

## **Caso Clínico de Competición ABP: Emergencia Obstétrica y Trauma Complejo**

### **PRESENTACIÓN DEL ESCENARIO (EL PROBLEMA "MAL ESTRUCTURADO")**

La guardia externa del hospital recibe a una mujer de 26 años tras una colisión en vía pública. Según el reporte del paramédico de la ambulancia, "se cayó de la moto a baja velocidad", aunque los testigos en la escena insisten a gritos que fue un impacto directo contra un bolardo de cemento. La paciente, que cursa un embarazo avanzado (34 semanas), se encuentra en una camilla de transporte, pálida, con sudoración fría y una angustia que desborda la evaluación inicial. "No siento las piernas, por favor, mi bebé... no dejen que me toquen como la última vez", repite mientras intenta cubrirse las manos y los pies, donde se observan máculas cicatrizales tenues de aspecto descamativo. Mientras el equipo intenta obtener una vía periférica, un administrativo de admisión se acerca al box de urgencias y susurra audiblemente al enfermero: "Fíjate bien los guantes, en el sistema saltan alertas de infectología de hace dos años, algo de 'tratamientos específicos' que nunca terminó". La paciente nota el susurro, retira la mirada con vergüenza y se niega a responder preguntas sobre su control prenatal.

**Signos de Hipovolemia por Hemorragia Interna:** Debido a la sospecha de fractura de cadera y pelvis, se observan signos críticos de pérdida hemática interna (secuestro de sangre en espacio retroperitoneal/muslo):

- Palidez mucocutánea intensa y sudoración fría profusa.
- Relleno capilar enlentecido de 4 segundos (indicador de mala perfusión periférica).
- Pulsos periféricos débiles y filiformes.
- Presencia de equimosis y gran deformidad en el muslo derecho, con aumento de la circunferencia del mismo.

**Hallazgos Adicionales y Decisión Quirúrgica:** Mientras se inicia la reposición de volumen, se obtienen resultados de test rápido reactivos para VIH y Sífilis. El monitoreo fetal reporta bradicardia persistente, lo que confirma el Sufrimiento Fetal Agudo. Se indica cesárea de urgencia inmediata con posterior evaluación por traumatología.

**Estado al ingreso:**

- Signos Vitales: TA 85/50 mmHg, FC 132 lpm.
- Examen Físico: Relleno capilar de 4 segundos. Dolor exquisito e insoportable a la palpación de la sínfisis púbica y cresta ilíaca derecha.
- Ruido Clínico: Un familiar de la paciente ingresa violentamente al área de Triage exigiendo ver al bebé, interfiriendo con la monitorización de los signos vitales.

## 2. FICHA TÉCNICA DEL CASO Y OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

| Parámetro                      | Detalle Técnico                                               |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>Edad Gestacional</b>        | 34 semanas (Riesgo de parto pretérmino / Desprendimiento)     |
| <b>Estado Hemodinámico</b>     | Shock hipovolémico descompensado                              |
| <b>Sospecha Diagnóstica</b>    | Fractura de pelvis inestable / Trauma obstétrico              |
| <b>Comorbilidades Ocultas</b>  | VIH+ y Sífilis (Títulos de VDRL pendientes)                   |
| <b>Contexto Epidemiológico</b> | Incremento del 71% en notificaciones de Sífilis (Boletín 803) |

### Objetivos de Aprendizaje

1. **Razonamiento Clínico Complejo:** Decodificar las "pistas" físicas (lesiones palmoplantares) y la inestabilidad hemodinámica para priorizar la estabilización sobre el estigma.
2. **Interdependencia Interprofesional:** Construir "puentes de cuidado" donde el éxito de una disciplina dependa estrictamente de la información de la otra.
3. **Perspectiva de Derechos y Bioética:** Aplicar los principios de confidencialidad y autonomía progresiva, bloqueando activamente la discriminación institucional por estatus serológico.

### DESAFÍOS POR ÁREA DISCIPLINAR (INTERDEPENDENCIA INTERPROFESIONAL)

#### Enfermería: El Puente hacia la Estabilización y el Diagnóstico

Es un imperativo clínico que el profesional de enfermería lidere el Triage y la reposición de volumen. Sin embargo, su labor es interdependiente: **debe coordinar con Radiología** para garantizar que la administración de fluidos no se interrumpa durante el traslado a imágenes, evitando un colapso hemodinámico en el equipo de rayos. Además, ante la sospecha de Sífilis (basada en el Boletín 803), debe preparar el protocolo de **Penicilina Benzatínica** y asegurar que el equipo conozca la ventana crítica del protocolo **PEP 2025** en caso de exposición accidental.

#### Diagnóstico por Imágenes (Radiología): El Puente hacia la Resolución Quirúrgica

El radiólogo no solo toma placas; debe comunicar con precisión milimétrica el grado de inestabilidad pélvica al instrumentador quirúrgico. Este "puente" permite que la mesa de operaciones y los kits de fijación externa específicos estén preparados *antes* de que la paciente llegue a quirófano. Debe priorizar la seguridad fetal sin comprometer la velocidad diagnóstica, entendiendo que el tiempo es el factor determinante para la supervivencia de ambos pacientes.

#### Instrumentación Quirúrgica: El Puente hacia la Bioseguridad y el Post-operatorio

Ante el riesgo de transmisión (VIH/Sífilis), el instrumentador debe comandar la bioseguridad del quirófano mediante el doble guante y la disposición segura de cortopunzantes. Su interdependencia con Enfermería es crítica: ante cualquier accidente percutáneo, debe existir una vía de comunicación inmediata para activar el protocolo de

Profilaxis Post-Exposición (PEP 2025) dentro de la primera hora, garantizando que el estrés de la cirugía de trauma no nuble el juicio preventivo.

**MARCO ÉTICO, LEGAL Y PERSPECTIVA DE DERECHOS**

El manejo de la información sensible debe ser de cumplimiento obligatorio bajo las siguientes directrices:

- **Defensa Proactiva de la Confidencialidad:** El equipo debe reprender y neutralizar cualquier filtración de información por parte de personal administrativo o ajeno al cuidado directo.
- **Erradicación del Estigma:** El estatus de VIH/Sífilis no es un agravante del riesgo para el equipo si se cumplen las normas universales; bajo ninguna circunstancia debe retrasar la entrada a quirófano.
- **Autonomía Progresiva:** A pesar de la emergencia, se debe informar a la paciente de cada paso, respetando su derecho a la dignidad y mitigando el miedo al maltrato institucional que evidencian sus antecedentes.

**GUÍA OPERATIVA: LOS 7 PASOS DE MAASTRICHT**

Los equipos deben transitar este ciclo bajo la supervisión del Coordinador y el registro del Secretario:

1. **Aclarar términos:** Definir obligatoriamente: *Endarteritis obliterante, Chancro sifilítico, Títulos de VDRL y Ventana inmunológica.*
2. **Definir el problema:** Identificar el riesgo de muerte materna-fetal, la inestabilidad pélvica y las barreras de acceso previas que causaron el abandono del tratamiento de ITS.
3. **Lluvia de ideas (Análisis multicausal):** Evaluar el impacto del trauma en una paciente con vulnerabilidad biológica y social.
4. **Clasificación y Organización Sistémica:** Jerarquizar: 1. Reposición de volumen/Triage; 2. Estabilización de la fractura; 3. Prevención de transmisión vertical y bioseguridad.
5. **Formulación de objetivos de búsqueda:** Investigar el **Boletín 803** (incidencia de sífilis), protocolos de **Penicilina Benzatínica** y la actualización **PEP 2025**.
6. **Autoestudio:** Consulta de fuentes oficiales (OPS/OMS/Ministerio de Salud).
7. **Síntesis:** Presentación de un Plan de Cuidados Unificado donde se demuestren los "puentes" entre disciplinas.

**MATRIZ DE EVALUACIÓN PARA EL JURADO (RÚBRICA)**

Para certificar la competencia, se requieren **8 puntos netos**.

| Criterio de Evaluación              | Excelente (3 pts)                                                          | Satisfactorio (2 pts)                                                | Insuficiente (1 pt)                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <b>Rigor Técnico Epidemiológico</b> | Integra datos del Boletín 803 (71% incremento) y farmacología de PEP 2025. | Describe los protocolos pero omite datos epidemiológicos regionales. | Errores graves en dosis de medicación o protocolos de ITS. |

|                                    |                                                                                   |                                                                                    |                                                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Perspectiva de Derechos</b>     | Defiende activamente la confidencialidad frente a terceros y erradica el estigma. | Aplica normas básicas de trato, pero utiliza lenguaje sesgado ("paciente sidoso"). | Ignora la autonomía de la paciente o vulnera la confidencialidad. |
| <b>Bioseguridad y Contingencia</b> | Implementa prevención de cortopunzantes y conoce la ventana crítica de PEP.       | Usa EPP estándar sin previsión de contingencias por trauma.                        | Desconoce protocolos de exposición accidental.                    |
| <b>Calidad de la Defensa Oral</b>  | Coherencia total, fluidez técnica y liderazgo en la respuesta al panel.           | Exposición clara pero con vocabulario limitado.                                    | Incapacidad de justificar el plan de cuidados o lectura de notas. |

## GUÍA PARA EL TUTOR (FACILITACIÓN Y FEEDBACK)

El tutor debe actuar como un gestor del juicio clínico, aplicando estrictamente:

- **Monitoreo de Roles:** Asegurar que el **Coordinador** fomente la participación y el **Secretario** utilice mapas conceptuales para la síntesis visual.
- **Uso de Preguntas Socráticas:** Ante un estancamiento, preguntar: *¿Cómo impacta la 'Endarteritis obliterante' en la cicatrización ósea de esta paciente? o ¿Qué puente de información falta entre Radiología e Instrumentación para que la cirugía sea exitosa?*
- **Ciclo I-R-R (Iniciación-Respuesta-Retroalimentación):** Utilice cada respuesta del alumno para obligarlo a profundizar en la fisiopatología del shock obstétrico.
- **Tiempo de Espera Crítico:** Es un mandato pedagógico **esperar 3 segundos en silencio** tras cada pregunta. No interrumpa el proceso de reflexión del estudiante.
- **Prohibición de Respuestas:** Si el grupo desconoce un protocolo, remítalos exclusivamente al Boletín 803 y las Guías Técnicas proporcionadas. El descubrimiento es responsabilidad del alumno.