

Evelyn Riveros Cahui

COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA ...

 Quick Submit

 Quick Submit

 Universidad Politécnica del Perú

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3515351608

Fecha de entrega

23 mar 2026, 5:16 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

23 mar 2026, 5:19 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

T059_41784343_M_-_12.docx

Tamaño del archivo

365.9 KB

88 páginas

18.319 palabras

101.319 caracteres




7% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 6%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 4%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 6% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 4% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Trabajos del estudiante Universidad Alas Peruanas	2%
2	Internet repositorio.uap.edu.pe	2%
3	Internet hdl.handle.net	<1%
4	Internet 1library.co	<1%
5	Internet repositorio.ug.edu.ec	<1%
6	Internet doczz.es	<1%
7	Internet medicinavirtual.uas.edu.mx	<1%
8	Internet diposit.ub.edu	<1%
9	Internet repositorio.ujcm.edu.pe	<1%
10	Trabajos del estudiante Universidad de San Martín de Porres	<1%
11	Internet dgsa.uaeh.edu.mx:8080	<1%

12 Internet

www.slideshare.net <1%

13 Trabajos del estudiante

Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez <1%

14 Trabajos del estudiante

Universidad Politécnica del Perú <1%

UAP

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
VICERRECTORADO ACADÉMICO
ESCUELA DE POSGRADO**

**COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE
OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA EN
EL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2022**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN
EN GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR:
Bach. RIVEROS CAHUI, EVELYN
Código Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-5050-756X>**

**Asesor(a) :
Mg. CÁCERES CALDERÓN, MILAGROS CONSUELO
Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2821-6693>**

**LIMA – PERÚ
2025**

DEDICATORIA

A Dios, a mi familia; con inmensa gratitud por ser el soporte integral que me ha permitido lograr mis metas en esta etapa de mi Formación Profesional Continua.

AGRADECIMIENTO

Hago de conocimiento mi eterno y profundo agradecimiento a los Catedráticos de la Escuela de Post Grado de la Universidad “Alas Peruanas”, por sus sabias y oportunas enseñanzas.

RECONOCIMIENTO

Un reconocimiento especial a los Magísteres de la Escuela de Postgrado de la Universidad “Alas Peruanas”; por sus orientaciones atinadas en el desarrollo de la investigación, por su calidad profesional, ética y profesionalismo en su trabajo de enseñanza.

A todas aquellas personas que han contribuido en la concreción del presente trabajo de investigación; por la orientación guiada y confiable en la elaboración del informe final de la investigación.

ÍNDICE

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Reconocimiento	iv
Hoja de información básica	v
Índice	vi
Introducción	x

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.Descripción de la realidad problemática	1
1.2.Delimitación de la investigación	5
1.2.1. Delimitación espacial	5
1.2.2. Delimitación social	5
1.2.3. Delimitación temporal	5
1.2.4. Delimitación conceptual	5
1.3. Problemas de investigación.....	6
1.3.1. Problema principal	6
1.3.2. Problemas específicos	6
1.4. Objetivos de la investigación	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivo específicos	7
1.5. Justificación e importancia de la investigación.....	7

1

2

1.5.1. Justificación	7
1.5.2. Importancia	8
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
2.1. Antecedentes del problema	10
2.2. Bases teóricas o científicas	15
2.2.1. Competencias	15
2.2.1.1. Definición	15
2.2.1.2. Competencias según distintos investigadores	18
2.2.1.3. Competencias profesionales genéricas y específicas	20
2.2.1.4. Competencias según OPS/OMS	20
2.2.1.5. Las competencias frecuentes al Talento Humano de rango profesional	22
2.2.1.6. El trabajo por competencias y sus ventajas.	23
2.2.1.7. Funciones asistenciales.....	24
2.2.1.8. Las competencias ligadas con el papel de cooperación.....	25
2.2.1.9. Competencias para el Talento Humano de tipo asistencial	26
2.2.1.10. Competencias usuales para el nivel asistencial ²⁹	26
2.2.2. Retenciones placentarias	28
2.2.2.1. La placenta.....	28
2.2.2.2. Retención de la placenta	29
2.2.2.3. Retención Placentaria: Etiología	30
2.2.2.4. Retención Placentaria: Clínica (Signos y Síntomas).....	31
2.2.2.5. Fase placentaria patológica (alumbramiento patológico).....	32
2.2.2.6. Clasificación	33
2.2.2.7. Restos Placentarios	33
2.2.2.8. Ruptura precoz de membranas y retención de restos placentarios	34

2.2.2.9. Según al progreso de la placenta se divide en:	34
2.2.2.10. Según a la amplitud de la placenta anormal en: (43).....	34
2.2.2.11. Lóbulos anexos	35
2.2.2.12. Retención Placentaria: Diagnóstico.....	35
2.2.2.13. Diagnóstico diferencial.....	36
2.2.2.14. Criterios diagnósticos	36
2.2.2.15. Cualidades clínicas y fisiopatológicas de la retención de placenta y membranas ovulares	37
2.2.2.16. Retención Placentaria: Componentes de amenaza	39
2.2.2.17. Mecanismo del desprendimiento placentario	39
2.2.2.18. Retención Placentaria: complicaciones	41
2.2.2.19. Tratamiento.....	41
2.3. Definición de términos básicos	42
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	44
3.1. Hipótesis general.....	45
3.2. Hipótesis específicas	45
3.3. Definición conceptual y operacional de las variables	45
3.4. Cuadro de operacionalización de variables.....	46
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	48
4.1. Tipo y nivel de investigación	48
4.1.1. Tipo de investigación	48
4.1.2. Nivel de investigación.....	49
4.2. Métodos y diseño de investigación	49
4.2.1. Métodos de investigación.....	49
4.2.2. Diseño de la investigación	50

1

4.3. Población y muestra de la investigación	51
4.3.1. Población.....	51
4.3.2. Muestra.....	51
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	52
4.4.1. Técnicas	52
4.4.2. Instrumentos	53
4.4.3. Validez y confiabilidad.....	53
4.4.4. Procesamiento y análisis de datos	55
4.4.5. Ética en la investigación.....	55
CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	57
5.1. Recursos humanos.....	57
5.2. Presupuesto	57
5.3. Cronograma.....	62
5.4. Referencias bibliográficas.....	63
ANEXOS.....	69
Anexo n° 01: Matriz de consistencia	71
Anexo n° 02: Matriz de elaboración de los instrumentos	74
Anexo n° 03: Formato de validación del instrumento	74
Anexo n° 04: Instrumentos de recolección de datos	81
a) Guía de observación.....	81
b) Guía de análisis documental	81
Anexo n° 05: Declaratoria de autenticidad del plan de tesis.....	83

1

Introducción

Desde hace varios años y en los distintos lugares donde he desempeñado mi labor como profesional de la salud he podido observar que uno de los problemas más latentes en la atención de la salud materna es la retención de la placenta en muchas de las pacientes, y este es el motivo principal o es el gran interés de investigar si los obstetras realmente cuentan con las competencias asistenciales requeridas para el desempeño de sus funciones para así poder brindar un servicio en salud de calidad, reduciendo los diagnósticos y tratamientos de este tipo de problema de salud así como también reducir la tasa de mortalidad de las gestantes.

En estos momentos en donde la ciencia avanza con mucha rapidez y la tecnología se desarrolla en forma holística todos los profesionales deberían contar con todas las competencias demandadas tanto para la producción como para los servicios de calidad. De esto es parte y gran responsabilidad de las diversas instituciones educativas que deben llevar a cabo un proceso de enseñanza aprendizaje basado en los diferentes pilares educativos como el conceptual (saber), procedimental (hacer) y actitudinal (ser) para el desarrollo de un país tanto en lo social como en lo económico y ambiental.

El presente plan de tesis está estructurado en cinco capítulos:

2 En el primer capítulo, el cual corresponde al planteamiento del problema se encuentra a la descripción de la realidad problemática, a las delimitaciones, a los problemas y objetivos de investigación, así como también a la justificación e importancia de esta investigación.

El segundo capítulo el mismo que atañe al marco teórico conceptual, está conformado por los antecedentes tanto nacionales como internacionales referentes a las variables en estudio, bases teóricas o científicas y por la definición de términos.

2 En el capítulo tres se han considerado a las hipótesis de índole principal o general y, a las específicas o secundarias, así como a la definición conceptual y operacional de las variables con su respectivo cuadro de operacionalización de variables.

2

El cuarto capítulo concierne a la metodología de la investigación que abarca al tipo, nivel, métodos, diseño, población, muestra, técnicas, instrumentos, validez, confiabilidad, procesamiento y análisis de datos y también a la ética en la investigación.

El quinto capítulo está referido a la administración de la investigación en el cual intervienen los recursos humanos, presupuesto, cronograma y referencias bibliográficas.

Finalmente se ha considerado a los anexos como a la matriz de consistencia, matriz de elaboración de los instrumentos, formato de validación, otros.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

A nivel mundial desde siempre la muerte materna durante el embarazo, parto y puerperio ha sido y es un gran problema de escala mundial, contabilizándose que en el año 2005 perdieron la vida más de 536 000 mujeres con una razón de 400 por cada 100 000 n.v en todo el mundo y en el año 2013 murieron 289 000 siendo 230 por cada 100 000 n.v, lo común de estas cifras es que tienen mayor grado de incidencia en países en vías de desarrollo como es el caso del Perú; mientras que en los países desarrollados durante el mismo año, es decir, en el 2013 solo fue de 16 por 100 000 n.v., y el riesgo de las muertes maternas en los estados en vías de desarrollo fue del 1/160 y en las naciones de primer mundo 1/3700, todo esto refleja las grandes diferencias entre dichos países¹.

Las últimas estadísticas sobre la muerte materna específicamente por la retención placentaria también han demostrado que en los países desarrollados como el Reino Unido entre otros países del continente no hubo muertes por retención de placenta en más de dos millones de partos, asimismo en un gran nosocomio al norte de Nigeria

donde la mortalidad del 3%/894 fémimas que han sido atendidas por placenta retenida en un tiempo de tres años; y en los países en desarrollo la tasa de letalidad es alta². El suceso de la placenta retenida es diverso desde el 1% hasta el 5,5% de acuerdo a lo que se define en la tercera parte del trabajo de parto prolongado, que va de 10 minutos a una hora.

El Perú como un país en vías de desarrollo tampoco es ajeno a la problemática indicada en el párrafo anterior ya que las cifras emitidas por el MINSA determinan que en el 2000 se tuvo como motivo de muerte de las madres de 185 por cada 100 000 n.v., teniendo mayor constancia en áreas rurales y lejanas, pero en el 2009 la ENDES da a conocer que los motivos de la muerte materna se ha reducido a 103 fallecidos por cada 100 000 n.v.; en tanto, en 2010 al parecer los servicios de salud han ido mejorando pero no lo suficiente teniendo como resultado la reducción de la razón de muerte materna la misma que fue equivalente a 93 por cada 100 000 n.v.³

De acuerdo a los reportes presentados por el Ministerio de Salud del Perú se puede aseverar que el porcentaje de fémimas que murieron por complicaciones en el embarazo, parto o durante los 42 días luego que haya terminado, disminuyendo en 64.9% entre el periodo 2004 y 2010. Según la información entregada por el mencionado ministerio se puede afirmar que en los últimos 10 años en la provincia de Acobamba del departamento de Huancavelica el 38% de la proporción de muertes maternas son por causas directas, mientras que el 0,3% se dan por complicaciones obstétricas⁴, además en las recientes investigaciones (2016) realizadas en la Universidad Nacional de Huancavelica se señala que el 49% de púerperas han tenido un diagnóstico de ruptura prematura de membranas con retención de restos placentarios y que han sido sometidas a procedimientos de legrado uterino; como otro resultado de esta investigación se ha determinado que 13 de 26, es decir, que el 50% de las púerperas con diagnóstico de RPM con RRP tuvieron un desprendimiento de la placenta en la modalidad de Duncan y el 21 de 44 (48%) de las púerperas tenían un diagnóstico de RPM con RRP con desprendimiento de placenta bajo la modalidad de Shultzc; 15 púerperas (75%) que fueron atendidas con diagnóstico de RPM con RRP superaron los 15 minutos de manejo activo; la mayoría de púerperas atendidas con diagnóstico de RPM y RRP son jóvenes

entre 23 y 17 años de edad, lo cual representa un 27% (19) y en este estudio también se da a conocer que las puérperas multigestas son las que tienen mayor porcentaje 15 (44%) con diagnóstico de RPM con RRP⁵.

Las investigaciones realizadas a nivel internacional sobre las diferentes competencias con las que debe contar todo profesional como en la Universidad de Veracruz se tuvieron los siguientes resultados: que del 100% de los estudiantes el 13,3% dio a conocer que la comunicación no es empática con los de su alrededor, el 53,3% señala que casi siempre la comunicación es empática y el 33,3% sostienen que siempre tienen comunicación empática con su entorno; de igual manera el 13,3% de los alumnos expresó que casi nunca recopila información de forma analítica a partir de las diferentes fuentes de información, el 66,7% indicó que casi siempre y el 20% revela que siempre recopila información de forma analítica a partir de las diferentes fuentes de información. Otro de los resultados que se ha encontrado en las investigaciones de la mencionada institución educativa es referente al 53,4% de estudiantes que no presentan escritos traducidos en inglés que muestra el desempeño de sus docentes, el 33,3% expresa que casi nunca y solo el 13,3% menciona que casi siempre presentan escritos de traducción en inglés como evidencia del desempeño de sus docentes; otro de los resultados con respecto a los competencias profesionales son referente a los programas computacionales en donde del 100% de los estudiantes encuestados, el 6,7% manifiesta que nunca emplea programas computaciones para elaborar sus tareas, el 20% indica que casi siempre y el 73,3% señala que siempre emplea programas computaciones para elaborar sus tareas, además como resultado de las investigaciones se tuvieron un 46,7% de los estudiantes lograron que casi siempre obtienen la confianza de los pacientes para lograrse un tratamiento integral y el 53,3% expresó que siempre; el 6,7% señala que nunca los docentes infunden en los alumnos un perfil de liderazgo como contribuir en el desarrollo profesional; y el 13,4% expresa que nunca integran los conocimientos con las habilidades y actitudes en el desarrollo de proyectos.

Otra de las universidades interesada en investigar las competencias que debe poseer todo profesional es la Universidad Rafael Landívar en donde se encontró los siguientes datos: los resultados encontrados en el área gerencial se encuentra por debajo de 30

puntos donde dicha zona es la que tiene menos desarrollo en los colaboradores de enfermería, las competencias “liderazgo”, “dirección”, y “planificación y organización” son parecidos; en el área de entorno se encuentra a las competencias de “identificación con la empresa”, “apertura”, “visión y anticipación” como las competencias de mayor desarrollo y las competencias de “orientación al clientes” y “conocimiento de la empresa” como las que no tienen mucho desarrollo; otra de las competencias más desarrolladas encontradas en este estudio son la de “capacidad de análisis” e “iniciativa” las cuales permiten al personal encontrar soluciones a los diferentes problemas que se presentan en la rutina diaria y tener sentido de inmediatez; según la presente investigación las áreas con mayor desarrollo competenciales son el área de desarrollo de tareas, intrapersonal, interpersonal, las cuales vienen hacer las más importantes para determinar el compromiso, organizado y que realiza actividades, del mismo modo cuando se domina las emociones, se tiene confianza en sí misma, la manera en cómo se asocian con otros individuos y cumplen las metas. Todas estas competencias y otras no están muy promovidas en el sistema educativo peruano motivo por el cual existe muchos problemas en lo que se refiere a la calidad de atención en salud o la calidad de atención de salud es baja, ya que existen personas encargadas de administrar la salud de la población que definitivamente no son lo suficientemente idóneas y capaces de cumplir con lo que se les asigna, es decir, que no cuentan con las competencias requeridas para el cargo a desempeñar o funciones, todo esto unida a las deficiencias administrativas, infraestructura, equipos en los diferentes establecimientos de salud de nuestro país.

De acuerdo a lo descrito en los párrafos anteriores los llamados a coadyuvar de manera eficiente y eficaz a la solución de los diferentes problemas de salud son todos los profesionales de ciencias de la salud, pero estos a su vez a nivel nacional no están muy preparados para responder con éxito a los desafíos científicos y tecnológicos del macro y micro entorno institucional, es decir, local, regional y nacional.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación espacial

El estudio se desarrollará en la Red de Salud de Acobamba Nivel II – 1, concretamente en el Hospital Provincial de Acobamba, el mencionado hospital se encuentra ubicado en la calle Manco Cápac sin número del distrito y provincia de Acobamba del departamento de Huancavelica en la jurisdicción del territorio peruano, dicho lugar tiene una superficie de 910.82 km², cuenta con una población de 79 752 habitantes correspondiente a los ocho distritos de su jurisdicción, posee un clima frío y una altitud de 3 431 msnm.

1.2.2. Delimitación social

Los sujetos, objetos o elementos a ser investigados en el presente estudio serán unidades. Entre las unidades de análisis están las obstetras que cumplen con las funciones de diagnóstico y tratamiento de las pacientes con retención placentaria, asimismo no se considera ninguna limitación sobre ellas como la edad, cantidad de embarazos y partos atendidos, estado civil, entre otros,

1.2.3. Delimitación temporal

El desarrollo de la presente investigación tendrá un periodo temporal de doce meses; iniciándose en el mes de febrero cuya culminación está proyectada en el mes de enero del 2022. Durante este tiempo se llevarán a cabo las diferentes actividades investigativas.

1.2.4. Delimitación conceptual

En el estudio de investigación la fundamentación teórica del estudio está apoyada en la investigación documentaria en las diferentes teorías, paradigmas, conceptos, conocimientos científicos descritos o sustentados por los diferentes fuentes de información confiable nacional e internacional, Bibliográficas, Hemerográficas y Electrónicas, (competencias asistenciales y retención placentaria) con su respectiva dimensiones e indicadores, los cuales permitirán llevar a cabo en forma exitosa la

2 praxis científica, cuyas citas bibliográficas están en el apartado fuentes que informan.

1.3. Problemas de investigación

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?

1.3.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?
2. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?
3. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Establecer el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.
2. Identificar el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.
3. Describir el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

1.5. Justificación e importancia de la investigación

1.5.1. Justificación

Esta investigación se llevará a cabo porque se ha observado que existen constantes diagnósticos y tratamientos sobre la retención parcial de la placenta en las mujeres acobambinas, así como también porque se quiere conocer las causas por las cuales se genera dicha retención para que se tomen las medidas correctivas y se logre reducir la tasa de estos casos clínicos, asimismo reducir la tasa mortalidad materna por el mencionado diagnóstico y poder determinar de manera acertada la responsabilidad a quién corresponda ya sea a nivel gerencial u operativa por la carencia de las competencias requeridas para el desempeño de sus funciones.

El interés en desarrollar esta investigación también es con la finalidad de que el Ministerio de Salud conjuntamente con las demás importantes organizaciones proveedoras de atención de salud a nivel nacional despliegue valiosas iniciativas o políticas públicas tanto de índole administrativo como clínico para poder enfrentar con éxito los diferentes problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales (mortalidad materna, mortalidad neonatal y la desnutrición infantil) y

lograr mejorar la calidad de la atención de salud de todos los usuarios en todo el territorio peruano.

Otra de las motivaciones en el desarrollo del presente estudio es porque se quiere contribuir al conocimiento científico, ya sea refutando los conocimientos existentes, complementado, modificando o cubriendo algún vacío científico acerca de las competencias asistenciales del obstetra y de la retención parcial de la placenta considerado como un problema de salud prioritario. Asimismo, se aspira promover el desarrollo y dominio de las diferentes competencias indispensables (cognitivas, procedimentales y actitudinales) con las que debe contar el obstetra ya que la atención de parto requiere de una formación íntegra, es decir, del buen manejo de metodologías, técnicas, estrategias, herramientas en el desempeño de sus respectivas funciones, todo lo indicado en este párrafo debe ser incluido y promovido en el currículo de la educación nacional.

1.5.2. Importancia

El grado de importancia de esta investigación es insuperable ya que se busca la solución total del problema a ser investigado conllevando así a la mejora de la calidad de vida tanto de las pacientes como de su familia y al bienestar general, reduciendo o erradicando los diferentes problemas institucionales, sociales y económicos en base a la toma de decisiones sobresalientes por parte de los diversos órganos gerenciales.

Los resultados que se obtengan en esta investigación no solamente servirán al personal y, a las autoridades del lugar a ser estudiado, sino que también a todos los miembros, integrantes, funcionarios, servidores o colaboradores de los diferentes sectores de nuestro país como los de salud, educación, entre otros para que tomen y promuevan políticas de bienestar social.

1.6. Factibilidad de la Investigación

Este estudio se podrá ejecutar, ya que se cuenta con todo lo necesario para que se desarrolle el trabajo, así como se garantiza que se cumple totalmente.

Consta con la disponibilidad de medios, unidad estudio, conocimiento, tiempo y diseño metodológicos que fueron respetados el método científico y la ética del investigador en el marco ético para la realización eficaz de la investigación.

1.7. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones del estudio en los aspectos metodológica que se presentan en esta investigación es tamaño de la población y si acceso por sus horarios y la carga laboral de las obstetras, en vista que el personal es el mínimo necesario lo que disminuye la cantidad de la muestra.

La limitación será el acceso a la información de recogida de los datos en la aplicación de los instrumentos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Antecedentes del problema

3 **San Martín López⁶**, sustentó su tesis titulada: “Competencias básicas de los egresados de la facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana Región Poza Rica – Tuxpan, México” para obtener su doctorado en la Universidad de Granada en el año 2012. El problema planteado por la autora de esta investigación fue el siguiente: ¿Cuál es el desarrollo y el dominio de las competencias básicas de los egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana Región Poza Rica – Tuxpan (México) durante agosto 2009 – febrero 2010 con relación a las competencias de los docentes que impartieron las experiencias de aprendizaje?, y el objetivo general considerado en el presente estudio consistió en identificar la ejecución y dominio de las competencias que están basados en los que egresan de la Facultad de Odontología de la Universidad Veracruzana Región Poza Rica – Tuxpan (México) durante agosto 2009 – febrero 2010 relacionado con la competencia de los profesores que brindan experiencias de aprendizaje. Esta investigación ha sido desarrollada considerando el método científico, los enfoques cualitativo, cuantitativo y ecléctico, el cuestionario como instrumento de investigación el

cual fue aplicado a la muestra representativa tanto de egresados como de docentes considerando los respectivos criterios de inclusión y exclusión.

Las conclusiones más globales y más significativas a las que se llegaron en este estudio fueron las siguientes:

- Con referencia al desarrollo y dominio de las competencias basadas en el egresado de Odontología, determinándose que la mayoría de los estudiantes no poseen el desarrollo y dominio íntegro de las competencias base que vienen hacer de gran importancia social sin importar el universitario que fuera y para todo estudiante de cualquier nivel educativo; en este tema, el rol del docente también es de gran importancia en lo referente a planificar la docencia y el estilo de aprendizaje inmerso en la presente era del aprendizaje digital, pero, la ejecución de las competencias no están siendo muy fomentadas por parte de los docentes mediante sus diferentes papeles de los académicos.
- Los alumnos poseen la competencia del manejo de las TICs, la cual ha sido desarrollada empíricamente o como también se llama de manera extracurricular debido a que según su opinión los docentes no la promueven en las experiencias de aprendizaje.
- La mayoría de las actividades de enseñanza – aprendizaje de los docentes se inclinan en la enseñanza tradicional lo que va en contra de los retos, demandas y necesidades de un modelo educativo que se centra en el estudiante y se basa en la competencia lo que se ve expresado en fomentar poco las competencias bases enmarcadas en el modelo educativo integral y flexibilizado.

Espinoza Ortega⁷, sustentó su trabajo de investigación titulado: “Competencias Específicas de los Profesionales de Enfermería en cuatro Universidades Públicas de la República Mexicana en el Marco del Proyecto Tuning América Latina” con la finalidad de optar el Grado de Doctor en Educación en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el año 2012. La investigadora formuló como objetivos generales a los siguientes: identificar y comparar en cuatro universidades públicas mexicanas los niveles de

importancia y realización de las competencias específicas de los colaboradores del programa de Licenciatura en enfermería desde el punto de vista de los alumnos, egresados, académicos y empleadores en el marco del proyecto Tuning América Latina e identificar y comparar en cuatro universidades públicas mexicanas los roles predominantes definidos por las competencias específicas de los colaboradores del programa de Licenciatura en Enfermería desde la perspectiva de estudiantes, egresados, académicos y empleadores en cuatro universidades públicas mexicanas.

7 La población, estuvo constituido por académicos, alumnos y egresados de la facultad de Enfermería de las cuatro universidades que ofrecen programas de Licenciatura en Enfermería y que se encuentren adscritas en la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería, es decir, en la FEMAFEE, así como también los empleados que contratan a los egresados de los mencionados programas. En relación al tamaño muestral, éste estuvo conformado por 249 unidades de análisis, las cuales fueron seleccionadas mediante el muestreo probabilístico y de conveniencia, además estaban conformadas por las cuatro facultades de enfermería que brindan datos acerca de competencias tomándose decisiones que se utilizan en el método de muestreo por conglomerados y diseño por clúster debido a que es un método que se emplea ampliamente en investigaciones lo cual no representa en sí mismo una fuente de parcialidad, además se usó un diseño del estudio tanto descriptivo, como prospectivo y correlacional, asimismo se trabajó con un cuestionario como el instrumento de esta investigación que estuvo conformado por 27 competencias específicas de enfermería.

De todas las conclusiones y según los resultados obtenidos se consideraron a las siguientes: Los roles definidos en esta investigación tienen relación con el Proyecto Tuning AL y corresponden al proveedor de Cuidado Directo a pacientes y en una menor proporción el Rol de la Gestión Administrativa, el rol de investigador así como el del educador no se consideran como importantes, debido a que los dos primeros son roles asignados a la enfermera profesional que fue formada a nivel de pregrado y los dos últimos son realizado por enfermeras con posgrado, por tal motivo no existe relación entre el índice de importancia y el índice de realización probablemente porque

no existe una cultura de observación y registro de las diferentes actividades que lleva a cabo el personal de enfermería porque se subestima el rol del conocido profesional y el conjunto de alumnos y empleadores convergen en la competencia de la capacidad de administrarse de manera segura fármacos y otras terapias con la finalidad de brindar cuidados de enfermería de calidad.

Benites Vidal⁸, sustentó su trabajo de investigación titulado: “Retención placentaria como causa de hemorragia postparto en el Hospital de Vitarte – caso clínico 2015” para que se opte una segunda especialidad de obstetricia atendiéndolo de la emergencia y cuidados crítico en la Universidad Privada de Ica en el año 2016. La autora de esta investigación formuló objetivos como **determinar si se realizó el diagnóstico y manejo correcto y oportuno de la emergencia obstétrica, determinar usando la muestra científica que esta actualizado, si quitar de forma manual la placenta es un medio adecuado para que se evite que muera la madre por hemorragia después de dar a luz y como último objetivo se planteó realizar el seguimiento sobre el resultado final del evento tanto para la madre como para su hijo.**

La investigadora de este estudio arribó a las siguientes conclusiones:

- La palabra placenta retenida es usada cuando ésta no es expulsada después de media hora de haber nacido el bebé, o luego de un cuarto de hora del nacimiento en el manejo activo del alumbramiento. La placenta retenida conlleva a una complicación que puede ser potencialmente mortal. En el caso que no se trate puede existir un alto riesgo de muerte de la madre, debido a la hemorragia o infección.
- La retención de la placenta relación con los factores de riesgo que se conocen y, sin embargo, no puede prevenirse aplicando medidas al respecto.
- El tratamiento elegido para la retención placentaria viene hacer la extracción manual de la placenta bajo pseudoanalgesia o anestesia, con riesgos inherentes por la naturaleza invasiva. Las líneas alternativas consideran el uso de uterotónicos así como también fármacos relajantes uterinos combinados y secuenciales.

4 **Medina Gomez**⁹, defendió su tesis titulada: “Ruptura prematura de membranas y retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica, 2016”, para obtener el título profesional de Obstetra, en la Universidad Nacional de Huancavelica en el año 2017.

4 El problema considerado en esta investigación fue el siguiente: ¿Qué asociación existe entre la ruptura prematura de membranas y la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica, 2016?, el objetivo general del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la ruptura prematura de membranas y la retención de restos placentarios en puérperas del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica, 2016; y la hipótesis alternativa y nula, de las variables.

4 Esta investigación es de tipo sustantiva, de nivel correlacional, los métodos utilizados fueron el método general y el método básico, la población estuvo conformada por 111 puérperas atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia – Huancavelica entre los meses de enero y agosto del año 2016 y la muestra fue equivalente a 70 puérperas de la mencionada población, asimismo se puede especificar que la técnica empleada en este estudio fue la técnica de análisis documental cuyo instrumento corresponde a la guía de análisis documental.

La autora de esta investigación llegó a las siguientes conclusiones:

- La ruptura prematura de membranas se encuentra asociada significativamente con la retención de restos placentarios medidos con Chi2 de 34.493.
- Del total de puérperas que se atendieron, el 68%, es decir, 23 tuvieron RPM prematura.
- Del 100% de los casos que se han encontrado el 49%, es decir, 34 culminaron con legrado uterino puerperal por retener restos de la placenta.
- Una de cada tres puérperas que se atendieron por RPM, terminaron con legrado puerperal por retener restos de la placenta.

Janampa Valladares¹⁰, respaldó su trabajo de investigación titulado: “Hemorragia post parto retención placentaria 2017” para obtener el título de Segunda especialidad en

emergencias obstétricas, alto riesgo y cuidados críticos materno en la Universidad José Carlos Mariátegui.

En esta investigación se redactaron las siguientes conclusiones:

- Retener la placenta es una de las causas más constantes de hemorragias posterior al parto, en el caso que la placenta completa ya este desprendida y se encuentre al interior del útero, esto puede mantenerse abierto a los vasos sanguíneos tras separarse la placenta del útero.
- Existen diferentes determinantes que señalan que la placenta desprendida, como un chorrillo de sangre que evacúa de la vagina de forma improvisada (no es continua), notándose que el cordón umbilical sea más largo y el útero se eleva a nivel del ombligo o sobre él, sin embargo, estos signos solo son percibidos con la práctica, ha ocurrido que, en lugares lejanos, hay profesionales solos en su primera experiencia, haciendo que no deriven oportunamente a la gestante o puérpera.
- La retención placentaria es una patología que hace peligrar la vida de la puérpera en el caso que no se actúe rápido y de forma oportuna, por lo que es crucial derivarlo, mientras los responsables no comprendan que existen capacidades que el centro no puede dirigir, existirán casos que volverán a ocurrir, a pesar que el presente hecho salió airoso, existen otros donde las pacientes fallecen solo por no actuar en segundos y con ese resultado no solo se perjudican los profesionales que las atienden, sino que también a los familiares de la paciente.

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Competencias

La competencia como el grupo de habilidades de conocimientos y de acción que han de obtener los individuos educados para poder manejar adecuadamente las circunstancias que ellas mismas han de solucionar en su profesión. Las competencias muestran las capacidades para tomar medidas acertadas en el desarrollo profesional (11).

DRAE¹² define a la Competencia como: Incumbencia. // Pericia, aptitud, idoneidad para realizar ciertos actos o injerir en un tema determinado.

Tener de un nivel óptimo de conocimientos y de capacidades importantes que contienen elementos relacionales y de corte técnico. Estos saberes y capacidades son útiles para llevar a cabo las labores inherentes de la profesión¹³.

Tejada¹⁴ la competencia se relaciona con las funciones, tareas y papeles de un profesional, para lograr desarrollar de forma idónea su trabajo como producto y objetivo de un trabajo de adiestramiento y cualificación.

Siguiendo con Tejada¹⁵ cuando señala que Fernández (1997) toma atención en la opinión de Bunk, tomando de la capacidad, alcanza a la competencia. Conforme a la primera opinión, nos precisa que:

Es mejor observarla como un triángulo perfecto que edifica un sólo polígono; desde esta perspectiva, puede ir a un lado más que al otro lado del triángulo, debido a estar aferrados por la coacción de los otros lados. Si va más adelante, necesitaremos aceptar que las competencias también son el resultado de varios elementos diferentes entre sí, pero en idónea relación [...]

En reconocimiento al grupo que edifican las capacidades se obtienen las competencias a través de un trabajo de aprendizaje. Al mismo tiempo, la o las competencias obtenidas suman la fuerza de las capacidades con lo que el trabajo se transforma en una hélice centrífuga y creciente que posibilita lo imprescindible de la teoría que procede de la educación constante: Obtener más y óptimas competencias en el crecimiento de la evolución de las capacidades del individuo.

Blanco R, Zapico F y Torrens R¹⁶ hablan del Tuning al manifestarse como competencias más esenciales de trabajar: “la capacidad de análisis y síntesis; la capacidad de educarse, la habilidad para solucionar conflictos; la capacidad de poner en práctica el conocimiento; la capacidad de adecuarse a nuevas

circunstancias; la inquietud por la calidad; las habilidades para manipular la información y la capacidad para comportarse individualmente o en equipo”.

Y continuando con el pensamiento del *Tuning*, cuando mencionan que “la competencia a desde la perspectiva de programación educativa, puede dividirse en diferentes metas educativas, de saberes, cualidades, etc. pero el concepto de competencia como producto de aprendizaje tendrá una forma total, práctico y vivencial. Nuestros estudiantes deben “ser capaces de valorar la capacidad funcional y el nivel de dependencia de las personas a su cargo” (17).

En la aceptación de esta competencia observan rápido cómo junta componentes muy diferentes, conocimientos, habilidades y actitudes; por ejemplo: el alumno podrá saber las cualidades y utilidades del índice de Barthel, llevarlo a cabo, traducirlo y tomar medidas en conclusión nuestro objetivo es mejorar que nuestros estudiantes sepan cómo aplicar y tomar medidas respecto de la evaluación de la dependencia a través de herramientas correctas e idóneas, y esto significa no sólo el saber (conocimiento), sino también el hacer (aplicar) o tener proyectos de acción (saber cómo hacer). Desde luego, es necesario saber que diversas competencias clínicas están llenas de saberes éticos y legales (confidencialidad, información, etc.) por lo que es bueno saber cómo ser o cómo actuar” (18).

Concordamos con esta ejecución práctica señala que el *Tuning*, el conocimiento de los procesos o pautas de acción asistencial determinados para el sector extra hospitalario que, de un lado es necesario saber, y su desarrollo en la vida cotidiana, no puede olvidarse, que es la estimación total, de señales y sintomatologías que da a conocer el obstetra y su alrededor, al igual que una situación que se debe tener en cuenta en la atención extra hospitalaria, como el tramo en la que nos ubicamos del centro hospitalario más próximo, esto, puede hacer tomar al experto diferentes providencias terapéuticas, siempre observando en favor del paciente.

Pont en el 2001 conceptúa a la competencia como¹⁹:

- Autoridad: Titularidad para desenvolverse
- Capacitación: capacidad de saberes y habilidad necesaria
- Competición: Rivalidad con otros que compiten.
- Cualificación: Calificación social óptima.
- Incumbencia: Pertenecer, adaptación a un trabajo que involucra algunas obligaciones.
- Contextualización: Adaptarse al ambiente y al contexto.
- Cultura: Lógica con la perspectiva de la organización. Competencia como respuesta de una cultura organizacional. De alguna forma, un individuo competente es la que se sabe llevar de forma adecuada en relación a los estándares culturales, es así que la competencia como cultura está cercana, y hasta es parte, de la competencia como contextualización.

2.2.1.2. Competencias según distintos investigadores

Navío que nos sumerge en las ideas de Bunk (1994) amplificando lo que contiene y, como también, la clasificación de la competencia profesional según cuatro categorías bases:

- 1.- Tiene **competencia técnica** el que está formado en actividades y contenidos donde trabaja y los saberes y habilidades para el mismo.
- 2.- Tiene **competencia metodológica** es aquel que sabe responder utilizando el procedimiento idóneo a las responsabilidades dadas y a las dificultades que ocurran, encontrando de manera separada conductos para solucionar y que lleva de manera adecuada las experiencias asimiladas a otros conflictos de labor.

3.- Tiene **competencia social** el que coopera con otros comunicándose de forma positiva, y muestra una conducta dirigida al grupo y una comprensión interpersonal.

4.- Tiene **competencia participativa** el que sabe interactuar en su grupo de trabajo, es capaz de dirigir y tomar decisiones, y está capacitado para admitir responsabilidades.

La agrupación de estas 4 competencias parciales nos lleva a la **competencia de acción**, que es no divisible.” (20).

La competencia es saber utilizar el buen juicio, los saberes, habilidades y actitudes para resolver conflictos difíciles que se dan en los diferentes ámbitos de la actividad profesional²¹.

Es el grupo de saberes, habilidades, pericias y comportamientos que tiene una persona, que le posibilitan desarrollar una exitosa actividad²².

Actuar cualificada que se detalla según su propósito, labores y significados.

Según la teoría de Lebofert, desarrollado por Pont y Teixidor, dan tres tipos de profesionalismo²³:

- Nivel 1: El principiante,
- Nivel 2: El ratificado: Que se caracteriza por un nivel de independencia que le posibilita tomar iniciativas oportunas y que está fundamentada en una base de las primordiales esferas de procesos de elaboración de competencias.
- Nivel 3: El especialista no solo posee un pleno dominio de sus habilidades, sino que puede edificarlas en el desarrollo de la ejecución.

E. Pont y M. Teixidor señalan que la capacitación es, “capacidad del grupo de destrezas cognitivas, psicomotrices y de tipo afectivo que posibilitan manejar

escenarios de índole profesional. Dichas capacidades aplicadas en escenarios de puesto laboral posibilitan el aprendizaje vivencial que origina competencia”.

2.2.1.3. Competencias profesionales genéricas y específicas

La forma compleja de las competencias profesionales se formula no solo en la agrupación de sus elementos cognitivos (saberes, destrezas) y de estimulación (actitudes, afectos, ética) en el desarrollo profesional, así como sus distintas clases (competencias globales o transversales y determinadas).

En el presente el desarrollo profesional óptimo en una cultura globalizada y del conocimiento obliga, también de las competencias determinadas, competencias globales o transversales, que se manifiestan en distintas profesiones, tales como: la habilidad de administrar de manera independiente y constante el conocimiento, de indagar, de laborar en conjunto, de informarse en otra lengua y de instruirse en el transcurso de la vida.

En este sentido se expresa:

La capacitación profesional comprende, pues, tanto la formación en destrezas determinadas, es decir, conocimientos y técnicas propias de una profesión, y a la vez la capacitación en competencias comunes a muchas carreras profesionales como, por ejemplo: manejo de datos, ajustarse a los cambios, dirigirse hacia la calidad, etc.). Las competencias determinadas están más orientadas en el «saber profesional», el «saber hacer» y el «saber dirigir» el hacer de otros individuos; por otro lado, las competencias genéricas se refieren al «saber estar» y el «saber ser». Son movibles a que se utilizan en las distintas áreas profesionales (24).

2.2.1.4. Competencias según OPS/OMS

Las competencias vienen a ser el conglomerado de habilidades, saberes, modelos, de conocimientos y tipos de modelos de comportamiento y tipos de actitudes que precisan ejercicio superior.

12 Conocer, aptitud de una persona para desarrollar una labor productiva en distintos ámbitos y con la base de solicitudes de calidad deseados, estas aptitudes se obtienen con la aprehensión y aplicación de saberes, destrezas y capacidades que se manifestaron en el saber, el hacer y el saber hacer (25).

Las competencias son los conocimientos y procedimientos que desarrolla los empleados de obstetricia en su rol asistencial, por eso es saber hacer en un ámbito. Saber, ya que no solo es aplicarlo sino saber por qué científico que arrastra su ejecución. Hacer, ya que lo esencial del conocimiento es la resolución del conflicto para un óptimo nivel de vida. En un contexto, lo histórico y lo cultural ocasiona conductas y valores para la aparición de las competencias.

Los elementos de una competencia vienen a ser: lo teórico, lo práctico, lo humanístico. Así, continuando con una organización clásica de las competencias a recoger por la profesional de obstetricia, y según con las indicaciones nacionales e internacionales, éstas pueden estar ligados con lo que "tiene que saber", "tiene que saber hacer" y "tiene que saber ser". En estos 3 puntos, (teóricamente hablando), se podrán ubicar el grupo de competencias ligadas con temas de conocimientos, de habilidades y de actitudes (26).

Existen tres técnicas para delimitar competencia:

- Análisis de ocupación, examina el espacio de trabajo y las responsabilidades.
- Análisis de función, evalúa la producción de trabajo en base de las competencias.
- Análisis constructivo, análisis de la actividad laboral y la práctica.

Estos 3 conjuntos de competencias a conseguir deben posibilitar a la profesional afrontar su triple tarea: consigo misma (como obstetra), con el paciente (como profesional) y con la sociedad y el sistema médico (como persona dentro de la sociedad).

Sin lugar a dudas, conforme con el tipo de competencia y con su misma naturaleza, los diferentes niveles de provecho deben de ser elaborados de maneras diferentes. Así, en el área del saber, el obstetra puede “ubicar, diagnosticar y guiar el desempeño”, o "sólo conocer", las distintas circunstancias o dificultades, según nivel logrado.

2.2.1.5. Las competencias frecuentes al Talento Humano de rango profesional

Las competencias conforme al Talento Humano de rango profesional, son las que siguen a continuación:

- **Aprendizaje permanente:** Es la habilidad aptitud para conseguir y difundir datos importantes para la solución de problemas propios de su trabajo, usando todas las fortalezas de la organización.
- **Experticia profesional:** Es tener vastos conocimientos del tema a desempeñar. Tener la capacidad de entender lo esencial de los puntos complejos. Manifestar capacidad para operar en funciones de distinta jerarquía. Poseer óptima capacidad de raciocinio. Difundir los saberes como profesional y volverse experto.
- **Cooperación:** Capacidad de laborar en cooperación con grupos varados en cuanto disciplinas. Es poseer perspectivas positivas en relación con los demás y razón interpersonal.
- **Creatividad e innovación:** Es la habilidad de construir soluciones novedosas y distintas para solucionar problemas o circunstancias del propio

trabajo, la empresa, los clientes o el sector de la economía donde se desarrolle.

Las competencias en relación a los trabajadores que tienen personal a su mando, son la que siguen:

- **Liderazgo en grupos de trabajo:** Es la capacidad útil para guiar a un equipo de trabajo, irradiando valores de participación y antelando contextos de desempeño del mismo grupo.
- **Toma de decisiones:** Es la capacidad para optar por la mejor solución a un problema y tomar las acciones adecuadas.

Las competencias para el rango técnico, son las que siguen:

- **Experticia técnica:** Es tener vastos conocimientos del tema a desempeñar. Tener la capacidad de entender lo esencial de los puntos complejos. Manifiestar capacidad para operar en funciones de distinta jerarquía. Poseer óptima capacidad de raciocinio. Difundir los saberes como profesional y volverse experto.
- **Trabajo en equipo:** Sugiere tener la capacidad de cooperar con el grupo, viene a ser lo distinto a lo individual y competitivo.

2.2.1.6. El trabajo por competencias y sus ventajas.

Lo más esencial para el Sistema de obstetricia es el producto que surge de la Medición de la Calidad de la Atención por Competencias, y que nos posibilitan determinar medidas que conduzcan a la perfección. El trabajo por competencias tiene 3 componentes:

- **Elemento Social humano,** que involucra la responsabilidad en la protección de la vida y la salud del individuo dentro de las familias y la sociedad.

- **Elemento técnico científico**, el profesional debe llevar a cabo los procedimientos de determinación de la enfermedad y tratamiento, terapéutica, farmacológica, informes del cuidado, proyecto de mejora de la calidad de atención, exploración, relación con el paciente, la familia y la sociedad.
- **Elemento esencial**, integridad física y mental, fundamentos de valores éticas mundiales, en relación a la variedad cultural, información óptima, instrucción personal permanente y liderazgo. (27).

Al asumir el desafío de esta forma, indicamos que se adquieren los siguientes beneficios para los que son la “razón de ser”, los usuarios, enfermos y su familia:

- Atención pertinente, individual, humanizada, permanente y óptima.
- Óptima comunicación y conexión obstetra - enfermo
- Ahorro en los gastos producto de errores.
- Mínima ocupación hospitalaria.
- Aumento en el agrado por la atención.

El **sector asistencial**, que es la que ejerce el cuidado, también se ve favorecida como servicio por las razones siguientes:

- La determinación de patrones, la unificación y simplicidad de los procesos.
- Tener elementos para obtener la calidad del servicio y de la atención.
- Tener criterios para trabajar en forma ordenada, según las normas.
- El mejoramiento del trabajo en equipo.
- La confiabilidad en que el cuidado da es pertinente, personalizado, humanizado, permanente y óptimo.

2.2.1.7. Funciones asistenciales

Están orientadas a cubrir las necesidades elementales y dar atención médica al enfermo, familia y comunidad, y así fomentar la salud y prevenir la enfermedad.

Agrupar 2 roles: el individual y el de colaboración. El rol individual es el que junta el grupo de competencia y actuación, en otras palabras, saberes, habilidades, actitudes y valores, ligadas al servicio determinado de la profesión. El papel de colaboración junta las labores que el obstetra realiza como complemento con el resto de los integrantes del equipo multidisciplinar (28).

La profesional tiene unas competencias que se conectan con cada uno de los papeles de la carrera. Comprendemos por competencia el grupo de habilidades, actitudes, saberes y los trabajos difíciles para la toma de medidas, que posibilita que la actividad profesional esté en el rango requerido en cada instante.

2.2.1.8. Las competencias ligadas con el papel de cooperación

a) Atención de la situación de la persona atendida:

- Cerciorar una atención óptima del estado de salud del paciente, sobre todo los inconvenientes fisiopatológicos y de las respuestas del tratamiento y acoplar el cuidado según una sensatez profesional.
- Avisar a los integrantes del equipo si el estado del paciente empeora.
- Toma medidas sobre las actividades de constatación de la salud de la persona, sobre todo de los signos vitales y de los inconvenientes que se pueden presentar.
- Interferir apoyando a los niños, a los adultos y a los familiares, ya sea en el centro hospitalario como en casa, si se dan inconvenientes en la salud menores, mayores o se presenta un problema psicológico, físico o social.

b) Ejecución de técnicas de atenciones especializadas:

- Desarrollar las herramientas de cuidados especializados juntando las fases de la técnica y considerando las respuestas del paciente.
- Observar y registrar las medidas de orden psicológico y físico en el transcurso de la aplicación de la técnica.

c) Ejecución de indicaciones médicas:

- Llevar a cabo procedimientos prescritos.

- Dar la medicación prescrita.

2.2.1.9. Competencias para el Talento Humano de tipo asistencial

Las competencias para el Talento Humano de rango asistencial, son las siguientes:

- **Administración de la información:** Dirigir de forma óptima los datos a la que se tiene ingreso, en el desenvolvimiento de las funciones.

- **Adaptación al cambio:** Es la capacidad para ajustarse a las variaciones, cambiando si se requiriese su propio comportamiento para lograr sus metas cuando aparezcan problemas, nueva información, o variación del contexto

- **Disciplina:** Consumar sus compromisos. Tener la capacidad de poner para sí mismo metas de desempeño superiores a las del promedio y de conseguirlos con éxito. Manejar sus actividades propuestas o planificadas.

- **Relaciones interpersonales:** Actuar de forma que se lleve buenas relaciones con diferentes personas.

2.2.1.10. Competencias usuales para el nivel asistencial²⁹

Competencia	Definición de la competencia	Conductas asociadas
Guía a resultados	Llevar a cabo las funciones y responder a los compromisos con la organización de manera eficiente.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumple con oportunidad en base a los patrones, fines y metas propuestas por la organización, las labores que le son asignadas. ▪ Toma el compromiso por sus resultados. ▪ Administra bienes y tiempos para reformar la producción con acciones necesaria para disminuir los peligros. ▪ Lleva a cabo todas las acciones para lograr los fines trazados enfrentando los problemas que se presenten.

<p>Administración de la Información</p>	<p>Administrar con cuidado los datos personales y organizacionales de que dispone.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evita temas sobre datos confidenciales. ▪ Recoge sólo datos útiles para la ejecución de la actividad. ▪ Ordena y reserva de manera óptima los datos a su cuidado, considerando las normas legales y de la entidad. ▪ No hace notoria los datos laborales o de los individuos que pueda afectar la entidad o las personas. ▪ Es capaz de distinguir qué se puede decir y qué no. ▪ comunica datos de forma pertinente y objetiva.
<p>Dirigidos al usuario y al ciudadano</p>	<p>Orientar las propuestas y actividades al gusto de las necesidades e intereses de los usuarios tanto de afuera como de adentro, según con las obligaciones públicas encomendadas a la entidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiene en cuenta y aprecia los requerimientos y lo que necesitan los usuarios y público en general. ▪ toma en cuenta las necesidades de los usuarios al elaborar planes o servicios. ▪ Ofrece respuesta rápida a los requerimientos de los usuarios según con el servicio que se promete. ▪ Propone distintas vías de comunicación con el usuario para sus interese y sugerencias y reconoce a las mismas. ▪ Sabe de la conexión entre su función y el de otros.
<p>Adecuación al cambio</p>	<p>Ponerse al frente con elasticidad y versatilidad a contextos nuevos para aceptar las variaciones de forma óptima y constructiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acoge y se adapta rápidamente a los cambios. ▪ Responde a la variación con elasticidad. ▪ Propone el cambio.
<p>Disciplina</p>	<p>Acoplarse a las estrategias institucionales e indagar datos de las variaciones en la autoridad respectiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acoge ordenes aunque se distinga de ellas. ▪ Lleva a cabo las obligaciones del centro de trabajo. ▪ Acepta la inspección permanente. ▪ Trabaja para apoyar la labor de los otros integrantes de la organización.
<p>Relaciones Interpersonales</p>	<p>Proponer y llevar relaciones de trabajo cordiales y positivas, sobre la base de la comunicación abierta, clara y respetuosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oye con interés y retiene las necesidades e intereses de los demás. ▪ Traslada las la información frenando con ello confusiones que puedan originar problemas.
<p>Colaboración</p>	<p>Cooperar con resto con el fin de lograr las metas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoya la obtención de las metas articulando sus acciones con el resto. ▪ Realiza las responsabilidades que adquiere. ▪ Mejora el trabajo de sus gerentes y demás

	de la organización.	empleados
Trabajo en conjunto y cooperación	Trabajar de manera grupal y de manera colaborativa uniendo fuerzas para el logro de los objetivos institucionales comunes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colabora en distintas circunstancias y comparte datos. ▪ Entrega opiniones, ideas y recomendaciones. ▪ Manifiesta deseos positivos del grupo o de sus integrantes. ▪ Proyecta las propias actividades tomando en cuenta la influencia de las mismas para el logro de las metas grupales ▪ Determina una conversación directa con los integrantes que posibilita intercambiar información e pensamientos de forma respetuosa y cordial. ▪ Tolera criterios y opiniones diferentes a la suya.
Creatividad e innovación	Expone ideas y herramientas nuevas y las materializa en acciones.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establece maneras novedosas y eficaces de realizar las cosas. ▪ Es recurrente. ▪ Es aplicativo. ▪ Busca nuevas posibilidades de solución. ▪ Revisa constantemente los procesos y procedimientos para mejorar los resultados.
Responsabilidad con la Organización	Organizar el propio comportamiento a los requerimientos, relaciones y objetivos organizacionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suscita los objetivos de la entidad y respeta sus reglas. ▪ Prioriza las necesidades de la entidad a las suyas ▪ Colabora con la entidad en circunstancias difíciles ▪ Expresa sentido de identificación en todas sus acciones.

2.2.2. Retenciones placentarias

2.2.2.1. La placenta

La placenta, anexo embrionario muy técnico, que le pertenece a los mamíferos placentados, inevitable para la sobrevivencia embrio - fetal, está construida por el área más expuesto del endometrio y el corion, ligado con el saco vitelino o el alantoides, obedeciendo a la especie. La placenta tiene una transmisión gaseosa y nutricional entre madre y feto, regularizando así su desarrollo y metabolismo, segrega hormonas y tiene componentes inmunosupresoras mejorando la vida del feto en el claustro materno (30).

2.2.2.2. Retención de la placenta

Entendida como la no eliminación de la placenta dentro de los treinta minutos., en nacimiento natural y por más de 15 minutos si se llevó a cabo un nacimiento dirigido. (31)

No hay eliminación de la placenta en la media hora posteriores al que nace. La placenta se encuentra pegada o bien encerrada en el útero, motivo por lo que no puede ser arrojado y el vacío uterino lleno no podrá constreñirse eficazmente, y el fluido continúa.

Se puede aguardar hasta 30 min para que se origine la expulsión de la placenta a través de técnicas de tensión dirigida más oxitocina, si la placenta y mucosas no se arrojan durante este periodo, se debe recelar de una placenta aprehendida (32). Existen investigaciones que expresan que una alta cantidad de heridas uterinas por procedimientos como cesáreas antiguas, miomectomias entre otros aumentan el peligro de aprehensión placentaria (33).

La placenta no eliminada es una dificultad que puede ser mortal debido a su conexión con el desangrado postparto. (34)

La extirpación manual de la placenta eleva la posibilidad de contagio bacteriano en el vacío uterino.

- Una vez despegada la placenta puede quedar estancada en el nivel bajo del útero. La eliminación se lleva a cabo a través de la manifestación simple uterina apoyada por los pujos de la madre. Es así que esta circunstancia no se podrá tomar como patológica.

- Otras ocasiones, la placenta no se desglosa de su lugar de implantación (uno por ciento de los partos) en un lapso oportuno, que se calcula en media hora.

- En algunos momentos puede suceder que la placenta se desligue, sin embargo, no pueda eliminarse por padecimientos uterinos.: Se desarrollan así por hiperdinamia

aros de contracción sobre el segmento bajo del útero que establecen la retención sobre ellos de: la totalidad de la placenta desligada incarceration, o segmentos de ella engatillamiento.

- Implantación anormal de los vellos coriónicas.

La placenta aún no se ha desligado de su inserción en el muro uterino por encima de los 30 minutos. No engañarnos con la no eliminación de sobras placentarias que, pocas veces, causa desangrado y shock hemorrágico, pudiendo provocar, contagio endometrial, si no se determinó la negatividad de cotiledones. (35).

2.2.2.3. Retención Placentaria: Etiología

La razón por la que no se elimina la placenta puede ser debido a:

1. No suceden espasmos uterinos uniformes que provoquen el desprendimiento placentario normal. Esta debilidad uterina se da por lo general en partos largos o con gran separación uterina (parto de gemelos, hidramnios).
2. Presencia de modificaciones en el útero (miomas, malformaciones) o singularidades en la placenta.
3. Placenta arraigada en un lugar inusual (cuerno uterino) o una aprehensión normal, o que estemos frente a una placenta accreta.
4. Retener la placenta es usual en nacimientos de bebés antes de tiempo.
5. Las incarcerationes y engatillamientos: Es la desligada que se queda en la cavidad uterina o en parte en vagina mediante contracción uterina. Que puede darse por movimientos inesperados, como tirones de cordón o manifestaciones uterinas inapropiadas.
6. Atonía uterina.
7. Inercia uterina.

8. Anillos de contracción (las agitaciones). Contractura de un área curva del útero (anillo de Bandl, entre otros). Podrían ser principales o no a masaje o empleo inadecuado de oxitocina. Cuando la placenta permanece dentro sobre el anillo no permite que se retraiga el útero y la convulsión de los vasos, ocasionándose un fuerte sangrado.

9. Las aprehensiones anormales: de prolongación focal, a medio o completo, y de distinto tipo: (placenta acreta, increta y pecreta).

10. Placenta succenturiata: En esta crecen uno o muchos bultos que tienen acceso a la mucosa. Es trascendente porque los bultos permanecen muchas veces estancados en el útero, luego de eliminar la placenta.

11. Los residuos de la placenta que quedan tras la expulsión de la mayoría de la placenta ocasiona otra hemorragia, pues no permite que la contorsión sea adecuada del útero. Retener los residuos placentarios pueden ocurrir en cualquier alumbramiento, de ahí la necesidad del examen total placentaria para verificar la totalidad de éstas y sus membranas. (36)

2.2.2.4. Retención Placentaria: Clínica (Signos y Síntomas)

La placenta no eliminada puede tener muchos contextos clínicos; que obedecen a la situación de la placenta: ya sea desligada (atrapada; fuera de la pared uterina, pero sin ser eliminada mediante el cuello uterino) o no eliminada (imposibilidad de la placenta para desligarse de la pared uterina). Por lo general la eliminación sanguínea enorme después del parto se da en la forma desligada, no al contrario. La debilidad uterina es origen frecuente en los dos contextos.

El aro de constricción es un origen de placenta que se retiene y se desprende, aunque el retraimiento placentario constante de los movimientos miométriales revela algunos casos en el segundo contexto, los dos tipos pueden distinguir clínica y ecográficamente.

Clínicamente, si la base del útero se palpa reducido y encogido o si el filo de la placenta se puede sentir por medio del cuello uterino, es una situación de placenta retenida y desprendida. Además, si el útero es flácido y no se nota una parte de la placenta por del conducto uterino, estamos frente a una placenta retenida y no desprendida.

Por ecografía la diferencia se nota más. Con una placenta retenida y desprendida, se observa todo el miometrio se ensancha y se observa con continuidad una circunscripción notoria entre la placenta y el miometrio. De otro lado, con la placenta retenida y no desprendida, el miometrio se ensancha en todos los sectores, menos en la placenta que está pegada; en estos lugares, es muy perfilado o casi invisible.

La placenta no se desglosa. El útero está laxo, sube hasta el ombligo, se puede mover a un lado (por lo general hacia la derecha). En ciertos casos (incarceraciones y engatillamientos) cuando se palpa el útero muestra alteraciones e induraciones.

Clínicamente se da un sangrado tarda, sin embargo, incesante, que no pertenece a los oxitócicos, dado a que retiene residuos en el vacío.

Las expresiones clínicas tienen q ver con del tamaño de sangre arrojada, la rapidez y la situación del enfermo No es un flujo de sangre abundante y súbita, sino mínima, lenta y persistente.

Un escurrimiento persistente, en una o dos horas puede alcanzar volúmenes peligrosos.

El latido y la presión arterial pueden ser confusos, ya que se pueden variar prudentemente. Se debe examinar el útero para impedir la acumulación alta de sangre.

2.2.2.5. Fase placentaria patológica (alumbramiento patológico)

El nacimiento anómalo es el trastorno que se da en el proceso de eliminación de la placenta y de sus partes, causando distocias y incidencias que pueden complicar la vida de la madre paciente y que determinan momentos de urgencia que exigen conocer la variación y el tratamiento rápido, acentuando la no eliminación de la placenta y mucosas ovulares, las pérdidas de sangre del nacimiento y la rotación aguda del útero (37).

2.2.2.6. Clasificación

Total:

- Distocias activas; inmovilidad, anillos de espasmos
- Distocias Anatómicas: Parches extraños de la placenta.

Parcial:

El suceso de esta falta de eliminación placentaria se da 1% a 2% (26), también se dice que lo queda retenido no es todo, sino muchos cotiledones, lo que imposibilita que el útero se constriña, la mayor parte de estos por la ejecución de técnicas rápidas cuando está naciendo como el jalón del cordón o corte manual parcial se debe eliminar el hallazgo de cotiledones malos que podrían estar pegadas. (38 y 39)

- Residuos de placenta (cotiledones)
- Residuos de mucosas.

2.2.2.7. Restos Placentarios

Ocurren en los casos en que sin presentar una complicación de penetración abundante de la placenta o acretismo, hay detención de lóbulos o de restos de placenta lo que provoca desangrado crónicas luego del parto. Esto se advierte o se

soluciona a través del examen manual metódica de toda la depresión uterina después del nacimiento (40).

2.2.2.8. Ruptura precoz de membranas y retención de restos placentarios

El quiebre de los revestimientos ovulares sin que comience el proceso de parto, sin mirar la edad puede llevarnos a un peligro de vida, fetal y neonatal (41).

La salida de líquido amniótico en el embarazo muy aparte de la edad gestacional podría señalar un aviso que peligra, con problema directo sobre los revestimientos ovulares que puede posibilitar el accionar oportuno protegiendo la viabilidad del ser y tener un embarazo óptimo sin de obstáculos. Y en luego del parto contribuye a la madre a retomar su estado normal, mediante el puerperio y sus variaciones anatómicas fisiológicos, y la lactancia.

Al presentar RPM antes de comenzar el proceso de parto o cerca a la finalización de la edad gestacional se relaciona a mayor proporción cuando sucede en el término del embarazo.

2.2.2.9. Según al progreso de la placenta se divide en:

- a. Placenta acreta: alcanza a conectar con miometrio, pero no ingresa.
- b. Placenta increta: miometrio ocupado por los vellos.
- c. Placenta percreta: Los vellos alcanzan al peritoneo
- d. Placenta destruens: Los vellos pasan el peritoneo y alcanzan la cavidad abdominal. (42)

2.2.2.10. Según a la amplitud de la placenta anormal en: (43)

- a. Total (la base total de la placenta esta irregularmente adjunta)
- b. Parcial (uno o varios cotiledones aparecen en el transcurso) siendo común.
- c. Focal (solo envuelve a mínimas zonas de la placenta).

2.2.2.11. Lóbulos anexos

La placenta puede tener un cotiledón anexo o lóbulos alrededor, con uniones vasculares a la materia placentaria. Estos bultos no siempre son arrojados durante el parto y producen sangrado post-parto.

2.2.2.12. Retención Placentaria: Diagnóstico

Alcanzamos a la determinación de una retención placentaria cuando a los 30 min de producirse el parto, la placenta no se desglosa, en los procesos donde se ha hecho la manipulación activa del parto, se precisará la retención placentaria si ésta se sitúa pegada por más de 15 min. luego del alumbramiento (44).

La placenta no se desliga, el útero laxo y alto hasta el ombligo, puede moverse a un lado (por lo general a la derecha), a través de la palpación del útero, ocurre la no regularidad e induraciones.

Al verificar la placenta, luego del alumbramiento, se ve que la placenta está fragmentada por su lado materno. El lugar del cotiledón retenido tiene una forma anfractuosa y es difícil coaptar de los perfiles del área cruenta.

En el asunto de retención de cotiledones malos se ve en los revestimientos, por nitidez y cerca del límite placentario, el lado final obstruido del vaso que sostenía el cotiledón retenido. (45)

Verifíquese que no se viene sugiriendo el examen manual en el interior del útero como práctica, en verdad se censura por el riesgo de sepsis que vanamente ocurre.

La retención de las mucosas se determina al producirse el parto natural y además cuando se prescribe el artificial; al verificar que las membranas soportan la fuerza y se rompen o igualmente al evaluar la placenta, se ve abandono a medias o totalmente de las membranas.

La ecosonografía es una técnica utilizada en la determinación de esta dificultad al posibilitar visualizar fotos ecogénicas complicadas en el hoyo endometrial postparto, muy distinta de la foto lineal del endometrio puerperal regular.

Falta de eliminación placentaria total o parcial

Útero de forma regular al tacto

Existencia de elementos predisponentes

De seguridad es la anatomía anómala.

Ecografía.

El diagnóstico ecográfico activo de la fase de eliminación del alumbramiento se confirmó que los espasmos miometriales retroplacentarias son útiles para la división de la placenta y que la ausencia de movimientos retroplacentarias conlleva a la retención de la placenta.

Se explicó que los vellos placentarios de detención podrían constreñirse y soltar, y que esta habilidad está bajo el dominio del óxido nítrico.

La conexión entre la oxitocina y el óxido nítrico puede ser esencial para incentivar la división de la placenta. (46)

2.2.2.13. Diagnóstico diferencial

Si el útero está laxo, se descarta retención de residuos. Como la determinación de retención de cotiledones malos o feto papiráceo aprehendido podría complicarse, por lo que se debe examinar bien la placenta para constatar si hay vasos sanguíneos obstruidos en dirección de las membranas y ejecutar un examen manual de la concavidad interior que posibilita también eliminar residuos. El legrado delicado con paleta roma y grande no debería considerarse. (47)

2.2.2.14. Criterios diagnósticos

Atonía uterina.- Fluido de sangre por la vagina copiosa, útero crecido, que no se retrae.

Retención de placenta.- Ausencia de eliminación de placenta entre el cuarto de hora por parto activo y media hora en forma natural luego del alumbramiento. La placenta puede estar pegada o bien encerrada en el interior del útero que le impide retraerse adecuadamente y el fluido sanguíneo continúa y se debe sacar la placenta de forma manual. (48).

Retención de residuos placentarios y/o restos de revestimientos.- Sub involución uterina, placenta se halla inconclusa (desaparición de cotiledones o fragmentos de membranas ovulares).

Daño de canal del parto.- Sangrado prolongado con útero encogido.

Rotación uterina.- Útero no evidente al sentido a nivel del vientre, tumoración que se siente en conducto vaginal o protruye externamente del conducto vaginal. Dolencia hipogástrica grave.

Puerperio.- Etimológicamente deviene de los vocablos latinos puer (niño) y peri (alrededor de) (49). Es la etapa que va desde las 6 primeras semanas que continúan al alumbramiento. (50)

2.2.2.15. Cualidades clínicas y fisiopatológicas de la retención de placenta y membranas ovulares

a. Distocias activas en retenimiento integral de placenta: se pueden dar a causa de contracciones desequilibradas (anillos de contracción) o a una escasa contractilidad (inercia).

En cuestión de la inercia sus orígenes podrían ser de procedencia local o general ejemplo el consumo y exceso de drogas sedativas, otras las anomalías hereditarias, distensión excesiva del filamento muscular uterino como en la gestación de gemelos, poli hidramnios, por degradación del filamento muscular: Multiparidad,

sobrepeso, edad mayor, fibromatosis uterina, el cansancio de la acción contráctil del útero luego de un alumbramiento largo y la contaminación amniótica. El desarrollo muestra desaparición de dolencia característico que avisa el desprendimiento, reducción de la firmeza del útero, crecida de tamaño y sangrado exterior (este final si el desprendimiento es fragmentario). (51)

b. Aros de contracción: A causa de la contracción de un área redonda del útero. Pueden surgir sin razón clara casi siempre siendo por una incorrecta incrementación de la separación placentaria (fricción imprevista del útero, erróneo manejo de drogas oxitócicas. El origen de la hemorragia podría establecerse en el caso que la placenta detenida sobre el aro y parcialmente desasida ,evita que el útero se contenga y oprima los vasos abiertos, la sangre brota a cantidades irregulares, la evaluación se hace al tacto vaginal(52)

c. Distocia física: Es la unión anómala de la membrana materna (Placenta acreta, increta, per creta).Desencadenantes de endometritis, desarrollos inflamatorios de la membrana materna o lacerado uterino anterior. El acretismo placentario es la adherencia anómala de una fracción o la placenta en su totalidad con falta integral o fragmentaria de la decidua basal y anomalía de la caduca verídica con inserción de los vellos coriales al miometrio. (53)

d. Fisiopatología del Acretismo: Se cree que lo causa la falta o insuficiencia de la capa de Nitabuch, la cual es una capa delgada que está en medio de la decidua basal y el corion espeso, es una grieta de la reconstitución de la decidua basal y el endometrio principalmente posterior a una cesárea. La valoración final se da a través de la histopatología al demostrar la ocupación de los vellos coriales en el miometrio (54).

e. Fallas del coagulación: La coagulopatía obstétrica más usual es la hipofibrinogenemia producida a causa de la reducción del fibrinógeno por debajo de sus márgenes (200 a 400 gr/dl).

Estas situaciones se dan por consumación de una sucesión de procedimientos obstétricos diversos, acá la hemorragia no cuaja y si no es asistida adecuadamente en su mayoría poseen progreso fatídico. (55)

2.2.2.16. Retención Placentaria: Componentes de amenaza

Dama de 35 años a más

Múltipara

Legrados reiterados

Endometriosis

Miomatosis

Intervenciones al útero, etc. (56)

2.2.2.17. Mecanismo del desprendimiento placentario

1° Desgajamiento de la placenta.

La salida del feto y del LA incita una gran contracción uterina. La membrana materna no posee el poder de desvincularse queda formando una protuberancia en la cavidad uterina. Las retracciones y espasmos del útero provocan el desgajamiento en un área del lecho placentario, con la aparición de un moretón retroplacentario. Este último interviene parcamente en el desgajamiento. El área en que se desgaja la placenta es en la parte blanda de la decidua basal, rebajando con el miometrio la zona externa de esta y la capa basal. La duración que la placenta esta sin soltarse en la cavidad uterina se determina tiempo del cuerpo. El desgajamiento de la membrana materna puede ejecutarse por vía de 2 mecanismos:

a) Mecanismo de Baudelocque-Schultze (80%). El desarrollo del moretón y, por tanto, el desgajamiento sucede en el área nuclear de la placenta. En la fase del parto la sangre del moretón no es descartada al exterior; baja y es eliminada por la cara

fetal. Primeramente se elimina la placenta (paraguas rotado) y luego sucede el fluido de sangre. El cual es de 4 a 10 minutos. (57)

En el año 1796, Baudelocque detalló en Arte de los Partos donde la división de la placenta "algunas oportunidades comienzan por la parte central y otras por un eje de la circunferencia, lo cual causa anomalías diversas.

En el primer suceso, siendo arrojado a adelante del núcleo de la placenta, esta materia se mueve sobre ella misma, de forma que origina por la parte posterior un bulto de sangre que brinda su bases que cubre de los revestimientos y de vasos a la cavidad de la matriz y, seguidamente, a la puerta de la vagina. Se origina un bulto parecido, y la placenta se presenta de igual forma cuando comienza a desligarse por la orilla más apartada de la abertura del útero. Pero las cosas suceden de forma diferente cuando se desliga por la parte de abajo, principalmente en la contigüidad de la abertura uterina. (58)

b) Mecanismo de Baudelocque-Duncan (20%). El desligamiento sucede por una orilla y por eso la sangre del moretón sale a la superficie. Baja y sale a la superficie por una orilla. Este mecanismo señalado es característico de la placenta marginal o previa lateral .Los revestimientos se desligan especialmente por la tensión que realiza la placenta en su fuga fuera y, en mínimo nivel, por la aparición de mínimos moretones afuera del corion.

2° Descenso de la placenta.

La placenta desligada por el hecho de los espasmos del útero y el hecho de riesgo continua al segmento y después de un período, baja a la vagina.

3° Eliminación de los anexos ovulares.

Si esta fase es dejada a las fuerzas de la naturaleza, la placenta puede mantenerse bastante más tiempo en la vagina. Otras ocasiones avivan el sentir de pujos y es eliminada a la superficie, llevando con ella a los revestimientos ovulares.

2.2.2.18. Retención Placentaria: complicaciones

La contaminación y el sangrado son dificultades significativas de la extirpación manual.

La inversión uterina es un procedimiento bastante extraño que consta en el surgimiento del fondo del útero mediante el canal del alumbramiento. Podría prevalecer la vulva y así todo el útero rotado saldría afuera de los órganos sexuales visibles. Es una invaginación de la profundidad y/o materia del útero al interior de él. Se convierte en urgencia obstétrica. (59).

La inversión uterina afuera de la gestación es totalmente insólito, tratándose de una anomalía del parto que puede provocarse antes o posterior del desligamiento de la placenta. Asimismo escasamente podría revelarse en el puerperio.

La inversión uterina podría darse con la placenta unida o no. No importa la situación, asiste con sangrado, las paredes del útero suelen sangrar. Se vincula a una fuerte dolencia, y el cuarenta por ciento de las situaciones surge shock, sobre todo por orígenes neurógenas debido a que pierde fluido sanguíneo.

2.2.2.19. Tratamiento

Las posibilidades para tratar la placenta detenida implican la extirpación manual de la misma, la utilización de medicamentos uterotónicos y la tracción vigilada del cordón o la utilización de medicamentos tocolíticos que ayuda a la extirpación manual de la placenta o para distender el aro de contracción que evita la eliminación de ésta.

Últimamente se han usado juntos los medicamentos tocolíticos y los uterotónicos o sucesivamente luego del fallo de los uterotónicos que eviten la obligación de extirpar manualmente la placenta.

Si pasado 30 minutos tras la expectoración del feto no se ha evaluado el parto, y se piensa que la placenta no se ha desligado, se tratará la desunión, Realizando las siguientes fases:

1. Se modifica la posición del útero, se desencorva y se realiza un masaje delicado para que se contraiga.
2. Se suministra oxitocina por intravenosa. Si se había suministrado en la fase expulsiva se aumentará la cantidad hasta 100-500 MU/minuto
3. Si no se consigue el desligamiento se efectúa la táctica de Credé: consta en hacer una buena opresión encima del útero, rodeándole con la mano, el dedo pulgar encima de la cara anterior y los otros en la posterior. Repitiendo 3 o 4 veces. Recordando siempre que se pueden originar desligamientos incompletos de placenta (peligro de sangrado). No debería equivocarse con la sencilla señal uterina que se hace apoyando la mano completa en el útero para apoyar a la eliminación de la placenta ya desligada.
4. Si no se consigue el desligamiento táctica de Credé con anestesia.
5. Efectuar la extirpación manual de la placenta: con la paciente ya anestesiada, se sumerge la mano y los dedos en el útero y se desune con mucho cuidado la placenta con el borde cubital, y la mano afuera lo sostiene. Desligada la placenta la mano de afuera echa del cordón para sacar la placenta y la mano al interior verifica que el útero ha terminado vacío.

En algunas situaciones en que se cree que exista incarceration o engatillamiento (la placenta ya se encuentra desligada) se soluciona con espasmolíticos. Si en la extirpación manual se halla una placenta Accreta se efectuará histerectomía.

2.3. Definición de términos básicos

- Alumbramiento: En obstetricia: se refiere a la expulsión de la placenta y membranas³⁵.

- Asistencia obstetra: Modo de actuar que lo realiza uno o varios que conforman el grupo de obstetricia, promoviendo y protegiendo la salud y recuperación y rehabilitación de las pacientes²³.
- Atonía Uterina: Falta de contracción del útero luego del nacimiento del producto, que provoca³⁵
- Competencia: Según el Proyecto Tuning - Europa, las competencias representan una combinación dinámica de conocimiento, comprensión, capacidades y habilidades⁹.
- Competencias sociales: Están referidas a las habilidades comunicativas y de interacción social¹³.
- Competencias técnicas – metodológicas: Dichas competencias están relacionadas con la capacidad de transferir el “saber hacer” a diferentes contextos profesionales¹³.
- Competencias profesionales: Garantizan el cumplimiento de las tareas y responsabilidades de su ejercicio profesional a partir del aprendizaje formal y por experiencia¹¹.
- Gestión por competencias: Está basado en el éxito de una organización que dependerá de la calidad y de los recursos humanos que disponga; en tanto más integrado esté y aproveche sus capacidades, existen más posibilidad de lograr los objetivos institucionales¹⁶.
- Hemorragia luego del parto: Es cuando se complica lo obstétrico grave que sucede después del alumbramiento del producto, es considerada como una urgente en la obstetricia, donde existe sangrado que comprometa la vida de la paciente⁴¹.
- IM: Intramuscular³⁹.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis general

H0: No existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

HG: Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

3.2. Hipótesis específicas

HE1: Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

HE1: Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

HE1: Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.

3.3. Definición conceptual y operacional de las variables

Definición conceptual de la Variable X:

- Las competencias asistenciales engloban dos dimensiones: el rol autónomo y de cooperación. El primero lo constituye el grupo de competencias y actuaciones, en otras palabras, conocimientos, destreza, actitudes y valores, que tienen relación con el servicio específico que ofertan los obstetras, cuando realizan sus prácticas profesionales de cuidados. El papel de cooperar lo conforman las intervenciones que

el obstetra ejecuta como complemento con los demás integrantes del grupo multidisciplinario (14).

Definición operacional

La relación o asociación entre las dos variables en estudio se pueden jerarquizar o disgregar de la siguiente manera:

- Dimensiones
 - o Competencias genéricas
 - o Competencias específicas

- **Definición conceptual de la Variable Y: Retención parcial de la placenta**

La incidencia de esta retención placentaria se da 1% a 2% (26), también se menciona que no es completa la placenta, sino varios cotiledones, quedando retenido, impidiendo la contracción eficaz del útero, muchas veces el útero por realizar maniobras de repente durante el parto como tracción del cordón o extracción manual que no es completa se descarta que exista cotiledones aberrantes que pueden estar adheridas. (27 y 28)

Definición operacional

- Dimensiones
 - o Clases de retenciones placentarias parciales
 - o Restos placentarios
 - o Restos de membranas ovulares

3.4. Cuadro de operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Items	Escala Instrumento

2

<p>Variable "X" Competencias asistenciales</p>	<p>X₁: Competencias genéricas</p> <p>X₂: Competencias específicas</p>	<p>X_{1.1}: Competencias sociales</p> <p>X_{2.1}: Competencias cognitivas</p> <p>X_{2.2}: Competencias técnicas – metodológicas</p>	<p>1,2,3</p> <p>4,5,6</p> <p>7,8,9</p>	<p>Cuestionario</p> <p>N: Nunca (1)</p> <p>CN: Casi Nunca (2)</p> <p>AV: A Veces (3)</p>
<p>Variable "Y" Retención parcial de la placenta</p>	<p>DY₁: Clases de retenciones placentarias parciales</p> <p>DY₂: Restos placentarios</p> <p>DY₃: Restos de membranas ovulares</p>	<p>Y_{1.1}: Restos placentarios</p> <p>Y_{1.2}: Restos de membranas ovulares</p>	<p>10,11,12</p> <p>13,14,15</p> <p>16,17,18</p>	<p>CS: Casi Siempre (4)</p> <p>S: Siempre (5)</p>

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque de investigación

El estudio tiene enfoque cuantitativo porque está basado en recoger información a través de los mismos se podrán probar las hipótesis, para lo cual se utiliza la medición numérica y el análisis estadístico, de esta forma, se establecen reglas de comportamiento y se prueban las teorías y se fundamentan en principios de objetividad, evidencia cuantificable que reflejan los requerimientos cuantificables de los fenómenos que se investigan⁶¹.

4.1. Tipo y nivel de investigación

4.1.1. Tipo de investigación

Este estudio será desarrollado bajo el tipo de investigación Básica, sustantiva o dogmática, es decir, que la investigación aplicada guarda íntima relación con la investigación básica pues de ella se dependen los descubrimientos y los diversos avances científicos⁶⁰.

4.1.2. Nivel de investigación

De acuerdo a los propósitos de este estudio, el nivel que corresponde a la presente investigación es el nivel correlacional ya que estudia el grado de relación o el nivel de asociación entre las dos variables presentadas. Su empleabilidad y el objetivo primordial de las investigaciones de correlación consiste en saber cómo se comporta un concepto o variable en base al comportamiento de otras variables que están relacionadas⁶¹.

4.2. Métodos y diseño de investigación

4.2.1. Métodos de investigación

Los métodos a ser utilizados en este trabajo de investigación son los siguientes:

- Método Hipotético-deductivo

Este método se emplea para dar inicio a nuevos conocimientos que puedan solucionar los problemas que se plantearon. Se aplican de forma lógica y protocolar a la totalidad de ciencias, ya que permite que se ejecute y fundamente, desde el punto de vista de la observación, razonamiento, análisis, síntesis y examen, conllevándolo a que el conocimiento se pueda verificar.

Basándose en el método científico se pudieron plantear preguntas o problemas del estudio de la problemática de interés a través de la observación, éste método permite suponer o hacer preguntas acerca de ciertas soluciones a los problemas que se plantearon. El desarrollo de esta investigación la cual tiene como cimiento al método general llamado también método científico asegura el cumplimiento de todas las etapas del proceso de investigación llegando a contar con mayor rigor científico⁶².

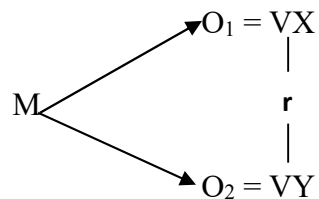
4.2.2. Diseño de la investigación

El diseño considerado como un plan o como una estrategia para la aplicación del instrumento de esta investigación es un diseño no experimental de corte transversal o seccional.

Una investigación con diseño no experimental es buscar empíricamente y sistemáticamente donde el investigador no controla o manipula en forma directa a las variables independientes en razón a que su manifestación ya fue dada o ya ocurrió⁶³.

A través de los diseños de investigación de corte transversal se recolectan los datos en el trabajo de campo una sola vez, es decir, que en un solo momento el instrumento será aplicado⁶⁴.

El esquema o diagrama del diseño no experimental de corte transversal es el siguiente:



Donde:

- M** : muestra
- O₁** : observación o medición de la variable X
- O₂** : observación o medición de la variable Y
- r** : relación entre las variables

4.3. Población y muestra de la investigación

4.3.1. Población

Se refiere al universo poblacional, él mismo que puede ser un conjunto de individuos o unidad de análisis, del cual se investiga. Se establecen los criterios de exclusión e inclusión, también como de objetos, procesos o sucesos con características homogéneas que conformar el objeto de interés⁶⁵.

Las unidades de análisis que conforman la población de la presente investigación se encuentran clasificadas en dos grupos:

- a) UAA = Obstetras con funciones de acompañamiento en el parto = 36

4.3.2. Muestra

La muestra con la cual se trabajará en la medición de la variable serán las obstetras (36) que cumplen con las funciones de acompañamiento en el parto del mencionado hospital. La elección de esta muestra será a través del muestreo no probabilístico por conveniencia.

Para observar o medir la variable dependiente se trabajará con una fracción o con una parte representativa de la población conformada por las historias clínicas, y para conocer la cantidad exacta de estas unidades de análisis a las cuales se les aplicará el instrumento de investigación se presenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{P * Q * z' * N}{N * E^2 + z^2 * P * O}$$

Ingreso de parámetros

<i>Tamaño de la población (N)</i>	120
<i>Error muestral (E)</i>	10%
<i>Proporción de éxito (P)</i>	9%
<i>Nivel de confianza</i>	95%
<i>Nivel de confianz (Z)(1)</i>	1.96

**TAMAÑO DE LA
MUESTRA = 30**

La selección de las treinta unidades de análisis inanimadas se realizará mediante la técnica de muestreo probabilístico MAS (muestreo aleatorio simple)⁶⁶.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.4.1. Técnicas

Las técnicas para recoger la información son aquellas las que conciernen a los procedimientos que se utilizan para obtener los datos que pueden ser: la guía de observación, los documentos, la técnica de la encuesta, sociometrías, etc.⁶⁷.

En esta investigación considerando las características de cada una de las variables en estudio se utilizarán dos técnicas tales como la observación y el análisis documental.

4.4.2. Instrumentos

Se utiliza un cuestionario, una hoja de documento aprobado por el investigador, definiendo la estructura, tipo y cantidad de ítems parecidos para cada instrumento (por lo menos deben ser 12 preguntas para cada una de las variables), escalas de medición, entre otros. Para la presente investigación se elaboró 2 cuestionarios una según la variable X y la variable Y.

El instrumento de investigación se basa en un conjunto de preguntas con respecto a una o más variables presentes en la investigación⁶⁸.

La formulación de las preguntas tanto de las de la presentación como de las del contenido son de tipo cerradas, cuentan con un nivel cuantitativo con sus respectivas escalas de medición, ordinal.

4.4.3. Validez y confiabilidad

Los instrumentos a ser aplicados en la presente investigación cumplirán con los dos requisitos esenciales y exigidos para el trabajo de campo:

a) Validez

La validez viene hacer el grado en que un instrumento efectivamente mide la variable que se pretende medir. Para la validez del contenido, se tiene en consideración al juicio de expertos, los mismos que pueden ser tres (3): metodólogo, temático o de especialidad, de grados académicos de Maestro o Doctor, registrado en SUNEDU que tenga conocimiento con relación al tema y experiencia comprobada en el ámbito del estudio. En el proceso de instrumentación, si se logra medir lo que se cree que se está midiendo entonces la medición es válida; en caso contrario la medición no es válida⁶⁹.

b) Confiabilidad

Para este caso se utilizará la prueba de Alfa de Cronbach y en el caso de que las alternativas fuera dicotómicas, se empleará la prueba de KR20. Para la obtención de la misma, se aplicará una prueba piloto a grupo de individuos, donde al ser realizado por diferentes investigadores el resultado será igual o semejante.

A continuación, se presenta los valores de confiabilidad:

Intervalo al que pertenece el coeficiente alfa de Cronbach	Valoración de la fiabilidad de los ítems analizados
[0 ; 0,5[Inaceptable
[0,5 ; 0,6[Pobre
[0,6 ; 0,7[Débil
[0,7 ; 0,8[Aceptable
[0,8 ; 0,9[Bueno
[0,9 ; 1]	Excelente

El coeficiente de confiabilidad a ser utilizado como uno de los requisitos de los instrumentos de investigación será el coeficiente de Alfa de Cronbach, siendo la fórmula la siguiente:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

- S_i^2 = Varianza del ítems i,
- S_t^2 = Varianza del valor total observado; y
- K = Número de interrogantes o ítems

4.4.4. Procesamiento y análisis de datos

Para lograr cumplir con todos los propósitos de esta investigación se llevarán a cabo además de otras las siguientes actividades investigativas como:

- Coordinar con las autoridades competentes y con las unidades de análisis de la institución en estudio sobre la fecha y hora de aplicación de los instrumentos de investigación.
- Aplicar los instrumentos de investigación en las fechas y horas programadas.
- Buscar el apoyo de un profesional en estadística.
- Realizar el procesamiento y análisis de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Para el procesamiento y el análisis de la información recolectada a través de la praxis científica se hará uso de las dos ramas de la estadística, es decir, que se utilizará tanto la estadística descriptiva como la estadística inferencial.

a) **Estadística descriptiva**, su uso será indispensable para poder resumir el conjunto de datos mediante las frecuencias absolutas y relativas, determinadas en las tablas y gráficos, así como también trabajar las medidas de tendencia central, de posición y no posición, entre otras.

b) **Estadística inferencial**, mediante el uso de esta rama de la estadística se podrá realizar la comprobación o contrastación de la hipótesis de investigación.

El test o la prueba estadística que servirá para extrapolar o generalizar los resultados de esta investigación: Rho de Spearman.

4.4.5. Ética en la investigación

Todos los sujetos que participen en esta investigación serán informados acerca de los propósitos, duración, metodología de trabajo, beneficios de la investigación y la

confiabilidad de sus datos personales, y base a esto se les pedirá tomar la decisión de participar en forma voluntaria en la presente investigación. Esta investigación será desarrollada defendiendo el derecho a la dignidad, a la vida de la persona y respetando su cultura, asimismo el desarrollo de la misma será aplicando los principios y códigos éticos, normas y base legal o jurídica referente a la profesión para que ningún miembro de la sociedad en general sea perjudicado en ningún aspecto de su entorno sea económico, social o ambiental.

CAPÍTULO V

ADMINISTRACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Recursos humanos

La presente investigación será desarrollada con éxito ya que se cuenta con el apoyo incondicional de personas como el personal directivo y operativo de la institución a ser investigada, colegas con especialidad y posgrado sobre la temática en estudio, además de asesores temáticos, metodólogos y estadísticos.

5.2. Presupuesto

Descripción de los rubros del gasto	Concepto	Costo
Servicios	Internet	S/. 50.00
	Impresión de hojas	S/. 250.00
	Copias	S/. 70.00
	Digitación	S/. 150.00
	Espiralados	S/. 15.00
	Empastados	S/. 120.00
	Viáticos	S/. 310.00
	Sub-total	S/. 965.00

Recursos humanos	Asesoría del tema	S/. 600.00
	Asesoría de la metodología	S/. 500.00
	Asesoría de lo estadístico	S/. 600.00
	Sub-total	S/. 1,700.00
Recursos materiales	Útiles de escritorio	S/. 120.00
	CDs	S/. 10.00
	Papeles de trabajo	S/. 40.00
	Libros	S/. 300.00
	Sub-total	S/. 470.00
Imprevistos	Sub-total	S/. 200.00
Costo total		S/. 3,135.00

5.3. Cronograma

ACTIVIDADES	AÑO 2022																															
	Febrero					Marzo					Abril					Mayo				Junio					Julio							
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4				
1. Identificación de la problemática				X	X																											
2. Redacción del título						X																										
3. Revisión de la literatura							X	X	X	X	X																					
4. Planteamiento del problema												X																				
5. Redacción del marco teórico													X	X																		
6. Redacción de la metodología															X	X																
7. Diseño y redacción del instrumento de recolección de datos																		X														
8. Redacción de los aspectos administrativos y bibliográficos																			X													
9. Presentación del plan de tesis a la UAP																			X													
10. Levantamiento de observaciones																			X													
11. Presentación y aprobación del proyecto de tesis																				X	X											
12. Aplicación del instrumento																				X	X											
13. Análisis e interpretación de la información																					X											
14. Redacción del informe final																					X											
15. Presentación del informe final - tesis																						X										
16. Levantamiento de observaciones y sustentación de la tesis																													X			

5.4. Fuentes de Información

1. Banco Interamericano de Desarrollo. Salud materna de la mujer indígena; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y tratamiento de la hemorragia postparto. ; 2014.
3. Departamento de Gineco Obstetricia Hospital María Auxiliadora. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas. ; 2012.
4. MINSA. Manejo estandarizado de emergencias obstétricas y neonatales. ; 2010.
5. MINSA. La mortalidad materna en el Perú. ; 2013.
6. Una aproximación a las competencias profesionales desde su especificidad. Antonio Navío Gámez Grupo CIFO Departamento de Pedagogía Aplicada Universidad Autónoma de Barcelona.
7. Brailovsky. La evaluación de la competencia profesional. Comentario Editorial. 2002) (31).
8. Rodríguez Trujillo N. ¿Qué son las competencias? Selección efectiva de personal basada en competencias [en línea]. Escuela de Psicología, Universidad Central de Venezuela Psico Consult. En el 2016. <http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/complab/doc/otros/sel_efe/i.htm>
9. Pont Barceló E, Teixidor i Freixa M; De la Experiencia a la innovación: La construcción de competencias. EN La Formación Enfermera: Estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona: Fundación La Caixa; 2004:41-60.
10. Corominas E. Competencias genéricas en la formación universitaria. Madrid. 2001. 325. 299-321.

11. Perrenoud P. Constreñido, Competencias para enfermería. Sao Paulo, Brasil: Nova Escola; 2000.
12. Varo J. Gestión estratégica de la calidad de los servicios sanitarios. 3ª ed. Madrid, España: Días de Santos; 1550.
13. Chiavenato I. Administración de Recursos Humanos. 2ª ed. México: Mc. Graw Hill; 1996.118.
14. Alles M. Dirección Estratégica de Recursos Humanos, Gestión por Competencias. Buenos Aires, Argentina: Granica; 2005.
15. AlberchT. Elementos constructivos. Competencia: 2016.
<http://www.ur.mx/ur2k/constitutivos.htm>.
16. Gallart MA & Jacinto CL. Competencias laborales, tema clave en la articulación educación trabajo. CENTERFOR/OIT. 1998.
17. Arndt C, Loucine MH. Administración de enfermería teoría para la práctica con un enfoque de sistemas. 2ª ed. México: Lito Offset California; 1990. 252.
18. Balderas M. Administración de los servicios de enfermería. 2ª ed. México: Interamericana; 1998.
19. Irigoin M & Vargas F. Competencia laboral, Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Ed. Programa de desarrollo de recursos humanos. OPS/OMS y CINTERFOR/OIT.
20. Agencia Laín Entralgo. El tutor d'infermería: perfil, funcions i competències. Cartagena: Escuela Universitaria de enfermeria de Cartagena; 2005.
21. Tejada Fernández J. Acerca de las competencias profesionales (II). Herramientas. (57): 8-14.
22. Tuning Educational Structures in Europe. Informe Final, Fase uno. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

23. Ignacio Roa; Carolina Smok S.; Ruth Prieto G. International Journal of Morphology. Vol.30.Nº4:1490-1496, 2012. Placenta: Anatomía e Histología Comparada. <http://dx.doi.org/10.4067/S071795022012000400036>
24. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Atención 2008 MINSA Dirección General de Salud de las Personas.
25. Abalos E. Aspre I. García O. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto. [Internet]. 2008 [Citado 12 de febrero 2017] disponible en:http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/guia_hemorragia.pdf
26. Karlsson H. Hemorragia postparto Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona An. Sist. Sanit. Navar. [Internet]. 2009 [Citado 12 de febrero 2017]; 32 (Supl. 1): 159-167 disponible en:<http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewarticle/6262>
27. Celesia M, Gómez A. Emergencias obstétricas hemorrágicas. Rev Argent Anesthesiol 2000; 58:410-421.
28. Departamento de Gineco Obstetricia Hospital María Auxiliadora. Guía de práctica clínica para la atención de Emergencias Obstétricas. ; 2012.
29. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd., 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
30. Williams. Obstetricia 21va Edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. 2001.
31. AGUILAR, M. T.; BAJO, J.; MANZANARES, S. Parto pretérmino y prematuridad. Tratamiento de la amenaza y parto pretérmino. Arenas JM, Melchor Marcos JC, Mercé LT. Fundamentos de Obstetricia. 1ª ed. Madrid: SEGO, 2007.

32. Pazan Garces, Santiago F. “Factores de riesgo de patologías puerperales. Hospital José María Velasco Ibarra, 2010”. Tesis para optar el grado médico general. Escuela Superior Politecnica de Chimborazo Facultad de Salud Pública, Escuela de Medicina. Ecuador-Riobamba. 2010.
33. Curahua L. “Complicaciones Maternas durante el Parto y Puerperio en Pacientes con Cesárea Previa Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el Primer Semestre del Año 2014”. Tesis para optar el Título de Licenciada en Obstetricia, Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. 2015.
34. Dueñas G., Rico H, Rodríguez M. Actualidad En El Diagnóstico Y Manejo Del Acretismo Placentariorev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(4): 266-271.
35. Ministerio de Salud. “Guía de Atención Materna”. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva”. Lima, Perú. 2004.
36. Peña G, Comunián-Carrasco G. Presión del fondo uterino versus tracción controlada del cordón como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2. Oxford: Update Software Ltd.; 2008. Disponible en: <http://www.update-software.com>
37. Omar Dueñas G.1, Hugo Rico O.1, Mario Rodríguez B. Revista Chilena de Obstetricia y ginecología 2007; 72(4).266-277. Actualidad en el diagnóstico y manejo del Acretismo Placentario. Citado el 12 de febrero 2018. Disponible en <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v72n4/art11.pdf>
38. Luis Meza Santibáñez. Hemorragias PP. 21 de feb. 2011. Citado el 12 de febrero 2018. Disponible en https://issuu.com/antoniolimay/docs/3_hemorragias_pp_dr._luis_meza_santiba_ez
39. Agüero O. Publicaciones de la Maternidad Concepción Palacios (1939-1998). Rev Obstet Ginecol Venez 2000; 60(Supl):1-84.

40. Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ. Prostaglandinas para la prevención de la hemorragia postparto (Revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Libray plus en español, 2004. Oxford, Update Software Ltd. <http://www.update-software.com/abstractsEs/AB000494-ES.htm>.
41. OMS/FNUAP/UNICEF/BM. Integrated Mangement. Of Pregnancy And Chidbirth – IMPAC, 2000. (Traducción al Español: Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para Obstetrices y médicos. 2002). <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/MPS/IMPAC.pdf> OutLook. Prevención de la hemorragia Postparto: Manejo del Tercer Período del Parto. Número Especial, Vol. 19, nº3. <http://www.rhoespanol.org/pdf/19->
42. Calle A, Barrera M, Guerrero A. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2008.
43. Unidad de estadística y Vigilancia de Trujillo 2013.
44. Cunningham. Leveno.BLOOM.HAUTH.ROS.SPONG Obstetricia Williams 23ª Edición.2011 pag.646, 759,760.
45. ASIS – 2011, Análisis de la situación de salud de Ayacucho 2011 Dirección Regional de Salud de Ayacucho, Epidemiología y Emergencia 2012.
46. Dueñas G, Rico O, Rodríguez E. Rev. Chil ObstGinecol2007.72 (4) 267.
47. Pazan F.Factores de riesgo de patologías puerperales .Hospital José María Ibarra Tesis Riobamba Ecuador 2010
48. Descargues G, Clavier E, Lemercier E, Sibert L. Placenta percreta with bladder invasion managed by arterial embolization and manual removal after cesarean. Obstet Gynecol 2000; 96(5 Pt 2):840
49. Washinton Muñoz. Obstetricia Fisiológica. Cap. 13. Pag. 177-178. <http://www.freelibros.org/medicina/obstetricia-fisiologica-dr-washingtonmunoz.html>

50. Carrera JM, Mallafré J, Serra B. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus. Barcelona: Elsevier/ Masson, 2006
51. Palacios J, Bruno C, Pesaresi M, Hermosid S, Gil A. Diagnóstico diferencial de los trastornos adherenciales de la placenta por resonancia magnética nuclear contrastada: acretismo y percretismo placentario. Rev Chil Obstet Ginecol 1999; 64(1):34-40.
52. Cordero, Z. R. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. Revista Educación, 33(1), 155-165. 2009.
53. Baptista, P., Fernández, C., & Hernández, R. Metodología de la investigación. DF, México: Editorial The McGraw-Hill. 2010.
54. Salkind, NJ. Métodos de Investigación. Pearson Educación. 1999.
55. Arnau, J. Diseños longitudinales aplicados a las ciencias sociales y del comportamiento. Editorial Limusa. 1995.
56. Ludewig, C. Universo y muestra. Concepto de muestra y universo. Con Ruiz Olabuénaga, J. (1996). Métodos y técnicas de investigación. Bilbao: Universidad de Deusto. sultado el, 5. 2014.
57. Ander, E. G. G. E. Técnicas de Investigación Social. Buenos Aires, Edic. Hvmánitas. 1987.
58. Sierra B., R. *Técnicas de investigación social. Teorías y Ejercicios*. Madrid: Paraninfo. 1985.
59. Kerlinger, F. N. Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. México: Interamericana. 1979.
60. Ruiz, C. Instrumentos de investigación educativa. CIDEG. Barquisimeto, Lara, Venezuela. 1998.
61. Ramírez, Bringas, Solis, Hajar, Estrada. Manual del investigador Venezuela 2024

ANEXOS

Anexo n° 01: Matriz de consistencia

Título: COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA EN EL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2022.

Formulación del problema	Objetivos de investigación	Hipótesis	Metodología
Problema general	Objetivo general	Hipótesis General	Variables
¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?	Determinar el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	HG: Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	<p>Tipo de investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Básica <p>Variable "X"</p> <p>Competencias asistenciales</p> <p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Análisis documental. <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuestionario .
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis Específicas	
Pe1: 1. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?	Oe1: 1. Establecer el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y reducción de las retenciones de restos placentarios, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	
Pe2: 2. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?	Oe2: 2. Identificar el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y el momento del alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	<p>Variable "Y"</p> <p>Retención parcial de la placenta</p> <p>Tipo de muestra</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ No probabilística a conveniencia del Investigador.
Pe3: 3. ¿Cuál es el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022?	Oe3: 3. Describir el nivel de relación entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	Existe relación positiva y significativa entre las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina y las retenciones de las membranas ovulares en el alumbramiento dirigido, en el Hospital Provincial de Acobamba 2022.	

2022.

Anexo n° 02: Matriz de elaboración de los instrumentos

Título de la investigación
COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA EN EL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2022.

Objetivo general	Determinar de qué manera las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina como política de salud pública están asociadas con la disminución de la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.
Variable X	Competencias asistenciales
Definición conceptual	Las competencias asistenciales engloba dos dimensiones: el rol individual y el rol de colaboración. El rol individual es el que junta el grupo de competencias y actuaciones, es decir, saberes, habilidades, actitudes y valores, ligadas al servicio determinado de la profesión. El papel de colaboración junta las labores que el obstetra realiza como complemento con el resto de los integrantes del equipo multidisciplinar (28).
Definición operacional	La medición de esta variable de estudio se realizará a través de una guía de observación haciendo uso de las diferentes escalas actualmente disponibles como: la de Likert, diferencial semántico y otras que estén relacionadas con las características y cualidades a ser medidas u observadas en cada uno de los elementos de la investigación.

3

Dimensiones	Indicadores	Redacción de ítems	Tipo de instrumento	Escala de medición
<p style="text-align: center;">Competencias genéricas</p>	<p style="text-align: center;">Competencias sociales</p>	1. Brinda un trato humanizado a las personas que atiende (gestante y familia).	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		2. Recoge información indispensable de parte de la gestante, de los familiares, de sus colegas y de los demás profesionales de la salud.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		3. Establece diferentes canales de comunicación para que la gestante y su familia sean constantemente informados y conocer sus necesidades.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		4. Respeta los derechos, estilos de vida y las creencias de la gestante y de los miembros de su entorno.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		5. Tiene autocontrol, confianza, seguridad en sí misma y resistencia a la adversidad ante el comportamiento de la gestante y de las complicaciones en la atención del parto.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		6. Maneja o domina de manera eficiente los diferentes recursos materiales y tecnológicos relacionados con las funciones asistenciales.	Guía de observación	Cualitativa - nominal

		7. Participa y promueve el trabajo en equipo para el desarrollo de las actividades asistenciales.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		8. Posee capacidad de liderazgo en el desarrollo de las actividades asistenciales.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
Competencias específicas	Competencias cognitivas – Competencias técnicas y metodológicas	9. Realiza los exámenes biológicos y patológicos de la gestante.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		10. Aplica las técnicas y los procedimientos asistenciales de manera apropiada en la atención del parto y el alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		11. Diagnóstica y monitorea con eficiencia el parto y el alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		12. Reconoce con facilidad los signos y los síntomas de la complicación en la atención del parto y alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		13. Se toma el tiempo necesario para realizar el examen de la placenta y sus anexos para previene complicaciones.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		14. Maneja activamente todos los periodos del parto.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		15. Toma decisiones transdisciplinarias e interdisciplinarias asertivas en la atención integral del parto y el alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal

		16. Elabora un plan sobre el cuidado y el tratamiento de la paciente en base a su diagnóstico.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		17. Soluciona los problemas de salud ante cualquier complicación de la paciente.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		18. La asistencia proporcionada por la obstetra en la atención del parto y el alumbramiento dirigido es íntegra.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		19. Integra los conocimientos con las habilidades y las actitudes durante la atención del parto y el alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		20. Vela por el cumplimiento de la normativa vigente con respecto a la atención integral del parto y del alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal
		21. Aplica todos los principios éticos y deontológicos en la atención del parto y alumbramiento dirigido.	Guía de observación	Cualitativa - nominal

Título de la investigación
COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA EN EL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2022.

Objetivo general	Determinar de qué manera las competencias asistenciales en la administración de la oxitocina como política de salud pública están asociadas con la disminución de la retención parcial de la placenta, en el Hospital Provincial de Acobamba en el año 2018.
Variable Y	Retención parcial de la placenta
Definición conceptual	El suceso de esta falta de eliminación placentaria se da 1% a 2% (26), también se dice que lo queda retenido no es todo, sino muchos cotiledones, lo que imposibilita que el útero se constriña, la mayor parte de ellos por la ejecución de técnicas rápidas durante el nacimiento como el jalón del cordón o corte manual parcial se debe eliminar el hallazgo de cotiledones malos que pueden estar pegadas. (38 y 39)
Definición operacional	La medición de esta variable de estudio se realizará a través de una guía análisis documental haciendo uso de las diferentes escalas actualmente disponibles como: la de Likert, diferencial semántico y otras que estén relacionadas con las características y cualidades a ser medidas u observadas en cada uno de los elementos de la investigación.

4

Dimensiones	Indicadores	Redacción de ítems	Tipo de instrumento	Escala de medición
Clases de retenciones placentarias parciales	Restos placentarios	1. Cantidad de cotiledones retenidos en el útero	Cuestionario	Ordinal
		2. Tamaño de los cotiledones retenidos en el útero		
		3. Tipo de restos placentarios retenidos		
		4. Método (s) utilizado para la extracción de los restos placentarios retenidos		
		5. Momento en el que se manifiesta la retención de restos placentarios		
	Restos de membranas ovulares	6. Retención total de las membranas ovulares		
		7. Retención de una parte de las membranas ovulares		
		8. La retención de las membranas ovulares se dio por su extensión o por su espesor		
		9. Método utilizado para la extracción de las membranas ovulares retenidas		
		10. Condición del parto por el cual se dio la retención de restos placentarios o membranas ovulares		

Anexo nº 04: Instrumentos de recolección de datos

a) Guía de observación

Guía de observación

Título: COMPETENCIAS ASISTENCIALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE OXITOCINA Y LA RETENCIÓN PARCIAL DE LA PLACENTA EN EL HOSPITAL DE ACOBAMBA 2022.

Variable	Dimensión	Indicador	Ítems	Sí	No
Competencias asistenciales	genéricas	Competencias sociales	1. Brinda un trato humanizado a las personas que atiende (gestante y familia).		
			2. Recoge información indispensable de parte de la gestante, de los familiares, de sus colegas y de los demás profesionales de la salud.		
			3. Establece diferentes canales de comunicación para que la gestante y su familia sean constantemente informados y conocer sus necesidades.		
	Competencias		4. Respeta los derechos, estilos de vida y las creencias de la gestante y de los miembros de su entorno.		
			5. Tiene autocontrol, confianza, seguridad en sí misma y resistencia a la adversidad ante el comportamiento de la gestante y de las complicaciones en la atención del parto.		
			6. Maneja o domina de manera eficiente los diferentes recursos materiales y tecnológicos relacionados con las funciones asistenciales.		
			7. Participa y promueve el trabajo en equipo para el desarrollo de las actividades asistenciales.		

Competencias específicas	Competencias cognitivas – Competencias técnicas y metodológicas	8. Posee capacidad de liderazgo en el desarrollo de las actividades asistenciales.		
		9. Realiza los exámenes biológicos y patológicos de la gestante.		
		10. Aplica las técnicas y los procedimientos asistenciales de manera apropiada en la atención del parto y el alumbramiento dirigido.		
		11. Diagnóstica y monitorea con eficiencia el parto y el alumbramiento dirigido.		
		12. Reconoce con facilidad los signos y los síntomas de la complicación en la atención del parto y alumbramiento dirigido.		
		13. Se toma el tiempo necesario para realizar el examen de la placenta y sus anexos para previene complicaciones.		
		14. Maneja activamente todos los periodos del parto.		
		15. Toma decisiones transdisciplinarias e interdisciplinarias asertivas en la atención integral del parto y el alumbramiento dirigido.		
		16. Elabora un plan sobre el cuidado y el tratamiento de la paciente en base a su diagnóstico.		
		17. Soluciona los problemas de salud ante cualquier complicación de la paciente.		
		18. La asistencia proporcionada por la obstetra en la atención del parto y el alumbramiento dirigido es íntegra.		
		19. Integra los conocimientos con las habilidades y las actitudes durante la atención del parto y el alumbramiento dirigido.		
		20. Vela por el cumplimiento de la normativa vigente con respecto a la atención integral del parto y del alumbramiento dirigido.		
21. Aplica todos los principios éticos y deontológicos en la atención del parto y alumbramiento dirigido.				

Datos complementarios:

Anexo n° 05: Declaratoria de autenticidad del plan de tesis

Declaratoria de autenticidad del plan de tesis

2

Yo, Evelyn Riveros Cahui, maestriza en Salud Pública con mención en Gerencia en los Servicios de Salud de la Universidad Alas Peruanas, identificada con DNI n°.....

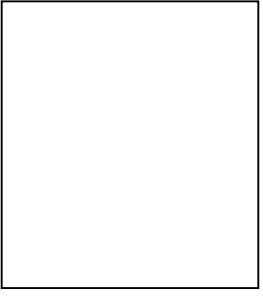
Expreso bajo juramento que:

- Soy autora del presente plan de tesis.
- Este plan de tesis no cuenta con plagio o similitud en forma parcial o total de otros trabajos de investigación, además cabe mencionar que éste ha sido trabajado respetando las normas internacionales y los diversos principios deontológicos y axiológicos y éticos de la profesión y del ser humano.

Por todo lo mencionado mediante la presente declaratoria doy a conocer que asumo cualquier responsabilidad frente a la Universidad y frente a terceros sea por autoría, originalidad, veracidad del contenido, entre otros aspectos de este plan de tesis.

Lima, _____ de _____ del _____

 Evelyn Riveros Cahui,
 DNI n°:.....



Huella digital