	Simuladores de pantallas computacionales, simuladores virtuales y simuladores quirúrgicos	Pacientes estandarizados	Simuladores de fidelidad intermedia y maniqués de tamaño real no totalmente interactivos	Simuladores de alta fidelidad y maniqués de tamaño real totalmente interactivos
Habilidades que se logran	Cognitivas pasivas	Psicomotoras	Cognitivas interactivas	Psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Parcialmente interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales	Interactivas, psicomotoras, cognitivas e interpersonales
Uso habitual	Manejo y diagnóstico de pacientes Evaluación	Práctica de habilidades	Manejo clínico de habilidades cognitivas	Igual que nivel 2 Realización de examen físico, diagnóstico y manejo de pacientes	Igual que nivel 3 Habilidades en procedimientos Entrenamiento de simulación "full-scale"	Igual que nivel 4

## TERMINOLOGÍA

**Actor incorporado:** Una persona a la que se le asigna un papel en la simulación para ayudar a guiar el escenario. La guía puede ser influyente como positivo, negativo o neutro, o como un elemento de distracción, dependiendo del/los objetivo/s, el nivel de los participantes y del escenario. Aunque el papel del agente incorporado es parte de la situación, el propósito fundamental del actor implícito no se identifica a los participantes en el escenario o la simulación.

**Adquisición de habilidades:** Después de la instrucción, la capacidad de integrar los conocimientos, habilidades (técnicas y no técnicas), y las actitudes necesarias para proporcionar seguridad en el cuidado del paciente. El individuo progresa a través de las cinco etapas de la competencia: principiante, principiante avanzado, capaz, hábil, y experto (Benner, 1984; Benner, Tanner y Chesla, 1996).

**Ambiente de aprendizaje seguro:** El clima emocional que los facilitadores crean a mediante la interacción entre ellos y los participantes. En este clima emocional positivo, los participantes se sientan a gusto para correr riesgos, cometer errores, o extenderse más allá de su zona de confort. Los facilitadores son plenamente conscientes de los aspectos psicológicos de aprendizaje, conscientes de los efectos del sesgo no intencional, conscientes de las diferencias culturales, y de atención a su propio estado de ánimo con el fin de crear efectivamente una caja fuerte ambiental para el aprendizaje (Reading to parents. org, 2005).

**Competencia:** Requisito de normalización para que una persona pueda llevar a cabo adecuadamente un papel específico. Abarca una combinación de conocimientos discretos y mensurables, habilidades y actitudes que son esenciales para la seguridad del paciente y la

calidad de la atención al paciente (de la Liga Nacional de Enfermería, 2010)

**Instrucción asistida por ordenador:** Un proceso de enseñanza que utiliza un ordenador en la presentación de los materiales de instrucción. El participante puede tener que responder a una pregunta o resolver un problema presentado. Tras las entradas de los participantes, estos reciben una información (a veces de inmediato) acerca de sus respuestas. Este proceso se usa para enseñar, proporcionar información y evaluar el juicio clínico y el pensamiento crítico

**Debriefing:** Una actividad que sigue a una experiencia de simulación y que está dirigida por un facilitador. Participante de reflexión. Se fomenta el pensamiento, y se proporciona retroalimentación acerca del desempeño de los participantes, mientras se discuten los diversos aspectos de la simulación. Se anima a los participantes a explorar sus emociones, a preguntar dudas, reflexionar, y proporcionar información a los demás. El propósito del debriefing es avanzar hacia la asimilación y adaptación con el fin de transferir el aprendizaje a situaciones futuras (Russell Johnson & Bailey, 2010; NLN-CRIS, 2010).

**Escenario Clínico:** El plan esperado y el potencial curso de los acontecimientos de una experiencia clínica simulada. El escenario clínico proporciona el contexto para la simulación y puede variar en longitud y complejidad, en función de los objetivos. El diseño del escenario clínico debe incluir lo siguiente:

## PREPARACIÓN DE LOS PARTICIPANTES

**Prebriefing:** objetivos, preguntas, y / o material La información que describe la situación del paciente objetivos de aprendizaje del Estudiante.

Condiciones ambientales, incluyendo maniquí o programas estandarizados, preparación del paciente, equipos relacionados, accesorios y herramientas y / o recursos para evaluar y gestionar la experiencia simulada para aumentar el realismo.

PROCESO DE DEBRIEFING CRITERIOS DE EVALUACIÓN (Jeffries, 2007).

**Facilitador:** Una persona que guía y apoya a los participantes hacia la comprensión y el logro de objetivos. También llamado instructor.

**Fiabilidad:** La consistencia de una medición, o el grado en el que un instrumento mide de la misma manera cada vez que se utiliza en las mismas condiciones con los mismos participantes. Es la repetitividad de una medición. Una medición se considera fiable si las puntuaciones de una persona, en la misma prueba administrada dos veces, son similares. La confiabilidad puede ser determinada por un método test o examinando la coherencia interna.

**Fidelidad:** Credibilidad, o el grado en que una simulación se aproxima a la realidad, a medida que aumenta la fidelidad, aumenta el realismo. El nivel de fidelidad se determina por el medio ambiente, las herramientas y los recursos utilizados, y muchos factores asociados a los participantes.

La fidelidad puede implicar una variedad de dimensiones, incluyendo:

- (a) los factores físicos como el medio ambiente, equipos y herramientas relacionadas;
- (b) los factores psicológicos como las emociones, creencias, y conciencia de sí mismo de los participantes,
- (c) los factores sociales, la motivación del instructor y los objetivos;
- (d) la cultura del grupo, y
- (e) el grado de apertura y confianza, así como los modos de pensar de los participantes (Dieckmann, Gaba, y Rall, 2007; NLN SIRC, 2010)

**Juicio Clínico:** El arte de tomar una serie de decisiones en situaciones, en base a distintos tipos de conocimiento, de manera que permite al individuo reconocer los aspectos más destacados o los cambios en una situación clínica, interpretar su sentido, ofrecer una respuesta adecuada, y reflexionar sobre la eficacia de la intervención. El juicio clínico está influenciado por las experiencias generales de la persona que han contribuido a desarrollar la solución de problemas, pensamiento crítico, y el razonamiento clínico-habilidades (del Bueno, 1994; Dillard, Sideras, Carlton, Lasater, y Siktberg, 2009; Jackson, Ignatavicius, & Case, 2004; Lasater, 2007; Tanner, 2006).

**Paciente Estandarizado:** Persona entrenada para representar en un escenario, siempre de la misma forma, a un paciente individual o de otro tipo, con fines de instrucción, práctica, o evaluación (Robinson-Smith, Bradley, y Meakim, 2009).

**Razonamiento clínico:** La capacidad de recopilar y comprender datos al mismo tiempo que se recuerdan los conocimientos, habilidades (técnicas y no técnicas), y las actitudes acerca de una situación que se desarrolla. Tras el análisis, se pone en común toda la información, aplicada a las nuevas situaciones (Alfaro-LeFever, 1995; Benner, Sutphen, Leonard, y Day, 2010).

**Reflexión guiada:** Proceso utilizado por el facilitador durante el debriefing que refuerza los aspectos críticos de la experiencia y estimula el aprendizaje intuitivo, permitiendo que el participante asimile la teoría, la práctica y la investigación con el fin de influir en las acciones futuras (NLN-CRIS, 2010).

**Resolución de problemas:** La habilidad utilizada en la gestión del rol del participante, el trabajo en equipo y la gestión de un cuidado de la salud. La resolución de problemas se refiere al proceso de atención de forma selectiva a la información en el ámbito de la atención del paciente, utilizar el conocimiento existente y la recolección de los datos pertinentes para formular una solución. Este complejo proceso requiere de diferentes procesos cognitivos, incluyendo métodos de razonamiento y estrategias, a fin de gestionar una situación (Uys, Van Rhyn, Gwele, Mc Inerney, y Tanga, 2004).

**Resultado:** Los resultados de progreso de los participantes hacia el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje.

**Retroalimentación:** Una vía de comunicación unidireccional dada a un participante a partir de un facilitador, un simulador, o de otros participantes, en un esfuerzo para mejorar el rendimiento.

**Rol:** papel que un personaje asume en el escenario de una simulación.

**Simulación:** Una pedagogía que utiliza una o más tipologías para promover, mejorar y/o validar la progresión de un participante desde el nivel de principiante al de experto (Benner, 1984; Decker, 2007).

## **SIMULACIÓN DE PARTO Y NACIMIENTO HUMANIZADOS.**

Los escenarios simulados sobre el nacimiento humanizado y el parto ayudan a fortalecer la articulación entre las disciplinas de ginecología- obstetricia como también en pediatría.

Estas prácticas son muy utilizadas para evaluar habilidades clínicas y no clínicas y aquellas competencias genéricas necesarias en la formación integral de los y las futuras profesionales de la salud, puesto que permite trasladar todos los conocimientos tanto conceptuales, procedimientos y actitudinales a un ambiente controlado, seguro y diseñado con objetivos específicos de formación.

A través de prácticas simuladas, los y las estudiante de la salud pueden mejorar las habilidades técnicas, de comunicación, de comportamiento, desarrollar la observación crítica, aprender a trabajar en equipo, ejercer el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

La simulación de parto y nacimiento humanizado hace posible cometer errores sin perjudicar a si mismo y a los demás, reflejando los errores y permitiendo definir nuevas estrategias con miras a corregirlos antes de enfrentarlo a las prácticas de atención clínica con personas.

Además, crea la posibilidad de una interfaz entre contenidos y temas que generalmente están fragmentados en diferentes disciplinas, como también permite la articulación de contenidos en una perspectiva interdisciplinaria; la simulación se destaca en la educación de competencias y en el ejercicio del razonamiento clínico con vistas a la atención integral de la salud.

Logrando un aprendizaje fundamental de ofrecer asistencia humanizada durante el parto y evaluar clínicamente a la mujer y al recién nacido, para fomentar practicas humanizadas. Además de fortalecer prácticas como la privacidad, permitir tomar agua a la madre previo al periodo expulsivo, manejo del dolor de trabajo de parto activo y la disminución de los tactos vaginales. Además, permite promover la importancia de la evaluación clínica del RN en la sala de parto, la promoción de la lactancia materna en la primera hora de vida y el contacto piel a piel entre la madre y el bebé entre otras.

Lo importante de la simulación en éste tema, más que evaluar la técnica de parto en sí, es tomarse el tiempo en aprender y practicar formas más humanas, empáticas y adecuadas de manejar situaciones de estrés y sobrecarga de trabajo, para así lograr evitar el ejercicio de la violencia por parte del personal de salud.

## FÁBRICA DE REFLEXIÓN

## RECURSOS AUDIOVISUALES

Etapas de la Simulación Clínica

<https://www.youtube.com/watch?v=5Nng3DX3fTY>

¿Cómo se hace un parto simulado?

<https://www.youtube.com/watch?v=l7887BIYi9o>

Fresno Campus Simulation Learning Center | Simulated Childbirth with Victoria®

<https://www.youtube.com/watch?v=LzrWnVzmZjI>

### Referencias:

1. Ziv, A., Wolpe, P. R., Small, S. D. y Glick, S. (2003). Simulation-based medical education: An ethical imperative. *Revista Academic Medicine*, 78(8), 783-788. Doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00006>
2. Durá, M. J. (2013). La simulación clínica como metodología de aprendizaje y adquisición de competencias en enfermería (Memoria doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de <https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2014/11/simuacic3b3n-clc3adnica-como-metodologc3ada-de-aprendizaje-u-complutense.pdf>
3. Escudero, E. X., Fuentes, C M., González, M. J. O. y Corvetto, M. A. (2016). Simulación en educación para ciencias de la salud: ¿Qué calidad hemos alcanzado en Chile? *ARS MEDICA*
4. Revista Altamirano-Droguett, Janet. (2019). Simulación clínica en Obstetricia. 10.15359/ree.23-2.9. de *Ciencias Médicas*, 41(3), 16-20. doi: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v41i3.394>
5. Escenario de simulación interdisciplinaria en educación en enfermería: parto y nacimiento humanizados. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2020: 28;e3286.



**“Combatimos todas las enfermedades,  
incluida la injusticia”**