

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO**

**TESIS
APLICACIÓN DE UN TALLER DE CONOCIMIENTOS EN LA
ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL CONTENIDO EN LA GUÍA
DEL MINISTERIO DE SALUD Y SU EFICACIA EN LOS
ALUMNOS DE LA UAP Y UPLA EN EL HOSPITAL SERGIO
E. BERNALES ,2012-II**

**PRESENTADO POR:
MG: MARY FLORIDA VELA**

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
DOCTOR EN EDUCACIÓN**

**LIMA - PERÚ
2014**

DEDICATORIA:

A mi Dios que es tan bondadoso y misericordioso
A Jorge y mis hermosos hijos Rita y Emanuel
que son el móvil para seguir la lucha diaria y que
también participaron en este trabajo.
A mis padres que son el ejemplo de tesón diario,
Por su amor y apoyo.

AGRADECIMIENTOS:

Gracias Dios, por la sabiduría e inteligencia que me das para realizar este trabajo de Investigación, y por su amor convincente en cada día de mi vida.

A las alumnas del último ciclo de Obstetricia de la UAP y UPLA; por permitirme aplicar esta investigación en el servicio de Centro obstétrico que corresponde al departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales Collique.

ÍNDICE

Pág.

1. CARÁTULA.....	i
2. DEDICATORIA....	ii
3. AGRADECIMIENTO	iii
4. ÍNDICE.....	iv
5. RESUMEN.....	viii
6. ABSTRACT.....	ix
7. RESUMO	x
8. INTRODUCCION.....	xi

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO.....	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	1
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.2.1. Delimitación Espacial.....	2
1.2.2. Delimitación Social.....	3
1.2.3. Delimitación Temporal.....	3
1.2.3.1. Diseño de la Investigación.....	3
1.2.3.2. Desarrollo de la Investigación.....	3
1.2.4. Delimitación Conceptual.....	3
1.2.4.1. Taller de Conocimientos	3
1.2.4.2. Eficacia.....	3
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.3.1. Problema Principal.....	4
1.3.2. Problemas Secundarios.....	4

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.4.1 Objetivo General.....	5
1.4.2 Objetivos Específicos.....	5
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5.1 Hipótesis General.....	6
1.5.2. Hipótesis Secundarias.....	6
1.5.3. Variables de la Investigación.....	7
1.5.3.1. Variable.....	7
1.5.3.1.1 Dimensión 1,2,3.....	7
1.5.3.2. Operacionalización de variable.....	7
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.6.1. Tipo y Nivel de Investigación.....	7
1.6.2. Método y Diseño de la Investigación.....	7
a) Método de Investigación.....	8
b) Diseño de Investigación.....	8
1.6.3. Población y Muestra de la Investigación.....	8
a) Población.....	8
b) Muestra.....	8
1.6.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	8
a) Técnicas.....	8
b) Instrumentos.....	8
1.6.5. Justificación, Importancia y limitaciones de la Investigación.....	9
a) Justificación de la Investigación.....	9
b) Importancia.....	10
c) Limitaciones.....	11

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Antecedentes de la Investigación	12.
2.2. Bases Teóricas.....	23
2.3. Marco Conceptual.....	71

CAPÍTULO III

MARCO

FILOSÓFICO.....	73
3.1. Fundamentación Ontológica.....	73

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....

4.1. Análisis de tablas y Gráficos.....	79
4.2. Discusión de los Resultados.....	92

CONCLUSIONES.....

RECOMENDACIONES

FUENTES DE INFORMACIÓN.....

ANEXOS

Matriz Consistencia.....	100
Matriz de Operacionalización de variables.....	102
Cuestionario.....	108
Guía de Observación.....	112
Partograma del manual Guía del Ministerio de Salud.....	115
Juicio de Expertos.....	120

GRAFICOS:

Gráfico N° 1 Interpretación de los conceptos teóricos de UAP y UPLA.....	80
Gráfico N° 2 Interpretación de las habilidades y destrezas de UAP y UPLA.....	81
Gráfico N° 3 Identifica de conceptos en el primer periodo del parto.....	82
Gráfico N° 4 Identifica conceptos en el segundo periodo del parto.....	83
Gráfico N° 5 Identifica conceptos en el tercer periodo del parto.....	84
Gráfico N° 6 Aplica conceptos de la atención del parto vaginal.....	85
Gráfico N° 7 Aplica conceptos del partograma.....	86
Gráfico N° 8 Aplica conceptos del alojamiento conjunto madre niño.....	87
Gráfico N° 9 Motivación antes y después del taller de UAP y UPLA.....	88
Gráfico N° 10 Motiva a que la paciente colabore en el parto.....	89
Gráfico N° 11 Motiva el trabajo en equipo antes y después del taller.....	90
Gráfico N° 12 Motiva la llegada del recién nacido.....	91

...

FOTOS:

Foto N°1 Alumnos aplicando el taller de conocimientos en bioseguridad.....	116
Foto N°2 Alumnos aplicando habilidades y destrezas en la atención del parto..	116
Foto N°3 Alumnos aplicando habilidades y destrezas en la atención.....	117
Foto N°4 Alumnos aplicando el taller de conocimientos.....	117
Foto N°5 Alumnos aplicando el clampaje del cordón umbilical.....	118
Foto N°6 Alumnos aplicando la toma de huella pelmatoscópica.....	118
Foto N°7 Alumnos aplicando la sección del cordón umbilical.....	119
Foto N°8 Alumnos aplicando la motivación del contacto piel a piel.....	119

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como título “Aplicación de un taller de conocimientos en la atención del parto vaginal y su eficacia en los alumnos del décimo ciclo de la escuela académico profesional de obstetricia de la facultad de ciencias de la salud de la UAP y universidad de huancayo UPLA en el Hospital Sergio E. Bernales, 2012-II”, cuyo objetivo primordial es determinar la eficacia en la aplicación de este taller, en los alumnos que realizan la atención de parto vaginal. La muestra no probabilística intencional que se seleccionó fue un total de 30 alumnos; 15 alumnos de UAP y 15 alumnos de UPLA, alumnos del último ciclo de estudios que realizan sus prácticas pre profesionales en el HSEB. La técnica de recolección de datos que se utilizó fue el cuestionario de conocimientos y la guía de observación como lista de cotejo. de medición cuantitativa ordinal, y nominal , formulada en base a preguntas cerradas dicotómicas, el cuestionario y guía de observación se realizó a los alumnos de Obstetricia (30);15 de (UAP) y 15 de (UPLA) , que realizaron su rotación por sala de partos previa clase taller, por lo que se aplica el mismo cuestionario o instrumento un antes y un después , por lo que son 2 instrumentos. Las técnicas de procesamiento de la información que hemos utilizado en el presente estudio es el análisis de los datos obtenidos, producto de los cuestionarios y lista de chequeo, realizados durante el periodo de investigación y como análisis e interpretación de los resultados, los cuales se trabajó con el programa estadístico SPSS versión 22. Al termino el trabajo de investigación se concluye y recomienda que es muy importante y eficaz el aplicar un taller de conocimientos en los alumnos que realizan sus prácticas pre profesionales del HSEB-Collique ya que la eficacia mejora notablemente, por ello mejora su competencia y obviamente los usuarios tendrán una mayor calidad de atención y satisfacción.

Palabras claves: taller de conocimientos, eficacia.

ABSTRACT

This research project is entitled "Implementation of a workshop of knowledge in the care of vaginal delivery and effectiveness in students of tenth cycle of professional midwifery school academic faculty of health sciences of UAP and university huancayo UPLA Sergio E. Bernales, 2012- II " Hospital, whose primary objective is to determine the effectiveness of the implementation of this workshop, students engaged the attention of vaginal delivery. Intentional non-probabilistic sample that was selected was a total of 30 students ; UAP 15 students and 15 students UPLA , students of the last cycle of studies that do their pre-professional practices in the HSEB . The data collection technique used was the knowledge questionnaire and observation guide and checklist . quantitative measurement of nominal ordinal , and formulated based on dichotomous closed questions , the questionnaire and observation guide students Obstetrics (30) was performed ; 15 (UAP) and 15 (LAUP) , which made its rotation by delivery room after class workshop , so the same questionnaire or instrument before and then applied , which are 2 instruments. The techniques of processing information that we used in this study is the analysis of data obtained as a result of questionnaires and checklists , conducted during the investigation and as analysis and interpretation of results, which worked with SPSS version 22. at the end the research is concluded and recommended that it is very important and effective to apply knowledge workshop students do their practical pre - Collique HSEB professionals since efficiency is greatly improved , thereby improving their competence and obviously users will have a higher quality of care and satisfaction .

Keywords : workshop knowledge effectively.

RESUMO

Este projeto de pesquisa intitulado " Implementação de uma oficina de conhecimento no atendimento de parto vaginal e eficácia em estudantes de décimo ciclo da escola profissional de uma parteira corpo docente acadêmico de ciências da saúde da UAP e universidade huancayo UPLA Sergio E. Bernalles , 2012- II " Hospital, cujo principal objetivo é determinar a eficácia da aplicação desta oficina , os alunos envolvidos a atenção do parto vaginal. Amostra não-probabilística intencional que foi selecionado foi um total de 30 alunos ; UAP 15 alunos e 15 alunos Upla , estudantes do último ciclo de estudos que fazem suas práticas pré- profissionais no HSEB . A técnica de coleta de dados utilizado foi o questionário de conhecimentos e guia de observação e checklist. 15 (UAP) e 15 (LAUP), que fez a sua rotação ; por medição quantitativa de ordinal nominal , e formuladas com base na dicotômica perguntas , o questionário e guia de observação alunos Obstetrícia (30) foi realizada fechado sala de parto após oficina de classe, de modo que o mesmo questionário ou instrumento antes e depois aplicado , que são dois instrumentos. As técnicas de processamento de informações que usamos neste estudo é a análise dos dados obtidos como resultado de questionários e listas de verificação , realizada durante o inquérito e como a análise e interpretação dos resultados , que trabalhou com SPSS versão 22. no final da pesquisa é concluído e recomendou que é muito importante e eficaz para aplicar os alunos da oficina de conhecimentos fazer as suas práticas profissionais pré- Collique HSEB desde eficiência é muito melhor, melhorando assim a sua competência e, obviamente, os usuários terão uma maior qualidade de atendimento e satisfação.

Palavras-chave: conhecimento oficina de forma eficaz

INTRODUCCIÓN

La aplicación de un Taller de Conocimientos, tiene como finalidad fortalecer la preparación académica de los alumnos del último o décimo ciclo de estudios que realizan sus prácticas pre profesionales en el HSEB, ya que se ha observado que no todos vienen con buena base en prácticas hospitalarias y teoría. Este es un problema antiguo que se puede observar en los alumnos, cuando hacen su rotación en sala de partos, donde deben atender los partos vaginales, por más que el profesional de turno (profesional Obstetrix u Obstetra) se encuentre en sala de partos, escapa de su dominio las iatrogenias ocasionados por los alumnos de Obstetricia.

El método que se empleó es el “descriptivo experimental”. Y el diseño de la investigación es el “pre experimental” (cuasi experimental) y es de carácter aplicativo cuantitativo. La técnica de recolección de datos que se utilizó el cuestionario y la guía de Observación.

Para el análisis e interpretación de los resultados se trabajó con el programa estadístico “SPSS” versión 22, interpretando los datos con resultados verificables, demostrables y precisos. En el primer capítulo; se fundamenta y se formula los problemas del presente estudio, determinando los objetivos de la investigación, justificando la investigación de manera adecuada y conveniente, formulando las hipótesis, identificando y clasificando la variable y sus dimensiones. En el segundo Capítulo el marco teórico, antecedentes de la investigación, en que bases se apoya el estudio, una definición conceptual de términos. El marco filosófico o fundamentación Ontológica, en el tercer capítulo. El cuarto y último capítulo se realizó el trabajo de campo de la investigación, realizando la prueba de contrastación de las hipótesis, y la discusión de los resultados obtenidos. Fomentando la problemática planteada concluimos y recomendamos que es muy importante y eficaz el aplicar un Taller de Conocimientos; a los alumnos que realizan sus prácticas pre profesionales en el HSEB-Collique, por que mejora su nivel de atención por ello mejora su competencia y obviamente los usuarios tendrán una mejor Calidad de atención y satisfacción como usuario o paciente.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Es un problema de Salud Pública ya que el HSEB (Hospital Sergio E. Bernaldes) es un hospital docente. El hospital se encuentra ubicado en el KM.14.5 de la Av. Túpac Amaru en el distrito de Comas.

Este hospital recibe alumnos del último año de Obstetricia en el Departamento de Gineco-Obstetricia. Los alumnos denominados internos de Obstetricia que realizan sus prácticas pre profesionales vienen de 4 universidades: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Alas Peruanas (UAP), Universidad Peruana Los Andes de Huancayo (UPLA), Universidad Nacional de Huánuco (UNH).

Ellos realizan sus prácticas pre profesionales en el hospital, por lo que se ha observado que no todos los alumnos vienen con buena base en prácticas hospitalarias y teoría.

Éste es un problema antiguo que se puede observar cuando los alumnos hacen su rotación en sala de partos donde deben atender los partos vaginales y que estando el profesional de turno (obstetrix) en sala de partos, escapan de su dominio las latrogenias, ocasionados por los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia en este caso; tanto en la mujer como en el

recién nacido, como son: Hematomas vulvoperineales y vaginales, fractura de clavícula (en el recién nacido), así como contaminación del recién nacido cuando caen por accidentes. dehiscencias (abertura) de episiorrafias (sutura) por mala praxis, nerviosismo en la destreza y habilidad para atender el parto vaginal por ende accidentes con la madre y recién nacido, inestabilidad emocional por parte de los alumnos de Obstetricia.

Tales experiencias han provocado denuncias de carácter legal y reclamos por parte del usuario o paciente por lo que se reconoce como un problema álgido, lo que nos motiva a realizar esta investigación.

El hospital es un establecimiento de salud de alta complejidad nivel III 1 que brinda atención especializada a la comunidad del Cono Norte de la provincia de Lima y específicamente a la población de los distritos de Comas, Carabayllo y la provincia de Canta, además de las referencias nacionales, lo que acrecienta la demanda y nos obliga a brindar servicios de mayor complejidad a nuestra población usuaria que en su mayoría pertenecen a los estratos Socio-económicos C, D y E.

Con Resolución N°502 DG:DESP-DISA III LN-2005 el Comité de Servicios de Salud para el proceso de categorización, concedió el Nivel III -1 al hospital por encontrarse dentro de los estándares de evaluación y con rango para atención especializada.

El hospital es responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud, con un adecuado sistema de atención y con un equipo de Gestión, que agrupa a todos los trabajadores en torno a la misión y visión, manteniendo un clima organizacional adecuado.

1.2 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El lugar donde se desarrolla la investigación es en el Hospital Sergio E. Bernales -Collique en el servicio de Centro Obstétrico- Sala de Partos, que corresponde orgánicamente, al Departamento de Gineco- Obstetricia.

El hospital brinda sus servicios las 24 horas del día y se encuentra ubicado en la Av. Túpac Amaru Km 14.5 en el distrito de Comas del cono Norte de Lima.

1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL:

El sujeto principal de la investigación es el alumno universitario del décimo ciclo, cuya edad fluctúa entre 22 y 26 años correspondiente a las universidades: UAP y UPLA. Los alumnos en estudio, se encuentran en el hospital realizando sus prácticas pre-profesionales o prontos a ser egresados.

Ambas universidades son particulares y sus prácticas son rotativas. En el hospital tienen turnos de 12 horas que pueden ser de día o de noche. La duración de sus prácticas es de 8 meses.

1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL:

La presente investigación se realizó durante el primer semestre del año 2012, concluyendo a fines del primer trimestre del año 2013, el cual tendrá el carácter de Investigación pre-experimental.

- **Diseño de la investigación:**

La primera fase, que es el tiempo usado para el diseño de nuestro proyecto, se llevó a cabo de febrero a junio del 2012.

- **Desarrollo de la investigación:**

Es el tiempo que se utilizó para la aplicación y ejecución de nuestro proyecto, el cual se llevó a cabo de Julio del 2012 a Marzo del 2013.

1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

- **Taller de conocimientos:**

El taller de conocimientos es un lugar de encuentro entre la teoría y la práctica; lugar donde los profesionales y los supervisores investigadores, trabajan conjuntamente para conseguir un desarrollo sistemático de los conocimientos y la comprensión de la actividad práctica.

- **Eficacia:**

El latín *eficacia*⁽¹⁾ la eficacia es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción. No debe confundirse este concepto

con el de eficiencia (del latín efficientia), que se refiere al uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado (es decir, cumplir un objetivo con el mínimo de recursos disponibles y tiempo).

1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la eficacia de la aplicación de un taller de conocimientos en la atención del parto vaginal contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas UAP y la Universidad de Huancayo (UPLA) en el Hospital “Sergio E. Bernales” durante el semestre académico 2012- II?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la eficacia de la aplicación de un taller de conocimientos en la identificación de conceptos teóricos en la atención del parto vaginal, contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, en los alumno del décimo ciclo de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas”y la Universidad de Huancayo UPLA en el hospital “Sergio E. Bernales” durante el semestre académico 2012 –II?
- ¿Cuál es la eficacia de la aplicación de un taller de conocimientos de las habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal, contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” y la Universidad de Huancayo UPLA en el hospital “Sergio E. Bernales” durante el semestre académico 2012 –II?
- ¿Cuál es la eficacia de la aplicación de un taller de conocimientos en la motivación, para la atención de la madre y recién nacido contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias

de la Salud de la Universidad “Alas peruanas” y la Universidad de Huancayo (UPLA) en el hospital “Sergio E. Bernales” durante el semestre académico 2012 II?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.OBJETIVO GENERAL:

Determinar la eficacia de la aplicación de un taller de conocimientos en la atención del parto vaginal, contenidos en la Guía del Ministerio de Salud y su eficacia en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” (UAP) y la Universidad de Huancayo (UPLA) en el hospital Sergio E. Bernales durante el semestre 2012 II

.1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 1**

Estimar la identificación de los conceptos teóricos en la atención de un parto vaginal contenidos en la Guía del Ministerio de Salud y su eficacia en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” y la Universidad de Huancayo UPLA durante el semestre 2012- II

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 2**

Evaluar la eficacia de las habilidades y destrezas en la atención de un parto vaginal, contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” y la Universidad de Huancayo UPLA durante el semestre 2012- II

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 3**

Valorar la eficacia de la motivación de conocimientos en la atención de la madre y del recién nacido contenidos en la Guía del Ministerio de Salud en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela académico profesional de Obstetricia de la Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad “Alas Peruanas” (UAP) y la

Universidad de Huancayo (UPLA), en el Hospital Sergio E. Bernales, durante el semestre 2012- II.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.5.1. Hipótesis principal o central:

La aplicación del taller de contenidos, de la Guía del Ministerio de Salud, se mejoraría significativamente la eficacia en la atención del parto vaginal de los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas (UAP) y la Universidad de Huancayo (UPLA).

1.5.2. Hipótesis secundarias:

- Hipótesis específica 1

La aplicación del taller de contenidos de la Guía del Minsa ,mejorarían significativamente los conceptos teóricos en la atención del parto vaginal de los alumnos del décimo ciclo de la escuela académico profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Alas peruanas (UAP) y la Universidad de Huancayo (UPLA).

- Hipótesis específica 2

La aplicación del taller de contenidos de la Guía del Minsa mejoraría significativamente las habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal de los alumnos del décimo ciclo de la escuela académico profesional de Obstetricia de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alas Peruanas (UAP) y la Universidad de Huancayo (UPLA).

- Hipótesis específica 3

La aplicación del taller de contenidos de la Guía del Minsa, mejorarían significativamente la motivación en la atención del parto vaginal de los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la salud de la Universidad Alas peruanas (UAP) y la Universidad de Huancayo (UPLA).

1.5.3 VARIABLES

- VARIABLE : **Taller de conocimientos**
 - . DIMENSIÓN 1: Conceptos teóricos
 - DIMENSIÓN 2: Habilidades y destrezas
 - DIMENSIÓN 3: Motivación
- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES :
Variable =Taller de conocimientos

Indicadores:

- X1 Identifica conceptos en el primer periodo del parto
- X2 Identifica conceptos en el segundo periodo del parto.
- X3 Identifica conceptos del tercer periodo del parto.
- X4. Aplica conceptos en las habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal
- X5 Aplica conceptos en las habilidades y destrezas en el partograma.
- X6 Aplica conceptos en las habilidades y destrezas del alojamiento conjunto madre-niño
- X7 Motiva con bioética a que la paciente colabore en el parto.
- X8 Motiva con bioética el trabajo en equipo.
- X9 Motiva con bioética la llegada del recién nacido.

1.6 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Es Sustantiva ,Básica; se entiende como aquella que genera conocimientos o métodos dirigidos al sector productivo de bienes y servicios, ya sea con el fin de mejorarlo y hacerlo más eficiente, o con el fin de obtener productos nuevos y competitivos en dicho sector.

b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Experimental ;de grupo experimental .ya que existe una evaluación de un antes y un después de aplicar el taller de conocimientos.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a) MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Es descriptivo , aplicativo, experimental cuantitativo

b) DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es pre experimental.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

a) POBLACIÓN:

Total de 70 alumnos , que cursan el décimo ciclo con prácticas pre - Profesionales en el Hospital -Sergio E. Bernales – Collique de la escuela de Obstetricia de las Universidades; 4 universidades en este caso; (UAP),(UPLA),(SMP) y la Universidad de Huánuco; Hermilio Valdizan.

b) MUESTRA:

Es un muestreo no probabilístico,de caracter intencional⁽²⁾ conformado por los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas peruanas (UAP) 15 y la Universidad los Andes de Huancayo; (UPLA) 15 en total 30.

1.6.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

a) TÉCNICAS: La principal técnica que se utilizó fue el pre test y pos test y la que se aplicó en un antes y después de realizar el taller de conocimientos, antes que roten por sala de partos.

b) INSTRUMENTOS: La medición se realizó de forma cuantitativa, formulado en base a las preguntas con respuestas, que posibilitarán el procesamiento y las tendencias de la investigación. **El cuestionario y la guía de Observación**, fueron aplicadas a los alumnos del último año de Obsetricia de las universidades (UAP) y (UPLA) que realizaron sus prácticas profesionales en el Hospital Sergio E. Bernales- Collique. Dos semanas antes que roten por sala de partos.

Para el presente estudio realizamos un análisis de los datos obtenidos, producto de los cuestionarios y guías de observación realizados durante el periodo de investigación.

Análisis e interpretación de los resultados: Para el análisis estadístico de resultados se trabajará con el programa SPSS (Versión 22), que nos

permitió hacer empleo de una herramienta moderna en la interpretación de datos y poder obtener resultados verificables, y significancia estadísticas demostrables⁽³⁾ y más precisos. Se utilizó la estadística descriptiva (obtención de las clases de frecuencias, porcentajes, las gráficas correspondientes mediante la tabulación de datos etc.) Esta técnica de análisis que se empleó de datos cuantificados se resume de las observaciones que se llevaron a cabo, de tal forma que proporcionó respuestas a las preguntas de la investigación.

1.6.5.JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

a) JUSTIFICACIÓN

1. JUSTIFICACIÓN PEDAGÓGICA

Se justifica por la corriente constructivista del aprendizaje significativo y su principal exponente es David Ausubel; médico cirujano y psicólogo.⁽⁴⁾ Depende de la estructura cognitiva previa que posee el alumno, para que interrelacione e integre la información de significado psicológico y lógico, se adquiere a través de un proceso, considerando el esquema de asimilación y ambientes de aprendizaje; ya que se basa en el aprendizaje por descubrimiento de Bruner.

Joseph Novak; desarrollo los mapas conceptuales en 1975, se basa en Ausubel; ve aspectos relevantes de la estructura cognitiva previa del alumno, cuando una nueva información adquiere significados e importancia. El objetivo de Novak es lograr un aprendizaje significativo es decir un aprendizaje que habilite a los alumnos para encargarse de su futuro de forma creativa y constructiva.⁽⁵⁾

En su libro Psicología Educativa; "Si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, enunciaría este: EL factor más importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe. Averígüese esto y enséñese consecuentemente".

Nuestros profesores en Perú decían:

Cuando un estudiante no comprende no entiende es porque no tiene base.

2. JUSTIFICACIÓN LEGAL:

Se justifica por la ley General de Salud LGS ley 26842, Título Primero: Derechos y deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual.

Título segundo: De los deberes y restricciones y responsabilidades en la consideración de la Salud de terceros.

El hospital Sergio E. Bernales Presenta un POA plan operativo anual que también es legal, este plan registra la morbilidad de emergencia como primer lugar en daños del 2011: las enfermedades del embarazo. Parto y puerperio.

Además el POA del hospital Sergio E .Bernales , tiene como uno de sus Objetivos Generales, fortalecer y optimizar el desarrollo y las competencias de los recursos humanos asistenciales y administrativos. El POA también a analizado y detectado la deficiencia de la Cultura organizacional con enfoques tradicionales, lo que origina que los recursos humanos, no contribuyen eficazmente a mejorar la calidad de atención.

3.JUSTIFICACIÓN CIENTIFICA:

Se justifica para la solución del problema existente en la realidad para su tratamiento por medio de la aplicación de la Guía de atención en salud reproductiva aprobado por la OMS, la cual incluye la atención del parto vaginal presentado por el Ministerio de Salud desde el 2007 y vigente hasta la actualidad. ⁽⁶⁾

b) IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.

Es importante la Investigación por que se beneficia la Institución el Hospital Sergio E. Bernales; por que mejora su nivel de atención y su prestigio .Además los alumnos del décimo ciclo que recibieron el taller de conocimientos sobre la atención del parto vaginal normal los cuales reciben una eficacia en su aspecto de mejoramiento; humano, profesional, y social .Por ello mejora su

competencia y obviamente los usuarios tendrán una mayor calidad de atención y satisfacción.

c) LIMITACIONES.

No existen limitaciones ya que la autora labora en esta institución y realizó todas las gestiones administrativas respetando las autoridades para realizar dicho trabajo de investigación ya que la institución saldría también favorecida por que la investigación es progreso.

CAPÍTULO II : MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en alumnos de noveno grado⁽⁷⁾

Resumen: Con el propósito de precisar el impacto de un taller educativo en el nivel de conocimiento sobre sexualidad enfocado en la prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual en adolescentes del noveno grado de la Unidad Educativa Cardenal Marcelo Spínola "Fe y Alegría" del Barrio El Tostao, Barquisimeto, Lapso abril - septiembre 2002, se realizó un estudio explicativo cuasi experimental; la muestra estuvo conformada por 93 adolescentes. Los datos del estudio fueron obtenidos mediante una encuesta estructurada en seis (06) partes con un total de veinte (20) preguntas de tipo cerrada. Se observó que el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual antes de la aplicación del taller fue en un 63,73% adecuada y en un 36,26% inadecuada. Después del taller se obtuvo un 87,91 % de resultados adecuada y un 12,08% permanecieron inadecuados. En cuanto al nivel de conocimiento en prevención de embarazo se obtuvo antes de la aplicación del taller un 64,83% de adecuado y un 35,16% inadecuado. Después de la implementación del taller se obtuvo un 82,41% de resultados adecuados y un 17,58% inadecuados. Según el nivel de

conocimientos sobre la sexualidad se obtuvo antes de la aplicación del taller un 56,04% adecuado y un 43,9% inadecuado; después de la implementación del taller los resultados fueron adecuados en un 90,1% e inadecuados en 9,80%. El impacto del taller fue positivo en estos adolescentes abordados, de allí la necesidad de aplicar estrategias que orienten a la población adolescente a tomar conciencia de la gran importancia que tiene el poseer conocimiento en cuanto a toda lo referente a sexualidad, infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazo en adolescentes.

2.1.2. Los talleres de ciencia en el museo Universum: análisis de su impacto en el usuario

* Luis Meza Arcos Dirección General en el Usuario de Divulgación de la Ciencia Museo Universum

Universidad Nacional Autónoma de México

Ma. Hortensia García Vigil.

Facultad de Psicología.⁽⁸⁾

Resumen: El Museo de las Ciencias de la UNAM lleva a cabo diversas actividades para hacer llegar la ciencia de una forma lúdica a diferentes públicos como son: demostraciones, experimentos, juegos, y talleres, entre otros.

En este trabajo, abordamos los talleres de ciencia por ser una actividad de divulgación ampliamente reconocida y solicitada por la comunidad en general y particularmente valorada en el ámbito de la educación formal y no formal. Por esta razón y porque la experiencia nos demuestra que los talleres contribuyen a la creación de disposiciones positivas hacia la ciencia, es que nos interesó analizar sistemáticamente su impacto en grupos escolares que acuden al museo. Los talleres de ciencia son actividades de divulgación cuyo propósito es promover en los participantes, tanto individual como grupalmente, la capacidad de pensamiento crítico y analítico hacia diferentes hechos y fenómenos científicos. Es a partir de la comunicación de algún mensaje científico y la realización de diversas actividades prácticas, que los coordinadores de cada taller intentan que los participantes reafirmen los conocimientos adquiridos tanto en la vida cotidiana como en el aula, contribuyendo así al aprendizaje de los contenidos escolares. Para ello, durante el desarrollo de los talleres se promueve

la comunicación, interacción y colaboración entre pares; intervienen diferentes sentidos, se utilizan diversos materiales acordes a las características de los participantes, cuidando que las actividades sean intrínsecamente motivadoras.

A partir del análisis efectuado podemos afirmar que, los talleres son un medio efectivo para estimular el interés y el conocimiento por la ciencia. Desde el punto de vista psicosocial la interacción y la conversación situada favorecida en los talleres permitió estimular la curiosidad, el gusto y el deseo de conocer más.

Para los docentes asistentes, las estrategias didácticas empleadas permiten la mayor comprensión de los conceptos científicos.

Para los estudiantes participantes, esta experiencia es muy interesante, divertida y les ayudó a recordar algunos temas revisados en la escuela y/o a comprenderlos mejor. Algunos reportan haber aprendido algo que no sabían.

Estos hallazgos y nuestra experiencia de los últimos años indican que a los participantes les agrada el desafío de pensar, de resolver problemas, de probar sus ideas, de organizar datos, y de analizar y dar soluciones acordes con los problemas planteados. Cuando esto ocurre, todos trabajan, participan y se interesan. Entonces consideramos que se va por buen camino.

Asimismo, en este trabajo se discute la importancia de formar integralmente a los divulgadores que imparten talleres, enfatizando los aspectos psicopedagógicos que favorezcan la comunicación de los mensajes científicos; de evaluar este tipo de actividades para retroalimentar su quehacer diario. El diseño y aplicación de los talleres de ciencia a partir de su evaluación y de los hallazgos derivados de la Investigación educativa, asegurarán mayormente su eficacia.

A quince años de realizar de manera continuada los talleres de ciencia en Universum, las experiencias han sido múltiples y muy variadas. La diversidad de públicos con los que se ha trabajado, la creación y aplicación de talleres buscando siempre su renovación, los diferentes temas abordados, el apoyo de los becarios talleristas que los imparten cuya disciplina formativa ha sido y es muy variada, su capacitación, la participación en foros externos llevando a muy variados escenarios diferentes talleres, la forma de evaluarlos y, particularmente el trabajo interdisciplinario, nos han dado la posibilidad de crear y fundamentar sicopedagógicamente sus contenidos y metodología.

En el plano institucional, importa resaltar que los talleres de ciencia tienen propósitos acordes a los objetivos y funciones del museo, tales como:

- Contribuir al aprendizaje de algunos conceptos científicos de manera activa y lúdica.
- Propiciar el interés y el acercamiento a temas científicos.
- Motivar un comportamiento reflexivo hacia los contenidos temáticos del museo.
- Contribuir al conocimiento del proceso de divulgación- aprendizaje.

Desde el punto de vista del aprendizaje, los talleres de ciencia permiten:

- Estimular el trabajo y el aprendizaje colaborativo.
- Generar la reflexión y el pensamiento crítico
- Involucrar diferentes sentidos durante la realización de las actividades
- Acceder a un conocimiento por descubrimiento guiado.
- Promover la creatividad
- Favorecer la interacción y comunicación entre los participantes

Desde que se formalizó y estructuró el grupo de talleres en Universum, se han realizado diferentes talleres abarcando áreas de conocimiento tales como Biología, Matemáticas, Física, Astronomía y Química entre otras, con la participación principalmente de niños y jóvenes.

2.1.3 Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad.

Autor: *Victoriano Rodríguez Navarro* ⁽⁹⁾

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2012

Campus de Rabanales

Resumen: El Objetivo; determinar la eficacia de un programa de intervención multifactorial de prevención de caídas en personas mayores, en comparación de una intervención breve.

-Diseño: Ensayo clínico controlado, multicéntrico, abierto, aleatorizado, de dos brazos paralelos y con controles a los 3, 6, y 12 meses.

-Emplazamiento: 11 Centros de Atención Primaria –AP- ubicados en Córdoba (Spain), los cuales se aleatorizaron a uno de los 2 grupos: Grupo de intervención –GI-, de carácter multifactorial (consejo individual, folleto informativo, taller de

ejercicio físico y visitas domiciliarias) o Grupo control -GC- (consejo breve individual y folleto informativo).

-Sujetos: Mayores de 69 años, ambos sexos, residentes en la comunidad, captados mediante muestreo consecutivo en consulta o en visitas domiciliarias.

-Análisis estadístico: por intención de tratar. Cálculo del RR, RAR y RRR con sus Intervalos de Confianza para el 95% -IC95%- . Análisis de supervivencia y regresión de Cox.

-Resultados: se reclutaron 404 pacientes, 133 en el GI y 271 en el GC. El 33,1% de las personas del GI y el 30,25% del GC tuvieron alguna caída el año anterior ($p=0,56$). A los 12 meses la incidencia de caídas fue del 17,29% en el GI y del 23,61% en el GC ($RR=0,73$; IC95%: 0,48 a 1,12; $p=0,146$). El 60,1% de los pacientes del GI refirieron haber aumentado el tiempo dedicado a realizar actividad física. Efectuaron alguna adaptación de las recomendadas en el domicilio orientadas a prevenir riesgos de caída el 62,4% de los pacientes del GI. La incidencia de caídas en los domicilios en el GI fue del 27,5% frente al 49,3% del GC ($p=0,04$). El ser mujer ($OR=0,64$; IC95: 0,41 a 0,99), presentar antecedentes de caídas durante el año anterior ($OR=1,83$; IC95%: 1,19 a 2,82) y la existencia de problemas de salud agudos ($OR=2,15$; IC95%: 1,07 a 4,33), se hallaron asociados a un mayor riesgo de caídas.

- Conclusiones: El programa de intervención multifactorial dirigido a personas de 70 años o más atendidos en AP no resultó más eficaz que la intervención breve para reducir el riesgo global de caídas pero sí para disminuir las que se producían en el domicilio.

Con la intervención multifactorial se logra una reducción en la incidencia de caídas a casi la mitad, lo que no sucede con la intervención mínima.

PALABRAS CLAVE: Caídas. Ancianos. Prevención. Intervención multifactorial

2.1.4. Eficacia de un taller educativo en la prevención de infecciones de transmisión sexual en gestantes. Hospital Distrital Santa Isabel. El Porvenir. Trujillo 2014 .Autor: Carrasco Valerio, Mónica Allyson, tesis de maestría.

Resumen: Con el objetivo de determinar la efectividad de un taller educativo en la prevención de infecciones de transmisión sexual en gestantes del hospital

distrital "Santa Isabel" del porvenir, en el año 2014; se realizó una investigación cuasi-experimental, en una muestra de 60 gestantes seleccionadas por método aleatorio simple. Se trabajó con dos grupos, cada uno conformado por 30 gestantes. Aplicándose el taller educativo solo al grupo caso ; para la identificación del nivel de conocimientos en las gestantes se utilizó un cuestionario, posteriormente se desarrolló el taller educativo con la aplicación de técnicas participativas para lograr una mejor comprensión para la evaluación de los resultados de la intervención se aplicó el mismo cuestionario un mes después de la intervención educativa, analizándose las modificaciones de conocimientos antes y después; Se encontró que: El nivel de conocimiento sobre las ITS, prevención de las ITS: uso correcto del preservativo e higiene íntima era malo en un 80% y un 86.7%, antes de la intervención, posterior a ésta se modificó notablemente, pues elevaron sus conocimientos, lo que consideramos esencial para que las gestantes modifiquen su nivel de conocimiento sobre la prevención de las ITS. Existe evidencia significativa para concluir que la aplicación del Taller Educativo es eficaz en la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual en Gestantes. Es necesario reforzar las consejerías, mejorar estrategias de enseñanza e implementar en el paquete educativo en la atención integral de las gestantes durante sus controles prenatales la consejería sobre estos tópicos.

Palabras claves: Taller educativo, Infecciones de transmisión sexual, higiene íntima preservativo.

2.1.5. Revista: La globalización y su impacto educativo-cultural. El nuevo horizonte posible José Luis Rebellato. (En Revista de la Multiversidad Franciscana de América Latina, N° 88 ⁽¹⁰⁾

Montevideo pp. 23-51, 1998. También se publica en *Diálogos. Educación y formación de personas adultas*, Barcelona, Año IV, vol. 19-20, diciembre de 1999, pp. 7-28)

El proceso de globalización y su impacto educativo-cultural La globalización actual, construida bajo hegemonía del capitalismo neoliberal.

No se trata de buscar cómo adaptarse a la globalización, sino se trata de ver cómo construir alternativas de alcance mundial. Dichos procesos de globalización nos enfrentan a una contradicción fundamental: me refiero a la

contradicción entre el capital y la vida. Cuando hablo de vida, pienso no sólo en la vida humana, sino en la vida de la naturaleza. El modelo de desarrollo propuesto y construido desde la perspectiva neoliberal supone destrucción y exclusión de vidas humanas, así como destrucción de la naturaleza. Se trata de un modelo que se conjuga con una concepción del progreso entendido en forma lineal y acumulativa. Se supone que el crecimiento en las fuerzas tecnológicas corre paralelo con el crecimiento moral de la humanidad y que la utilización de los recursos naturales no tienen límites. El Neoliberalismo es una concepción global, coherente y persistente, históricamente consolidada. En el marco del Neoliberalismo realmente existente las sociedades actuales se comportan como sociedades de dos velocidades, como dos sociedades distantes una de la otra. Hay concentración de crecimiento en un sector y empobrecimiento en sectores sustantivos de la sociedad.

2.1.6. Eficacia de un programa de formación inicial encaminado a la autonomía sobre las competencias del profesor de esquí alpino y su evolución del conocimiento práctico. Autor: OCAÑA WILHELMI FRANCISCO JAVIER. Año: 2003. Universidad: GRANADA. Centro de lectura: CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE. Centro de realización: FACULTAD DE CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE. ⁽¹¹⁾

La investigación se centra en el proceso de formación del profesor de esquí alpino. Para ello hemos utilizado un programa de formación inicial orientado a la autonomía del profesor de esquí alpino, para estudiar la mejora de las competencias docentes y si se ha producido variación en su conocimiento práctico, todo esto para comprobar si el profesor se puede enfrentar con todas las garantías a un grupo real de alumnos en la clase de esquí. OBJETIVOS: 1,- Crear y aplicar un programa de formación inicial del profesor de esquí alpino orientado a la autonomía. 2,- Comprobar cómo influye el programa de formación inicial en las competencias docentes del profesor de esquí alpino. 3,- Comprobar la evolución del conocimiento práctico en el profesor de esquí durante su formación inicial. 4,- Determinar la eficacia del programa de formación inicial sobre la autonomía del profesor de esquí alpino. HIPÓTESIS - El programa de

formación inicial encaminado a la autonomía del profesor de esquí alpino, mejoraría las competencias docentes y le dota de las capacidades necesarias para enfrentarse a un grupo real de clase. METODOLOGÍA Mixta: Con una doble perspectiva cuantitativa y cualitativa. En la cuantitativa se ha aplicado un diseño de 1 sólo grupo con pre test y pos test, denominado cuasi experimental. En la cualitativa, se ha utilizado un diseño univariado y descriptivo. VARIABLES DE ESTUDIO - Variable Independiente: el programa de formación inicial orientado a la autonomía del profesor de esquí alpino. Con 3 fases (1ª. Formación Recíproca; 2ª Micro enseñanza y Supervisión; 3ª Clase Real y Discusión). - Variable Dependiente 1: Competencias Docentes. - Variable Dependiente 2: Conocimiento Práctico. MUESTRA DE INVESTIGACIÓN 12 sujetos, alumnos del 3º curso de la asignatura de esquí en la Facultad de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, de la Universidad de Granada. Instrumentos de Recogida de datos. La observación sistemática, las entrevistas y los diarios. Estrategias de Formación, los estilos de enseñanza participativos, la discusión entre los profesores en formación, con sus compañeros y con el supervisor, así como el propio diario personal.

Conclusiones del estudio de las competencias docentes.1,- El programa de formación ha sido efectivo al conseguir un 87,5% de incremento de las competencias docentes en el grupo, destacando las competencias de la organización en la clase de esquí alpino.

2,- Las condiciones iniciales de cada sujeto marcan su progresión en un programa de formación inicial, por ello debemos hacer especial hincapié en aquellos grupos de competencias que les cuesta más asimilar. En nuestro estudio los profesores han encontrado más dificultades en mejorar las competencias pertenecientes a la demostración y al feedback.

3,- Los programas de formación inicial deben centrar sus enseñanzas en asegurar una buena transmisión de la información y en el uso frecuente y adecuado de recursos didácticos que faciliten las explicaciones en la nieve. Conclusiones del Estudio del Conocimiento Práctico. Después de analizar los

resultados obtenidos del análisis del contenido de los diarios, de su estudio estadístico y del análisis de la autonomía, hemos llegado a las siguientes conclusiones: 1,- El gran impacto de la 3ª fase, manifestado por todos los análisis realizados, donde han aumentado prácticamente todas las categorías temáticas, hace de este periodo un paso imprescindible para los programas de formación inicial en profesores de esquí alpino. 2,- El profesor en formación inicial de esquí alpino, ha reflexionado progresivamente a través de sus diarios durante el programa de formación, dado el aumento en la cantidad y profundidad de las declaraciones. Por tanto, concluimos que el uso de diarios, como estrategia de formación, es un elemento clave en el desarrollo de su conocimiento práctico en esta etapa formativa. 3,- El profesor de esquí con esta formación, ha mostrado una notable madurez temprana, sobre todo en las actuaciones en la 3ª fase, que ha facilitado esa búsqueda de la autonomía a través del programa de formación inicial. 4,- En el programa de formación inicial en el esquí alpino se debe favorecer el desarrollo de la técnica individual del profesor, para que pueda realizar demostraciones técnicas con calidad. Además, en todo programa de formación se debe incluir una parada de acceso para superar unas condiciones técnicas mínimas, como ocurre en el acceso a los estudios de técnicos deportivos en esquí alpino. 5,- La progresiva retirada del supervisor durante el programa de formación tuvo éxito en el aumento de la autonomía del docente de esquí alpino en prácticas, siendo la 3ª fase de clases reales la más favorecedora, y manifestándose su solvencia principalmente en la planificación, el feedback y en el control y desarrollo.

2.1.7 La superación profesional una opción para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico.

Publicado 10 de julio de 2012, formación en Ciencias de la Salud. Medicina laboral. Autor: MCS. Olga Lourdes Portuondo Hitchman. ⁽¹²⁾ Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera Ciudad de la Habana, Cuba. A nivel internacional la superación es fundamental para el desarrollo vertiginoso en el campo científico, tecnológico, económico, ambiental y social de cualquier país especialmente en la formación profesional; tener presente el papel

preponderante de la superación es premisa fundamental para su implementación. La educación superior y especialmente las universidades médicas del país tienen un sistema de superación y un reglamento para la educación de postgrado, sin embargo no cuentan con una planificación concreta, sistemática y planificada para potenciar la superación pedagógica de los profesores. En el caso de la carrera de Tecnología de la Salud esta problemática se exhibe de manera indiscutible, evidentemente ésto exige de la preparación de un claustro de profesores con un adecuado desempeño profesional para formar profesionales competentes que brinden servicios en los distintos centros asistenciales y en cada una de las especialidades correspondientes, en este caso la formación de tecnólogos de la salud. Es por esto que el objetivo de nuestro trabajo es hacer un análisis acerca de la conceptualización del término superación profesional. La metodología utilizada por la autora en esta investigación que es parte de su tesis doctoral integra métodos empíricos y teóricos , en este caso solo nos referiremos a los teóricos tales como histórico – lógico , análisis documental, y la sistematización los cuales permitieron analizar conceptos dados por diferentes investigadores del tema que permitieron llegar a la conceptualización del término superación profesional para los profesores objetos de estudio, considerando las actuales exigencias de la Educación Cubana y especialmente la Educación en Salud.

2.1.8 Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad preescolar sobre la preparación de loncheras saludables en la institución educativa inicial “San Martín de Porres” Lima – Cercado. 2011.⁽¹³⁾

TESIS Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR; Dean Eduardo Peña Huamán. Lima- Perú ,2013

Resumen: Objetivo; determinar la efectividad del programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad preescolar sobre la preparación de loncheras saludables en la Institución Educativa Inicial “San Martín de Porres” del distrito de Lima Cercado. **Material y Método:** El estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método cuasi - experimental y de un solo diseño y de corte transversal. La población estuvo conformada por 28 madres

de familia. La técnica que se utilizó fue la entrevista y el instrumento un cuestionario, el cuál fue sometido a juicios de expertos aplicado antes y después de la ejecución de programa educativo dirigido a los conocimientos referidos por las madres de familia; el cual fue sometido a juicio de expertos aplicado antes y después de la ejecución del programa educativo.

Resultados: Del 100%(28) madres encuestados, antes de participar del programa educativo, 45% (11) conocen sobre la preparación de la lonchera nutritiva. Después de participar del programa educativo 100% (28) madres, incrementaron los conocimientos sobre la preparación de la lonchera nutritiva.

Conclusiones: El programa educativo sobre la preparación de lonchera nutritiva fue efectivo en el incremento de conocimientos de las madres, luego de la aplicación del programa educativo, el cual fue demostrado a través de la prueba de t de student, obteniéndose un t cal. 12.4, con un nivel de significancia de $\alpha : 0.05$, por lo que se acepta la hipótesis de estudio y se comprueba la efectividad del programa educativo. Antes de la aplicación del programa educativo la mayoría de las madres no conocía, sobre la importancia de las proteínas, sobre la combinación de alimentos energéticos, constructores y reguladores, el considerar al queso como alimento rico en aportes calcio. Después de la ejecución de programa educativo la totalidad de cuidadores conoce sobre la preparación de la lonchera, y modelos adecuados de preparación de la lonchera nutritiva y, la importancia de la combinación de alimentos energéticos, constructores y reguladores alto aporte nutritivo.

Palabras claves: Efectividad, programa educativo, conocimientos, lonchera preescolar.

2.2 BASES TEÓRICAS:

2.2.1. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Reproductiva; La presente investigación está basada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud aprobado el 2007 por la OMS ,que tiene 158 páginas dentro del cual se considera al Partograma como herramienta para la atención del parto de un feto de presentación cefálico normal como se muestra en el anexo. ⁽¹⁴⁾

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad materno perinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana.

Desde 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales.

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. Por tal razón nos propusimos describir la evolución histórica del partograma, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, con vista a divulgar y ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunos países, se ha extendido muy poco a otras regiones.

Existen más de 200 tipos de partogramas ⁽¹⁴⁾ basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwartz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; estos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.

Concepto: Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

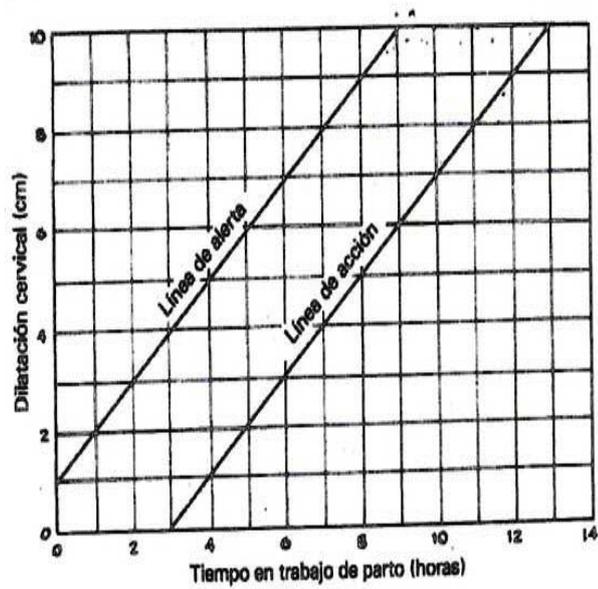
Objetivos del partograma

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad materno perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
2. Proveer a Obstetras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.

Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto (figura 1)

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espaldas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos).

GRÁFICO N°1



Fuente: Guía de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva MINSA. 2004.

Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto

2.2.2. El parto y la evolución histórica del partograma.

En 1954, Friedman estableció el concepto de *análisis gráfico del trabajo de parto*, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada.

La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados materno perinatales ejerce una influencia desfavorable.

CUADRO N°1

Fase latente prolongada

	Múltiparas	Nulíparas
Friedman,1954	20 horas	14 horas
Promedio	4,8 horas	6,4 horas
Friedman y Sachtleben, 1972		
	14 horas	20 horas
Promedio	5,3 horas	8,6 horas
Dexeus		En nuestro medio: 8 horas (independientemente de la paridad)

Fuente: Guía de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva MINSA. 2007.

En el Hospital Ginecoobstétrico Docente Sur de Santiago de Cuba se realizó un estudio de caracterización de la fase latente durante un quinquenio en 2,300 gestantes, donde se demostró que 90 % de ellas pasaban a la fase activa antes

de las 8 horas, por lo cual se consideró la fase latente como prolongada a partir de las 8 horas de evolución sin pasar a la fase activa. Este grupo de embarazadas formó parte de un estudio multicéntrico, donde se aplicó el tratamiento activo no invasivo (TANI) con el uso de misoprostol en dosis de 25 µg cada 6 horas: 2 dosis en multíparas y 3 en nulíparas (**esquema**). El citado medicamento actuaría sobre la resistencia cervical, considerada la causa principal de fase latente prolongada (tratamiento de base etiológica). Con esta terapéutica hemos reducido en 50 % el tiempo en que las pacientes en fase latente prolongada pasan a la fase activa, de modo que comparado con el método convencional han disminuido la incidencia de distocia en fase activa y el indicador cesárea, así como mejorado notablemente los resultados materno perinatales.

Otro esquema es el considerado por la OMS, donde se propone que después de prolongarse la fase latente por más de 8 horas, se utilicen oxitocina y amniotomía; pero si en las próximas 8 horas no se alcanza la fase activa, debe procederse a la operación cesárea (tratamiento activo invasivo) (TAI).

En la fase activa es notorio el cambio en la representación gráfica, debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aún más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en 3 etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración, cada una con una duración promedio de 2 horas y con base de distribución sobre los percentiles 5-95. La velocidad de la dilatación debe exceder 1,2 cm. por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas.

La etapa de aceleración es corta y variable, pero importante para definir el resultado final del trabajo de parto; cuando está se torna lenta, indica que el parto será prolongado. La pendiente máxima permite forjarse una clara idea sobre la eficacia de la fuerza de las contracciones para dilatar el cuello, dado que en ella ocurre la parte principal de la dilatación cervical. La desaceleración comprende la etapa de la fase final del primer período del parto para dar paso al segundo y refleja la relación feto-pélvica; sin embargo, para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal

presentada y tenga una pendiente poco pronunciada. En el período de descenso con distribución basada en los percentiles 5-95 de Friedman, la velocidad de descenso debe ser mayor de 1 cm. por hora en nulíparas y 2 cm por hora en multíparas; durante la fase latente y la aceleración de la dilatación no desciende la presentación fetal o es muy ligera. El descenso en general se inicia en la etapa de pendiente máxima y va haciéndose prácticamente lineal hasta que la presentación llega al periné.

En 1972, Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto, a fin de ayudar a parteras a vigilar en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital.

La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal y, por tanto, el concurso de un médico (**Grafico N° 2**).

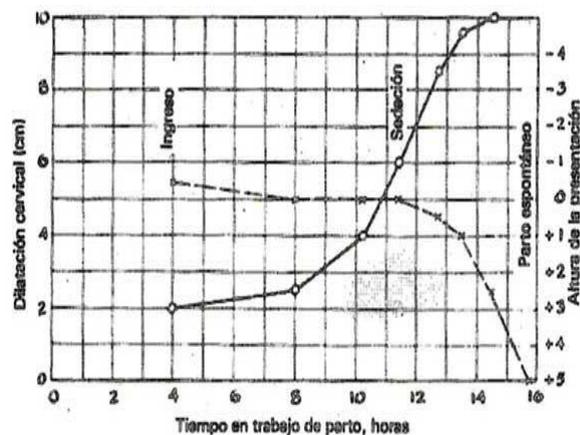


GRÁFICO N° 2

Fuente: Guía de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva MINSa. 2007.

Grafico 2. Líneas de alerta y acción

En 1984, De Ross y Hayashi recomendaron gráficos con 3 líneas: la de trabajo de parto mínimo, la de alerta y la de acción, paralelas y con 2 horas de diferencia cada una. Si el trabajo de parto sigue la línea de trabajo de parto mínimo, se permite la evolución del parto; si cruza la línea de alerta, ha de valorarse la utilidad del trabajo de parto, el potencial de desproporción cefalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación con oxitocina; pero si atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitocina y tratar una DCP.

En 1998 Schwarcz, Díaz y Nieto describieron una guía para la vigilancia del parto, a través de un partograma con curvas de alerta que fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS en 1,888 partos con bajo riesgo de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos. Las curvas de alerta consideran en su percentil 10 la evolución de la dilatación cervical para diferentes condiciones maternas y obstétricas.

Las variables utilizadas fueron: paridad (nulípara sin parto previo, y multípara con uno o más partos previos), posición materna (vertical: sentada, parada o caminando y horizontal: en cama) y estado de integridad de las membranas (perforadas o íntegras). De la combinación de estas variables se derivan 5 curvas de alerta diferentes, que parten de los 4 a 5 cm de dilatación, donde se trazará la línea de base.

Desde el inicio se dibujará la curva de alerta que mejor se corresponda con el caso; pero al producirse un cambio en las condiciones obstétricas, se trazará una curva de acuerdo con ello.

La curva comenzará a delinearse a partir del punto en que cruce la línea de base; y si ha superado esta dilatación, a partir del eje vertical izquierdo, según sea la dilatación ocurrida.

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en que cada uno de los 5 grupos mencionados incrementa la dilatación: de 4 - 5 a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 cm al parto. En la gestante pueden darse 3 situaciones:

1. El ingreso temprano: antes de los 4-5 cm de dilatación.
2. Las condiciones cambiantes: varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto.
3. El ingreso tardío: ingresa con dilatación superior a los 4-5 cm.

Entre 1988 y 1991, en el centro universitario Karachi de Pakistán, Khan y Risvi utilizaron un modelo de partograma como predictor de rotura de la cicatriz uterina en pacientes con antecedentes de cesárea segmentaria baja, que tuvieron un trabajo de parto espontáneo, para lo cual usaron el mismo modelo en papel cuadriculado, dividido en 5 zonas de tiempo: A (área a la izquierda de la línea de alerta), B (de 0 a 1 hora después de la línea de alerta), C (de 1 a 2 horas después de la línea de alerta), D (de 2 a 3 horas después de la línea de alerta), E y F (más de 3 horas después de la línea de alerta). Para la línea de acción se definieron 2 tiempos: hasta 2 horas después de la línea de alerta y más de 2 horas de la línea de alerta (zonas D y F).

Dos y 3 horas después de la línea de alerta, las zonas tuvieron una sensibilidad de 71 y 43 % en ese orden, y una especificidad de 78 y 96 %, respectivamente, en la predicción de la rotura de la cicatriz uterina, de forma que la línea de acción en esta zona de tiempo probablemente ayudaría a reducir la posibilidad de rotura sin un aumento inaceptable de la proporción de operaciones cesáreas.

En 1993, Ferrás *et al* realizaron un estudio multicéntrico en gestantes brasileñas, que incluyó tomar curvas de 1,382 parturientas con bajo riesgo, ingresadas en 9 hospitales públicos y con dilatación igual o inferior a 4 cm, a partir de lo cual concluyeron que sus patrones de curva no diferían de los descritos en embarazadas de otros países.

Van Dessel *et al*, del Instituto de Obstetricia y Ginecología de Róterdam, publicaron en 1994 un artículo sobre la dinámica cervical durante el primer período del parto a través de mediciones ultrasonográficas de la dilatación cervical en nulíparas y multíparas con parto espontáneo e inducción con

oxitocina en una muestra de 62 pacientes, donde daban pruebas de que la velocidad de dilatación y el trabajo miometral fue menor en multíparas que en nulíparas; resultados que contradecían los de Friedman.

En 1995, Laurie *et al*²⁸ decidieron comprobar la hipótesis de que la distocia de hombro debía sospecharse con el partograma, de manera que utilizaron retrospectivamente 52 nacimientos con distocia de hombros, pareados con igual número de consecutivos, y demostraron que el trabajo de parto prolongado no constituye un factor de riesgo para la distocia de hombro.

En Ginebra, un grupo de especialistas que desarrolló el modelo de la OMS, después de recopilar todos los trabajos editados acerca del partograma y seleccionarlos, extrajeron las mejores características de cada uno, y luego de simplificarlas, determinaron que la fase activa del trabajo de parto comienza con 3 cm de dilatación cervical, la fase latente no debe durar más 8 horas y la dilatación cervical en fase activa no ha de ser menor de 1 cm por hora; tiempo límite entre el “enlentecimiento” del trabajo de parto y la necesidad de intervención a las 4 horas por el compromiso fetal o materno para evitar intervenciones innecesarias, a lo cual se añade la indicación de diferentes exámenes vaginales (se recomienda uno cada 4 horas).

Si las parteras y demás personal que sigue el trabajo de parto, afrontan dificultades para elaborar el partograma, deben usar uno con líneas impresas, eliminando el exceso de aquellas que puedan ser causa de una posterior confusión.

La línea de alerta se dibuja a partir de los 3 cm después de las 8 horas del período de latencia y la de acción 4 horas después. En la zona de la derecha de la línea de alerta se extrema la vigilancia y en la línea de acción se sitúa el punto crítico de las decisiones que debieron ser tomadas.

2.2.3. Ventajas del partograma

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad materno perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.
3. Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
4. Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y asequible.

Uso del partograma de la OMS modificado.

Información sobre la paciente: Nombre completo, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas.

Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora.

Líquido amniótico:

Registre el color del líquido amniótico en cada examen vaginal:

I: Membranas intactas;

R: Momento de la rotura de membranas;

C: Membranas rotas, líquido claro;

M: Líquido con manchas de meconio;

S: Líquido con manchas de sangre.

Moldeamiento

1: Suturas lado a lado.

2: Suturas superpuestas, pero reducibles.

3: Suturas superpuestas y no reducibles.

Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal y marque con una cruz . A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el parto grama.

Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello Uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.

Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la Parte de la cabeza (dividida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen vaginal. A 0/5, el Sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.

Nº de horas:

Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

Hora:

Registre el tiempo real.

Contracciones:

Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones durante 10 min y la duración de las mismas en segundos.

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:

Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV.en gotas por minuto, cada 30 minutos.

Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

Pulso:

Registre cada 30 minutos y marque con un punto (·).

Presión arterial:

Registre cada 4 horas y marque con flechas.

Temperatura:

Registre cada 2 horas.

Proteína, acetona y volumen:

Registre cada vez que se produce la orina.

2.2.4. TALLER DE CONOCIMIENTOS: El taller del conocimiento es un lugar de encuentro entre la teoría y la práctica, un lugar donde los profesionales y los supervisores/investigadores conjuntamente trabajan para conseguir un desarrollo sistemático de los conocimientos y la comprensión de la actividad práctica.

Los profesionales transmiten mediante relatos de situaciones concretas su conocimiento basado en la experiencia. Los relatos son objeto de exploración sistemática y reflexión en diálogos. Es un proceso de contar los relatos y su transformación, alternando entre lo oral y lo escrito., entre lo concreto y lo teórico. Los temas de los relatos son observados desde distintos ángulos, con aportaciones de la ética, la filosofía y el arte. También desde la teoría. De este modo la experiencia será una fuente para una comprensión más profunda.

consideraciones sobre la clase taller en la formación del profesional en Ciencias Médicas M.C. Arturo Puga García y M.C. Mayra Madiedo Albolatrach (16) revista 2007.

En los últimos años, la educación médica superior ha estado involucrada en profundos cambios prometedores para el logro de mejores resultados en la formación integral de los estudiantes. La clase taller constituye una forma organizativa de actualidad en la pedagogía contemporánea y un reto, para que su desarrollo en los nuevos modelos formativos de las ciencias médicas, constituya una vía para la educación del alumno sustentada en el valor humanitario que caracteriza al profesional de la salud. Con el objetivo de analizar los aspectos didácticos y metodológicos de este tipo de actividad docente, se realizó una revisión del tema para exponer sus propósitos dentro de la enseñanza de las ciencias médicas, a partir de novedosos enfoques pedagógicos y con el predominio de métodos activos de enseñanza. Se identificaron los aspectos positivos que permiten argumentar las ventajas que

aporta la clase taller en la formación humanitaria y en la independencia cognoscitiva de los futuros egresados.

Palabras clave: Clase taller, educación en ciencias médicas, enseñanza-aprendizaje.

Introducción: La elevación de la calidad en la preparación de los profesionales constituye un objetivo priorizado del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). El ritmo y complejidad del desarrollo de la ciencia y la técnica en la actualidad, unido a las exigencias crecientes que imponen las condiciones de trabajo, determinan la necesidad ineludible de realizar un conjunto de tareas encaminadas a la consecución de este objetivo.

Los especialistas altamente calificados que requiere el país deben caracterizarse por un alto espíritu de independencia en la búsqueda activa de nuevos conocimientos y su aplicación, por un pensamiento creador, por convicciones políticas, ideológicas y morales que le permitan orientarse de modo independiente y según los principios de la moral, en los principales problemas que enfrentan, poniendo estas cualidades al servicio de la sociedad.

La independencia o autonomía es una cualidad de la personalidad que se manifiesta en los distintos tipos de actividad que realiza el individuo como muestra de una voluntad propia. La independencia constituye un componente imprescindible para el logro de una *posición activa* en los estudiantes, para la formación de actitudes entusiastas, creadoras y conscientes, ante el estudio y en el desempeño de su actividad profesional y de las diferentes funciones sociales.

En esta independencia del alumno, no se puede contemplar sólo factores externos (métodos y procedimientos, formas de organización docente y su idoneidad en torno al trabajo independiente) sino también, factores internos, es decir, la organización lógica y psicológica del trabajo independiente lo cual incluye a los estudiantes en un conjunto de tareas aisladas y en un sistema de medidas didácticas que garantice el desarrollo ascendente e ininterrumpido de la independencia cognoscitiva.¹

Tanto el educando, como el educador necesitan prepararse para asumir los nuevos roles que requiere la educación actual. La función del profesor como transmisor de información se ha ido transformando en la de organizador y director del proceso docente.

Se producen cambios en la situación socio-psicológica del aula, que implican cambios en las actitudes de los docentes, la autoridad del maestro, que imponía subordinación a los estudiantes, debe sustituirse por la colaboración entre docentes y estudiantes. Esto supone nuevas exigencias al profesor, una mayor capacitación psicopedagógica, el desarrollo de habilidades comunicativas para organizar la interacción con los alumnos, comunicarse con ellos y dirigir su actividad.

Freire, Paulo (1999), ⁽¹⁷⁾ es uno de los autores que más ha contribuido a la actual comprensión de la educación como proceso comunicativo. La dialogicidad de la educación que propone este autor, no se refiere sólo a los métodos de enseñanza-aprendizaje, sino que se inicia cuando el profesor empieza a pensar en aquellos contenidos sobre los cuales va a dialogar con los alumnos. “Resulta imprescindible partir de las experiencias, vivencias e intereses de los educandos, de su saber propio”.

Existe el desconocimiento por parte de un creciente número de profesores noveles de las características de las clases talleres y su utilización en el desarrollo de cualidades, valores y actitudes acorde a los futuros egresados de las universidades médicas.

¿Cómo perfeccionar entonces la formación del estudiantado en Ciencias Médicas?

El trabajo debe encaminarse en 2 direcciones: interdisciplinaria e interdisciplinaria. Estas vías deben partir de un profundo análisis comparativo de los currículos sobre la base de las exigencias sociales en la formación del profesional de la salud. En esta proyección, una concepción esencial, la constituyen los talleres integradores intra e interdisciplinarios.

Talleres integradores

El taller como forma de organización de la docencia puede tomar elementos de otros tipos de clases ya conocidas (conferencias, clases prácticas, seminarios, consulta, etcétera), pero las trasciende en un proceso de hibridación donde el equilibrio y el tono lo aportan los objetivos, actividades, métodos seleccionados, niveles de asimilación y estructura metodológica, que es siempre flexible y abierta.

Funciones de la clase taller

Cognoscitiva. En la sistematización de los conocimientos adquiridos durante el aprendizaje, en su actualización y en la creación y consolidación.

Metodológica. Cada taller deviene modelo de actuación pedagógica para el futuro profesional y debe revelar métodos de apropiación y exposición del contenido científico que luego debe adecuar a los requerimientos de la asignatura.

Educativa. En el estrecho contacto profesor-alumno, alumno-alumno, alumno-grupo y grupo-profesor en un ámbito que trasciende el formalismo y se expande en la labor extra docente y de extensión universitaria, donde se abren espacios para el análisis, la búsqueda de respeto a la opinión ajena, la aplicación de métodos de discusión adecuados, el reconocimiento al mérito ajeno y la cooperación en la construcción de los aprendizajes y valores que tipifican al modelo de hombre socialista.

Control. En el diagnóstico del nivel de conocimiento y habilidades de los estudiantes y su desarrollo progresivo para alcanzar los objetivos propuestos, ya que el taller es una vía idónea para que la evaluación cumpla con su función formativa y el estudiante ejerza el autocontrol de su aprendizaje.

Los talleres integradores se pueden utilizar con diferentes funciones en un sentido horizontal (entre varias ciencias) y vertical (especialidades de una

ciencia) pero siempre con el propósito de integrar, sistematizar y consolidar conocimientos.

Elementos esenciales de la clase taller

Cuya temática está estrechamente vinculada con un tema del programa y forma parte orgánica del sistema de formas de organización docente (FOD).

Aborda una problemática circunscrita a un conjunto de temas del programa de una asignatura a manera de nexo o sistematización.

Se inserta para establecer relaciones entre varias asignaturas que conforman la disciplina en un mismo año. También para establecer nexos interdisciplinarios entre disciplinas que coexisten en el mismo año, o que preceden o suceden a aquella que sirve como eje integrador.

Encaminada a la búsqueda parcial de carácter investigativo o al desarrollo de habilidades generales del modelo del profesional, que no tiene necesariamente que responder al contenido de una disciplina particular, pues trasciende y se encuentran en los niveles del año.

Opera en el marco de la extensión universitaria o en la relación formación del profesional-comunidad, con un nivel de ascenso gradual en los años superiores a manera de complementación y contextualización.

A los efectos prácticos, esta tipología del taller que oscila entre 2-4 horas no representa una asignatura o disciplina más, sino que fluye armónicamente como parte de la estrategia de los niveles del trabajo metodológico (colectivo de asignatura, disciplina, año y carrera) y puede y debe –una vez creadas las condiciones organizativo-docentes, de horario, profesorado y aula– servir para estudiantes de varias carreras.²

La independencia cognoscitiva a la que está expuesto el estudiante universitario debe ser potenciada por el accionar del claustro docente, el cual debe orientarse tanto a ofrecerle al profesional en formación los conocimientos científicos y sociales requeridos para la explicación y previsión de su desenvolvimiento social

y de su adecuada inserción, como a incidir en la conformación de su capacidad de valoración de la realidad.

En la actualidad el verdadero reto está en cómo cambiar la universidad tradicional por una universidad abierta e interactuante, creativa y de intervención en los procesos sociales.

El proceso educativo del educando como sujeto se asienta en momentos claves de su desarrollo expresados por el aprender a aprender, aprender a ser, aprender a actuar y a hacer, aprender a convivir, aprender a cooperar y ser solidario, aprender a emprender. La calidad de la educación es en último término, el propio sujeto educativo, es la propia persona, es el propio ser humano con sus capacidades, convicciones, sentimientos y potencialidades desplegadas en razón de su vida y responsabilidades personales y sociales.⁴

Es necesaria la conciliación de los componentes teóricos, cognoscitivos y práctico-profesional. Con la formación de valores en el ámbito de la pedagogía contemporánea, se privilegia el aprendizaje participativo, las técnicas de trabajo en grupos, así como los procedimientos lúdicos de formación activa: aprender haciendo, resolviendo problemas profesionales y preparando al hombre para la vida.

Los nuevos retos y desafíos de la docencia de las ciencias médicas en la actualidad deparan creatividad, flexibilidad, inteligencia, capacitación y responsabilidad por parte del claustro profesoral, para conjuntamente con el estudiantado universitario poder lograr mediante las diversas formas de organización docente, la independencia cognoscitiva del futuro profesional de la salud.

La formación humanitaria del educando universitario en el escenario docente de una clase taller. El predominio en la enseñanza del utilitarismo, el deformador enfoque practicista de la educación y la consiguiente preparación de profesionales estrechos y no suficientemente aptos para comprender y cambiar su entorno, puede y debe ser superado mediante la formación humanitaria, que

no desconozca, como ha recordado el educador y transformador social cubano Carlos Rafael Rodríguez, que “la mejor profesión es la de hombre”.

Si no se toma en consideración una adecuada formación humanitaria, en particular por el educando en las universidades, no es posible, o al menos se dificulta significativamente y se carece intelectual y prácticamente, del cumplimiento de los genuinos fines educativos y sociales que deben ser alcanzados y por los que se debe orientar la escuela superior en la actualidad.

La ausencia o la inadecuada realización de la formación humanitaria del futuro profesional de nivel superior, influye de modo relevante en la distorsión de la configuración multilateral de su personalidad, en la limitada maduración de su natural condición humana y social, en la reducción de la eficiencia de su labor profesional y en el empobrecimiento de sus aptitudes para insertarse como sujeto activo en la vida social, entre otros aspectos.

La función del claustro docente es contribuir a la formación humanitaria de los educandos en cualquiera de las formas organizativas docentes utilizadas, no obstante, el taller permite en un sentido más abarcador cumplir con esta función.

El valor epistemológico de la clase taller, favorece a que el estudiante se enfrente en su formación a la lógica de cada ciencia y a su secuencia en el orden gnoseológico y didáctico, así podrá trabajar de una manera libre y creativa con ese arreglo didáctico que es la asignatura. De igual forma, el alumno percibirá el valor cognitivo desarrollador del taller, evidenciándose que el conocimiento es infinito y ningún currículo podrá abarcarlo nunca.

Metas de la educación en la clase taller

Promover *la autorrealización*, o sea, se debe estimular las potencialidades de los individuos para que lleguen a la altura máxima que la especie humana puede alcanzar. La educación debe ayudar a que las personas logren lo mejor de lo que son capaces.

Ayudar a los individuos a vivir en un mundo en perpetuo cambio, donde lo más importante no es adquirir conocimientos sino *aprender a aprender*.

Hacer énfasis en los aspectos éticos y morales convirtiendo a las personas en seres altruistas, generosos, creativos con una fuerte conciencia social, respetuosos de las necesidades, derechos e intereses de los demás.

Postular la función del profesor en facilitar el aprendizaje del estudiante a través de proporcionarle las condiciones para que este acto no se de en forma autónoma. Se deben convertir los escenarios docentes en comunidades de aprendizaje, donde la obtención de nuevos conocimientos recupere su sentido lúdico y placentero.

Crear una atmósfera de total respeto y apoyo a la curiosidad, la duda, valorar la búsqueda personalizada de los conocimientos, donde todas las cosas se vuelven objeto de estudio y exploración.

No propiciar al profesor, la dirección absoluta de estas comunidades, sino que participe como un facilitador e integrante más del grupo. Por ello, es importante que estimule y propicie la cooperación y apoyo entre compañeros.

Se hace necesario un cambio de las actitudes y creencias de los profesores en la validez del taller, los efectos de cualquier innovación didáctica serán de corto plazo o inexistentes. Se deben modificar las actitudes de los maestros para que desempeñen en forma radicalmente distinta su trabajo, aceptando nuevas formas de enseñanza. Existen 3 condiciones esenciales para que el profesor facilite el aprendizaje en una clase taller:

Mostrarse ante los estudiantes tal como es, manifestando sus sentimientos. Crear un clima de aceptación, estima y confianza en el escenario docente, existiendo un mutuo respeto entre alumno y profesor, donde todos sientan que son importantes y que no se les va a estar enjuiciando, criticando o burlando. Comprensión empática, es decir, ponerse en el lugar de los alumnos. El profesor debe tratar de comprender sus reacciones íntimas, para de esta

forma ayudarlos a superar las dificultades y de ahí convertir estas experiencias en un crecimiento personal.

La interpretación, discusión y reflexión, caracterizan el conocimiento individual, lo enriquecen, permitiéndole la creación colectiva del conocimiento.

2.2.4.1. CONCEPTOS TEÓRICOS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL NORMAL:

El concepto teórico es una entidad abstracta adquirida por la mente humana. En tanto construcción mental, puede reflejar aspectos de la realidad, aunque esta no es una condición excluyente. Los conceptos son extremadamente importantes en lo referente a la comunicación humana, siendo la sustancia a la que remiten los significantes lingüísticos.

Los conceptos son la mera asociación entre símbolos verbales y objetos Vigotsky.Lev. (2008). Es de especial importancia, para entender el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, el fenómeno psíquico de «internalización» del sujeto, cuyo proceso de autoformación se constituye a partir de la apropiación gradual y progresiva de una gran diversidad de operaciones de carácter socio-psicológico, conformado a partir de las interrelaciones sociales y en general de mediación cultural. En esta dinámica de operaciones, la cultura se va apropiando del mismo sujeto.

Este permanente proceso de internalización cultural, científica, tecnológica, valorativa, etc., revoluciona y reorganiza continuamente la actividad psicológica de los sujetos sociales; la internalización que se manifiesta en un progresivo control, regulación y dominio de sí mismo, conducta que se evidencia en el ámbito sociocultural.

Este origen social y cultural de la conducta individual y colectiva del sujeto es sólo un ejemplo de la importancia que el fenómeno de internalización de normas, valores, etc., representa para la preservación, desarrollo y evolución de la sociedad y al cual Vygotsky define como la «*ley de la doble formación*» o «*ley genética general del desarrollo cultural*».

En este proceso de internalización, no hay que olvidar el papel fundamental que desempeñan los «*instrumentos de mediación*», que son creados y proporcionados por el medio sociocultural. El más importante de ellos, desde la perspectiva de su teoría, es el lenguaje (oral, escrito y el pensamiento).

Por internalización se entiende al proceso que implica la transformación de fenómenos sociales en fenómenos psicológicos, a través del uso de herramientas y signos. Esta serie de transformaciones psíquicas se sintetizan de la siguiente forma:

Una operación que inicialmente representa una actividad externa, se construye y comienza a suceder interiormente; un proceso interpersonal queda transformado en otro de carácter intrapersonal; la transformación de un proceso interpersonal en un proceso intrapersonal, es el resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos. Vygotsky consideraba que la internalización hace referencia a un proceso de autoconstrucción y reconstrucción psíquica, a una serie de transformaciones progresivas internas, originadas en operaciones o actividades de orden externo, mediadas por signos y herramientas socialmente construidas.

El desarrollo de este fenómeno de internalización se presenta en una primera etapa cuando el sujeto, a partir de su nacimiento, interactúa con sus congéneres en un medio familiar y escolar sociocultural específico. Experiencias que paulatinamente se van transformando en procesos mentales.

Este proceso de internalización es comparable al trabajo de María Montessori, cuando llamaba la mente del niño de 0 a 6 años *mente absorbente* y la comparaba con una impresión fotográfica en la que la mente *absorbe* el ambiente, las costumbres, las reglas sociales, el lenguaje, la cultura de su tiempo y lugar. Véase el libro *La mente absorbente o El niño: El secreto de la infancia*. La originalidad de este planteamiento, fundamentado en una concepción integral del individuo y de las complejas relaciones sociales, supera los esquemas parciales presentados por el conductismo y la Gestalt, al formular Vygotsky la existencia de una vinculación inherente entre el plano ínter psicológico (social) y

el plano intrapsicológico (individual), su relación con los procesos de interiorización y el dominio de los instrumentos de mediación.

Esta doble relación hace énfasis en la importancia del medio sociocultural y de los instrumentos de mediación para la autoformación y evolución de los procesos psicológicos superiores (el pensamiento, la capacidad de análisis–síntesis, la argumentación, la reflexión o la abstracción, entre otros).

La transformación de un proceso interpersonal en un proceso intrapersonal es el resultado de una larga serie de sucesos evolutivos y de apropiación de la cultura que, paulatinamente, van orientando la conducta individual y comunitaria que se manifiesta en acciones en el medio sociocultural circundante. Este proceso es representativo de la proyección teórica dialéctica vigotskiana. En tanto que es dialéctica, se inicia en la sociedad y retorna a ella, pero en un nivel superior. Al respecto, Vygotsky afirma: «...la internalización de las actividades socialmente originadas e históricamente desarrolladas es el rasgo distintivo de la Psicología humana. La base del salto de la Psicología animal a la humana.»

De este análisis es posible inferir que el fenómeno de internalización es un proceso totalmente distinto a la reproducción o copia psíquica de la realidad externa, y que, según Leóntiev (discípulo y amigo cercano de Vygotsky), «los procesos de internalización no consisten en la transferencia de una actividad externa a un plano interno preexistente, sino que son procesos mediante los cuales este plano se transforma.»

En síntesis, en el marco de la teoría vigotskiana los procesos de interiorización son creadores de la personalidad, de la conciencia individual y social. Son procesos fundamentales para el desarrollo de los procesos psicológicos superiores en el que participan los instrumentos de mediación, especialmente el lenguaje. La internalización es el precursor de nuevas funciones interpsicológicas. Es la génesis de la zona de desarrollo próximo.

Por lo tanto, no es una simple copia o reflejo interno de la realidad externa, no es un mecanismo de recepción de experiencias del sujeto en su relación con la

naturaleza y la sociedad, no es una transformación mecánica de *algo* externo en interno.

El proceso psíquico de internalización implica que una experiencia social (el lenguaje social cotidiano del niño a nivel preescolar o escolarizado) paulatinamente se va transformando en lenguaje de usos intelectuales (el socio-lenguaje cotidiano del niño se va transformando en pensamientos), y tiene como etapa intermedia el lenguaje egocéntrico. En la medida de este perfeccionamiento, el sujeto va desarrollando su autonomía o independencia con los objetos reales, concretos, que comienzan a manifestarse mentalmente en su aspecto abstracto. En esta última fase de la internalización, se identifican conceptos del trabajo de parto normal.

2.2.4.1.1 IDENTIFICA CONCEPTOS EN EL PRIMER PERIODO DEL PARTO VAGINAL NORMAL.

Internaliza conceptos del primer período del trabajo de parto tiene como finalidad dilatar el cuello uterino. Se produce cuando las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. Las contracciones son cada vez más frecuentes y más intensas, hasta una cada dos minutos y producen el borramiento o adelgazamiento y la dilatación del cuello del útero, lo que permite denominar a este período como período de dilatación.

La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores (en el caso de las primerizas hasta 18 horas) La etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino.

2.2.4.1.2. IDENTIFICA CONCEPTOS DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO VAGINAL NORMAL .

Internaliza conceptos en este periodo. considerado después de la expulsión del feto hasta la expulsión de la placenta, es También llamada *período expulsivo* o *período de pujar* y termina con el nacimiento del bebé. Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las

contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos.

En el período expulsivo o segundo período distinguimos dos fases: la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto

2.2.4.1.3 IDENTIFICA CONCEPTOS EN EL TERCER PERIODO DEL PARTO.

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; ésto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta, cuanto más sale el cordón, más avanza la placenta hacia fuera de la cavidad uterina. Ese movimiento natural del cordón umbilical proporcional al descenso de la placenta se conoce con el nombre de *signo de Ahlfeld*.

El desprendimiento de la placenta ocurre en dos posibles mecanismos. El primero el desprendimiento ocurre en el centro de la unión útero-placentaria, mecanismo conocido como mecanismo de Baudelocque-Schultze y por lo general son cerca del 95% de los casos. Menos frecuente es cuando la placenta se desgarran inicialmente de los lados de la unión útero-placentaria, conocido como el *mecanismo de Baudelocque-Duncan*. Las contracciones uterinas continúan durante el descenso de la placenta, las cuales ayudan a comprimir los vasos terminales del miometrio que pierden su utilidad después del parto, proceso que se conoce en obstetricia como las ligaduras vivas de Pinard.

2.2.4.2. HABILIDADES Y DESTREZAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL:

Las destrezas son entendidas como las habilidades, surgidas de la aptitud, que convertidas en competencias, han logrado un nivel de desarrollo lindante con la eficiencia. Una habilidad es la capacitación intelectual que va a favorecer el aprendizaje. Los sujetos pueden desarrollar habilidades verbales, numéricas,

lógicas, analíticas, vinculadas con la atención, la concentración y la memoria, entre otras. Los requerimientos laborales, expresados en las competencias que detenta cada cargo o puesto, van a ser más eficientes, en la medida que se coloquen en cada uno de ellos a sujetos que detenten un nivel elevado de la habilidad requerida, de ahí que sea fundamental medir las habilidades para determinar la destrezas en el cargo a desempeñar.⁽¹⁸⁾

Se corrobora mediante el interrogatorio, cuadro clínico y el examen físico de la embarazada.

a) Interrogatorio: La paciente refiere contracciones uterinas manifestadas como dolor tipo cólico intermitente en abdomen y pelvis, que se irradia hacia la región lumbosacra, y aumenta en frecuencia, intensidad y tiempo de duración. Puede referir expulsión transvaginal de moco, sanguinolento, que correspondería en la eliminación del tapón mucoso cervical. Sensación de pesadez pélvica, pujo y tenesmo refiriendo en ocasiones salida involuntaria de líquido transvaginal.

b) Examen físico y obstétrico: Es imprescindible realizar un examen físico general y obstétrico.

La exploración obstétrica incluye:

Abdomen se comprueba por palpación la existencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 o más en 10 minutos, con una duración de 30 segundos o más, de carácter rítmico y progresivo en frecuencia, duración e intensidad. Mediante maniobras de Leopold se determinará situación, posición y presentación fetales.

Auscultación de la frecuencia cardiaca Fetal durante el trabajo de parto. Sea cual fuere el método de vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal. (estetoscopio de pinard o diversos aparatos tipo Dopler), ésta se debe auscultar inmediatamente posterior a la contracción uterina y se deben observar ciertas características a saber.

Frecuencia es el número de latidos cardiacos fetales que se presentan en un minuto; se ha tomado como normal el valor de 100 a 180 latidos/minuto.

Ritmo. Es la periodicidad con que se perciben los latidos cardiacos fetales, los cuales deben de ser nítidos.

El cuidado que se tenga en permanecer siempre cerca de la paciente durante el trabajo de parto, vigilando estrechamente la frecuencia cardiaca fetal, nos evitará complicaciones.

Examen vaginal con especulo o por tacto vaginal, según el caso.

Determinar dilatación y borramiento cervicales, estado de las membranas fetales, presentación, altura, posición y tipo de pelvis.

c) Aspectos del trabajo de parto: El conocimiento sobre los periodos y fases por las cuales transcurre el trabajo de parto, permitirá brindar un control adecuado a la embarazada.

Los periodos son:

El primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas, culminando con la dilatación y borramiento cervicales completos.

El segundo periodo comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto.

El tercer periodo corresponde al alumbramiento o expulsión de la placenta.

De acuerdo con la curva de Friedman que es la gráfica del trabajo de parto en cuanto a dilatación cervical y descenso de la presentación fetal y los planos de Hodge, al primer periodo se le pueden distinguir dos fases:

a. Fase uno o latente (de preparación): desde el inicio de las contracciones hasta una dilatación de 4 cm. Su pendiente es poco pronunciada. Su duración en la nulípara es de ocho a diez horas y nunca llega a 20 horas; en las multíparas es menor de 14 horas. En nulípara se espera exista cierto grado de descenso de la presentación.

b. Fase dos o activa: tiene duración de seis a siete horas y comprende tres etapas; una fase de aceleración que comienza con el descenso de la curva de Friedman hasta que llega a cuatro centímetros de dilatación. La última etapa es la de desaceleración que culmina con la dilatación completa de 10cm. Su pendiente es poco pronunciada y dura menos de dos horas. El descenso de la presentación se presenta de manera variable hasta alcanzar el máximo al inicio de la desaceleración y termina con la expulsión del producto.

Actualmente se valora la velocidad de dilatación según la curva de alerta Partógrama OMS.

d) Monitorización y manejo del trabajo de parto

Debe ser realizada cada 15, 30 minutos, uno o dos horas, de acuerdo a las condiciones de cada paciente y debe ser registrada en el partograma. Este monitoreo incluye:

- a. Asegurar una vena permeable.
- b. Signos vitales cada hora.
- c. La frecuencia cardiaca fetal se debe auscultar intermitentemente (estetoscopio de Pinard) cada 15 minutos. En embarazos de alto riesgo se indica monitorización cardiaca fetal continua electrónica (toco cardiógrafo).
- d. Vigilancia continua de la actividad uterina en su frecuencia, duración e intensidad.
- e. Examen vaginal (tacto vaginal cada dos horas o cuando sea necesario, en la fase activa del trabajo de parto, bajo estrictas condiciones de asepsia, para determinar la evolución de la dilatación cervical y del descenso de la presentación.
- f. Se puede realizar amniotomía cuando se realiza manejo activo del trabajo de parto, o para evaluar líquido amniótico, descenso de la presentación.
- g. Indicar analgesia obstétrica de acuerdo con cada caso particular. No se realiza de rutina.
- h. La atención del parto debe realizarse en la sala de expulsión, donde se pasa en el momento oportuno.

En relación al uso de oxitócicos existen diferentes sustancias de utilidad en el trabajo de parto, ya sea para inducir el parto o para acelerarlo. La idea de su uso es acortar la fase latente del parto y desencadenar la fase activa. Este procedimiento sólo debe efectuarse ante alguna condición o patología que requiera la interrupción del embarazo antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. No debe adoptarse la práctica clínica de inducciones por complacencia, dado que cada vez que se procede a una inducción, aumenta el riesgo de cesárea en el trabajo de parto. (Barrera, 2003).

Partograma de OMS con curva de alerta; Instrumento que permite vigilar la fase activa del trabajo de parto e identificar al grupo de parturientas que pueden tener algún problema en la segunda fase de la labor de parto.

En este partograma la fase latente ha sido retirada y la gráfica sobre el partograma comienza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4

cm. Se incluye en el texto un ejemplar del parto grama de OMS, modificado, en el que no aparece la fase de latencia.

Información de la parturienta:

Registre nombre, gestaciones, paridad, numero de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas.

Frecuencia cardiaca fetal:

Registre cada media hora.

Líquido amniótico:

Registre el color en cada examen vaginal:

- I : Membranas intactas
- R: Momento de la rotura de las membranas.
- C: Membranas rotas, líquido claro
- M: Líquido meconial
- S: Líquido sanguinolento

Moldeamiento:

- 1: Suturas lado a lado
- 2: Suturas superpuestas pero reducibles
- 3: Suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación cervical:

Evalúe en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde.

Marque a partir de los 4 cm de dilatación en el parto grama de la OMS.

Línea de alerta:

Línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1 cm por hora.

Línea de acción:

Paralela a 4 horas a la derecha de la línea de alerta.

Descenso del polo cefálico:

Se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcara así:

5/5 : Completamente encima del pubis.

4/5 : Sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente.

3/5 : Sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente.

2/5 : Sincipucio se siente, occipucio casi se siente.

1/5 : Sincipucio se siente, occipucio no se siente.

0/5 : La cabeza no es palpable.

N^a de horas: Referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa.

Hora real: Registre el tiempo actual.

Contracciones: grafique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos.

- Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado.
- Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas.
- Más de 40 segundos: cuadrilátero oscuro.

oxitócina: Registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice.

Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos.

Pulso: Registre cada 30 minutos.

Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha.

Temperatura: Registre cada 2 horas.

Proteínas, cetonas y volumen urinario: Registro cada vez que se colecta orina.

e) Atención del Parto

a. Asegurar un trato de la gestante de calidad y calidez y evaluar si el servicio tiene todo lo necesario para realizar la atención.

b. Colocar a la paciente en posición de litotomía, semisentada, sentada, vertical.

c. Descartar signos de emergencia obstétrica.

d. Se realiza la asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos estériles, vaciamiento de vejiga y recto.

e. Preparar o indicar al personal técnico los materiales, medicamentos e instrumental que se va utilizar.

f. Controlar la dinámica uterina, el progreso de la presentación y frecuencia cardíaca fetal.

- g. Se dirige la expulsión del polo cefálico, realizando las maniobras recomendadas (Maniobra de Ritgen: presión de la cabeza fetal hacia arriba y adelante por medio de los dedos aplicados al (perineo) protegiéndose el periné y el esfínter anal auxiliándose de una gasa o una compresa estéril. Evitar la manipulación de la vagina con maniobras que distiendan el introito vaginal o el periné.
- h. Rotación externa del polo cefálico, secado y aspirado.
- i. Restitución, realizar las maniobras para el desprendimiento de hombros y extracción del producto.
- j. Pinzamiento y corte del cordón umbilical manteniendo al recién nacido a la altura del cuerpo de la madre. Si existe circular de cordón rechazarlo o si está ajustado cortar entre dos pinzas.
- k. Realizar la atención inmediata del neonato bajo las normas establecidas.
- l. Se espera la expulsión espontánea de la placenta hasta un límite de 30 minutos, en caso contrario se deberán realizar maniobras dirigidas a su extracción (maniobra Brandt-Andrews: con una mano a nivel del abdomen materno se levanta cranealmente al útero y con la otra se tira suavemente al cordón umbilical).
- m. Se debe revisar la placenta y sus anexos, principalmente para asegurar su integridad.
- n. Revisar asimismo cavidad uterina y el canal del parto para cerciorarse de la ausencia de restos placentarios y reparar desgarros en su caso.
- o. La episiotomía no se realiza de rutina, pero en los casos que se considere indicada, queda a criterio del médico tratante.

Tercer periodo de alumbramiento; Es la salida de la placenta y no debe durar más de 30 minutos en el alumbramiento espontáneo; en el dirigido no debe durar más de 15 minutos.

Se debe tener en cuenta las costumbres locales con respecto a la placenta. Se debe entregar la misma cumpliendo las medidas de bioseguridad convenientes.

Manejo:

1. Asistencia de la expulsión de la placenta y membranas

La placenta sale en forma espontánea entre 5 y 30 minutos después del expulsivo. Actualmente se utiliza el alumbramiento activo.

Luego de haber aplicado la oxitocina (manejo activo), 10 UI oxitocina. mantenga una tracción constante y delicada del cordón, evite el desgarró. Para evitar la inversión uterina se debe elevar el útero con un mano sobre el pubis y no traccionar en forma brusca el cordón umbilical.

Al salir la placenta, sostenerla bajo el periné y si la posición de la madre lo permite, con la otra mano elevar el útero por encima de la sínfisis del pubis.

Puede ayudarla alumbramiento de la placenta:

- 1) Colocar al recién nacido sobre el pecho de la madre para que succione el pezón. Se debe realizar si el estado del recién nacido lo permite.
- 2) Colocar la mano sobre la parte media baja del útero y pegada sobre la sínfisis púbica, tratando de elevarlo levemente.
- 3) Con la otra mano ponga tensión firme y constante al cordón (evite jalarlo bruscamente) durante la contracción del útero.
- 4) Al momento de salir la placenta, recibirla evitando la tracción o salida brusca de la misma; retirar las membranas mediante rotación de la misma.
- 5) Dar masaje al útero hasta que se contraiga.
- 6) Presionar el útero hacia la región sacra tratando de exprimir la sangre o los coágulos, evitando la compresión hacia abajo por la posibilidad de inversión uterina.
- 7) Examinar la placenta y las membranas. Ante cualquier duda, se debe proceder a explorar la cavidad uterina.

1. Si han pasado 30 minutos o hay sangrado abundante, con o sin coágulos, ver manejo de hemorragia vaginal.

2. Se debe utilizar oxitócicos especialmente si hay riesgo de atonía

En útero sobre distendido por: macrosomía fetal con peso mayor de 4 Kg., embarazo múltiple, parto prolongado, parto distócico, parto precipitado, estimulación prolongada con oxitócicos, corioamnionitis, polihidramnios, multiparidad, obesidad, usar oxitócicos en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18) , 20 unidades internacionales de oxitocina en 1 Lt. De suero salino (Cloruro de sodio al 9%), a razón de 30 – 40 gotas por minuto.

3. Suturar episiotomía o laceraciones de partes blandas (si corresponde)

Si la episiotomía o la laceración tienen sangrado activo, debe de hacerse compresión y suturar para detener la pérdida de sangre. Es conveniente iniciar

la sutura antes del alumbramiento, para reducir el volumen de la pérdida sanguínea.

4. Manejo de alteraciones durante el alumbramiento

Si luego de 30 minutos en el caso del alumbramiento espontáneo o de más de 15 minutos en el manejo activo, en ausencia de hemorragia, no se produce el alumbramiento:

- Realizar masaje externo al útero (pared abdominal).
- Si persiste la retención, aplicar en forma endovenosa (con catéter endovenoso 16 ó 18), 18 – 20 unidades internacionales de oxitocina en 1Lt. De suero salino/Cloruro de sodio al 9‰) a razón de 30-40 gotas por minuto.

Si en los siguientes minutos no hay alumbramiento:

- Efectuar extracción manual de placenta.
- En todo momento, mantener oxitocina endovenosa.

Luego de la extracción manual, aplicar ergonovina intramuscular asegurando que no existe contraindicación para su uso: Presión arterial mayor o igual a 140/90 y continuar la infusión de oxitocina por un tiempo mínimo de 2 horas.

De haber consagrado luego de la extracción de la placenta, debe realizarse el manejo de hemorragia post parto.

Periodos del parto.

1er. Periodo de dilatación

* Etapa

Fase latente

Definición

Desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular; hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.

Tiempo máximo de espera

No debe durar más de 12 horas.

Si dura más de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalo pélvica, mala presentación o falso trabajo de parto.

Es recomendable que se quede en observación por lo menos dos horas, para confirmar la dinámica uterina y que no existan signos de sufrimiento fetal.

Si se identifica alguna alteración, ver protocolo de parto obstruido en el módulo de Emergencia Obstetricias.

* Etapa

Fase Activa

Definición

Desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical.

Tiempo máximo de espera ;Trazar y observar curva de alerta según parto grama de la OMS. Normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalo pélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con capacidad quirúrgica las 24 horas.

2do. Periodo expulsivo (se requiere la presencia de por lo menos dos proveedores para la atención de la madre y del recién nacido)

* Definición

Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto.

Tiempo máximo de espera

No debe prolongarse demasiado ni ocasional alteraciones en la madre o el feto. Si dura demasiado descarte sufrimiento fetal o sospeche desproporción céfalo pélvica o mal presentación.

* Definición

Evaluar la necesidad de episiotomía

Tiempo máximo de espera

Realizar episiotomía solo en casos de:

- Periné poco distensible.
- Parto vaginal complicado, podálica, distocia de hombro, parto instrumentado.
- Sufrimiento Fetal.

La episiotomía efectuada muy temprano puede ocasionar sangrado excesivo. Efectuar solamente cuando la cabeza distienda el periné.

* Definición

Controlar la salida de la cabeza

Tiempo máximo de espera

- Recomendar a la madre que solo realice pequeños pujos durante las contracciones.
- Mantener la flexión de la cabeza fetal con una suave presión con los dedos.
- Mantenga una suave protección del periné durante la salida de la cabeza.

* Definición

Descartar presencia de líquido meconial

Tiempo máximo de espera

De existir líquido meconial, aspirar al recién nacido a la salida de la cabeza (en el parto) o al momento de extraer la cabeza, durante la cesárea.

* Definición

Evaluar la presencia de cordón umbilical alrededor del cuello.

Tiempo máximo de espera, o Si existe circular no ajustada, liberarla sobre la cabeza del bebé antes de continuar con la salida del cuerpo, o Si hay circular ajustada es preferible realizar el doble clampaje del cordón cortando entre ambas pinzas antes de continuar con la salida del bebé.

* Definición

Completar la salida del recién nacido

Tiempo máximo de espera

- Permitir la salida y restitución espontánea de la cabeza fetal.
- Luego de la rotación espontánea de la cabeza, colocar ambas manos en la base de la cabeza fetal e indique a la parturienta que pujan suavemente, con la contracción.
- Prevenir laceraciones asegurando que salga primero el hombro anterior y luego el hombro posterior (evitar que salgan simultáneamente).
- El hombro anterior debe salir, jalando suavemente la cabeza hacia abajo, presionando suavemente el periné para evitar la salida del hombro posterior.

- El hombro posterior sale traccionando suavemente la cabeza fetal hacia delante y arriba.
- Apoye el cuerpo del recién nacido sobre la mano y el antebrazo, permita que se resbale sobre la misma hasta que salga completamente.

* Definición

Atención inmediata del recién nacido. Colocar al recién nacido sobre el abdomen de la madre.

Tiempo máximo de espera

- Secar al recién nacido, especialmente la cabeza estimularlo y observar la respiración, color y latidos fetales.
- Si respira espontáneamente o llora cambiar a campos secos y calientes.
- Si no respira, pedir ayuda. Para mayor información ver atención del recién nacido.
- Clampar el cordón y colocar al niño sobre el tórax de la madre por treinta minutos para estimular el pezón lo que ayuda a mejorar la relación madre – niño y el inicio precoz de la lactancia materna.

3er Periodo Alumbramiento

* Definición : Desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta. Este periodo no debe durar más de 30 minutos, Tiempo máximo de espera .

En todo parto se debe realizar el manejo activo del alumbramiento, reduce la pérdida de sangre en el puerperio inmediato. Luego de la salida del neonato, de haber pinzado y cortado el cordón y haber descartado la presencia de un embarazo múltiple, aplicar oxitocina 10 UI intramuscular para realizar el alumbramiento activo. Se prefiere la oxitocina porque produce efecto a los 2 a 3 minutos de haber sido administrada.

Aplicada la oxitocina, esperar la contracción uterina, colocar el dorso de la mano sobre el pubis y llevar el útero hacia arriba, mientras con la otra mano se realiza la tracción controlada del cordón. Si luego de pasada contracción no ocurre el alumbramiento, esperar la siguiente contracción para realizar nuevamente tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano. Si el

alumbramiento no ocurre dentro de los 30 minutos, diagnostique retención de placenta y considere la posibilidad de hemorragia.

Asegurar permanentemente que no haya sangrado vaginal excesivo.

2.2.4.2.1. APLICA CONCEPTOS EN LAS HABILIDADES Y DESTREZAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO VAGINAL: Se corrobora mediante el interrogatorio, cuadro clínico y el examen físico de la embarazada.

a) Interrogatorio: La paciente refiere contracciones uterinas manifestadas como dolor tipo cólico intermitente en abdomen y pelvis, que se irradia hacia la región lumbosacra, y aumenta en frecuencia, intensidad y tiempo de duración. Puede referir expulsión transvaginal de moco, sanguinolento, que correspondería en la eliminación del tapón mucoso cervical. Sensación de pesadez pélvica, pujo y tenesmo refiriendo en ocasiones salida involuntaria de líquido transvaginal.

b) Examen físico y obstétrico: Es imprescindible realizar un examen físico general y obstétrico.

La exploración obstétrica incluye: Abdomen se comprueba por palpación la existencia de contracciones uterinas con una frecuencia de 2 o más en 10 minutos, con una duración de 30 segundos o más, de carácter rítmico y progresivo en frecuencia, duración e intensidad. Mediante maniobras de Leopold se determinará situación, posición y presentación fetales.

- Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal durante el trabajo de parto. Sea cual fuere el método de vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal. (estetoscopio de pinard o diversos aparatos tipo Dopler), ésta se debe auscultar inmediatamente posterior a la contracción uterina y se deben observar ciertas características a saber.
- Frecuencia es el número de latidos cardiacos fetales que se presentan en un minuto; se ha tomado como normal el valor de 100 a 180 latidos/minuto.
- Ritmo. Es la periodicidad con que se perciben los latidos cardiacos fetales, los cuales deben de ser nítidos.

El cuidado que se tenga en permanecer siempre cerca de la paciente durante el trabajo de parto, vigilando estrechamente la frecuencia cardiaca fetal, nos evitará complicaciones.

- Examen vaginal con espejulo o por tacto vaginal, según el caso.
Determinar dilatación y borramiento cervicales, estado de las membranas fetales, presentación, altura, posición y tipo de pelvis.

c) Aspectos del trabajo de parto: El conocimiento sobre los periodos y fases por las cuales transcurre el trabajo de parto, permitirá brindar un control adecuado a la embarazada.

Los periodos son:

- El primer periodo del trabajo de parto inicia con las contracciones uterinas, culminando con la dilatación y borramiento cervicales completos.
- El segundo periodo comprende desde la dilatación completa hasta la expulsión del producto.
- El tercer periodo corresponde al alumbramiento o expulsión de la placenta.

De acuerdo con la curva de Friedman que es la gráfica del trabajo de parto en cuanto a dilatación cervical y descenso de la presentación fetal y los planos de Hodge, al primer periodo se le pueden distinguir dos fases:

a. Fase uno o latente (de preparación): desde el inicio de las contracciones hasta una dilatación de 4 cm. Su pendiente es poco pronunciada. Su duración en la nulípara es de ocho a diez horas y nunca llega a 20 horas; en las multíparas es menor de 14 horas. En nulípara se espera exista cierto grado de descenso de la presentación.

b. Fase dos o activa: tiene duración de seis a siete horas y comprende tres etapas; una fase de aceleración que comienza con el descenso de la curva de Friedman hasta que llega a cuatro centímetros de dilatación.

c. La última etapa es la de desaceleración que culmina con la dilatación completa de 10cm. Su pendiente es poco pronunciada y dura menos de dos horas. El descenso de la presentación se presenta de manera variable hasta alcanzar el máximo al inicio de la desaceleración y termina con la expulsión del producto.

Actualmente se valora la velocidad de dilatación según la curva de alerta Partógrama OMS.

d) Monitorización y manejo del trabajo de parto

Debe ser realizada cada 15, 30 minutos, uno o dos horas, de acuerdo a las condiciones de cada paciente y debe ser registrada en el partograma. Este monitoreo incluye:

- a. Asegurar una vena permeable.
- b. Signos vitales cada hora.
- c. La frecuencia cardiaca fetal se debe auscultar intermitentemente (estetoscopio de Pinard) cada 15 minutos. En embarazos de alto riesgo se indica monitorización cardiaca fetal continua electrónica (tococardiógrafo).
- d. Vigilancia continua de la actividad uterina en su frecuencia, duración e intensidad.
- e. Examen vaginal (tacto vaginal cada dos horas o cuando sea necesario, en la fase activa del trabajo de parto, bajo estrictas condiciones de asepsia, para determinar la evolución de la dilatación cervical y del descenso de la presentación.
- f. Se puede realizar amniotomía cuando se realiza manejo activo del trabajo de parto, o para evaluar líquido amniótico, descenso de la presentación.
- g. Indicar analgesia obstétrica de acuerdo con cada caso particular. No se realiza de rutina.
- h. La atención del parto debe realizarse en la sala de expulsión, donde se pasa en el momento oportuno.

En relación al uso de oxitócicos existen diferentes sustancias de utilidad en el trabajo de parto, ya sea para inducir el parto o para acelerarlo. La idea de su uso es acortar la fase latente del parto y desencadenar la fase activa. Este procedimiento sólo debe efectuarse ante alguna condición o patología que requiera la interrupción del embarazo antes del inicio espontáneo del trabajo de parto. No debe adoptarse la práctica clínica de inducciones por complacencia, dado que cada vez que se procede a una inducción, aumenta el riesgo de cesárea en el trabajo de parto. (Barrera, 2003).

2.2.4.2.2 APLICA CONCEPTOS EN LAS HABILIDADES Y DESTREZAS EN EL PARTOGRAMA: En este partograma la fase latente ha sido retirada y la gráfica sobre el partograma comienza en la fase activa cuando el cuello uterino

está dilatado 4 cm. Se incluye en el texto un ejemplar del parto grama de OMS, modificado, en el que no aparece la fase de latencia.

Información de la parturienta:

Registre nombre, gestaciones, paridad, numero de historia del establecimiento, fecha y hora de admisión y hora de la rotura de membranas.

Frecuencia cardiaca fetal:

Registre cada media hora.

Líquido amniótico:

Registre el color en cada examen vaginal:

- I : Membranas intactas
- R: Momento de la rotura de las membranas.
- C: Membranas rotas, líquido claro
- M: Líquido meconial
- S: Líquido sanguinolento

Moldeamiento:

- 1: Suturas lado a lado
- 2: Suturas superpuestas pero reducibles
- 3: Suturas superpuestas y no reducibles

Dilatación cervical:

Evalúe en cada examen vaginal y marque con una X en la hora que corresponde.

Marque a partir de los 4 cm de dilatación en el parto grama de la OMS.

LINEA DE ALERTA:

Línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1 cm por hora.

LINEA DE ACCION

Paralela a 4 horas a la derecha de la línea de alerta.

Descenso del polo cefálico:

Se puede evaluar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un circulo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así:

5/5: completamente encima del pubis.

4/5: Sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente.

3/5: Sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente.

2/5: Sincipucio se siente, occipucio casi se siente.

1/5: Sincipucio se siente, occipucio no se siente.

0/5: La cabeza no es palpable.

N° de Horas: referido al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa.

Hora real: registre el tiempo actual. Contracciones: grafique cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos.

- Menos de 20 segundos: Cuadrilátero punteado.
- Entre 20 y 40 segundos: Cuadrilátero con líneas oblicuas.
- Más de 40 segundos: Cuadrilátero oscuro.

Oxitócina: registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquido ev. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice.

Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos.

Pulso: registre cada 30 minutos.

Presión arterial: registre cada 4 horas con puntas de flecha.

Temperatura: registre cada 2 horas.

Proteínas, cetonas y volumen urinario: registro cada vez que se colecta orina.

2.2.4.2.3. APLICA CONCEPTOS EN LAS HABILIDADES Y DESTREZAS DEL ALOJAMIENTO CONJUNTO (madre-niño):

Realiza la rotación externa del polo cefálico, secado y aspirado.

Realiza la restitución de la cabeza, realiza las maniobras para el desprendimiento de hombros y extracción del producto.

Realiza el Pinzamiento y corte del cordón umbilical manteniendo al recién nacido a la altura del cuerpo de la madre. Si existe circular de cordón rechazarlo o si está ajustado cortar entre dos pinzas.

Coloca al niño sobre el vientre materno. mostrándole el sexo de su bebe.

2.2.3. MOTIVA EN LA ATENCIÓN DE LA MADRE Y RECIÉN NACIDO:

En Psicología y Filosofía, la motivación implica estados internos que dirigen el organismo hacia metas o fines determinados; son los impulsos que mueven a la

persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación. Este término está relacionado con «voluntad» e "interés" .(19)

Las distintas escuelas de Psicología tienen diversas teorías sobre cómo se origina la motivación y su efecto en la conducta. Todas aportan, desde diferentes perspectivas, conceptos clarificadores que explican cómo se origina (para obtener éxito, culminar una expectativa, satisfacer un deseo). Para comprender mejor la motivación humana, la teoría que mejor la describe es la aportada por Maslow, el cual jerarquizó los motivos que todo ser humano tiene o podría tener dependiendo de su situación personal. Maslow es conocido mundialmente por sus trabajos acerca de la motivación humana; distinguió entre la motivación y la necesidad o el deseo. Las necesidades pueden ser de 2 tipos, necesidades de déficit y necesidades de desarrollo o meta necesidades.

Las necesidades de déficit son las necesidades fisiológicas, las de seguridad, de afiliación y de afecto y las necesidades de aprecio que se dividen en 2, las que se refieren al amor propio, al respeto de sí y a la consideración propia, y a las que se refieren al respeto por parte de otros: reputación, posición, fama, gloria. Las necesidades de desarrollo están comprendidas en el concepto de autorrealización. Los motivos a diferencia de las necesidades son deseos conscientes, apremios percibidos hacia un objeto concreto.

2.2.3.1. MOTIVA CON BIOÉTICA A QUE LA PACIENTE COLABORE EN EL PARTO.

Definimos Parto Normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones.

Como vemos, se excluyen lo que conocemos como partos provocados (que no se inician espontáneamente), partos prematuros o cesáreas.

Pero no se hace referencia a los métodos de alivio del dolor, por lo que, en principio y según esta definición sintética, estarían incluidos dentro de la

definición de “parto normal” tanto los partos con epidural como los que emplean otros métodos de alivio del dolor, siempre que éstos no influyan en el resto de puntos para considerar parto normal (que no impliquen riesgos, que madre y bebé estén en buenas condiciones).

Aunque, eso sí, en otro apartado del documento habla de los posibles riesgos de la anestesia epidural y pone en duda que si se aplica este tipo de analgesia en partos de bajo riesgo éstos puedan seguir llamándose “normales”:

No hay duda de que la anestesia epidural es muy útil en un parto complicado. Sin embargo si ésta es aplicada a mujeres de bajo riesgo, habrá que preguntarse si al parto se le podrá seguir considerando “normal”. Naturalmente, la respuesta dependerá de lo que entendamos por normalidad, pero la analgesia epidural es uno de los más claros ejemplos de medicalización de un parto normal, haciendo de un evento fisiológico un procedimiento médico.

Por lo tanto, estaríamos en el terreno de lo limítrofe al tratarse de medicalización, aunque, salvando las distancias, ¿todo parto atendido por personal médico no está ya medicalizado? Y en definitiva, de acuerdo con la definición ofrecida al principio, ¿cuántos partos pueden considerarse normales? La OMS señala que depende enormemente de las valoraciones de riesgo y los criterios locales. Generalmente, entre un 70 a 80 % de todas las gestantes se pueden considerar como de “bajo riesgo” al comienzo del parto.

Después habría que ver el desarrollo y desenlace del parto para comprobar que todo ha seguido su transcurso “normal”. Un término difícil de delimitar y que conlleva su contrario.

2.2.3.2. MOTIVA CON BIOÉTICA EL TRABAJO EN EQUIPO: Según Andrew Carnegie: “El trabajo en equipo es la habilidad de trabajar juntos hacia una visión común. Es el combustible que le permite a la gente común obtener resultados poco comunes”.

No todas las agrupaciones de personas conforman un equipo. En ocasiones, se establecen grupos de trabajo, en los que una persona asigna tareas

independientes a los miembros del grupo, pero no todos tienen los objetivos claros y cada uno hace su tarea sin tener en cuenta al otro. Por ejemplo, “en una escuela, un maestro pide a un grupo de estudiantes hacer una exposición de Geografía sobre la división política de Colombia. Los estudiantes se asignan tareas para cumplir con la petición hecha. Así, Juan se propone para hacer el mapa en una cartelera; Ana plantea que ella expone la distribución política; Marina hace el trabajo escrito; Marco manifiesta proporcionar el dinero para comprar los materiales, y hay dos personas que solo aparecen en la portada del trabajo”, lo anterior no es trabajo en equipo. El trabajo en equipo es fundamental cuando se decide emprender un proyecto o desarrollar una tarea. No es fácil trabajar en equipo, sin embargo, es gratificante, ya que cada integrante aporta sus fortalezas y entre todos se logran los objetivos programados; además, todos son capaces de dar cuenta del proceso, de apoyar a un compañero en un momento dado, y cada uno conoce los logros alcanzados. Es importante tener claro que si todo sale bien, el éxito es del equipo y no de esfuerzos individuales; así mismo, cuando las cosas fallan, es responsabilidad del equipo, y no de una sola persona, plantear soluciones para hacer las correcciones necesarias, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos.

¿Cómo se conforma un equipo?

Un líder, coordinador o director convoca a varias personas a trabajar juntos por un objetivo común. En esta dinámica, todos proponen un plan de trabajo, establecen un cronograma e identifican fortalezas y debilidades de los miembros del equipo, a partir de las cuales se definen roles y responsabilidades para desarrollar las acciones propuestas en pro del cumplimiento de las metas programadas.

Teniendo en cuenta que, por lo general, los equipos de trabajo se conforman sin la posibilidad de que unos miembros puedan elegir a otros, y muchas veces sin conocerse, es necesario establecer acuerdos, compromisos, procedimientos y reglas generales de convivencia, con el fin de que la relación entre los integrantes del equipo sea cordial y puedan trabajar sin mayores dificultades.

¿Quiénes conforman un equipo de trabajo y cuáles son sus roles?

Líder, coordinador o director: su rol es esencial, ya que él es quien conforma el equipo y selecciona a los integrantes teniendo en cuenta sus cualidades y las capacidades necesarias para el logro de los objetivos. Esta persona debe estar atenta al buen funcionamiento del equipo y, si es necesario, actuará oportunamente para encauzar las actitudes incorrectas; su apoyo, ánimo y motivación permanente a los miembros del equipo es muy importante. Para fortalecer el equipo no debe desfallecer ante las dificultades, por el contrario debe valorar el compromiso y los esfuerzos realizados, sin favoritismos, para que el equipo crezca y dé resultados.

Los Integrantes del equipo: son responsables de la realización de acciones encaminadas al cumplimiento del objetivo, según los acuerdos establecidos. Los valores que deben acompañar sus actuaciones son la responsabilidad, el respeto, el compromiso, la buena disposición, el liderazgo y, en general, las normas éticas y de convivencia.

¿Cuáles son los principios generales para trabajar en equipo?

1. Objetivos claros: el equipo debe definir los objetivos y asegurar que cada uno de sus miembros los tengan claros y presentes durante todo el proceso. Es posible que se definan estrategias distintas para el abordaje de las acciones, según los talentos de cada uno, pero nunca deben perder de vista los objetivos propuestos como equipo.

2. Roles y responsabilidades: el equipo debe definir los roles y las responsabilidades de cada integrante, a partir de las fortalezas identificadas en cada uno. Todos tenemos talentos y somos buenos realizando cosas que generalmente nos gusta hacer con entusiasmo y motivación. Si nos proponemos trabajar en algo relacionado con lo que nos hace sentir bien, es seguro que nuestra disposición y motivación aumentarán.

Por otra parte, es muy importante que cada integrante tenga claras sus responsabilidades dentro del equipo, para evitar acciones repetidas o dejar labores importantes sin abordar.

3. Cooperación: cada integrante del equipo debe estar comprometido con lo que se está haciendo en conjunto. En un equipo, si una persona no puede cumplir por algún motivo, todos deben estar en la capacidad de relevarlo, es decir, todos deben estar dispuestos a dar y a recibir ayuda.

En este sentido, es importante tener claro que el liderazgo no es de una sola persona, sino que es compartido y, por lo mismo, debe estar presente en cada uno de los integrantes del equipo. Por ejemplo, en los equipos de fútbol se pueden tener muy buenos jugadores, pero si no trabajan en equipo y no ejercen el liderazgo personal, desde sus talentos y fortalezas, no se obtienen los resultados esperados. Entonces, es cuando escuchamos a los comentaristas decir: “La superestrella no puede ganar el juego solo, no tiene equipo”.

4. Liderazgo: se define el liderazgo como: “El proceso de influir en otros y apoyarlos para que trabajen con entusiasmo en el logro de objetivos comunes. Se entiende como la capacidad de tomar la iniciativa, gestionar, convocar, promover, incentivar, motivar y evaluar a un grupo o equipo. Es el ejercicio de la actividad ejecutiva en un proyecto, de forma eficaz y eficiente, sea este personal o institucional.”

5. Ambiente de trabajo: teniendo en cuenta que los seres humanos somos seres sociales que respondemos a los estímulos externos, es muy importante generar un buen ambiente en el equipo de trabajo, ya que si todos sus integrantes son positivos, colaborativos y dispuestos a animar a los demás compañeros cuando se requiera, se lograrán los objetivos con mayor disposición y agrado. Es muy importante separar los aspectos laborales de los personales, ya que en un momento dado estos pueden interferir en las relaciones o en el desarrollo del trabajo.

6. Comunicación: este aspecto debe abordarse desde dos miradas. La primera se refiere a la comunicación entre los miembros del equipo: es conveniente

propiciar la buena comunicación, la participación de todos los integrantes y la libre expresión de opiniones sin burlas ni prejuicios; fomentar las buenas relaciones personales y laborales y tratar de utilizar todas las herramientas comunicativas (personales, informáticas, escritas, etc.) para mantenerse en contacto.

La segunda tiene que ver con el manejo de la información. Es muy importante que todos estén informados del proceso, de los avances, los logros las dificultades y las soluciones.

7. Confianza: es fundamental que cada integrante del equipo confíe en los otros, por eso se aconseja que cada uno aprenda a confiar en su coequipero, con disposición y empeño, ya que si por algún motivo la confianza se deteriora, después resulta muy difícil recuperarla y, cuando esto sucede, constantemente se ponen en duda las capacidades de los demás o de las propias, y esta situación hace más difícil el desempeño del equipo. Por ello son fundamentales el compromiso y la responsabilidad.

8. Seguimiento al proceso: en especial el líder o director del equipo debe estar al tanto de cómo va el proceso con respecto a lo planeado, si hay tareas pendientes, si hay cambios o sugerencias en las estrategias adelantadas, si hay resultados, y debe informar al equipo sobre todos estos aspectos para abordarlos conjuntamente.

2.2.3.3. MOTIVA CON BIOÉTICA LA LLEGADA DEL RECIÉN NACIDO:

Los cursos parto MS.(psicoprofilaxis del parto) que prepara a como la madre va recibir al recién nacido en la sala de partos, la habitación del bebé, la canastilla, la maleta del hospital... El nacimiento del bebé requiere que la familia se prepare para la ausencia de la mamá durante su estancia en el hospital tanto y para la llegada a casa del recién nacido.

Dejarlo todo preparado es una tarea mucho más fácil si se hace siguiendo unas pautas, que pueden ser muy útiles.

productividad entre otros.

2.2.3.4. BIOÉTICA:

La Bioética es la rama de la Ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como al ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida.

En su sentido más amplio, la Bioética, a diferencia de la Ética médica, no se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales. Se han formulado una serie de definiciones respecto a la disciplina de la Bioética, siendo una de ellas la adoptada por la Unidad Regional de Bioética de la OPS , con sede en Santiago de Chile y que, modificada por el S.J. Alfonso Llano Escobar en una revista de la especialidad, define a la Bioética como "el uso creativo del diálogo inter y transdisciplinar entre ciencias de la vida y valores humanos para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los problemas planteados por la investigación y la intervención sobre la vida, el medio ambiente y el planeta Tierra". Sin embargo, cabe destacar, que ya en 1978, el Kennedy Institute de la Universidad jesuita de Georgetown en Estados Unidos, había publicado la primera Enciclopedia de Bioética en cuatro volúmenes, dirigida por Warren Reich, un teólogo católico, donde se define a la Bioética como el "estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales".

La Bioética es una disciplina relativamente nueva, y el origen del término corresponde al pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, (1927) usó el término *Bio-Ethik* en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales. Más adelante, el bioquímico norteamericano dedicado a la oncología Van Rensselaer Potter (1970) utilizó el término *bio-ethics* en un artículo sobre "la ciencia de la supervivencia" y posteriormente en 1971 en su libro *Bioética un puente hacia el futuro*.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Eficacia: Desde el punto de vista de la definición de Eficacia, aceptamos que ella tiene que ver con la congruencia o correspondencia entre los objetivos propuestos y los resultados alcanzados. Los últimos tienen que ser el reflejo de lo que nos proponemos lograr. La distancia entre lo alcanzado y lo planeado refleja el grado de eficacia o ineficacia de la institución.

Taller de conocimiento: Es la clase taller que propicia y enriquece los espacios de reflexión y análisis de los estudiantes sobre los problemas que se les presentan, en aras de tomar decisiones, proyectar alternativas y estrategias que elevan la calidad del proceso enseñanza-aprendizaje, contribuyendo a la independencia cognoscitiva del estudiante y a su formación humanitaria.

Parto vaginal: Parto natural, parto normal, parto medicalizado... Tenemos multitud de términos para referirnos a conceptos limítrofes y en ocasiones confusos. Vamos a detenernos en la definición de parto normal, según la Organización Mundial de la Salud. La OMS elaboró un documento titulado "Cuidado en el parto normal: una guía práctica", un informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. En uno de sus primeros puntos plantea la definición de "parto normal".

POA: Plan operativo anual del hospital.

Constructivismo: Postula la necesidad de entregar al alumno herramientas (generar andamiajes) que le permitan crear sus propios procedimientos para resolver una situación problemática, lo cual implica que sus ideas se modifiquen y siga aprendiendo. El Constructivismo en el ámbito educativo propone un paradigma en donde el proceso de enseñanza-aprendizaje se percibe y se lleva a cabo como proceso dinámico,

Partograma: Instrumento gráfico elaborado por la OMS para el control del parto vaginal normal de un feto en presentación cefálica.

HSEB: Hospital Sergio E. Bernales Collique

LC: Latidos Cardiacos.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

latrogenias: También llamado acto médico dañino, es el acto médico debido, del tipo dañino.

CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO

FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA.

La Universidad “Alas Peruanas” es una institución de calidad que se encarga de formar profesionales en un sistema de valores: solidaria, defensora de la vida y la justicia social; con personalidad propia, original y creadora; siempre atenta a los avances científicos y tecnológicos, para responder con prontitud y eficiencia a los requerimientos del país e impulsar su desarrollo. Las recientes investigaciones de experiencias e innovaciones arrojan que el profesional de éxito del futuro tendrá que contar con las habilidades y destrezas en conocimiento multicultural en su trabajo que será en equipo con ética y que lo aplique a su labor diaria. El hombre por naturaleza es un ser curioso, dada su condición de ser racional y poseer un cerebro privilegiado entre todas las especies animal. Es por ello, desde la época de la edad de piedra ha venido evolucionando, tanto en su desarrollo psico-motor como en la conformación de su estructura cognoscitiva; permitiéndole mejorar sus condiciones de vida, incluyendo las modificaciones que ha generado en su entorno. El Constructivismo y El Aprendizaje Significativo constituyen hoy en día tema obligado en los foros y conferencias en el ámbito universitario mundial. Si la

educación es el proceso por el cual se comunican las ideas, habilidades y destrezas, hecho que no ocurre a través de los genes, entonces se admite que el hombre aprende en contacto con otros hombres, dentro de su entorno ecológico. Durante la época de los años treinta, explicaron la conducta de los animales en función a su medio ambiente; homologando la evolución biológica con la acción de los seres; es decir, la fisiología y la etología ⁽²⁾ se rigen por las mismas leyes. De ahí que sea posible considerar la continuidad entre lo genético, lo psíquico, lo fisiológico y lo social para conceptualizar la conducta humana, pues se entiende al hombre como un ser bio-psico-social.

Sócrates pensaba que tenía por dentro una voz divina y que esa conciencia le decía lo que estaba bien. “Quien sepa lo que es bueno, también hará el bien”. Quería decir que conocimientos correctos conducen a acciones correctas. Y sólo el que hace esto se convierte en un ser correcto”. Cuando actuamos mal es porque desconocemos otra cosa. Por eso es tan importante que aumentemos nuestros conocimientos. No obstante que el fundador de la ética, Sócrates, relacionara el comportamiento del individuo con las leyes y la sociedad, su curso posterior estuvo muy ligado con el "otro", es decir, con efecto que mi comportamiento pudiera tener sobre mi congénere. Más tarde, en virtud de una interpretación comunitaria de moral, derivada del concepto del Estado secular y democrático la ética individual se extendió a la ética social. Cuando la ciencia en su afán inquisitivo y transformador, se convirtió en amenaza para él individuo, la sociedad y la especie toda, se vio la necesidad de ponerle un freno a ese afán, dándole un nuevo rostro a la ética científica. Así surgió la Bioética. La bioética: un puente hacia el futuro “puente entre ser y hacer” es por ello que en la presente investigación se pone énfasis en nuestros alumnos la relación con el usuario y su interculturalidad. Honorio Delgado; dejó la enseñanza de que medicina significa meditación y cura del hombre enfermo.

La vida médica sin meditación no es vida. La vida médica es metafísica, lógica y moral, vale decir, filosofía médica en ejercicios. mientras exista más tecnología, más importante será el pensamiento crítico. Mientras exista menos pensamiento crítico, más peligroso y costoso será el ejercicio de la medicina. En la perspectiva histórica sobre el significado de La interculturalidad, tenemos los huacos de parto fisiológico en el antiguo Perú la cultura mochica en sus escenas con visión

mágico religiosa y filosófica donde toda la familia participaba en el parto tradicional, así como el parto se realizaban en sus casas con diferentes posiciones que optaba la parturienta como es: posición de cuclillas, de rodillas, sentada, semisentada, cogida de la soga, y posición de pie. Esto cubre en nuestra investigación a que nuestros alumnos adquieran firmeza en sus conocimientos y cometan menos latrogenias (malas Praxis) en los usuarios como ya lo explicamos en nuestro planteamiento del problema, mala praxis, ocasionados por los alumnos del décimo ciclo de la Escuela profesional de Obstetricia en este caso; tanto en la mujer como en el recién nacido, como son: Hematomas vulvoperineales y vaginales, fractura de clavícula (en el recién nacido), así como contaminación del recién nacido cuando caen por accidentes. Dehiscencias (abertura) de episiorrafias (sutura) por mala praxis, nerviosismo en la destreza y habilidad para atender el parto vaginal por ende accidentes con la madre y recién nacido, Inestabilidad emocional por parte de los alumnos de Obstetricia, por ello falta de bioética en relación al usuario o paciente. Tales experiencias han provocado problemas legales y reclamos por parte del usuario o paciente por lo que se reconoce como un problema álgido. Y más aún una insatisfacción por convicción profesional del Obstetra. Si le damos a este problema una explicación Filosófica; cristiana nos remontamos a la época del antiguo testamento en donde narra que; Sifra y Fúa eran parteras que habitaban en Egipto. En el libro de Éxodo encontramos que ellas eran las parteras principales, y el rey Faraón les daba órdenes.

La orden que le dio a estas parteras fue horrible, tenían que matar todos los niños varones que nacieran de las mujeres judías, porque el rey temía que fueran menos los egipcios, ya que el pueblo de Israel se multiplicaba, temían que les conquistaran, pero esas mujeres temían a Dios; qué situación tan difícil, porque lo que decía el rey había que cumplirlo. Así nos dice la Biblia en Éxodo 1:15-21: “Y habló el rey de Egipto a las parteras de las hebreas, una de las cuales se llamaba Sifra, y otra Fúa, y díjoles; Cuando parteareis a las hebreas, y mirareis los asientos, si fuere hijo, matadlo; y si fuere hija, entonces que viva. Más las parteras temieron a Dios, y no hicieron como les mandó el rey de Egipto, sino que reservaban la vida de los niños, y el rey de Egipto hizo llamar a las parteras, y díjoles; ¿Por qué habéis hecho esto, que habéis reservado la vida a los niños?

Y Dios hizo bien a las parteras, y el pueblo se multiplicó y se corroboraron en gran manera. Y por haber las parteras temido a Dios Él les hizo casas”. Yo admiro a estas mujeres, ellas sabían que sus vidas y las de sus familias peligraban al no cumplir la orden del rey, pero me imagino a ellas decir como dijera José, aquel joven incorruptible: “Cómo haría yo este gran mal, y pecaría contra mi Dios”. Ante todo, triunfó el temor a Dios. El temor a Dios no es miedo, sino una actitud de profundo respeto y reverencia a Dios, que hace aborrecer el pecado y lleva a guardar los mandamientos de Dios. La valentía de estas mujeres ante aquel rey nos deja un ejemplo enorme, que sí podemos decir no, y que sí podemos desobedecer órdenes superiores cuando van en contra de nuestro Dios. También encontramos la fidelidad de Dios en la forma que las bendijo, porque ellas obedecieron a Dios antes que a los hombres y ese es el principio bíblico. Por eso esas mujeres fueron premiadas por Dios, y sus familias fueron multiplicadas. Estas mujeres nos dejan una enorme enseñanza; el temor de Dios. Su fe y valentía nos inspiran a servir de corazón a nuestro Dios. Y en nuestro trabajo de Obstetras hacer bien al prójimo en este caso dando calidad de atención a nuestras usuarias o pacientes.

Platón nos expone que el conocimiento no puede reducirse a simples sensaciones por lo cual la ciencia no puede reducirse a ella. Todo conocimiento implica una determinada permanencia. Esta permanencia no es menos necesaria del lado del sujeto de conocimiento y por eso éste último no puede descansar en las sensaciones; Otro elemento decisivo Platón le confiere un estatuto ontológico (*).

El alma, dentro de este contexto declara es; luego de las divinidades lo que más divino hay en el hombre y lo que más directamente le interesa.

Es por ello que la visión de la Universidad es acorde a nuestro trabajo de investigación, donde el ser humano (el profesional Obstetra) viene a ser un ser integral; cuerpo, alma y espíritu. Donde las habilidades y destrezas son parte del cuerpo y la bioética parte del alma y espíritu.

*Ontológico: es un razonamiento, es una rama de la filosofía metafísica es un tema muy controversial que pretende probar la existencia de Dios empleando únicamente la razón; esto es, que se basa únicamente –siguiendo la terminología Kantiana; en premisas analíticas, a priori y necesarias para concluir que Dios existe. Dentro del contexto de las religiones abrahámicas, Kant mantiene que Dios, la libertad y la inmortalidad humana son realidades estos conceptos se asimilan a través de la Fe, moral y no a través del conocimiento científico.

Universitarios se incorporarán paulatinamente a la Citada, pudiendo realizar, de acuerdo a sus principios y valores y con un Profundo respeto por la vida humana, una encomiable labor, comenzando por participar en los equipos multiprofesionales e interdisciplinarios que conforman los Comités de Ética en su lugar de trabajo o contribuyendo a que se formen si aún no existen.

Humanizar la salud es una necesidad imprescindible y se constituye en un reto para los profesionales de esta área, en la que se incluyen los egresados de la Carrera de Obstetricia; el escenario en el que corresponderá ejercer la práctica profesional se caracterizará por la privatización de una práctica tradicionalmente concebida como derecho ciudadano e implementación pública, de lo que se evidencia la reestructuración del Ministerio de Salud y la Reforma del Sistema peruano.

La universidad Alas Peruanas tiene en sus manos formar el nuevo profesional, Obstetra que tiene un futuro promisor; de ella depende la calidad del recurso humano que se involucre a las diferentes especialidades; en su persona radica el cambio que toda la sociedad anhela y espera es por ello que el profesor y el alumno tienen que guardar la sinergia correspondiente; si esto se ha entendido entonces se habrá satisfecho el ansia principal.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se reflejan los resultados obtenidos como consecuencia de la aplicación de los cuestionarios de recolección de datos con el propósito explicar y fomentar la problemática planteada.

Al respecto, los resultados corresponden a los cuestionarios aplicados a los alumnos del décimo ciclo de la carrera profesional de Obstetricia de las Universidades (UAP) y (UPLA) del HSEB. Hospital Sergio E. Bernal Collique se presentan los resultados a través de cuadros y gráficos⁽²¹⁾, es importante aclarar que es la aplicación de un taller de conocimientos y su eficacia, por lo que se trata de un estudio pre experimental (cuasi experimental) entonces vamos a obtener resultados un antes y un después donde se exponen una serie de valores correspondientes a los ítems o aspectos ajustados a la investigación y, de esta manera, fue posible generar una visión más clara y amplia del contexto estudiado.

4.1. Análisis de tablas y Gráficos.

Proceso de Prueba de Hipótesis:

Cuadro N° 1

Comparación de promedios, antes y después del taller

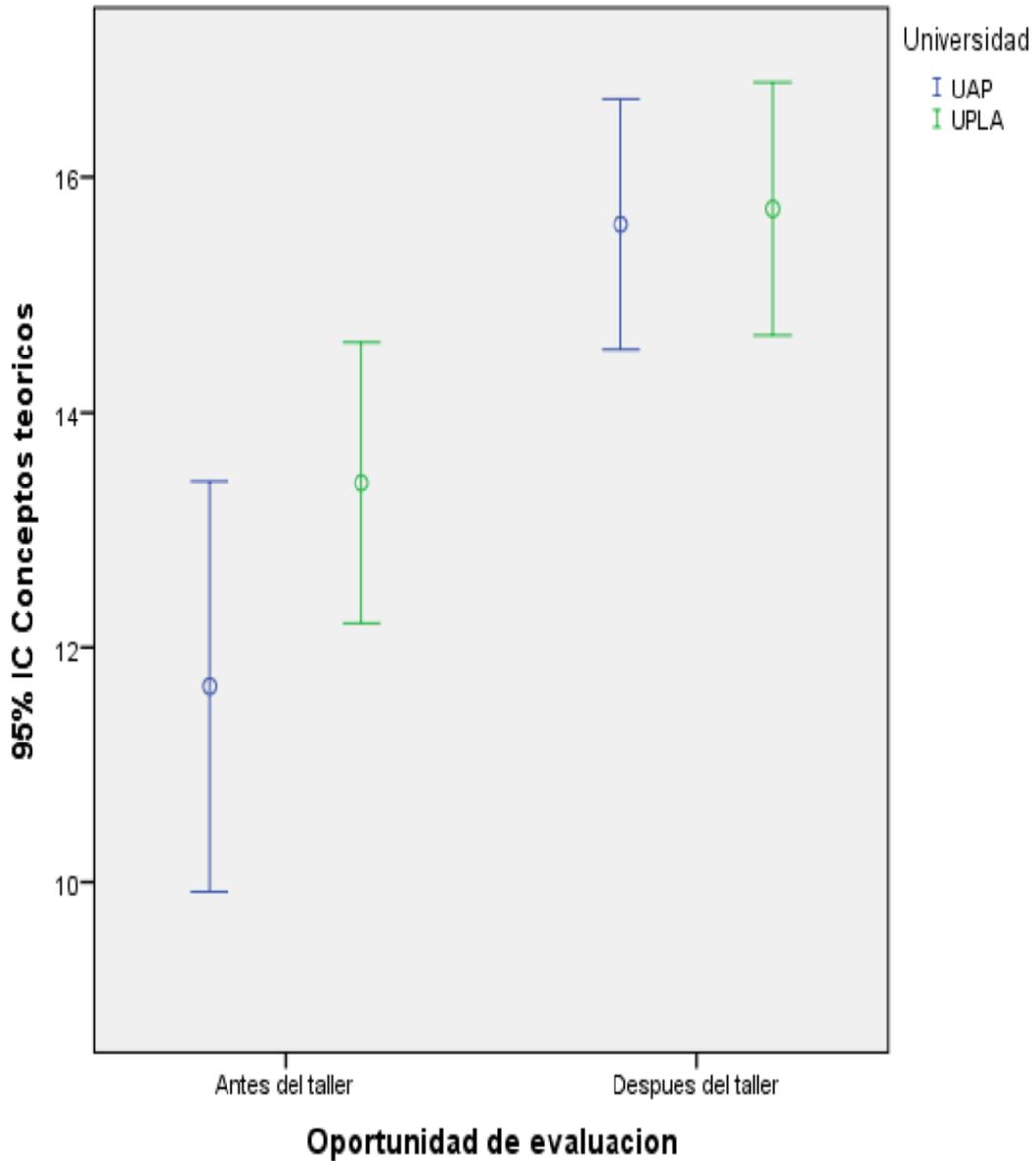
		UAP		UPLA	
		t	sig.	t	sig.
Conceptos teóricos	Se han asumido varianzas iguales	-4,125	,000	-3,106	,004
Habilidades y destrezas	Se han asumido varianzas iguales	-4,181	,000	-6,399	,000
Identifica conceptos en el primer periodo del parto	No se han asumido varianzas iguales	-5,678	,000	-1,460	,155
Identifica conceptos en el segundo periodo del parto	Se han asumido varianzas iguales	-1,370	,182	-1,020	,316
Identifica conceptos en el tercer periodo del parto	Se han asumido varianzas iguales	-2,198	,036	-1,744	,092
Aplica conceptos de la atención del parto vaginal	Se han asumido varianzas iguales	-5,672	,000	-7,250	,000
Aplica conceptos del partograma	Se han asumido varianzas iguales	-3,134	,004	-5,192	,000
Aplica conceptos del alojamiento conjunto madre niño	Se han asumido varianzas iguales	-1,464	,154	-,847	,404
Motivacion	Se han asumido varianzas iguales	-,242	,811	-1,388	,176
Motiva a que la paciente colabores en el parto	Se han asumido varianzas iguales	-,894	,379	-,592	,559
Motiva el trabajo en equipo	Se han asumido varianzas iguales	-,367	,716	,000	1,000
Motiva la llegada del recién nacido	Se han asumido varianzas iguales	,178	,860	-1,103	,279

Al Utilizar la prueba de t de student para muestras relacionadas se puede resumir por la comparación de promedios, antes y después del taller que muestran una significancia negativa. (22).

En conclusión se tiene evidencias estadísticamente significativas ya que el taller ha reforzado todas las dimensiones .Por que la p es menor que 0.05. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna por ser satisfactorio, en relación a la Eficacia de la variable; Taller de conocimiento.

GRÁFICO N°1

Conceptos teóricos



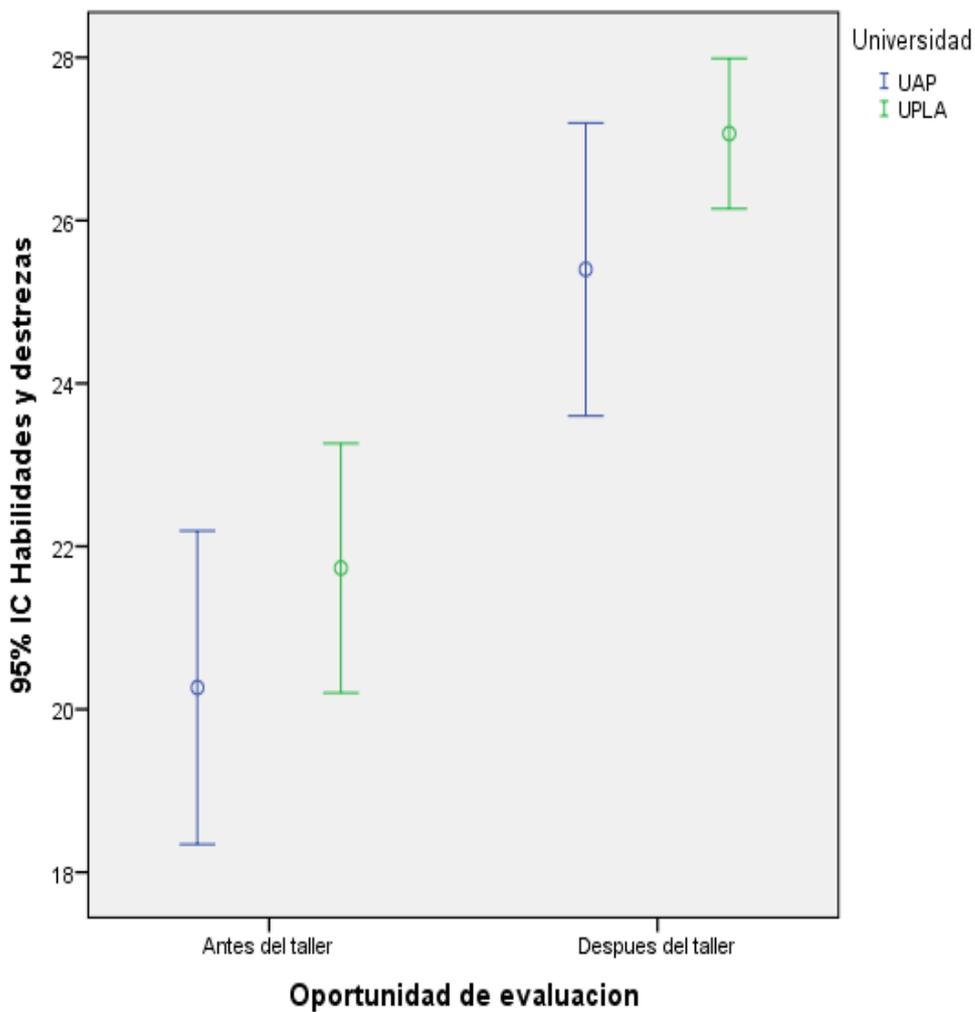
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en ambas universidades siendo mayor en la UPLA.

GRÁFICO N°2

Habilidades y destrezas



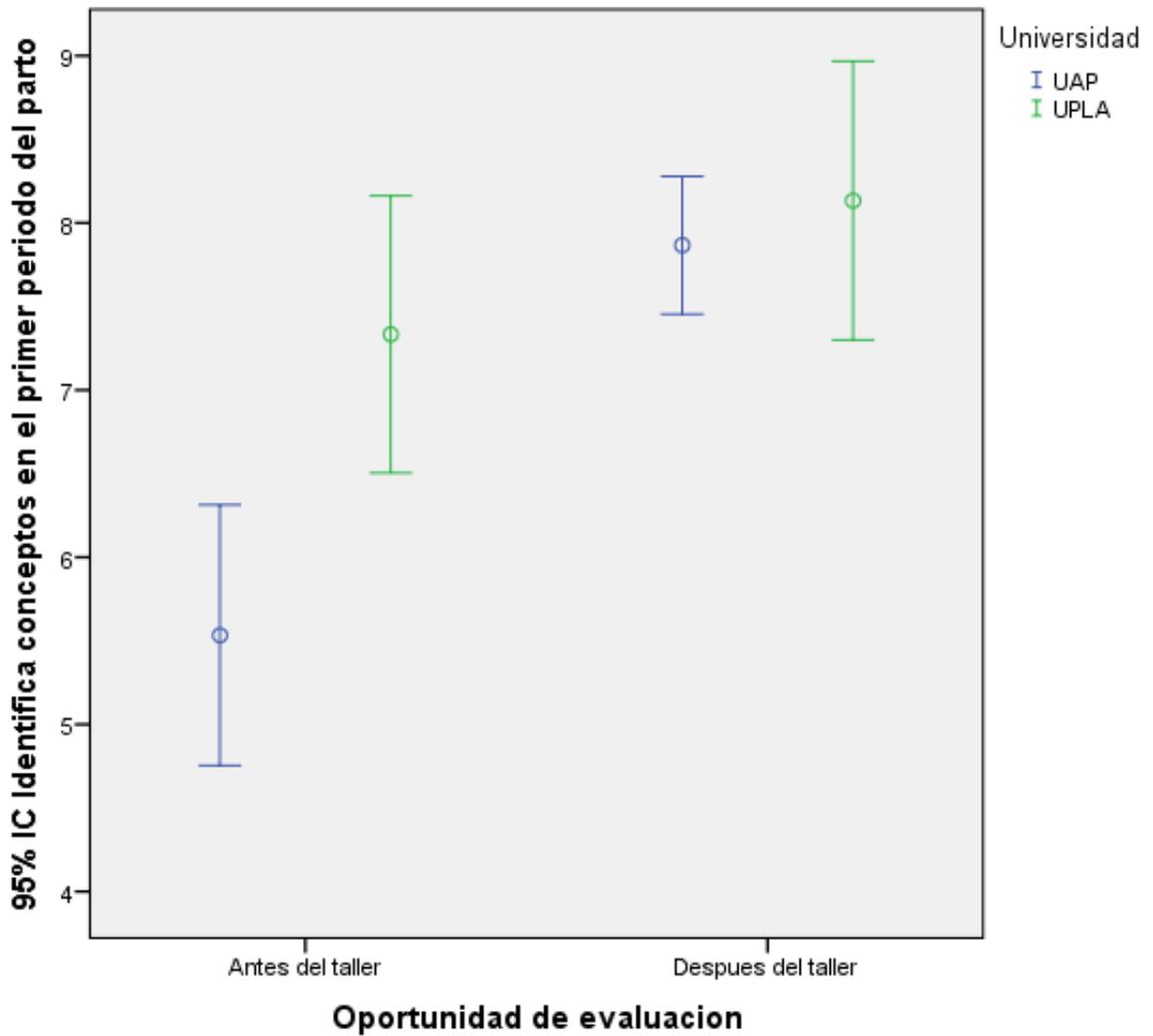
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en ambas universidades siendo mayor en la UPLA

GRÁFICO N°3

Identifica conceptos en el primer periodo del parto



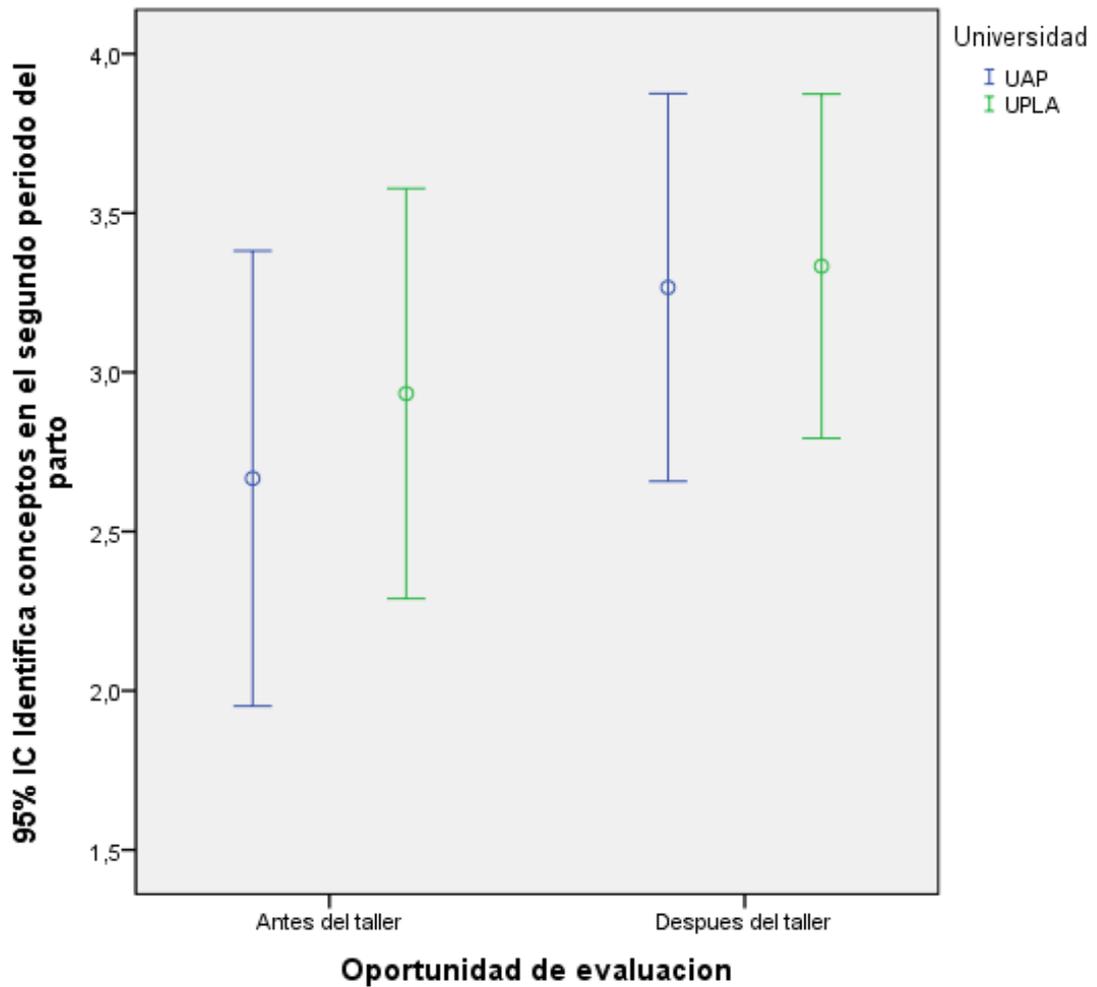
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en la UAP, en la UPLA hay incremento .

GRÁFICO N° 4

Identifica conceptos en el segundo periodo del parto



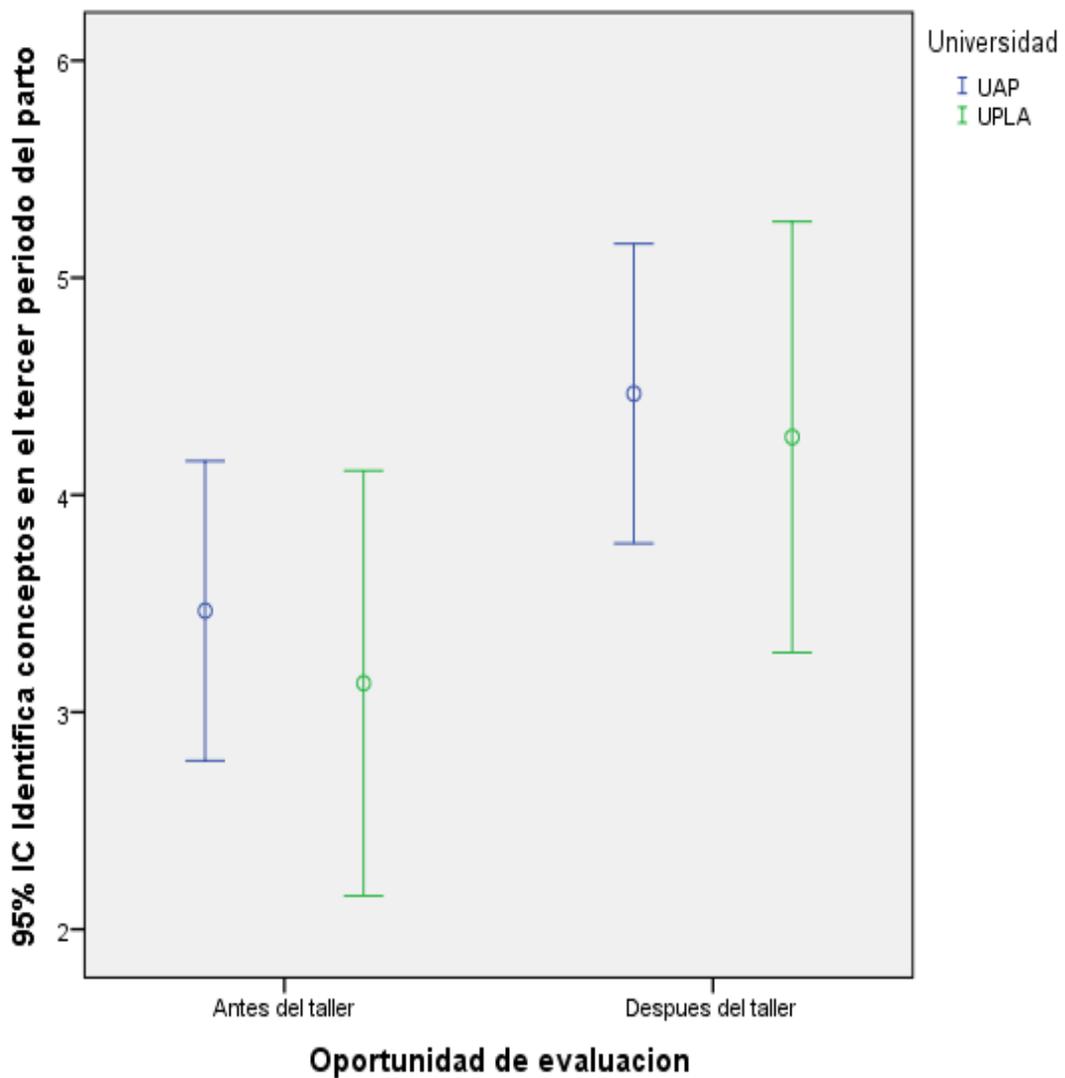
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades pero la diferencia no es estadísticamente significativo.

GRÁFICO N°5

Identifica conceptos en el tercer periodo del parto



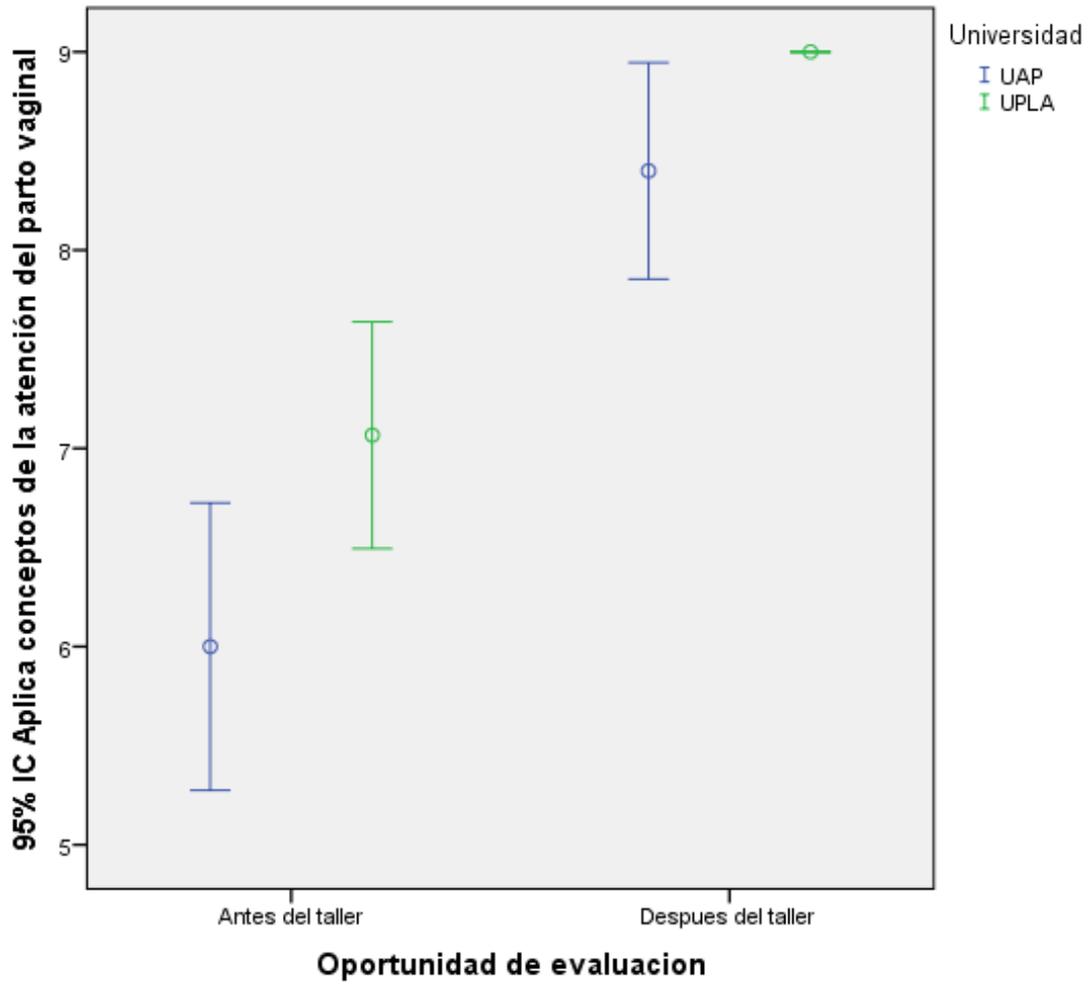
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en la UAP, en la UPLA hay incremento pero no es significativo estadísticamente.

GRÁFICO N°6

Aplica conceptos de la atención del parto vaginal



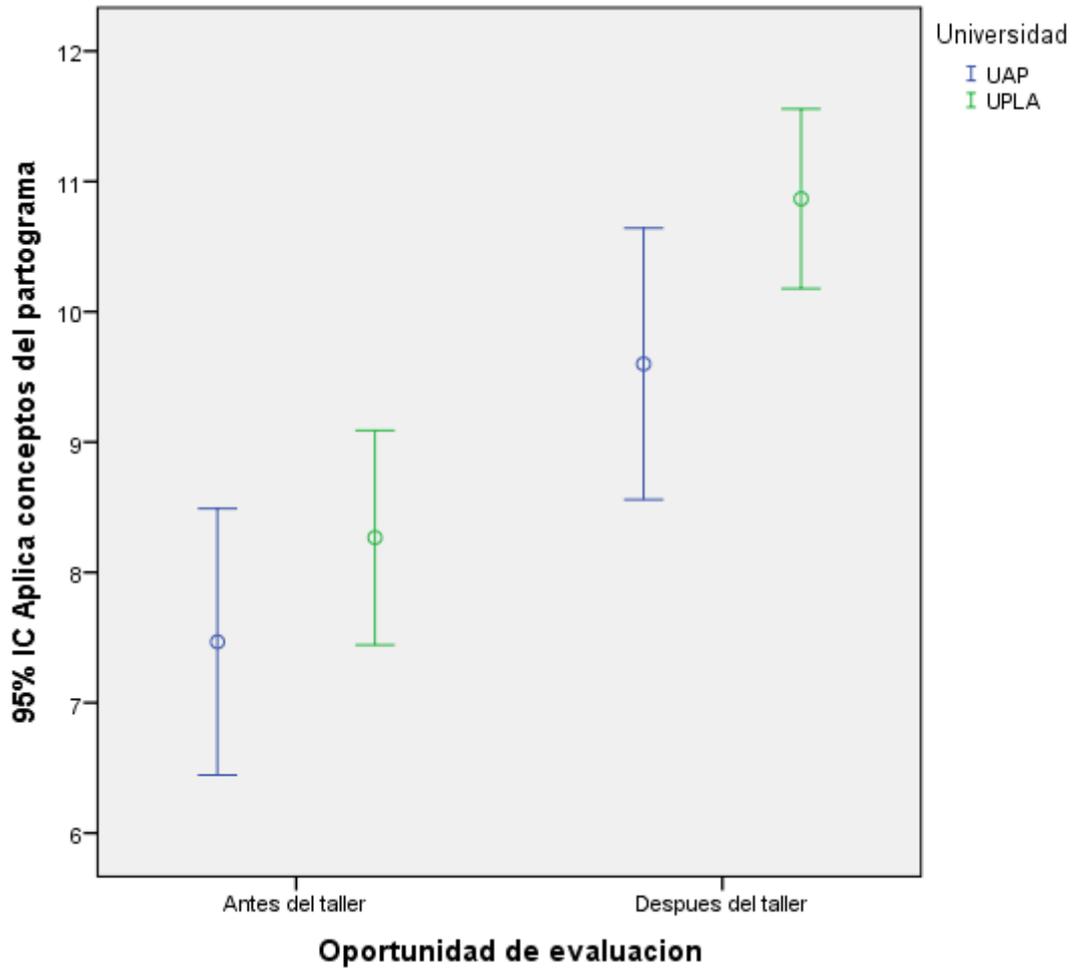
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en ambas universidades siendo mayor en la UPLA

GRÁFICO N°7

Aplica conceptos del partograma



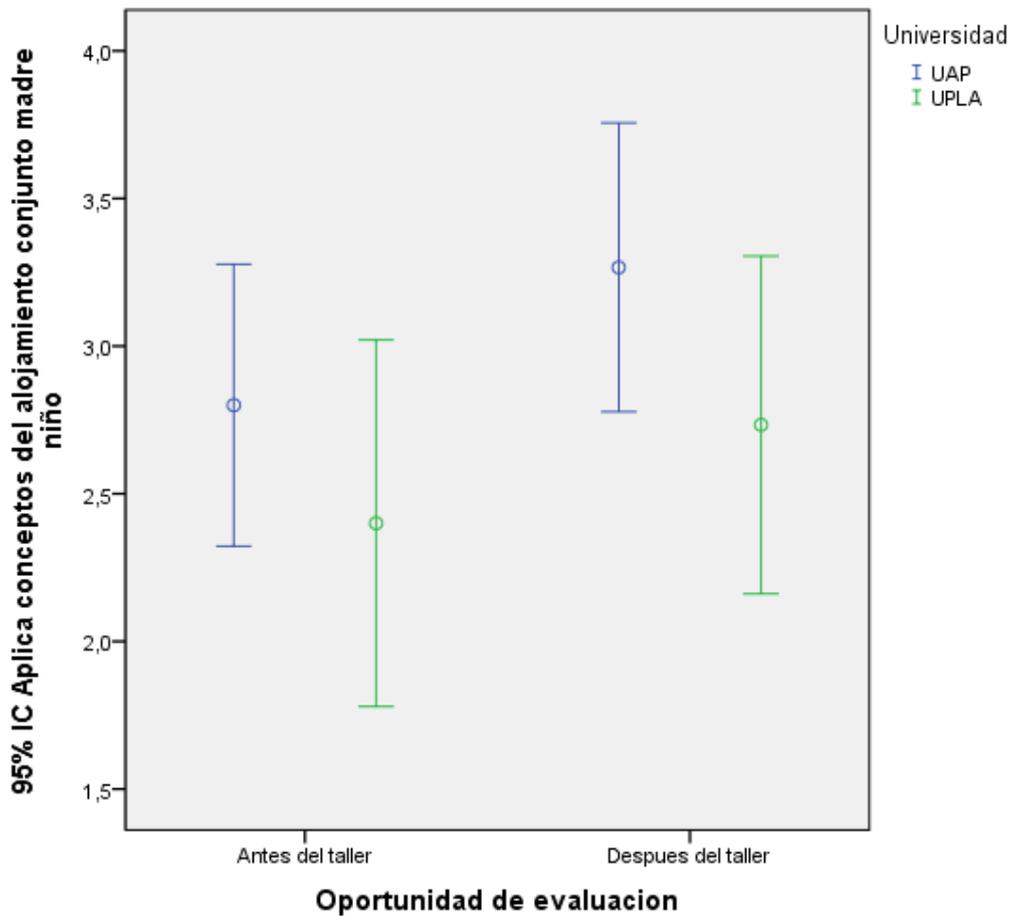
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento estadísticamente significativo después del taller en ambas universidades siendo mayor en la UPLA

GRÁFICO N°8

Aplica conceptos del alojamiento conjunto madre niño



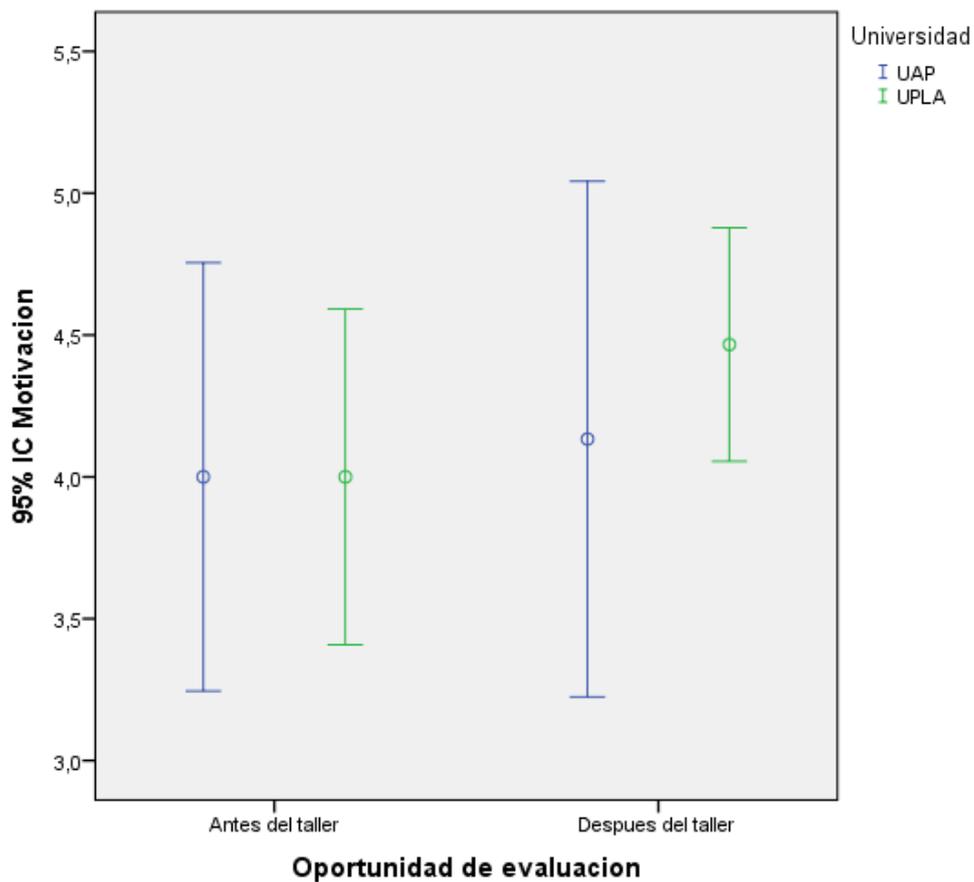
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades pero la variación no es estadísticamente significativa.

GRÁFICO N°9

Motivación



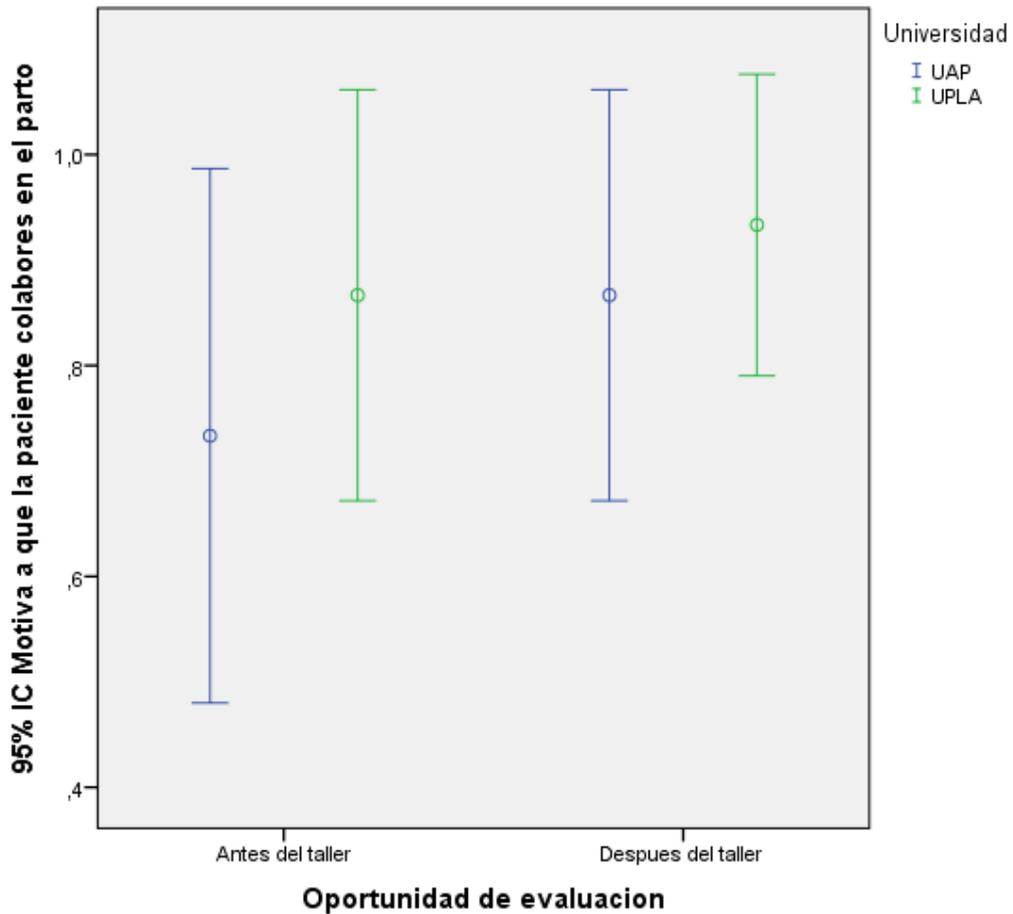
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades.

GRÁFICO N°10

Motiva a que la paciente colabore en el parto



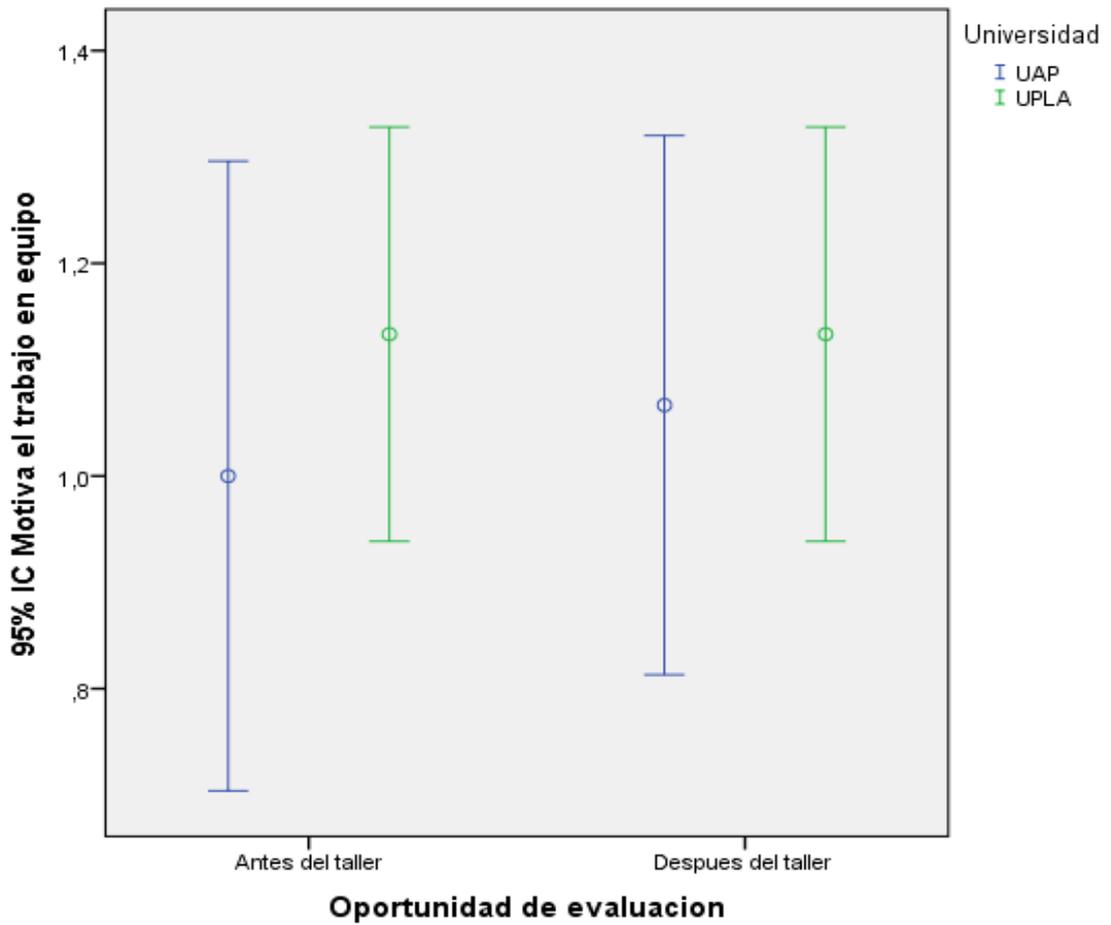
Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades pero la variación no es estadísticamente significativa.

GRÁFICO N°11

Motiva el trabajo en equipo

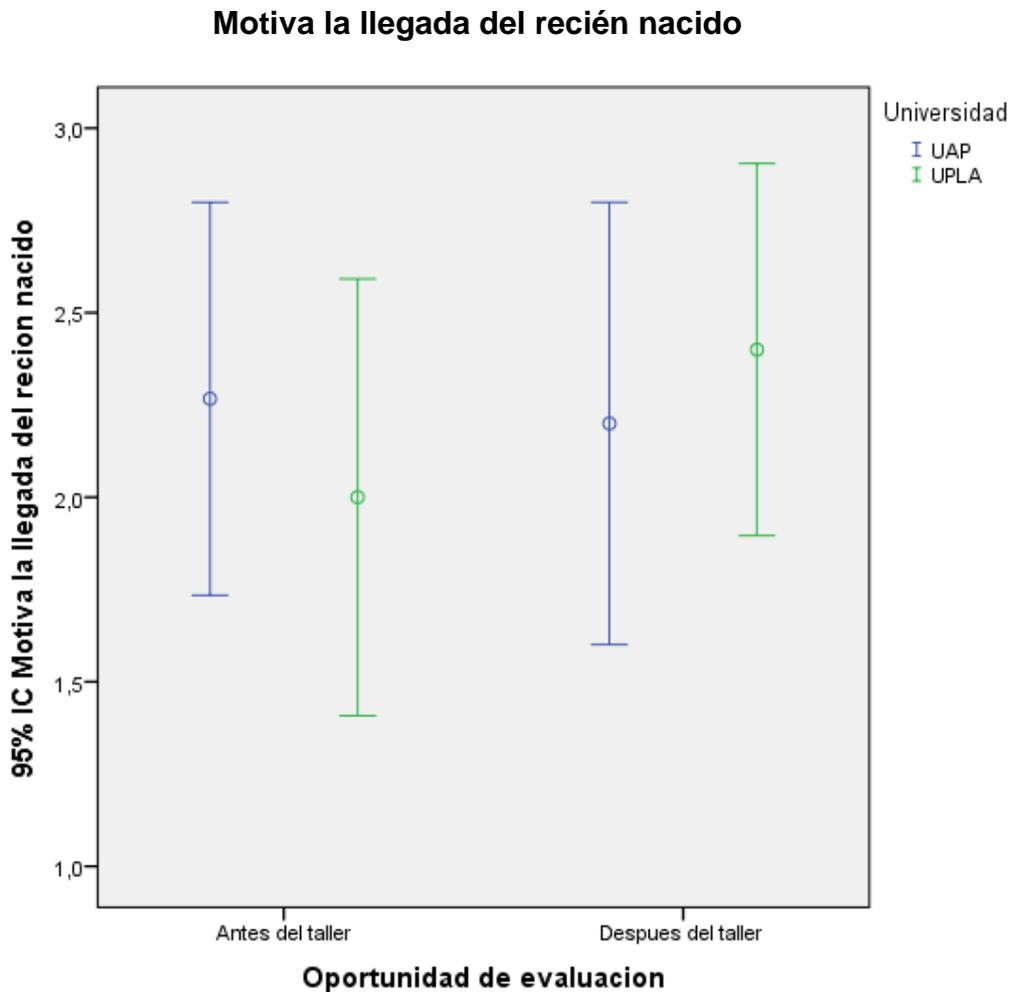


Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades pero la variación no es estadísticamente significativa

GRÁFICO N°12



Fuente: Investigación en alumnos del décimo ciclo de UAP y UPLA del HSEB.-Collique 2012-II

Elaboración: Propia

Hay aumento después del taller en ambas universidades.

Conclusión: el taller ha tenido resultados favorables en cuanto a las destrezas y habilidades y también en los conceptos teóricos, los resultados favorecen a la universidad UPLA, los aspectos más débiles corresponden a: motivación y sus variedades, conceptos del segundo periodo y alojamiento conjunto.

Recomendación: trabajar en los aspectos que están deficientes, mejorar el desempeño de la UAP.

4.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Al realizar el análisis de los resultados nos satisface la vinculación al objeto del presente estudio.

Se evidencia una estrecha relación entre los hallazgos de esta investigación con las predicciones realizadas por las teorías más importantes y que hasta el presente continúan siendo punto de partida para futuras y nuevas investigaciones científicas.

Al realizar un taller de conocimientos para mejorar la eficacia de los alumnos del último ciclo de las universidades que rotan por sala de partos en el hospital Sergio E. Bernales al realizar sus prácticas pre profesionales, definitivamente el resultado será positivo al mejorar la calidad de atención y el nivel de la Institución, ya que las iatrogenias serán mínimas.

Es importante identificar la existencia de ciertas condiciones relacionadas con el Taller de conocimientos y su eficacia en los alumnos del décimo ciclo de las universidades (UAP) y (UPLA). En las que se destaca que su eficacia es satisfactoria.

No tenemos que olvidar; la teoría del aprendizaje significativo y la teoría de los campos conceptuales por ser coincidentes al considerar que la significatividad del aprendizaje es un proceso progreso, que requiere tiempo. En ambas se hace necesario llevar a cabo el análisis conceptual del contenido objeto de estudio.

Se trata de teorías psicológicas una del aprendizaje y otra de la conceptualización de lo real.

Cabe recordar que la finalidad del presente estudio fue proporcionar información acerca de la posible relación entre las dimensiones desde el punto de vista cuantitativo.

Con respecto de la unidad de análisis es importante aclarar que esta se realizó con las muestras obtenidas del presente estudio, con las mejores condiciones de selección, con ello se garantizan el margen de error en el presente trabajo. Es estadísticamente significativa porque la p es menor que 0.05. En conclusión se tiene evidencias estadísticamente significativas que el taller ha reforzado todas las dimensiones. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna por ser positiva en relación a la variable.

4.2.1 DE LA HIPÓTESIS GENERAL

La presente Hipótesis está referida a que si se aplicaría el taller de conocimientos para la atención del parto normal contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, entonces sería mayor la eficacia en la atención de parto vaginal normal en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la UAP y UPLA que hacen su rotación pre profesional en el HSEB-Collique durante el semestre 2012, cuyos resultados revelaron que existe una estrecha relación (significativa y positiva) entre las dimensiones e indicadores que están en mención; en cada uno de estos estudios se reveló sobre la importancia que tiene la aplicación de un taller de conocimientos como pilar fundamental para mejorar la eficacia que se da en los alumnos como en su atención; en la presente investigación. Podríamos afirmar el papel que cumple la investigación cuantitativa, dicho sea de paso que en esta situación se observa que las dimensiones e indicadores del presente estudio son de ámbito educativo.

4.2.2 DE LAS HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

a. De la Primera Hipótesis Específica.

Se refiere a que sí se identificaran los conceptos teóricos contenidos en la guía del Ministerio de Salud entonces la eficacia de la atención mejoraría en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la facultad de ciencias de la salud de la universidad UAP y UPLA en el semestre 2012-II .Obtenidos ya los resultados podemos asegurar una importante relación positiva entre las dimensiones e indicadores de las variables correspondientes como consecuencia podríamos afirmar tienen naturaleza de tipo cuantitativa.

b. De la Segunda Hipótesis Específica.

Se refiere a que sí se aplicaría las habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal normal en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia que realizan sus prácticas pre profesionales en el hospital Sergio E. Bernales-Collique durante el semestre 2012-II; los resultados están en concordancia con la afirmación de la

hipótesis general, es decir, existe una importante relación entre las dimensiones e indicadores de la variable correspondiente. Es importante recordar que la presente investigación tiene una naturaleza cuantitativa, es decir, hace referencia a un fenómeno directamente abierto a todo tipo de interpretación.

c. La Tercera Hipótesis Específica.

Menciona que sí se aplicaría la motivación de los conocimientos en la atención madre-recién nacido contenidos en el Manual Guía del Ministerio de Salud entonces sí se mejoraría la eficacia en la atención de los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia , podemos afirmar que existe concordancia con la afirmación de la hipótesis general, y una importante relación entre lo dicho sea de paso que en esta situación se observa que las dimensiones e indicadores de la variable del presente estudio son de naturaleza cuantitativa.

Finalmente, para solucionar los problemas de un nivel académico deficiente en los alumnos del décimo ciclo de Obstetricia que realizan su rotación Por el hospital Sergio E. Bernales es determinante y bastante positivo como eficaz el aplicar un taller de conocimientos antes que realicen su rotación por sala de partos , con la finalidad de mejorar su eficacia en el alumno ;como persona y en su atención y así poder obtener los resultados esperados, es necesario tomar las acciones pertinentes del caso para aplicarlo en nuestros alumnos .

4.3 CONCLUSIONES:

Después de haber realizado el análisis estadístico del presente estudio, en base a los resultados obtenidos, podemos citar las conclusiones siguientes:

- Existe una eficacia positiva en la aplicación de un **“Taller de Conocimientos”**, en la atención del parto vaginal normal contenidos en la Guía del Ministerio de salud y su eficacia en los alumnos del décimo ciclo que realizan sus prácticas pre profesionales en el hospital Sergio E. Bernales-Collique de la escuela profesional de Obstetricia de la UAP y UPLA durante el semestre 2012-II.
- Se determinó una eficacia positiva en la **“Identificación de los Conceptos Teóricos en la atención del parto vaginal normal”** contenidos en la Guía del Ministerio de Salud en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAP y UPLA durante el semestre 2012-II.
- Se determinó una eficacia positiva en las **”Habilidades y Destrezas en la atención del parto vaginal normal”** contenidos en la guía del ministerio de salud en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académica Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAP y UPLA durante el semestre 2012-II.
- Se determinó una eficacia positiva en la **“Motivación de Conocimientos en la Atención de la Madre y Recién Nacido”** contenidos en la Guía del Ministerio de Salud en los alumnos del décimo ciclo de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UAP y UPLA durante el semestre 2012-II.

4.4.RECOMENDACIONES: De acuerdo a las conclusiones del presente trabajo de investigación, se recomienda lo siguiente:

- Se sugiere que se considere como reglamento o norma la “Aplicación de un taller de conocimientos de la atención del parto vaginal normal” contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, con la finalidad de mejorar la eficacia en los alumnos del décimo ciclo en el Hospital Sergio E. Bernales que realizan sus prácticas pre profesionales y que hacen su rotación por sala de partos.
- Se sugiere que se considere como reglamento o norma **“La identificación de Los Conceptos Teóricos en la atención del parto vaginal normal”** contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, con la finalidad de mejorar la eficacia en los alumnos del décimo ciclo en el Hospital Sergio E. Bernales que realizan sus prácticas pre profesionales y que hacen su rotación por sala de partos.
- Se sugiere que se considere como reglamento o norma el reforzamiento de **“Habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal normal”**, contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, con la finalidad de mejorar la eficacia en los alumnos del décimo ciclo en el Hospital Sergio E. Bernales que realizan sus prácticas pre profesionales y que hacen su rotación por sala de partos.
- Se sugiere que se considere como reglamento o norma **“La Motivación de los conocimientos en la Atención de la Madre y Recién Nacido”** contenidos en la Guía del Ministerio de Salud, con la finalidad de mejorar la eficacia en los alumnos del décimo ciclo en el Hospital Sergio E. Bernales que realizan sus prácticas pre profesionales y que hacen su Rotación por sala de partos.
- Por último recomendamos lo siguiente:
“Se debe fortalecer académicamente con un taller de conocimientos en la atención del parto vaginal normal, a todos los alumnos que realizan sus prácticas pre profesionales en el Hospital Sergio E. Bernales que rotan por sala de partos ya sea que comprometa a los tutores como nuevo método competente, que permita mejorar la eficacia en los alumnos de las diferentes profesiones ya sea de Medicina y Obstetricia”.

4.5 .REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thonson Ivan .<http://www.definición de/ eficacia>. Definición de. (consulta 10 de octubre 2014)
2. Tamayo t.<http://www.google/tesisde investig.blogspot.com /muestreo intencional 27-06-11> (Consulta 10 de octubre 2014).
3. Autor, Pita Fernández, S., Pértega Díaz, S. 2010; Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A .Coruña (España)Revista *Cad aten Primaria* n°8 pag: 191-195
4. Ausubel david www.m/constructivismo.webnode.es aprendizaje significativo (consulta 27 mayo 2012)
5. Acosta patricio.www.scribd.com/mobile./doc/89363879.Resumen Jean Piaget (consulta 3 marzo 2012)
6. Autores: Ministerio de Salud. Perú Guía técnica: Guías de práctica clínica para la atención de Emergencias obstétricas según nivel de capacidad Resolutiva. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima . Editorial Sinco 2007-n°00093
7. Amaro Fernández , I. (2010) *Intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en alumnos de noveno grado*. Tesis de maestría . UNAM, México.
8. García Vigil. M. (2012) *Los Talleres de ciencia en el Museo Universum de la Unam* .Tesis de Maestria.Autónoma de México.
9. Autor: Rodríguez Navarro V.(2012)“Eficacia de un programa de intervención multifactorial para la prevención de caídas en los ancianos de la comunidad” Tesis de Doctorado. de la Universidad de Córdoba.
10. Autor: Luis Rebellato .J.“ La Globalización y su Impacto Educativo Cultural “.En Revista de la Multiversidad *Franciscana de América Latina*, (1999) N° 8,pag. 23...51. Montevideo pp. 23-51, 1998. También se publica “ *en Diálogos. Educación y formación de personas adultas*”, Barcelona, Año IV, vol. 19-20, diciembre de 1999, pp. 7-28)
11. Ocaña Wilhemi F. J. Año: 2003. “Eficacia de un programa de formación inicial

encaminado a la autonomía sobre las competencias del profesor de esquí alpino y su evolución del conocimiento práctico”. Profesor de la Universidad: Granada.

12. Portuondo Hitchman,, O.L. (2012) Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera”La superación profesional. Una opción para el mejoramiento del desempeño profesional pedagógico” .formación en ciencias de la salud .Medicina laboral. Ciudad la Habana, Cuba.

13. Peña Huamán D.E. (2013) .Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos en las madres de niños en edad preescolar sobre la preparación de loncheras saludables en la institución educativa inicial “San Martín de Porres .tesis para licenciatura .lima -perú.

14. Fernández Molinari A. S. (2012) “*Revista Horizonte Medico Volumen 12*”(1), Enero – Marzo. la Libertad-Perú.pag.39-45

15. Yarasca Garriazo P. (2011) Partograma de la OMS modificado, Partograma de la OMS con Curva de Alerta .[http://es .calameo. com](http://es.calameo.com) .(consultado el 3 de octubre 2014)

16. Puga Garcia A. y Madiedo Albolatrach M .*Revistas 2007*.[http://bvs.s/d.cu/revistas /ems/vol 21:pag 3-7/ems06307.html#cerjo](http://bvs.s/d.cu/revistas/ems/vol 21:pag 3-7/ems06307.html#cerjo).

17. Freire, Paulo” *Pedagogía del oprimido* ”Editorial siglo 21,Mexico 1999.

18. Lazo Arrasco, Jorge.” *La enseñanza Universitaria.*” Lima; Edit .San Marcos 2002.

19. Maslow A. Motivación y personalidad (en papel) Editorial Diaz de santos, 1991
<http://Casa del libro.com-motivación> (consulta 23 de febrero 2012)

20. Potter V. R. . Guía internacional de la Bioética.26 de octubre del 2000.
<http://bioéticas.org>.(consulta 20 mayo 2012)

21. Tafur Portilla, Raúl *La Tesis Universitaria.* Lima Edit. Mantaro 1,995

22. Alberto Salcedo V. *Métodos Estadísticos.* Lima-Perú. Auspiciado por concytec. . 1990.

ANEXOS

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	CRITERIOS DE EVALUACION
X=Eficacia del taller de conocimientos (GNARS)	CONCEPTOS TEÓRICOS (prueba)	Identifica conceptos en el primer periodo del parto	1.1.1 = 20	Alto=(18-20) Medio=(15-17) Bajo=(< 14)
		Identifica conceptos en el segundo periodo del parto		
		Identifica conceptos en el tercer periodo del parto.		
	HABILIDADES Y DESTREZAS (lista de chequeo)	Aplica conceptos de la atención del parto vaginal	1.1.2 =25	> 80% Si=1 <80% No=0
		Aplica conceptos del Partograma		
		Aplica conceptos de alojamiento conjunto madre-niño		

	MOTIVACIÓN (Lista de chequeo)	Motiva a que la paciente colabore en el parto	1.1.3 =5	100% Si=1 <99% No=0
		Motiva el Trabajo en Equipo		
		Motiva la llegada del recién nacido		

VARIABLE: TALLER DE CONOCIMIENTOS

DIMENSIONES	INDICADORES	REDACCION DE ITEMS	Escala
CONCEPTOS TEÓRICOS	Identifica conceptos en el primer periodo del parto	Explique usted: 1-¿El primer periodo del parto? 2-¿La posición que adopta la paciente? 3-¿Las técnicas de relajación? 4-¿Las técnicas de respiración? 5-¿La intensidad de las contracciones? 6-¿La frecuencia de las contracciones? 7-¿La duración de las contracciones? 8-¿Con cuánto de dilatación pasa a sala de expulsivo cuando es nulípara? 9-¿Con cuánto de dilatación pasa a sala de expulsivo cuando es múltipara?	Ordinal
	Identifica conceptos en el segundo periodo del parto	10-¿El inicio del segundo periodo del parto? 11-¿ las reglas de bioseguridad 12-¿Las reglas de bioseguridad del desecho del material con flujo de sangre y punzo cortante? 13-¿La micción espontanea, o evacuación vesical con sonda descartable antes del ingreso a sala de expulsivo? 14-¿Conoce el tiempo de espera para el expulsivo en la nulípara y multipara?	

	Identifica conceptos en el tercer periodo del parto.	<p>15-¿El tiempo de espera para el alumbramiento en la nulípara?</p> <p>16-¿El tiempo de espera para el alumbramiento en la múltipara?</p> <p>17-¿Los signos de desprendimiento de la placenta?</p> <p>18-¿Los tipos de desprendimiento de la placenta?</p> <p>19-¿El sangrado normal en este periodo?</p> <p>20-El puerperio inmediato?</p>	
HABILIDADES Y DESTREZAS	Aplica conceptos de la atención del parto vaginal	<p>Cuando atiende a la paciente:</p> <p>1-¿redacta los hechos en la Historia Clínica tomando en cuenta el tiempo?</p> <p>2-¿controla las funciones vitales de la madre y ¿anota en la Historia Clínica?</p> <p>3-¿realiza la primera maniobra de Leopold?</p> <p>4-¿realiza la segunda maniobra de Leopold?</p> <p>5-¿realiza la tercera maniobra de Leopold?</p> <p>6-¿realiza la cuarta maniobra de Leopold?</p> <p>7-¿Las medidas del estrecho superior?</p> <p>8-¿Las medidas del estrecho medio?</p>	Nominal

		9-¿Las medidas del estrecho inferior?	
	Aplica conceptos del partograma	<p>10-¿registra la curva de alerta a partir de los 4 centímetros de dilatación cervical?</p> <p>11-¿registra la gráfica de los latidos fetales?</p> <p>12-¿registra la gráfica de dilatación?</p> <p>13-¿registra la evaluación y gráfica de los cinco quintos?</p> <p>14-¿registra el estado actual de las membranas?</p> <p>15-¿registra si se administra medicamentos adicionales a la paciente?</p> <p>16-¿registra la administración de occitocina?</p> <p>17-¿registra el control de la dinámica uterina?</p> <p>18-¿registra el control del pulso?</p> <p>19-¿registra el control de la temperatura cada 2 horas?</p> <p>20-¿registra el control de la presión arterial cada 4 horas?</p> <p>21-¿registra el control del volumen de orina?</p>	

	<p>Aplica conceptos del alojamiento conjunto madre-niño</p>	<p>22-¿ permite que la cabeza del bebe rote espontáneamente en el periodo expulsivo?</p> <p>23-¿coloca el niño sobre el tórax de la madre hasta ¿por treinta minutos para estimular el pezón, ¿para iniciar la lactancia materna?</p> <p>24-¿pinza y secciona el cordón umbilical a los 2 minutos?</p> <p>25-¿Permite el inicio de la lactancia materna sin signos de alarma?</p>	
MOTIVACIÓN	<p>Motiva a que la paciente colabore en el parto</p> <p>Motiva el trabajo en equipo</p> <p>Motiva la llegada del recién nacido</p>	<p>cuando va atender a la paciente la motiva a :</p> <p>26-¿Qué la paciente Permita el control de su puerperio dentro de las 2 primeras horas?</p> <p>27-¿Mantenga Las buenas relaciones con los compañeros de trabajo?</p> <p>28-¿El contacto precoz de piel a piel?</p> <p>29-¿La lactancia materna?</p> <p>30-¿El alojamiento conjunto; madre-niño?</p>	<p>Nominal</p> <p>SI ()</p> <p>No ()</p>



CUESTIONARIO: PARA EL ALUMNO

Este cuestionario tiene como objetivo evaluar la atención del parto vaginal que se da en el Hospital Sergio E. Bernales, con el fin de mejorar las futuras atenciones que se brinda a la población que requiere los servicios de salud. Su participación es importante para la evaluación.

En las siguientes afirmaciones, **marque la respuesta correcta:**

I. En el primer periodo del parto

1. El inicio del primer periodo del parto, se da cuando:
 - a) Las contracciones son cada 10'.
 - b) La dilatación del cuello es completo.
 - c) Las contracciones uterinas son más frecuentes con 30" de duración.
 - d) El borramiento del cuello es completo.

2. La posición que adopta la paciente, debe ser:
 - a) Litotomía.
 - b) De Pie
 - c) De Cuncillitas
 - d) La que ella decida y se sienta cómoda

3. El partograma es:
 - a) Un instrumento que nos permite vigilar el parto podálico.
 - b) Un instrumento para vigilar la fase latente.
 - c) Graficado cuando comienza la fase activa cuando el cuello uterino esta dilatado 4 cm.
 - d) Un instrumento para detectar sufrimiento fetal.

4. La línea de acción es:
 - a) Paralela a 4 horas a la derecha de la línea de alerta.
 - b) Cuando La dilatación esta en 4 cm.
 - c) Cuando completa la dilatación
 - d) Paralela a 5 horas a la derecha de la línea de alerta.

5. La dilatación cervical se evalúa en:
 - a) Cada examen vaginal y se marca una x
 - b) Cada hora.
 - c) Cada 2 horas.
 - d) Cada 30 minutos.

6. La grafica de la contracciones en el partograma es:
 - a) En 20 minutos
 - b) En 10 minutos y su duración en segundos
 - c) En 5 minutos
 - d) En 15 minutos y su duración en segundos.

7. La temperatura en el partograma se registra cada:
 - a) Cada hora.
 - b) Cada 2 horas
 - c) cada 3 horas
 - d) Cada 30 minutos.

8. La paciente nulípara pasa a sala de expulsivo cuando presenta:
 - a) Dilatación de 10cm y altura de presentación más 2.
 - b) Dilatación 10cm.
 - c) Dilatación 8 cm y altura de presentación más 1.
 - d) Dilatación 10cm más 5/5.

9. La paciente múltipara pasa a sala de expulsivo cuando presenta:
 - a) Dilatación de 10cm y altura de presentación «0» más deseos de pujar
 - b) Dilatación 10cm.
 - c) Dilatación 8 cm.
 - d) Dilatación 9cm.

II. Segundo periodo del parto

- 10-El inicio del segundo periodo del parto, se da:
 - a) Con la dilatación completa hasta expulsión del feto .
 - b) Cuando la paciente empieza a pujar.
 - c) La expulsión de la placenta
 - d) La rotura de membranas.

- 11-las reglas de bioseguridad consiste en:
 - a) Lavarse las manos
 - b) Lavarse las manos, utilizar guantes y ropas estériles.
 - c) Colocarse la mascarilla.
 - d) Colocarse los lentes.

- 12-La bioseguridad del desecho del material con flujo de sangre y punzo cortante corresponde:
 - a) Colocar en los tachos de bolsa roja y cajas
 - b) Colocar en el tacho de bolsa amarilla
 - c) Colocar en las cajas
 - d) Colocar en los tachos de bolsa negra.

13-La micción espontanea, o evacuación vesical debe ser:

- a) Con sonda descartable antes del ingreso a sala de expulsivo
- b) Se coloca la chata.
- c) Voluntad propia de la paciente
- d) Cuando no puede pujar

14-El tiempo de espera para el expulsivo en la nulípara y múltipara corresponde:

- a) 15 minutos y 5 minutos.
- b) 1 hora y 15 minutos
- c) 1 hora y 30 minutos
- d) 1 hora y 10 minutos.

III. Tercer periodo del parto

15- El tiempo de espera para el alumbramiento en la nulípara:

- a) No debe durar más de 30 minutos.
- b) Hasta 15 minutos
- c) Hasta una hora
- d) Hasta 5 minutos

16- El tiempo de espera para el alumbramiento en la múltipara:

- a) Hasta 10 minutos.
- b) Hasta 40 minutos
- c) No debe durar más de 30 minutos.
- d) Hasta una hora.

17- Los signos de desprendimiento de la placenta son:

- a) Kusner
- b) Duncan
- c) Shultze
- d) Kusner y Alfed.

18- Los tipos de desprendimiento de la placenta son:

- a) Baudelocque-shultze y Baudelocque-duncan
- b) Shultze y Brand
- c) Duncan
- d) Kusner y Duncan

19-La cantidad del sangrado normal en este periodo es:

- a) de 200 a 500 ml.
- b) 150ml.
- c) 250 ml.
- d) 400ml.

20-En el control del puerperio inmediato se debe evaluar:

- a) Funciones vitales.
- b) Funciones vitales más contracción uterina.
- c) Que el útero este bien contraído más funciones vitales.
- d) Vigilar rigurosamente la contracción uterina y el sangrado vaginal.



GUIA DE OBSERVACIÓN

Esta lista tiene como objetivo evaluar a las alumnas del X ciclo de obstetricia, en las actividades a realizar en la atención del parto vaginal.

1-¿Redacta los hechos en la Historia Clínica tomando en cuenta el tiempo?

SÍ () NO ()

2-¿Controla las funciones vitales de la madre y anota en la Historia Clínica?

SÍ () NO ()

3-¿Realiza la primera maniobra de Leopold?

SÍ () NO ()

4-¿Realiza la segunda maniobra de Leopold?

SÍ () NO ()

5-¿Realiza la tercera maniobra de Leopold?

SÍ () NO ()

6-¿Realiza la Cuarta maniobra de Leopold?

SÍ () NO ()

7-¿Mide adecuadamente el estrecho superior de la madre?

SÍ () NO ()

8-¿Mide adecuadamente el estrecho medio de la madre?

SÍ () NO ()

9-¿Mide adecuadamente el estrecho inferior de la madre?

SÍ () NO ()

En el Partograma:

10-¿Registra la curva de alerta a partir de los 4 centímetros de dilatación cervical?

SÍ () NO ()

11-Registra la gráfica de los latidos fetales?

SÍ () NO ()

12-¿Observa y registra el cuello uterino adecuadamente hasta los 10 centímetros?

SÍ () NO ()

13- ¿Gráfica y registra la evaluación de los quintos?

SÍ () NO ()

14-¿Registra el estado actual de las membranas si están integras o rotas?

SÍ () NO ()

15-¿Registra si se aplican medicamentos adicionales?

SÍ () NO ()

16-¿Registra la administración de occitocina?

SÍ () NO ()

17-¿Registra el control de la dinámica uterina?

SÍ () NO ()

18-¿Registra el control del pulso cada 30 minutos?

SÍ () NO ()

19-¿Registra el control de la temperatura cada 2 horas?

SÍ () NO ()

20-¿Registra el control de la presión arterial cada 4 horas?

SÍ () NO ()

21-¿Registra la cantidad de orina y su hora?

SÍ () NO ()

Aplica conceptos del alojamiento conjunto madre-niño.

22-¿Permite que la cabeza del bebe rote espontáneamente en el periodo expulsivo?

Sí () NO ()

23-¿Coloca el niño sobre el tórax de la madre hasta por treinta minutos para estimular el pezón para iniciar la lactancia materna?

Sí () NO ()

24-¿Pinza y secciona el cordón umbilical a los 2 minutos cuando no hay signos de alarma?

Sí () NO ()

25-¿Permite el inicio de la lactancia materna sin signos de alarma?

Sí () NO ()

Motiva a que la paciente colabore en el parto

26-Motiva a que la paciente permita el control de su puerperio dentro de las 2 horas inmediatas?

Sí () NO ()

27-Motiva con ética en las buenas relaciones con los compañeros de trabajo?

Sí () NO ()

28-Motiva el contacto precoz de piel a piel?

Sí () NO ()

29- Motiva la lactancia materna?

Sí () NO ()

30-¿Motiva el alojamiento conjunto madre-niño?

Sí () NO ()

Figura 9: Partograma de la OMS modificado
FOTO N° 1



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales .En sala de partos ; Alumnos aplicando el taller de conocimientos en bioseguridad.

Elaboración: Propia

FOTO N° 2



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales. En sala de partos ; Alumnos aplicando el taller de conocimientos en habilidades y destrezas para la atención del parto vaginal normal.

Elaboración: Propia

FOTO N° 3



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales. En sala de partos ; Alumnos aplicando habilidades y destrezas en la atención del parto vaginal normal del taller de conocimientos.

Elaboración: Propia

FOTO N° 4



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales en sala de partos ; Alumnos aplicando el taller de conocimientos.

Elaboración: Propia

FOTO N° 5



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales. En sala de partos; Alumnos aplicando el clampaje del cordón umbilical en la atención del parto vaginal normal del taller de conocimientos.

Elaboración: Propia

FOTO N° 6



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales .En sala de partos; Alumnos aplicando el taller de conocimientos, toma de huella pelmatoscópica.

Elaboración: Propia

FOTO N° 7



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales en sala de partos; Alumnos aplicando el taller de conocimientos, sección del cordón umbilical.

Elaboración: Propia

FOTO N° 8



Fuente: Hospital Sergio E. Bernales. En sala de partos ; Alumnos aplicando el taller de conocimientos ,motivando el contacto piel a piel y la lactancia materna.

Elaboración: Propia.

