UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
*LA UNIVERSIDAD CATOLICA DE LOJA*

# ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMEDICA

**TITULO DE MÉDICO**

**"Simulación en la adquisición de competencias clínicas para atención de emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma, en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo septiembre 2013 - febrero 2014"**

TRABAJO DE TITULACIÓN

**AUTORA:** Vivar Jaramillo, María Salomé

**DIRECTOR:** Vite Valverde, Andy Paul, Dr.

LOJA – ECUADOR

2016

**APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÒN.**

Doctor.
Andy Paul Vite Valverde.
**DOCENTE DE LA TITULACIÓN**

**De mi consideración:**

El presente trabajo de titulación: “Simulación en la adquisición de competencias clínicas para atención de emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma, en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo septiembre 2013 - febrero 2014” realizado por: Vivar Jaramillo María Salomé; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, Septiembre de 2016.

f) ……

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Vivar Jaramillo María Salomé declaro ser autora del presente trabajo de titulación: "Simulación en la adquisición de competencias clínicas para atención de emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma, en estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, periodo septiembre 2013 - febrero 2014" de la Titulación de médico, siendo Dr. Andy Paul Vite Valverde director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad".

f)
Autora: Vivar Jaramillo, María Salomé
Cédula: 1104522824

## DEDICATORIA:

El presente trabajo de fin de titulación, que para mí representa una meta cumplida lo dedico a mi hija Valentina que es mi fuerza, mi motor, mi impulso y lo que me mantuvo firme y decidida a lo largo de este difícil camino.

María Salomé

## AGRADECIMIENTO

A DIOS, quien me dio perseverancia, paciencia y fortaleza para cumplir con esta meta propuesta

A mis padres que me brindaron su apoyo, ayuda incondicional, me guiaron siempre por el camino correcto y por toda la confianza depositada en mí.

A los integrantes del cuerpo docente de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Medico quienes me han sabido orientar a lo largo de mi trayectoria estudiantil

María Salomé

## ÍNDICE DE CONTENIDOS


| | Páginas |
|---|---|
| CARÁTULA | I |
| APROBACIÒN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION | II |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS | III |
| DEDICATORIA | IV |
| AGRADECIMIENTO | V |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS | VI-VIII |
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| CAPITULO I CONCEPTOS GENERALES DE EDUCACION VIRTUAL Y PRECENCIAL | 3 |
| 1.1. DIMENSIÓN ESPACIO – TEMPORAL. | 5 |
| 1.2. MEDIOS DE COMUNICACIÓN UTILIZADOS. | 5 |
| 1.3. DEPENDENCIA DEL ESTUDIO. | 5 |
| 1.4. CONTENIDOS DEL CURSO. | 5 |
| 1.5. RELACIÓN PROFESOR/ TUTOR – ALUMNO. | 5 |
| CAPITULO II OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE EVALUACIONLIIHIOIO | 9 |
| 2.1 OBJETIVOS | 10 |
| 2.1.1 OBJETIVO GENERAL: | 10 |
| 2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: | 10 |
| 2.2 METODOLOGÍA | 11 |
| CAPITULO III RESULTADOS | 14 |
| 3.1 RESULTADOS GENERALES: | 15 |
| 3.2 RESULTADO 1: | 17 |
| 3.3 RESULTADO 2: | 19 |

3. 4 RESULTADO 3. 22

DISCUSIÓN 25

CONCLUSIONES 27

RECOMENDACIONES 28

BIBLIOGRAFÍA 29

ANEXOS 31

# ÍNDICE DE TABLAS

Páginas


- Tabla N° 3 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad presencial 15
- Tabla N° 4 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad virtual. 16
- Tabla N° 1 Actividades del grupo presencial 17
- Tabla N° 2 Actividades del grupo virtual 18
- Tabla N° 5 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en el taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma 19
- Tabla N° 6 (Título) Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en el taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma 20
- Tabla N° 7 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y virtual en la evaluación del taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma 21
- Tabla N° 8 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en el ECOE final del taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma 22
- Tabla N° 9 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en el ECOE final del taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma 23
- Tabla N° 10 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y virtual en la evaluación del taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma 24

## RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de fin de titulación se lo desarrollo con el fin de evaluar cual método de enseñanza, presencial o virtual brinda mejores resultados tanto a corto como a largo plazo en una muestra de 59 estudiantes, para esto se utilizó como método de recolección de datos la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), se dividió la muestra en dos grupos, el grupo A al que se le impartió el conocimiento de forma presencial, y al grupo B que se lo hizo de forma virtual usando como herramienta el entorno visual de aprendizaje (EVA) se aplicó ECOE ambos grupos luego de impartir el taller y al terminar el ciclo con el fin de evaluar la huella de memoria.

En las dos evaluaciones realizadas se observó que la modalidad presencial brinda mejores resultados que los obtenidos por los estudiantes de la modalidad virtual además se observaron notables diferencias en cuanto al número de ventajas y desventajas presentadas en ambas modalidades de enseñanza concluyendo claramente que en cuanto a la adquisición de la competencia clínica evaluada la modalidad presencial es más eficaz



**PALABRAS CLAVE:** Virtual, Presencial, ECOE

**ABSTRACT**

This work was developed in order to assess which method of teaching whether classroom instruction or virtual provides better results in both the short and long term in a sample of 59 students, for this was used as a method of collecting data the objective structured clinical assessment (ECOE), the sample was divided into two groups, group A knowledge imparted by classroom and group B did virtually using the visual learning environment (EVA) ECOE was applied both groups after the workshop and at the end ot the cycle in order to evaluate the memory footprint.

In the two assessments at end of workshop and end of the cycle was observed that the classroom instruction modality provides better results than those obtained by students in the virtual mode also notable differences were observed in number of advantages and disadvantages presented in both forms of teaching as clearly concluded that the acquisition of clinical competence assessed the classroom instruction modality is the most effective

**KEYWORDS**: Virtual, classroom instruction, ECOE

# CAPITULO I

# CONCEPTOS GENERALES DE EDUCACION VIRTUAL Y PRECENCIAL

A la hora de elaborar un plan de estudios, además de delimitar la estructura y contenidos del programa formativo que va constituir el marco de referencia de una titulación, deberemos precisar los procedimientos metodológicos que van a orientar los procesos de enseñanza aprendizaje. Ello implica que, una vez establecidas las competencias que debe adquirir un alumno en relación con las materias o contenidos formativos específicos, deberemos establecer las actividades y experiencias que debe realizar para alcanzar las mismas como resultados de su proceso de aprendizaje. La elaboración de un programa formativo implica también precisar los métodos y procedimientos a través de los cuales los estudiantes pueden alcanzar los aprendizajes propuestos. (Díaz, 2009)

La enseñanza tradicional de la medicina clínica se ha basado en la 'clase magistral', donde el profesor expone al alumno un tema y éste recoge información en forma de apuntes, y, ocasionalmente, utiliza libros. A veces se le ofrece un apoyo iconográfico que visualiza de modo fugaz durante la clase, sin que se evalúe. Las prácticas clínicas eran limitadas y no sistematizadas para la enseñanza de habilidades clínicas (Beard Kapleusz, 2002)

Durante el último siglo los sistemas de información han logrado impactar de manera positiva en la sociedad, debido a la optimización de tiempos, espacios y recursos superando en algunos aspectos las limitaciones físicas que impidan una globalización debido a esto se ha impulsado de manera más eficaz los diferentes procesos culturales, sociales, económicos y sobretodo educativos de todo el mundo a partir de los sistemas de información.

Dentro de la perspectiva a nivel mundial se ha contemplado mucho la modernización del sistema educativo usando como herramienta el aprendizaje virtual teniendo como objetivo claro facilitar el proceso de aprendizaje pero con esto se crean muchas interrogantes acerca de si la formación virtual aporta los mismos beneficios que la formación presencial, si ofrece calidad pedagógica, si es adecuada para transmitir determinados conceptos, si estos se asimilan o no, si llega a tener un valor profesional, etc.

Por eso es necesario entender claramente a que nos referimos cuando hablamos de educación virtual o presencial y comprender las principales diferencias o similitudes que existe entre estos dos métodos

**1.1. Dimensión espacio – temporal.**

- Presencial: En el desarrollo del proceso de enseñanza–aprendizaje el alumno y el profesor se encuentran en la misma dimensión espacio–temporal. El aprendizaje se desarrolla a través de clases, tutorías dirigidas, etc.

- Virtual: El profesor y el alumno no se encuentran en la misma dimensión espacio-temporal, proporcionando una gran autonomía geográfica y temporal. La enseñanza se realiza a través del trabajo exploratorio de los propios alumnos que adquieren un comportamiento activo en el proceso de aprendizaje.

**1.2. Medios de comunicación utilizados.**

- Presencial: Se establecen procesos de comunicación verbal y no verbal entre el alumno y el profesor. El uso de los medios se encuentra limitado.

- Virtual: Se sustituyen los elementos tradicionales por otros medios: grabaciones sonoras, imágenes y vídeos, correo electrónico, mensajería interna, foros de discusión, etc. Las TIC constituyen, en este sentido, una herramienta de apoyo al proceso de aprendizaje mediante una mayor disponibilidad de materiales y mejora de acceso a fuentes de información, proporcionando comunicaciones tanto síncronas como asíncronas.

**1.3. Dependencia del estudio.**

- Presencial: El tiempo, el lugar y el ritmo de aprendizaje son rígidos y vienen marcados por el plan de trabajo de la acción formativa.

- Virtual: El estudiante gestiona el tiempo, el lugar y ritmo de aprendizaje. Se lleva a cabo un aprendizaje autónomo, con la orientación del tutor, que asume un papel de orientador en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

**1.4 Contenidos del curso.**

- Presencial: Contenidos estáticos. Enseñanza homogénea.

- Virtual: Se caracteriza por una rápida y permanente actualización de los contenidos y su rápida difusión entre los alumnos a través de los medios electrónicos. Así, permite mayor individualización y adaptación de los contenidos a las necesidades reales de los alumnos.

**1.5. Relación profesor/ tutor – alumno.**

- Presencial: El profesor tiene la función de enseñar.

- Virtual: Se produce una mejora de la comunicación entre profesores y alumnos, ya que disponen de diversas vías para ello, consiguiendo, además, una enseñanza más

personalizada. El profesor adquiere las funciones de tutor y de planificador de la formación. Es muy importante su nueva función de motivación de los alumnos (López, 2007)

Con el fin de despejar dichas interrogantes la Universidad Técnica Particular de Loja dentro de su intención formativa ha contemplado la implementación de una plataforma virtual como medio de aprendizaje con el fin de comparar cuál de los dos métodos de enseñanza brinda mejores resultados en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma tanto a corto como a largo plazo, para esto se llevó a cabo un estudio de tipo observacional con una muestra de 59 estudiantes matriculados en la titulación de Medico de la Universidad Técnica Particular de Loja, este grupo a su vez se lo dividió en un grupo presencial A y un grupo virtual B, utilizando para ambos grupos material didáctico de apoyo que consistió en una guía didáctica y un video explicativo. Ambos grupos fueron evaluados mediante ECOE tanto al final del taller como al final del ciclo.

ECOE -Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada- propuesta por Harden y Gleeson en 1979 es un formato de prueba en el que se pueden incluir diferentes métodos evaluativos. El formato básico consiste en que los candidatos roten por un circuito de estaciones secuenciales en el que se les solicita que realicen una variedad de diferentes habilidades. En muchas de estas estaciones se utilizan Pacientes Simulados estandarizados, casos por ordenador, maniquíes, pruebas complementarias (ECG, RX, analítica, etc.), preguntas de respuesta múltiple o corta relacionadas con los casos, entre otras. (Martínez, 2009)

En la prueba ECOE están incluidas las siguientes competencias clínicas:

- Habilidades clínicas básicas: Anamnesis, Exploración física.
- Comunicación
- Habilidades técnicas
- Manejo de las situaciones (diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento)
- Atención a la familia
- Habilidades preventivas.

Este tipo de prueba debe reproducir con la máxima exactitud posible la situación real a la que se enfrenta el médico a diario. Para conseguirlo, se han utilizado los siguientes

instrumentos:

- Pacientes simulados estandarizados.- Los pacientes simulados estandarizados son actores que representan el rol de un paciente que acude a la consulta. Se les enseña a explicar sus síntomas de modo totalmente creíble, estandarizado, evitando las palabras técnicas, con un lenguaje coloquial y respondiendo específicamente a las preguntas que les realiza el médico evaluado. También se les puede entrenar para que simulen hallazgos en la exploración física, como dolor cuando el médico explore una zona determinada, ruidos respiratorios o déficits neurológicos, por ejemplo. La evaluación la realiza un médico evaluador externo que está en la consulta mientras el encuentro paciente-candidato se realiza. Los evaluadores son profesores que evalúan las competencias de los participantes de manera justa asegurando en todo momento su imparcialidad y una total reproducibilidad.

- Preguntas abiertas con respuesta corta.- Son preguntas abiertas de respuesta corta relacionadas con una situación clínica específica. Permiten evaluar conocimientos y habilidades de manejo relacionadas con una situación clínica específica que se presenta previamente, permiten evaluar conocimientos y habilidades de manejo.

  Estas preguntas, convenientemente estructuradas, nos permiten evaluar también otros aspectos de aplicación clínica como: la capacidad de jerarquización de problemas, planificación de exploraciones, tratamiento a seguir, etc.

- Pueden complementar una prueba con maniquíes o con imágenes, mayor sensibilidad en toma de decisiones y resolución de problemas

  Maniquíes: Sirven casi exclusivamente para valorar habilidades técnicas concretas, como reanimación cardiopulmonar, intubación, punciones, práctica de suturas, etc. Son armazones de figura humana o de una parte del cuerpo humano. Sirven para valorar las habilidades técnicas concretas (Martínez, 2009)

En este caso la prueba consta de veinte ítems y se califica si el estudiante cumple o no cumple con la competencia clínica evaluada

El aprendizaje basado en competencias pretende asegurar que los estudiantes adquieran aquellos conocimientos, habilidades y actitudes importantes tanto con relación a lo que se está estudiando como a las transiciones para las que se preparan.

Hay que señalar que la evaluación de las competencias alcanzadas por el estudiante no tan sólo tiene el punto de vista de la evaluación de los resultados individuales del aprendizaje, sino que también adopta el punto de vista institucional, es decir, la calidad de una institución está asociada al grado en el que consigue que sus graduados sean competentes en aquello descrito en el perfil de formación.

# CAPITULO II

# OBJETIVOS Y METODOLOGIA DE EVALUACION

## 2.1 Objetivos

### 2.1.1 Objetivo general:

- Implementar talleres de simulación para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma, mediante la metodología de enseñanza virtual y presencial con la finalidad de evaluar la huella de memoria en la competencia clínica

### 2.1.2 Objetivos específicos:

- Diseñar el material didáctico para enseñanza con simulación en las modalidades presencial y virtual en atención de emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma.

- Comparar la competencia clínica adquirida través de tutoría virtual versus presencial mediante ECOE en atención de emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma.

## 2.2 Metodología

**Tipo de estudio:**

Según el tipo de análisis es un estudio descriptivo, prospectivo, con diseño cuantitativo y el enfoque transversal

**Universo:**

Conformado por estudiantes de medicina de 9° ciclo matriculados en el periodo académico septiembre 2013 – febrero 2014

**Muestra:**

Integrada por los estudiantes legalmente matriculados en 9° ciclo, en el periodo académico septiembre 2013 – febrero 2014 inscritos en el integrado de ginecobstetricia.

**Criterios de inclusión:**

Estudiantes que acepten participar en el estudio y que completen las actividades de talleres y evaluaciones al final del taller y del ciclo

**Criterios de exclusión:**

Estudiantes que no participaron en todas las actividades programadas

**Operacionalización de variables:**

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADOR | MEDICIÓN |
|---|---|---|---|
| **Material didáctico** | Número de elementos que colaboran como instrumentos en cualquier momento del proceso enseñanza aprendizaje<br><br>(Carrasco,2007) | - Manual<br>- Video<br>- PowerPoint<br>- Mensajes para el EVA | Si No (f y %) |
| **Competencia clínica** | La capacidad potencial de evaluar y manejar a los pacientes de modo que su salud es conservada o mejorada<br><br>(Heynes,2008) | Adquisición de la competencia<br><br>- Al final del taller<br>- Al final del ciclo | C. Cuantitativa / C. Cualitativa<br>20 / SOBRESALIENTE<br>19 / NOTABLE<br>18 / BIEN<br>17 / SATISFACTORIO<br>14 A 16 / SUFICIENTE<br>10 A 13 / INSUFICIENTE<br>0 A 9 / DEFICIENTE |
| | Formas o tipos de | **Presencial** | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Modalidad de enseñanza** | organización de las actividades educativas propuestas para que los alumnos adquieran los aprendizajes establecidos<br><br>(Diaz,2007) | Adquisición de la competencia<br><br>- Al final del taller<br>- Al final del ciclo<br><br>**Virtual**<br>Adquisición de la competencia<br><br>- Al final del taller<br>- Al final del ciclo | |

| C. Cuantitativa | C. Cualitativa |
|---|---|
| 20 | SOBRESALIENTE |
| 19 | NOTABLE |
| 18 | BIEN |
| 17 | SATISFACTORIO |
| 14 A 16 | SUFICIENTE |
| 10 A 13 | INSUFICIENTE |
| 0 A 9 | DEFICIENTE |

**Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

Métodos: Observación.

Instrumentos: Ficha de recolección de datos (ECOE)

**Procedimiento:**

El trabajo es parte de un proyecto tipo puzzle cuya finalidad es implementar 7 talleres de simulación que formarán parte del laboratorio de destrezas durante el periodo académico septiembre 2013 – febrero 2014. El tema es: Emergencias Obstétricas I: Parto vaginal operatorio

Previa autorización de los responsables del departamento de ciencias de la salud, se coordinó el desarrollo de los talleres, para cumplir con los objetivos planteados se realizó las siguientes actividades:

- Revisión bibliográfica sobre la atención de emergencias obstétricas y especialmente en el parto vaginal operatorio
- Estandarización del formato para la elaboración del material didáctico presencial y virtual apropiado para su utilización en el taller
- Se elaboró el material didáctico
- Se coordinó el desarrollo de los talleres de simulación junto con el tutor de nuestra investigación, con el propósito de organizar el material, y establecer fecha y lugar de la realización del mismo
- Se realizó los talleres dirigido a los estudiantes que cursaban el noveno ciclo de la titulación de médico en el periodo académico Septiembre 2013- Febrero 2014, y se aplicó el ECOE para evaluar la competencia clínica al final del taller y del ciclo.
- Se comparó los resultados obtenidos con en las modalidades presencial y virtual mediante la utilización del programa de Microsoft Office Excel 2013

**Plan de tabulación y análisis:**

Los datos obtenidos mediante ECOE al final del taller y del ciclo fueron ingresados a Microsoft office Excel, con lo que se procedió a tabularlos y se elaboró gráficos representativos con estadística descriptiva en frecuencia, porcentaje.

# CAPITULO III
# RESULTADOS

### 3.1 Resultados generales:

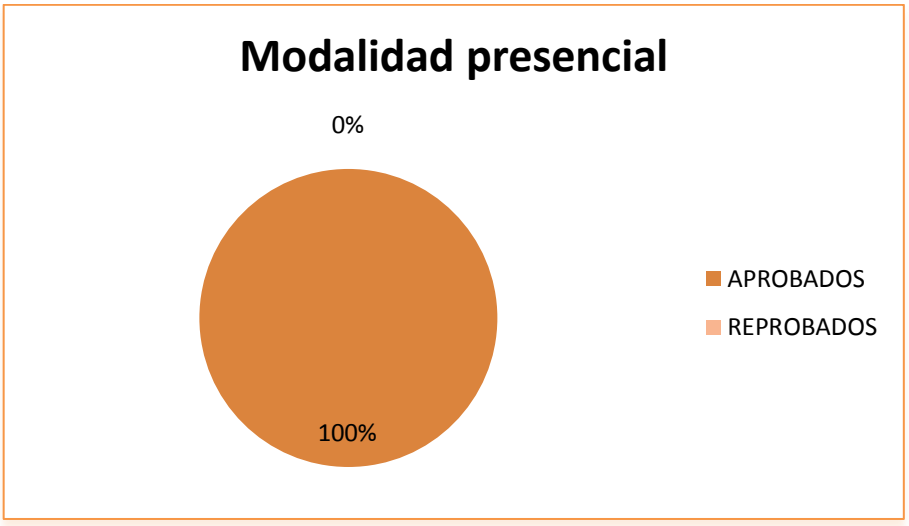
**Estudiantes aprobados y reprobados en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma.**

**Tabla N° 3 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad presencial**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **APROBADOS** | 30 | 100.00% |
| **REPROBADOS** | 0 | 0.00% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 1 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad presencial**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

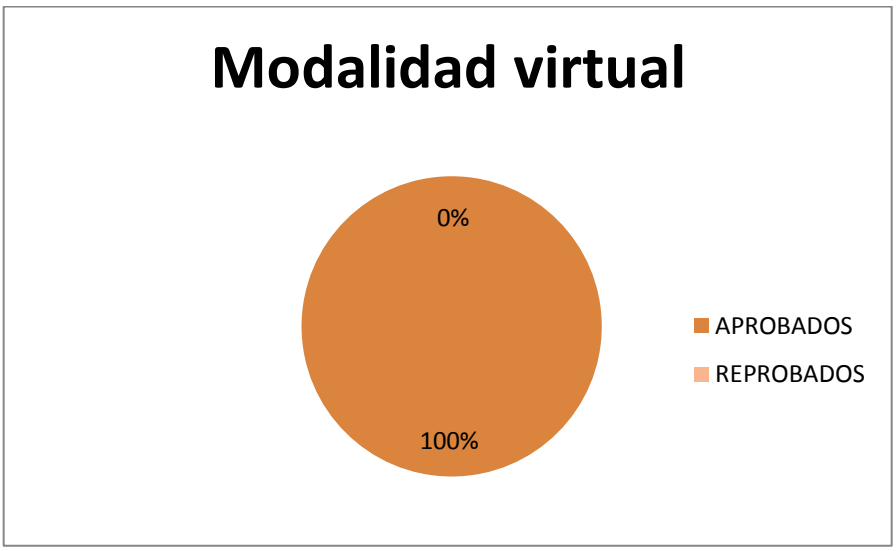
**Interpretación:** De los 30 estudiantes que pertenecen al grupo presencial evaluados utilizando como herramienta la evaluación clínica objetiva y estructurada –ECOE- en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma el 100% aprobó lo que representa el total de la muestra.

**Tabla N° 4 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad virtual**

| INDICADORES | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| **APROBADOS** | 29 | 100.00% |
| **REPROBADOS** | 0 | 0.00% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 2 Estudiantes aprobados y reprobados modalidad virtual**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

**Interpretación:** de los 29 estudiantes que fueron valorados utilizando como herramienta la evaluación clínica objetiva y estructurada –ECOE- en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma el 100% de los participantes aprobó

### 3.2 Resultado 1:

**Elaboración de material didáctico para enseñanza con simulación en las modalidades presencial y virtual en atención de emergencias obstétrica, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma**

Como material didáctico y de apoyo para el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma se utilizó una guía didáctica que contaba con toda la información necesaria para el desarrollo de la competencia clínica impartida, esta guía se basó en amplia información médica bibliográfica actualizada y validada.

La información recaudada para la elaboración de la guía didáctica fue utilizada también como base para la realización del video que sirvió como material de apoyo a esta guía este video tiene una duración de cinco minutos y contiene toda la información necesaria sobre todo en lo que respecta a la parte práctica del taller, la filmación se la llevo a cabo en las instalaciones de la UTPL con el apoyo del material didáctico disponible en el laboratorio de destrezas de nuestra universidad para de acuerdo a las fechas límites propuestas ser entregado a las dos grupos de estudios.

**Grupo presencial:** a este grupo se le entrego la guía didáctica impresa con una semana de anticipación, y el día sábado 7 de diciembre a partir de las 8:00 am se llevó a cabo el taller el cual cumplió con los siguientes tiempos.

**Tabla n° 1 Actividades del grupo presencial**

| ACTIVIDADES GRUPO PRESENCIAL | DURACIÓN |
|---|---|
| **Revisión del material didáctico del taller en clase** | 30 min |
| **Práctica de las técnicas por cada uno de los estudiantes** | 60 min |
| **Evaluación mediante ECOE** | 30 min |

*Fuete: guía didáctica de taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grupo virtual:** para este grupo se utilizó como herramienta el entorno de aprendizaje virtual (EVA) por medio de esta plataforma se les proporciono a los estudiantes con una semana de anticipación la guía didáctica y el video del taller el mismo que se realizó el día 7 de diciembre a partir de las 13:OO y cumplió con los siguientes tiempos

**TABLA N° 2**

**ACTIVIDADES DEL GRUPO VIRTUAL**

| ACTIVIDADES GRUPO VIRTUAL | DURACIÓN |
|---|---|
| **Revisión del material didáctico del taller en casa** | 30 min |
| **Práctica de las técnicas por cada uno de los estudiantes** | 60 min |
| **Evaluación mediante ECOE** | 30 min |

*Fuete: guía didáctica de taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

Ambos talleres se cumplieron con normalidad dentro de los tiempos establecidos. El día 4 de marzo se llevó a cabo la evaluación a final de ciclo del grupo presencial y virtual, esta tuvo lugar en el Laboratorio de Destrezas de la Universidad Técnica Particular de Loja utilizando como material de apoyo los maniquíes disponibles en el mismo y un ECOE de 7 ítems que evalúa únicamente la parte la práctica del taller.

### 3.3 Resultado 2:

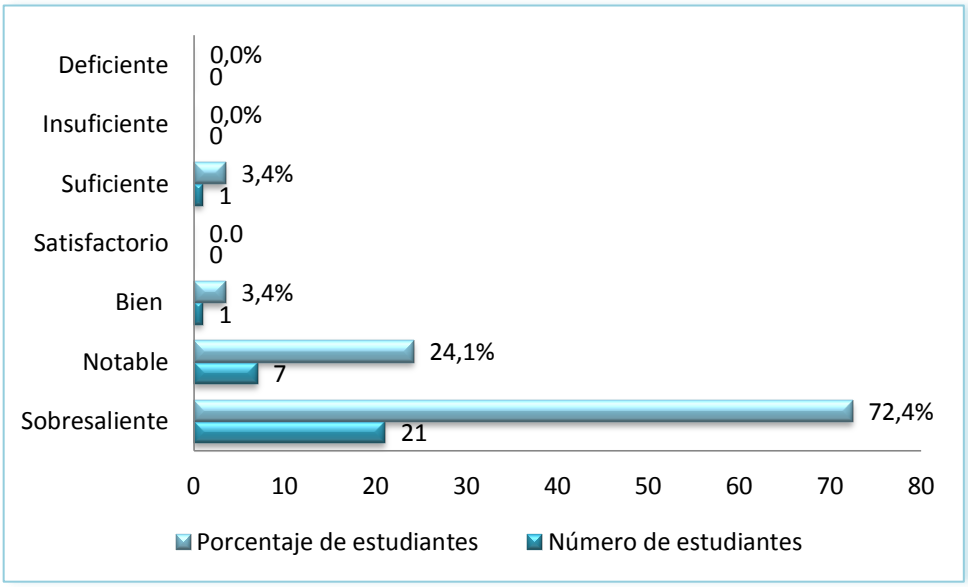
**Descripción de los resultados obtenidos tras la implementación del taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma tanto para la modalidad presencial como virtual.**

**TABLA N° 5 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en el taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**

| COMPETENCIA | CALIFICACIÓN | | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| Cumplen con las competencias | SOBRESALIENTE | 20 | 21 | 72.4% |
| | NOTABLE | 19 | 7 | 24..1% |
| | BIEN | 18 | 1 | 3.4% |
| | SATISFACTORIO | 17 | O | 0% |
| | SUFICIENTE | 14-16 | 1 | 3.4% |
| | TOTAL | | 30 | 100% |
| No cumplen las competencias | INSUFICIENTE | 10-13 | 0 | 0% |
| | DEFICIENTE | 0-9 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 30 | 100% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 3 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en el taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

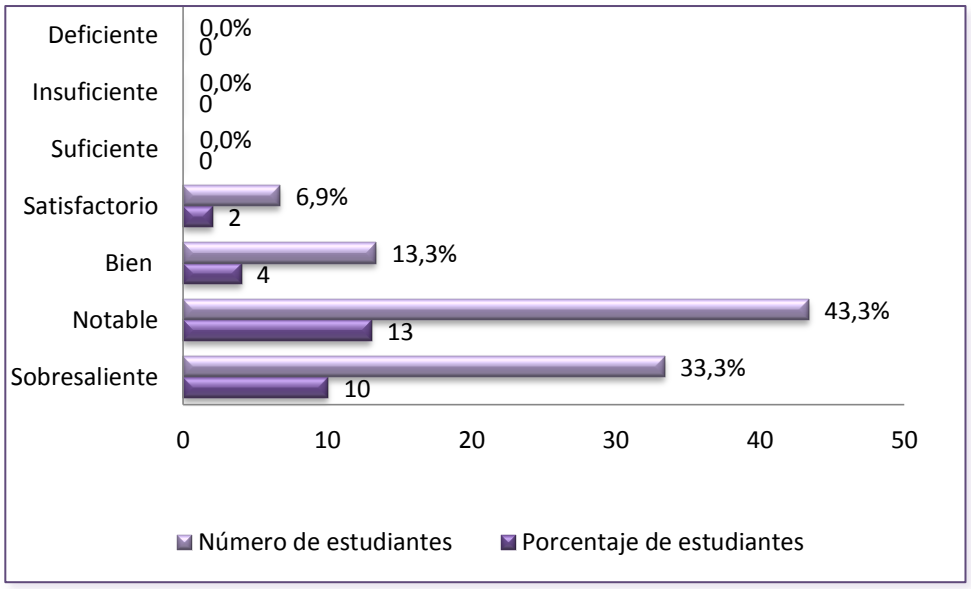
**Interpretación:** De los 30 estudiantes que pertenecen al grupo presencial evaluados mediante ECOE en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma se observó que el 72.4% es decir 21 estudiantes aprobaron el taller con un puntaje sobresaliente que equivale a 20/20 y 24.1% con un puntaje notable que equivale a 19/20, el totalidad de la muerta cumplió con la competencia valorada y ninguno reprobó.

**Tabla N° 6 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en el taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**

| COMPETENCIA | CALIFICACIÓN | | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| Cumplen con las competencias | SOBRESALIENTE | 20 | 10 | 33.3% |
| | NOTABLE | 19 | 13 | 43.3% |
| | BIEN | 18 | 4 | 13.3% |
| | SATISFACTORIO | 17 | 2 | 6.9% |
| | SUFICIENTE | 14-16 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 29 | 100% |
| No cumplen las competencias | INSUFICIENTE | 10-13 | 0 | 0% |
| | DEFICIENTE | 0-9 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 29 | 100% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 4 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

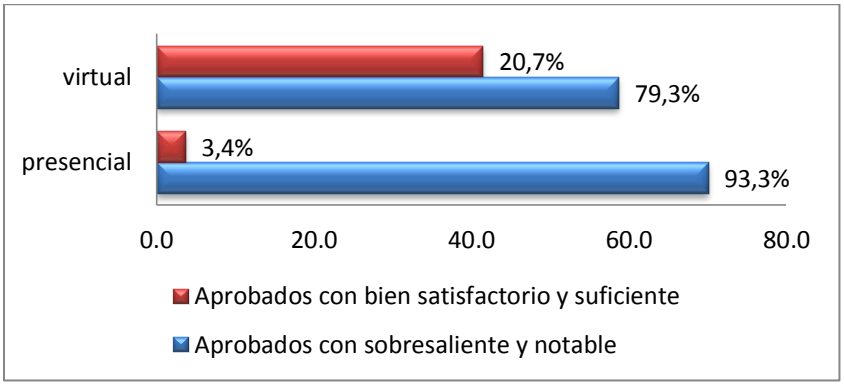
**Interpretación:** De los 29 estudiantes que pertenecen al grupo virtual y fueron evaluados mediante ECOE en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma se observó que el 43.3% es decir 13 estudiantes aprobaron el taller con un puntaje notable que equivale a 19/20 y 33.3% con un puntaje sobresaliente que equivale a 20/20, el totalidad de la muerta cumplió con la competencia valorada y ninguno reprobó.

**Tabla n° 7 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y virtual en la evaluación del taller atención de puerperio inmediato y signos de alarma**

| Calificación | Presencial | | Virtual | |
|---|---|---|---|---|
| **Aprobados con sobresaliente y notable** | 28 | 93.3% | 23 | 79,3% |
| **Aprobados con bien satisfactorio y suficiente** | 2 | 3.4% | 6 | 20.7% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 5 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y b e evaluación del taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

**Interpretación:** Al hacer comparación de los dos grupos evaluando si existe diferencia entre la aprobación con nota sobresaliente y notable en las modalidades presencial y virtual al final del taller se determinó que el 93.6% de los estudiantes presenciales aprobaron con sobresaliente y notable en comparación con el 79.3% de estudiantes de la modalidad virtual (cálculo exacto de Fisher 0,09) lo que significa que la diferencia no es estadísticamente significativa

### 3. 4 Resultado 3.

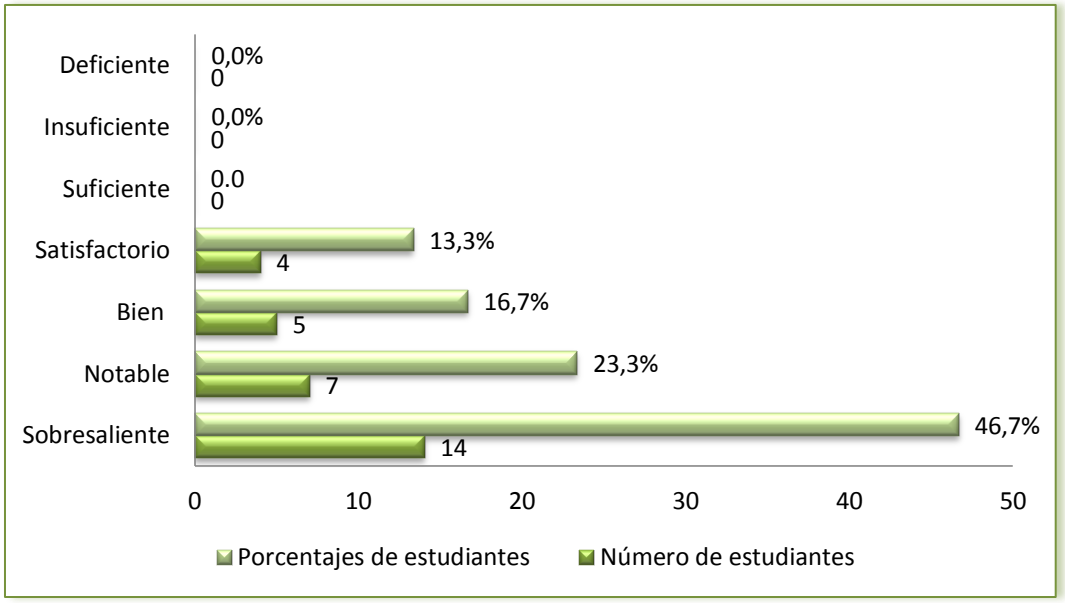
**Comparación de los grupos presencial y virtual en el taller de adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma evaluados mediante ECOE**

**Tabla n° 8 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en ecoe evaluado al final de ciclo del taller de atención de puerperio inmediata y signos de alarma**

| COMPETENCIA | CALIFICACIÓN | | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| Cumplen con las competencias | SOBRESALIENTE | 20 | 14 | 48.3% |
| | NOTABLE | 19 | 7 | 24.1% |
| | BIEN | 18 | 5 | 17.2% |
| | SATISFACTORIO | 17 | 4 | 13,8% |
| | SUFICIENTE | 14-16 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 30 | 100% |
| No cumplen las competencias | INSUFICIENTE | 10-13 | 0 | 0% |
| | DEFICIENTE | 0-9 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 30 | 100% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 6 Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo presencial en ECOE evaluado al final de ciclo taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

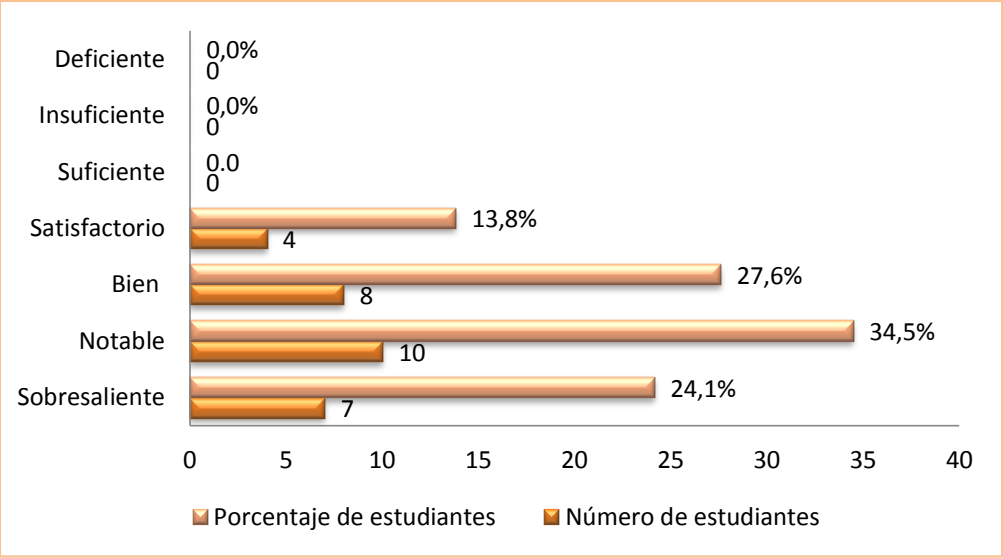
**Interpretación**: En lo que respecta a la evaluación al final del ciclo mediante ECOE de los estudiantes del grupo presencial en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma se observó que el 46.7% es decir 14 estudiantes obtuvieron un puntaje sobresaliente que equivale a 20/20, 23.3% obtuvo un puntaje notable equivalente a 19/20 y 16.7% alcanzó un puntaje equivalente a 18/20, todos los 29 estudiantes que pertenecían a este grupo cumplieron con la competencia evaluada

**TABLA N° 9. Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en ECOE evaluado al final de ciclo taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**

| COMPETENCIA | CALIFICACIÓN | | FRECUENCIA | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| Cumplen con las competencias | SOBRESALIENTE | 20 | 7 | 33.3% |
| | NOTABLE | 19 | 10 | 43.3% |
| | BIEN | 18 | 8 | 13.3% |
| | SATISFACTORIO | 17 | 4 | 6.9% |
| | SUFICIENTE | 14-16 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 29 | 100% |
| No cumplen las competencias | INSUFICIENTE | 10-13 | 0 | 0% |
| | DEFICIENTE | 0-9 | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 0 | 0% |
| | TOTAL | | 29 | 100% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**GRAFICO N° Calificaciones obtenidas por los estudiantes del grupo virtual en ECOE evaluado al final de ciclo taller de Atención de Puerperio Inmediata y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

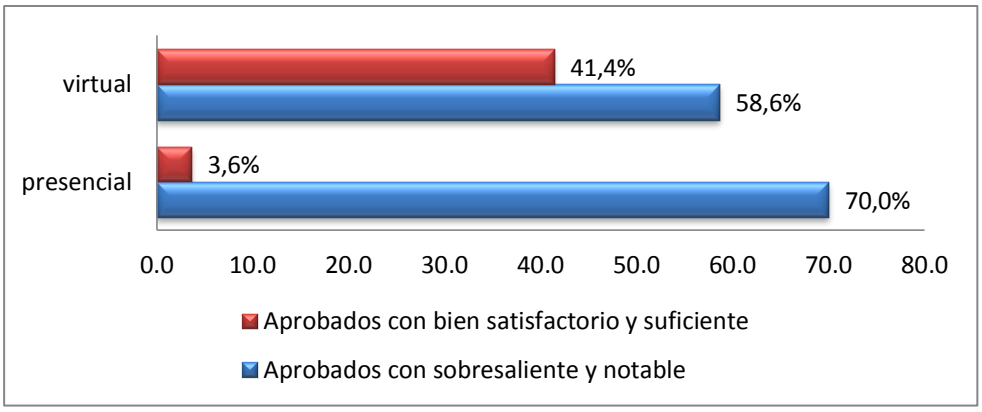
**Interpretación**: de los 29 estudiantes que pertenecen al grupo virtual y fueron evaluados mediante ECOE en el taller de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma se observó que siete estudiantes es decir el 24.1% obtuvieron un puntaje de 20/20 que equivale a sobresaliente y un 34.5% obtuvo un puntaje notable equivalente a 19/20

**Tabla n° 10 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y virtual en la evaluación final de ciclo del taller atención de puerperio inmediato y signos de alarma**

| Calificación | Presencial | | Virtual | |
|---|---|---|---|---|
| **Aprobados con sobresaliente y notable** | 21 | 70.0% | 17 | 58.6% |
| **Aprobados con bien satisfactorio y suficiente** | 9 | 3.6% | 12 | 41.4% |

*Fuente: ECOE*
*Elaboración: María Salomé Vivar*

**Grafico N° 8 Comparación de puntaje obtenido entre el grupo presencial y virtual en el ECOE al final de ciclo del taller Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma**




*Fuente: ECOE*
*Elaboración; María Salomé Vivar*

**Interpretación:** al analizar y comparar los resultados obtenidos en el ECOE evaluado al final del ciclo se determinó que el 70% de los estudiantes de modalidad presencial aprobaron con sobresaliente y notable en comparación con el 58.6% de estudiantes de la modalidad virtual que aprobaron con esas calificaciones, al hacer las pruebas de significancia estadística se determinó una P de 0,143 (cálculo exacto e Fisher 0,143) que no es estadísticamente significativa

# DISCUSIÓN

En distintos estudios realizados alrededor del mundo como en el caso de **“ How does distance education compare with classroom instruction? A meta-analysis of the empirical literature”** realizado por Bernard y Abrami en 2009 se examinaron los resultados de 232 estudios que comparaban los efectos de la educación a distancia con los del modelo presencial, teniendo en cuenta tres criterios: el aprendizaje, las actitudes hacia el curso y la perseverancia. En general, este meta-análisis mostró que hay diferencias significativas entre los dos métodos de enseñanza en lo que concierne a estos tres criterios. Cuando la educación a distancia sincrónica es comparada con el modelo presencial, los efectos son mejores en la segunda categoría.

Comparado con el estudio realizado en los estudiantes de la Universidad Técnica Particular de Loja que fueron divididos en dos grupos en el que un grupo fue parte de la educación virtual y otro formo parte de la educación presencial tradicional, al igual que en el estudio mencionado en el párrafo anterior se constató que los resultados obtenidos por la educación presencial son superiores a los resultados que brinda la metodología virtual.

Otro estudio que apoya este resultado es el realizado por Sitzman y Káiser en 2011 **“The comparative effectiveness of web-based and classroom instruction: A meta-analysis.”** analizaron los resultados de 96 estudios que comparaban el modelo en línea con el aprendizaje presencial. Su estudio llega a la conclusión que la segunda categoría es un 6% más eficiente cuando se trata de conocimientos procedurales, pero apoya también la utilización de una metodología mixta es decir en línea y presencial a pesar de las notables diferencias.

Analizando estos dos parámetros es claro definir que el método de educación presencial utilizado es más eficaz en lo que respecta a de simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma, con la metodología virtual se observa fallas en el aprendizaje que a la hora de enfrentar a un paciente podrían ser significativas, además se observa una resistencia marcada que puede deberse principalmente a la falta de conocimiento respecto al modo de empleo de la metodología virtual.

## CONCLUSIONES

- Con respecto a los resultados obtenidos por los estudiantes evaluados mediante ECOE en la simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma por medio de metodología presencial se observa un rendimiento satisfactorio y notablemente mejor que los estudiantes que forman parte de la metodología virtual.

- Con respecto a los resultados obtenidos por los estudiantes evaluados mediante ECOE en la simulación en la adquisición de competencias clínicas para emergencias obstétricas, Atención de Puerperio Inmediato y Signos de Alarma por medio de metodología virtual fueron moderados y se observan amplias fallas especialmente al evaluar huella de memoria, las mismas que representaran un desafío para el estudiante de medicina frente a un paciente.

- Con respecto a las ventajas y desventajas presentadas en los métodos estudiados es muy claro señalar que las ventajas favorecen notablemente al método de enseñanza presencial a diferencia de la enseñanza virtual que presentan dificultades sobretodo en cuanto a la oportunidad de práctica para el alumno y reforzamiento de la teoría impartida para el alumno.

## RECOMENDACIONES

- Si bien es cierto no se podría descartar del todo el empleo de metodología de enseñanza virtual se recomienda realizar un análisis acerca de los campos en los que podría ser empleada, pudiendo tal vez ser aplicadas solo como una herramienta de ayuda o en asignaturas que no dependen de la práctica y que no comprometan a futuro la integridad de un paciente, tomando en cuenta que para esto se debe mejorar tanto la metodología virtual como la presencial así lograríamos que se complementen entre si y sean una herramienta de gran apoyo para los estudiantes.

- Se recomiendo llevar a cabo una capacitación tanto de alumnos como docentes que les permita familiarizarse con este tipo de metodología con el fin de poder ser utilizada de una forma más idónea.

- Se recomienda fomentar en los estudiantes la capacidad de compromiso y la responsabilidad pues a mi criterio una de las causas de que la metodología virtual brinde resultados poco satisfactorios se debe al hecho de que el estudiante no cuenta con la constante presión impartida por su docente.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Abascal, R. V. (2011). Actualizacion en el manejo de la mastitis infecciosa durante la lactancia materna, Revista Clinica de Medicina Familiar,volumen 5 (1) , 25-29
2. Alejandro D. y Herson G. (2010). Guía de manejo de trabajo de parto y sus complicaciones . ASBOG ,volumen 1 (1) 1-33.
3. Beard Kapleusz R.M (2002), Pedagogía y Didáctica de la Enseñanza Universitaria. Barcelona. Editorial Edufarma.
4. Bonilla-Musoles F. (2007). Obstetricia, Reproduccion y Gginecologia Bbasica.Madrid España : editorial medica Panamericana.
5. Cabrera, S. (2010). Hemorragia Posparto. Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia, volumen 56 (1) 29-32.
6. Cabrero, L. (2007). Obstetricia y Medicina Materno Fetal. España: editorial medica Panamericana.
7. Cebrián, M. (2003). Enseñanza Virtual para la Iinnovacion Universitaria. Madrid España Narcea Ediciones.
8. Diaz, M (2009) Modalidades de enseñanza centradas en el dearrollo de competencias. España Ediciones universidad de Oviedo
9. Heppard. M (2003). Urgencias Obstetricas: Guia Practica. Madrid España editorial Elservier.
10. Karlsson H, Perez C. (2009). Hemorragia postparto. Anales el sistema sanitario de Navarra,volumen 32 (1) 159-168.
11. Leon, F. R. (2007). Matronas del Servicio Navarro de Salud.Madrid España: Editorial MAD S.L.
12. López J. y Lila. V. (2007). Simulación, Herramienta para la Educación Médica. Salud Uninorte. volumen 23 (1) 79-95.
13. LLusia, J. B. (2007). Tratado de Ginecologia.Madrid España. Editorial Diaz de Santos.

14. Martínez Carretero, J. M, (2009) Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE), Educación Médica. Volumen 8 (2). 18-22.

15. Petra Ten Hoope-Bender, M. K. (2005). Atención obtetrica de emergencia . The Reproductive Health, 1-88.

16. Prieto, J. L. (2008). Ginecologia y Obstetricia: manual de consulta rapida. Madrid España: editorial medica Panamericana.

17. Ulla Korhonen, P. T. (2013). Assessment of Bony Pelvis and Vaginally Assisted Deliveries . ISRN Obstetrics and Ginecology , 1-5.

18. Vicente B., Gloria R y Jorge Ayala (2006). Prevencion y manejo de la infeccion puerperal. Revista Peruana Ginecologia y Obstetetricia.volumen 52 (3) 154-158.

19. Yingling, W. A. (2009). Manual de Emergencia para el Embarazo y el Parto. Nueva Dheli India. B. Jain Publishers.

# ANEXOS

UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**GUÍA DIDÁCTICA PARA EL TALLER "MANEJO DE PUERPERIO INMEDIATO. SIGNOS DE ALARMA"**

**AUTORES: María Salomé Vivar Jaramillo**
**Flor María Peralta Castillo**

# MANEJO DE PUERPERIO INMEDIATO Y SIGNOS DE ALARMA

LOJA-ECUADOR
2013

**ÍNDICE:**

**1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR 2**
1.1. Genéricas de la UTPL 2
1.2. Específicas de la titulación 2
1.3. Específicas del componente académico 2
**2. CRONOGRAMA DEL TALLER3**
**3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER 3**
**4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS 3**
**5. CONTENIDO DEL TALLER 4**
5.1. **Hemorragia postparto 4**
5.1.1 principales causas de hemorragia postparto 4
5.1.2 clasificación de hemorragia postparto según la severidad 5
5.1.3 manejo de hemorragia postparto 5
5.1.4 prevención de hemorragia postparto 5
5.2. **Trombosis Séptica Pelviana 6**
5.2.1 Definición 6
5.2.2 Diagnostico 6

5.2.3 diagnóstico diferencial 6
5.2.4 Tratamiento 7
5.3. **Infección puerperal** **7**
5.3.1 Factores de riesgo 7
5.3.2 Signos y síntomas 9
5.3.3 Orientación clínica del germen causal 9
5.3.4 métodos auxiliares 9
5.3.5 Manejo general 9
5.3.6 Tratamiento específico 9
5.3.7 endometritis puerperal 10
5.3.8sacroileitis séptica 11
5.3.9 infección de la episiotomía 12
5.3.10 infección urinaria 14
5.4. **Mastitis** **14**
5.4.1 Etiología 14
5.4.2 Factores de riesgo 15
5.4.3 Diagnostico 15
5.4.4 Tratamiento 15
**6. BIBLIOGRAFÍA 16**
**7. ANEXOS 16**

## 1. COMPETENCIAS A DESARROLLAR:

### 1.1. Genéricas de la UTPL:

1.1.1.Comunicación oral y escrita.
1.1.2.Trabajo en equipo.
1.1.3.Organización y planificación del tiempo.

### 1.2. Específicas de la titulación:

1.2.1. Aplicar las destrezas en el cuidado básico de la persona enferma, en atención y resolución de las situaciones comunes en la práctica de Atención Primaria de la Salud y en emergencias inicialmente no derivables.
1.2.2. Lograr la identificación, interpretación, argumentación y resolución de los problemas comunes en el área de Atención Primaria de Salud según los estándares internacionales actualizados incluidas emergencias.
1.2.3. Establecer una comunicación integral y altamente efectiva con el paciente, su entorno, comunidad científica y con la población general en el ámbito de la salud.

### 1.3. Específicas del componente académico:

1.3.1. Diseñar el material didáctico para enseñanza presencial y virtual (manual, video, PowerPoint, virtual) del taller de Manejo de Puerperio Inmediato. Signos de Alarma

1.3.2. Evaluar la huella de memoria con ECOE en la adquisición de la competencia clínica para Manejo de Puerperio Inmediato. Signos de alarma en forma presencial y virtual al final del taller y del ciclo.
1.3.3. Comparar la competencia clínica adquirida a través del tutorial virtual versus presencial mediante ECOE

## 2. CRONOGRAMA DEL TALLER:

| ACTIVIDADES GRUPO PRESENCIAL | DURACIÓN |
|---|---|
| Revisión del material didáctico del taller en clase | 30 min |
| Práctica de las técnicas por cada uno de los estudiantes | 60 min |
| Evaluación mediante ECOE | 30 min |

| ACTIVIDADES GRUPO VIRTUAL | DURACIÓN |
|---|---|
| Revisión del material didáctico del taller en casa | 30 min |
| Práctica de las técnicas por cada uno de los estudiantes | 60 min |
| Evaluación mediante ECOE | 30 min |

## 3. REQUISITOS PREVIOS PARA EL TALLER:

3.1. Revisión de la Guía Didáctica para el Taller de Manejo de Puerperio Inmediato Signos de Alarma.
3.2. Revisión de la bibliografía recomendada
3.3. Acudir al taller con ropa cómoda y delantal blanco, que le permita el desenvolvimiento dinámico en el mismo.
3.4. Disposición y colaboración para la realización de las actividades prácticas

## 4. GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ABREVIATURAS:

**Puerperio:** El puerperio inmediato se refiere a las primeras 72 horas tras el parto.

**HPP:** Hemorragia Postparto

TAC: Tomografía Axial computarizada.

**Hidramnios:** Es una afección que ocurre cuando se acumula demasiado líquido amniótico durante el embarazo. También se conoce como trastorno de líquido amniótico o polihidramnios

**Acretismo placentario:** El acretismo placentario consiste en una adherencia anormal de la placenta a la pared uterina por la cual el alumbramiento puede conducir a una hemorragia masiva.

**Distocia:** el término distocia se emplea cuando el parto o alumbramiento procede de manera anormal o patológica.

**Corioamnionitis: La** corioamnionitis es una infección que afecta las membranas que rodean al feto. Estas membranas se llaman corion y amnios.

**Salpingooforitis:** Sustantivo femenino de Inflamación aguda o crónica de la trompa de Falopio y el ovario, de forma simultánea.

**Endomiometritis:** Inflamación del endometrio, generalmente causada por infección intrauterina. La endometritis es la causa más común de fiebre postparto.

**Pelviperitonitis:** Inflamación del peritoneo que rodea los órganos situados en la cavidad pélvica. Provoca un dolor agudo muy intenso en la región inferior del abdomen, fiebre, trastornos urinarios y en ocasiones pérdidas

de sangre por los genitales, puede ser necesaria la evacuación quirúrgica de los abscesos. El tratamiento consiste en reposo y administración de antibióticos.

**CONTENIDO DEL TALLER:**

## 5.1 HEMORRAGIAPOSPARTO

La hemorragia posparto (HPP) se define como sangrado excesivo que hace que la paciente se vuelva sintomática (ej.: palidez, mareos, debilidad, palpitaciones, sudoración, inquietud, confusión, disnea, síncope) y / o presente signos de hipovolemia (ej.: hipotensión, taquicardia, oliguria, baja saturación de oxígeno <95%).

La definición más común de HPP es la pérdida estimada de sangre ≥ 500 ml después del parto vaginal o ≥ 1.000 ml después del parto por cesárea, o la disminución del 10% en la concentración de hemoglobina postparto, comparada con los niveles de hemoglobina antes del parto.

### 5.1.1 Principales causas de hemorragia postparto:

| | CAUSAS | FACTORES DE RIESGO |
|---|---|---|
| **Atonía Uterina (Tono)** | Sobredistención uterina | Gestación múltiple<br>Hidramnios<br>Feto macrosoma |
| | Agotamiento muscular | Parto prolongado y/o rápido<br>Multiparidad |
| **Retención de Tejidos (Tejidos)** | Placenta | Acretismo placentario<br>Cirugía uterina previa |
| | Coágulos | Restos placentarios |
| **Lesión de Canal de Parto (Trauma)** | Desgarros del canal del parto | Parto instrumental<br>Fase de expulsivo precipitada |
| | Rotura uterina | Cirugía uterina previa (cesárea)<br>Parto instrumental<br>Distocia<br>Hiperdinamia<br>Versión cefálica externa |
| **Alteraciones de la Coagulación (Trombina)** | Adquiridas | Preclampsia<br>Sd de HELLP<br>CID<br>Embolia de líquido amniótico<br>Sepsis<br>*Abrupto placentae* |
| | Congénitas | Enf. De Von Willebrand, hemofilia tipo A |

(Karlsson, 2009)

### 5.1.2 Clasificación según la severidad de hemorragia

| SEVERIDAD | HALLAZGOS | % SANGRE |
|---|---|---|
| **Mínima** | ninguna | 15-20 |
| **Leve** | taquicardia (>100)<br>vasoconstricción periférica | 20-25 |
| **moderada** | taquicardia (100-120)<br>hipotensión (80 mm Hg)<br>debilidad<br>oliguria | 25-35 |
| **severa** | taquicardia (>120)<br>hipotensión (<60)<br>alteración de conciencia<br>anuria | >35 |

(Cabrera, 2010)

**5.1.3 Manejo de hemorragia postparto:**

Las medidas generales deben instaurarse a toda paciente en quien se detecte hemorragia postparto, dichas medidas deben instaurarse de forma paralela con el examen clínico cuidadoso que nos permita establecer la etiología del sangrado y de acuerdo a ella iniciar el tratamiento específico.

Las medidas generales (ABC de la hemorragia postparto) incluyen:

- **A: ASSESMENT:** Evaluación constante del estado hemodinámico de la paciente (monitoreo de signos vitales y control de diuresis) y establecer la etiología del sangrado (de ser necesario traslado a quirófano para una mejor exploración).
- **B: BREATHING:** Suplementación de oxigeno (5lt/min por máscara facial)
- **C: CIRCULATION:** Adecuado acceso venoso (canalizar dos venas periféricas con catéter número 16-18), reposición de pérdidas estimadas (cristaloides o hemoderivados). Los cristaloides se reponen 3:1 y los glóbulos rojos empacados 1:1.

**5.1.4 Prevención de hemorragia postparto**

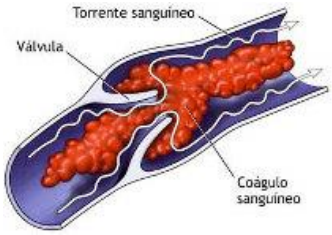
El conocer los factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores. Es por ello que debemos actuar de forma sistemática y universal en el tercer estadio del trabajo de parto, usando el manejo activo, que puede resumirse en los siguientes pasos:

- Administración de un uterotónicos (oxitocina IM/IV 10 UI), de no disponer de oxitocina se puede usar misoprostol.
- Tracción controlada del cordón umbilical.
- Masaje uterino tras alumbramiento de ser necesario.

## 5.2 TROMBOSIS SÉPTICA PELVIANA

**5.2.1 Definición**

Es el compromiso séptico de los vasos sanguíneos pelvianos, especialmente ováricos o parametriales ocurre principalmente en pacientes que han tenido un parto vaginal excepcionalmente poscesaria o fórceps. El endotelio de las venas de la pelvis es colonizado por bacterias que provienen generalmente de un foco séptico uterino, provocando inflamación endotelial y subendotelial, como respuesta a la inflamación endotelial se forma una malla de microcoagulos en la superficie interna de estos vasos, que atrapa y mantiene los microrganismos invasores creando con ello un medio adecuado para que se sigan multiplicando, desprendiéndose en forma constante hacia la circulación y manteniendo el daño endotelial que induce la malla de fibrina que les protege




**5.2.2 Diagnostico**

Es fundamentalmente clínico. Se trata de puerperas de parto vaginal que generalmente tienen una endomiometritis clínica y que no tienen una evolución satisfactoria con el tratamiento habitual. A las 48 0 72 h posparto en vez de haber remisión de la fiebre, esta se eleva a 39°C o 40° C o bien si no había endomiometritis clínica aparece fiebre alta, en general con poco compromiso del estado general. El examen físico no muestra ninguna focalización especial que explique la fiebre alta ni la evolución tórpida de la endometritis, no encontrándose tampoco alteraciones al examen pelviano

La rápida respuesta a la heparina en horas o a más tardar al día siguiente permite confirmar el diagnóstico, además la tomografía axial computarizada puede ser de ayuda.

**5.2.3 Diagnóstico Diferencial**

Se debe diferenciar de trombosis macroscópica de los vasos pelvianos, especialmente de la vena ovárica derecha, este cuadro no tiene buena respuesta al tratamiento médico responde bien al uso de antibióticos pero no al uso de heparina. Lo más característico es el dolor abdominal de tipo cólico en flanco derecho o lumbar el cual no existe en la trombosis séptica difusa. El diagnostico puede realizarse mediante TAC y ocasionalmente se puede palpar una estructura semejante a una cuerda que nace en el anexo y asciende por las correderas parietocolicas hacia los riñones.

Este fenómeno se produce porque en la embarazada hay un aumento de hasta tres veces su diámetro y junto con ello hay una disminución de la velocidad de flujo sanguíneo, la dextrorrotacion uterina comprime el uréter, que aumenta su diámetro y comprime secundariamente la vena ovárica en el sitio en que se cruzan, provocando mayor dificultad en el flujo.

La vena ovárica derecha es la más afectada y por la localización del dolor se puede confundir con pielonefritis o apendicitis aguda

**5.2.4 Tratamiento**

Se recomienda reposos absoluto y régimen liviano

Antibióticos: penicilina 5 millones c/6h iv + succinato de cloranfenicol 1g c/8h iv + gentamicina 3 a 5 mg/kg im o iv en una dosis diaria durante 3 días, luego suspender la gentamicina y bajar la dosis de penicilina a 2 millones c/6h im y cambiar la vía del cloranfenicol a oral en una dosis de 500mg c/6h hasta completar 7 días

Otra alternativa es administrar es administrar metronidazol 500 mg c/6h oral o 500 mg iv c/8h + gentamicina 3 a 5 mg/kg im o iv en una dosis

## 5.3 INFECCIÓN PUERPERAL

Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea, y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación.

La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38°C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, posparto y poscesárea.

### 5.3.1 Factores de riesgo

**GENERALES**

- Anemia
- Desnutrición
- Obesidad
- Enfermedades crónicas debilitantes
- Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.

**ESPECÍFICOS**

**Durante el embarazo**

- Control prenatal deficiente
- Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud
- Infecciones de vías urinarias
- Infecciones cervicovaginales
- Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos
- Rotura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas
- Óbito fetal.

**Durante el parto**

- Trabajo de parto prolongado
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones)
- Corioamnionitis
- Parto instrumentado (utilización de fórceps)
- Desgarros cervicales y vaginoperineales mal reparados
- Revisión manual de la cavidad uterina
- Pérdida hemática mayor de 500 mL.

**Durante la cesárea**

- Técnica quirúrgica inadecuada
- Tiempo quirúrgico prolongado
- Cesárea de urgencia
- Pérdida hemática mayor de 1000 mL
- RPM de más de 6 horas.

| Clasificación de la infección | |
|---|---|
| **Localizada al útero** | - Endometritis<br>- Endomiometritis |
| **Localizada al aparato genital** | - Anexitis<br>- Parametritis<br>- Salpingitis<br>- Salpingooforitis<br>- Flemón del ligamento ancho<br>- Flemón de la vaina hipogástrica |
| **Propagada a la pelvis** | - Pelviperitonitis |
| **Propagada al abdomen** | - Peritonitis generalizadas |
| **Otras** | - Mastitis puerperal<br>- Tromboflebitis séptica<br>- Infección urinaria<br>- Sepsis<br>- Choque séptico |

#### 5.3.2 Signos y síntomas

- Fiebre/ escalofríos.
- Dolor abdominal inferior.
- Loquios purulentos, fétidos.
- Útero doloroso a la palpación, blando, mal involucionado.

#### 5.3.3 Orientación clínica del germen causal

- Fetidez: Anaerobios
- Secreción purulenta: Estafilococos
- Hemólisis, ictericia: Clostridium perfringens
- Choque séptico precoz, CID: Bacterias gram negativas

#### 5.3.4 Métodos auxiliares

- Laboratorio de sangre
- Ecografía, de estar disponible, en caso de duda de presencia de contenido en cavidad uterina
- Cultivo de secreciones purulentas cervicouterinas
- Hemocultivo ante sospecha de sepsis.

#### 5.3.5 Manejo general

- Reposo en cama.

• Asegurar una hidratación adecuada vía oral o IV.
• Ambiente ventilado, fresco.
• Si es necesario, utilizar medios físicos (ej. esponja empapada en agua), para ayudar a bajar la temperatura.
• Si se sospecha choque, iniciar el tratamiento correspondiente inmediatamente. Aún si no hay signos de choque presentes, tenerlo en mente mientras se evalúa a la mujer, puesto que su estado general puede empeorar rápidamente si se desarrolla el mismo.

- **5.3.6 Tratamiento específico**

• Antitérmicos según necesidad.
• Administrar antibióticos hasta que la mujer esté sin fiebre por 48 horas.
• Administrar la siguiente combinación de antibióticos:
– Ampicilina, 2 g, IV, cada 6 horas, más gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas.
– Más metronidazol, 500 mg, IV, cada 8 horas; o penicilina G, 6 millones de unidades, IV, cada 6 horas, o vancomicina, 1 g, IV, cada 12 horas.
– Más gentamicina, 5 mg/kg de peso corporal, IV, cada 24 horas.
– Más clindamicina, 900 mg, IV, cada 8 horas, o cloranfenicol, 50 mg/kg de peso, en 24 horas.
Si no los hay disponibles, administrar otros antibióticos también aceptables.
Si todavía hay fiebre 72 horas después de comenzar los antibióticos, reevaluar a la paciente y revisar el diagnóstico.

**5.3.7Endometritis puerperal**

Una vez ocurrido el alumbramiento, se produce una gran reacción por parte de la inmunidad celular en base a macrófagos y a factores humorales que provienen de los espacios intersticiales del miometrio y que contrarrestan el potencial patógeno de la mayor parte de las bacterias que han ingresado por penetración de los vasos miometriales e invasión hematógena.

Las bacterias que llegan a infectar el útero provienen de la vagina y muy excepcionalmente de las manos o boca del operador. Aparentemente, el que una paciente después del parto se infecte o no, depende esencialmente del inocuo bacteriano, que está relacionado con la cantidad de bacterias de la vagina, del poder patógeno de estos microorganismos y del poder inmunitario del huésped.

Se puede invadir la cavidad cuando el líquido amniótico está contaminado. Las bacterias que más se cultivan en estos casos son: *Mycoplasma, Ureoplasma, Strptococcus y Lactobacillus.* La operación cesárea tiene asociada un riesgo muchísimo mayor de endometritis que el parto normal, infección de bacterias aerobias: *Peptococcus, Peptostrptococcus y Bacteroidesfragilis.*

La endometritis puede ceder espontáneamente o por medio de antibióticos, pero también diseminarse por viacanalicular o linfática y llegar a constituir una pelviperitonitis o una peritonitis, cuando invade la cavidad pelviana puede diseminarse por vía hematógena produciendo una sepsis.

**Tratamiento:**

Cuando el paciente presenta loquios de mal olor después del parto, tenga o no su involución y sensibilidad uterina, si no presenta fiebre y su estado general es bueno, no indique inmediatamente

antibióticos, sino deambulación precoz, aseo frecuente y esperar por lo menos 24 horas. Si al cabo de ese plazo se agregara fiebre, se confirmara diagnóstico.

| | |
|---|---|
| **Endometritis leve, con fiebre no más de 38°C y sin compromiso del estado general, la paciente puede ser tratada de forma ambulatoria, con un antibiótico y por un periodo corto.** | • **Cloramfenicol 500 mg c/6 horas durante 5 días**<br>• **Ampicilina 500 mg c/6 horas durante 5 días** |
| **Endometritis severa, con fiebre sobre 38° C, con taquicardia sobre 100 x min, polipnea sobre 28 x min, tendencia a oliguria o ala hipotensión y útero muy sensible.** | • Hospitalización<br>• Penicilina sódica 5 millones c/6 h, en bolos inyectado en no más de 10 a 15 minutos, asociada a succinato de cloranfenicol 1 g c/8 horas IV y gentamicina 3 a 5 mg/ por kg de peso, vía IM en una dosis diaria<br>• Metronidazol 500 mg c/6 h oral o IV. |

### 5.3.8 Sacroileítis séptica

Es el compromiso séptico de articulación sacroilíaca que ocurre como complicación, especialmente después de un parto vaginal espontaneo, con fórceps o posterior a una cesárea. El agente etiológico más importante es el *Staphylococcusaureus.*

**Diagnóstico**

El dolor es muy intenso e invalidante, la paciente se encuentra postrada en cama y prácticamente es incapaz de moverse, ni siquiera para cambiar de posición para ayudarla a orinar o defecar.

Refiere el dolor a las articulaciones sacroilíacas, a los glúteos, a toda la pelvis y en ocasiones a la columna lumbar, simulando una lumbociática, incluso hasta las extremidades inferiores.

Signo de FABERE: flexión del muslo sobre la cadera, abducción externa del muslo y rotación y extensión.

A veces es necesario usar métodos de diagnóstico más invasivos tales como la punción de articulación sacroilíaca

La radiografía de la articulación muestra alteraciones tardías después de los quince días de evolución de la enfermedad: borramiento de los bordes y pseudo ensanchamiento del espacio articular.

**Manejo**

Se recomienda reposo absoluto en cama, régimen liviano y analgesia con metadona de 2mg IV PRN

Si se aísla alguna bacteria, se debe administrar lo que corresponda al antibiograma, de no aislar ninguna bacteria se puede aislar empíricamente.

Cloxacilina 1 a 2 g IV c/6 h durante 3 a 5 días, luego seguir por vía oral hasta completar dos semanas.

### 5.3.9 Infección de la episiotomía

Se considera que una herida está infectada cuando hay salida de pus por algún punto de ella. La contaminación bacteriana que ocurre en su superficie al final de la cirugía es el punto de partida del proceso.

En el caso de las infecciones obstétricas, las bacterias provienen fundamentalmente de la flora vaginal de la paciente, que asciende por vía canalicular, especialmente si el cuello se encuentra abierto como consecuencia de un trabajo de parto previo.

**Factores que predisponen a la infección:**

- De un desbalance a favor de la inmunidad del huésped cuya consecuencia es una herida sana y una cicatriz firme
- De un número de bacterias mayor de 1 millón por gramo de tejido o en caso de ser menor a este valor crítico, de una gran virulencia.
- De condiciones locales en el huésped que pueden ser modificadas en el preoperatorio, como por ejemplo vaginosis
- Condiciones generales en el huésped como obesidad, anemia u otras patologías asociadas que producen un estado de baja inmunidad
- Mala técnica por parte del cirujano durante la intervención, mucha atrición, desgarro de tejidos, exceso de uso de electro coagulador.

**Tratamiento:**

Usar antibióticos en dosis bajas por corto periodo utilizando cloranfenicol 500 mg c/6 horas vía oral o amoxicilina 500 mg c/8 horas vía oral.

- Existen apósitos de aplicación local que tienen como fin disminuir la humedad local absorbiendo o evaporando agua y promoviendo la cicatrización y la oxigenación de la herida.
- Las gasas mojadas con suero fisiológico isotónico.
- El uso mantenido de antibióticos y antisépticos locales en las curaciones solo produce selección de cepas multirresistentes.

### 5.3.10 Infección Urinaria:

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las enterobacterias, entre ellas *Escherichia coli* (80% de los casos), *Klebsiella, Proteusmirabilis*, *Enterobacterias.* Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser *Streptococcus de*l grupo B y *Staphylococcus coagulasa*.

**Factores de riesgo:**

Bacteriuria asintomática
2. Historia de ITU de repetición
3. Litiasis renal
4. Malformaciones uro ginecológicas
5. Enfermedades neurológicas (vaciado incompleto, vejiga neurógena…)
6. Reflujo vesico-ureteral
7. Insuficiencia renal.
8. Diabetes mellitus
9. Infección por Chlamydia trachomatis
10. Multiparidad
11. Nivel socioeconómico bajo.

**Diagnóstico:**

Es microbiológico: cultivo orina 100.000 unidades formadoras de colonias). El diagnóstico se establece mediante el urocultivo cuantitativo. La orina usualmente es estéril y la sola presencia de gérmenes constituye un hecho patológico o indica contaminación de la muestra. La contaminación es casi inevitable, pero se reconoce porque el urocultivo, aunque muestra presencia de gérmenes, estos se encuentran en menor cantidad. La muestra de orina debe ser obtenida bajo determinadas condiciones de asepsia: después de limpieza de genitales externos y recogida del chorro medio de la micción.

**Tratamiento:**

En caso de NO disponer de antibiograma se propondrá como tratamiento empírico de la bacteriuria asintomática: Amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h vía oral x 7 días.

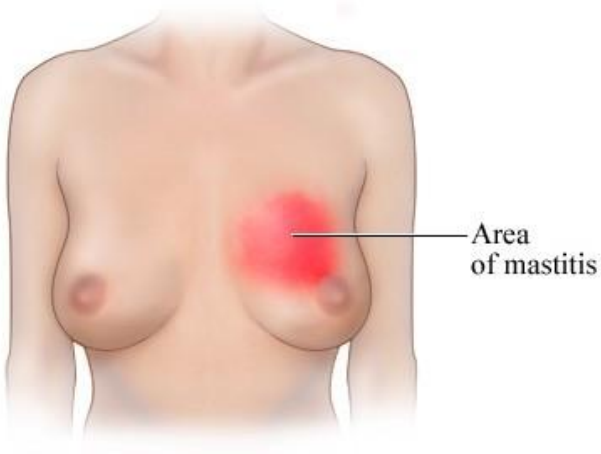
En caso de alergia a betalactámicos:

Fosfomicinatrometamol 3 g vía oral una dosis

Otras alternativas terapéuticas de mayor espectro que deben reservarse para casos de resistencias son: Cefuroxima 250 mg/12 h vía oral x 7 días o Cefixima 400 mg/24 h vía oral x 7 días.

En caso de alergia a betalactámicos: Nitrofurantoína 50-100 mg/6 h vía oral x 7 días.

## 5.4 MASTITIS AGUDA




Es un término inespecífico, que implica inflamación y fundamentalmente infección de la mama. Ocurre con mayor frecuencia en el puerperio, pero puede afectar la mama de la mujer embarazada o mucho más allá de los cuarenta días de posparto.

Hay dos formas de clasificar a la mastitis, la primera, la más conocida, se basa en características clínicas: forma epidémica o abscedada, que ocurre con frecuencia intrahospitalaria, considerada como infección nosocomial y otra forma, esporádica o linfagítica, que puede ocurrir al paciente que ya está en su casa.

Las mastitis se pueden clasificar también en tres formas, desde el punto de vista anatómico:

- Celulitis mamaria, equivalente a la mastitis linfagítica.
- Adenitis, cuando se infectan los conductos galactóforos y acinis, que es equivalente a la etapa inicial del absceso.
- Absceso, en el cual el espacio entre los conductos galactóforos es ocupado por colecciones de pus.

### 5.4.1 Etiología

El microorganismo más frecuente es el *Staphylococcusaureus,* en más del 50% de los casos de los cuales el 70% existe la bacteria en la mama contralateral no afectada, lo que sugiere como medio de transmisión al recién nacido.

En la adenitis o en la mastitis abscedada, las bacterias penetran a la mama por viacanalicular y se multiplican en los conductos galactóforos en la forma progresiva, formando pus, que por su densidad aumentada obstruye finalmente estos conductos, produciendo el absceso al destrirse la pared de estos y desencadenando la invasión bacteriana del intersticio.

Etapas:

| | |
|---|---|
| **Estasis lácteo** | **Con leucocitos < 106 y recuento bacteriano < de 103 en la leche. Su propósito es bueno y no necesita otra medida que respetar los horarios de lactancia y un buen vaciamiento de la mama.** |
| **Inflamación** | Con leucocitos > de $10^6$ y recuento de bacterias > de $10^3$. E pronóstico es bueno si se realiza un activo drenaje y masaje de la mama. |
| **Mastitis** | Leucocitos en la leche > de $10^6$ y recuento de bacterias > de $10^3$. Junto al masaje de la mama es necesario administrar antibióticos para evitar la formación de abscesos. |

**5.4.2 factores de riesgo:**

- Historia de mastitis con un hijo anterior
- Grietas en el pezón
- Uso de cremas antifúngicas o del otro tipo en el pezón las que probablemente incuban o llevan bacterias de la piel de la madre o de sus manos a esta zona.
- El bombeo de la leche por medios manuales.
- Fatiga, estrés o cansancio materno, lo que pudiera influir en una técnica defectuosa en la que el recién nacido pudiera traccionar y traumatizar más el pezón.
- Alimentación materna defectuosa, especialmente en proteínas y antioxidantes.

**5.4.3 Diagnóstico:**

En el caso de la mastitis linfangítica, la madre experimenta fiebre alta con muy escasa sintomatología en la mama, un examen cuidadoso con buena iluminación, nos mostrará zonas eritematosas de aspecto circinado o como línea enrojecida irregular que corresponde a los linfáticos inflamados.

En la mastitis abscedada el cuadro destaca fundamentalmente por dolor en foco e induración de una zona de la mama, con aumento de la mama completa y signos inflamatorios en la piel circundante.

**5.4.4 Tratamiento:**

El aseo y una buena higiene de la madre previo y después de alimentar al recién nacido es una pieza clave en la prevención. Es también muy importante evitar la estasis láctea tratando de que la mama se vacié completamente después de amamantar.

Se ha demostrado que el masaje de la mama son medidas valiosísimas para evitar el absceso.

- Mastitis linfangítica:

-No hospitalizar

-Cloxacilina 500 mg c/6h oral durante 7 días o lincomicina de 30 a 50 mg7kg oral en 3 a 4 dosis por 7 días.

- Mastitis abscedada:

-Hospitalizar

-Régimen cero

-Hidratación parenteral

-Drenaje quirúrgico. Esta es una urgencia médica lo que significa que se debe realizar cuando ingrese la paciente, debido al intenso dolor con el que se presenta.

Juntos con la decisión quirúrgica, iniciar antibióticos solo en caso de fiebre o compromiso de los bordes como enrojecimiento, induración y dolor, administrar:

- Cloxacilina 500 mg c/6 h IV u oral por 7 a 10 días.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**TITULACIÓN DE MEDICO**

**Objetivo**: Evaluar la huella de memoria con ECOE en la adquisición de la competencia clínica, para la atención de emergencias obstétricas, puerperio inmediato. Signos de alarma en forma presencial y virtual al final del taller y del ciclo

**Nombre del estudiante**:_____

**Fecha:**

| **Atención de Emergencias Obstétricas, Puerperio Inmediato y Signos de Alarma** | | |
|---|---|---|
| **Destreza a Evaluar** | **SI** | **NO** |
| Le explica a su paciente de forma clara cambios tanto fisiológicos como anatómicos que atravesará durante el periodo de puerperio inmediato. | | |
| Le explica a su paciente como realizar correctamente el aseo vaginal durante el periodo de puerperio. | | |
| Le explica a su paciente las posibles complicaciones que pueden aparecer durante este periodo. | | |
| Reconoce signos de alarma que orientan a complicaciones durante el periodo de puerperio inmediato. | | |
| Identifica los factores de riesgo asociados a una hemorragia postparto. | | |
| Diferencia el sangrado normal de una hemorragia puerperal. | | |
| En caso de presentarse una hemorragia puerperal conoce el procedimiento a seguir. | | |
| Reconoce signos y síntomas de una posible infección puerperal. | | |
| Reconoce los patógenos más comunes causantes de infección puerperal. | | |
| Sabe cómo proceder en caso de presentarse una infección puerperal. | | |
| Conoce las posibles complicaciones que se pueden manifestar secundarias a una infección puerperal. | | |
| Le explica a su paciente los cuidados necesarios para prevenir una infección puerperal. | | |
| Le explica a su paciente las técnicas de lactancia adecuadas. | | |
| Reconoce los signos y síntomas de mastitis. | | |
| Reconoce los factores de riesgo que pueden llevar a una mastitis. | | |
| Conoce los tipos de mastitis que pueden presentarse y las medidas a tomar en cada caso específico. | | |
| Conoce los factores de riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda. | | |
| Identifica signos y síntomas de trombosis venosa profunda. | | |
| Sabe cómo proceder en caso de que los signos sean positivos. | | |
| Conoce las posibles complicaciones de trombosis venosa profunda y como proceder ante ellas. | | |
| **TOTAL** | | |

Escala de Evaluación:

| N° | Al final del taller | | Al final del ciclo | |
|---|---|---|---|---|
| | C. Cuantitativa | C. Cualitativa | C. Cuantitativa | C. Cualitativa |
| 1 | 20 | SOBRESALIENTE | 20 | SOBRESALIENTE |
| 2 | 19 | NOTABLE | 19 | NOTABLE |
| 3 | 18 | BIEN | 18 | BIEN |
| 4 | 17 | SATISFACTORIO | 17 | SATISFACTORIO |
| 5 | 14 A 16 | SUFICIENTE | 14 A 16 | SUFICIENTE |
| 6 | 10 A 13 | INSUFICIENTE | 10 A 13 | INSUFICIENTE |
| 7 | 0 A 9 | DEFICIENTE | 0 A 9 | DEFICIENTE |

Total de Puntaje:

Nombre del Investigador:_____

Fecha: