



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

Evaluación de las competencias logradas luego de la implementación de talleres de emergencias obstétricas en parteras de San Lucas durante el 2014 y 2015

TRABAJO DE TIULACIÓN

AUTORA: Piedra Campoverde, Noelia Patricia

DIRECTOR: Espinosa Herrera, Fernando Vladimir, Dr.

LOJA – ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Fernando Vladimir Espinosa Herrera.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: "Evaluación de las competencias logradas luego de la implementación de talleres de emergencias obstétricas en parteras de San Lucas durante el 2014 y 2015" realizado: Piedra Campoverde Noelia Patricia; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo

Loja, 27 de abril del 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Piedra Campoverde Noelia Patricia declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Evaluación de las competencias logradas luego de la implementación de talleres de emergencias obstétricas en parteras de San Lucas durante el 2014 y 2015”, de la Titulación de Medicina, siendo Fernando Vladimir Espinosa Herrera 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: Piedra Campoverde Noelia Patricia

Cédula: 1104465743

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico primeramente a Dios, ya que gracias a Él, me encuentro culminando esta etapa de mi vida.

A mis padres, mis primeros maestros, por su apoyo y amor incondicional, por su fortaleza y consejos valideros y por enseñarme que con perseverancia se puede llegar a cumplir los sueños.

A mi hermano, que a sabido estar en cada momento difícil de mi vida.

A mis amigos y demás familiares, que de una y otra forma, han estado presentes en todo este proceso.

Noelia P. Piedra Campoverde

AGRADECIMIENTO

A Dios, que guía mi camino en el tránsito de mi vida.

Un efusivo agradecimiento a la comunidad indígena de la parroquia San Lucas, por la apertura brindada para la realización del presente trabajo investigativo, que sin egoísmo alguno nos colaboraron para recabar la información.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por haberme acogido en sus aulas y forjar en mí una educación científica; y muy especialmente al Dr. Fernando V. Espinosa H. que con sus sabios conocimientos me guio, en esta investigación.

Noelia P. Piedra Campoverde

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----|
| CARÁTULA..... | i |
| APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN..... | ii |
| DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS..... | iii |
| DEDICATORIA..... | iv |
| AGRADECIMIENTO..... | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDOS..... | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS..... | vi |
| RESUMEN..... | 1 |
| ABSTRACT..... | 2 |
| INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| OBJETIVOS..... | 8 |
| METODOLOGÍA..... | 10 |
| Tipo de estudio:..... | 11 |
| Universo:..... | 11 |
| Muestra:..... | 11 |
| Métodos e instrumentos de recolección de datos:..... | 12 |
| Procedimiento:..... | 12 |
| Plan de tabulación y análisis:..... | 13 |
| RESULTADOS..... | 14 |
| DISCUSIÓN..... | 31 |
| CONCLUSIONES..... | 35 |
| RECOMENDACIONES..... | 37 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 38 |
| ANEXOS..... | 41 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1: Operacionalización de variables | 12 |
| Tabla 2: Presupuesto usado en el taller de Pre-eclampsia y eclampsia tomando en cuenta el costo real y el costo con el subsidio de los materiales y talento humano de la UTPL. | 15 |
| Tabla 3: Distribución de parteras(os) que asistieron al taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género..... | 16 |
| Tabla 4: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE antes del taller de Pre-eclampsia y eclampsia. | 17 |
| Tabla 5: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género..... | 18 |
| Tabla 6: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia. | 20 |
| Tabla 7: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia..... | 21 |
| Tabla 8: Comparación de resultados antes y después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia. | 22 |
| Tabla 9: Distribución de parteras(os) que asistieron al taller de Parto podálico por género. | 23 |
| Tabla 10: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE antes del taller de Parto podálico..... | 24 |
| Tabla 11: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Parto podálico por género. | 26 |
| Tabla 12: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Parto podálico..... | 27 |
| Tabla 13: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Parto podálico. | 28 |
| Tabla 14: Comparación de resultados antes y después del taller de Parto podálico. | 29 |

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es determinar las competencias logradas en un grupo de parteras de San Lucas luego de la implementación de 2 talleres de emergencias obstétricas. En el periodo agosto 2014 a febrero 2015 se implementó el taller de Pre-eclampsia - eclampsia y parto podálico. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo con un enfoque transversal, en una muestra de 15 parteras de San Lucas, que fueron evaluados antes y después de los talleres. Se empleó la observación y la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOEs). En el taller de Pre-eclampsia y eclampsia, se determinó que luego de la implementación del taller se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa de aprobados antes y después del taller ($p < 0,05$), a diferencia del taller de parto podálico donde no fue significativa ($p > 0,05$). De esta manera se demostró que la simulación y aplicación de ECOEs fueron métodos de enseñanza y evaluación, relacionadas a pre eclampsia – eclampsia, efectivos, pero no se demostró esta efectividad en relación a las emergencias en parto podálico.

Palabras Clave: parteras, enseñanza por simulación, pre-eclampsia, eclampsia, parto podálico, competencias clínicas, ECOE.

ABSTRACT

The objective of this work is to determine the achieved competences, with a group of traditional birth attendants of San Lucas, after the implementation of 2 obstetric emergency workshops. Between August 2015 and February 2015, the workshops on pre-eclampsia – eclampsia and breech delivery were implemented. A descriptive, quantitative and prospective research with a transversal approach were developed in a sample of 15 traditional birth attendants of San Lucas, who were evaluated before and after the workshops. Observation and the evaluation tool was the objective clinical evaluation and the structured (OSCE) were used. There was statistically significant difference ($p < 0.05$) in the achievement of competences before and after the implementation of pre-eclampsia – eclampsia workshop, but not in breech delivery workshop ($p > 0.05$). In this way it was demonstrated that the simulation and application of ECOEs were effective teaching and evaluation methods in pre-eclampsia - eclampsia, but not in breech delivery emergencies.

Keywords: Traditional birth attendants, simulation teaching, pre-eclampsia, eclampsia, breech delivery, clinical competencies, OCES.

INTRODUCCIÓN

Nuestro país se ha caracterizado por la rica interculturalidad que existe habiéndose reconocido 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos, en donde el pueblo Saraguro ocupa el 1,68% (INEC, 2010). Cada uno de estos cuenta con sus propias costumbres, maneras de vivir, tecnologías, recursos humanos así como sus propios métodos para el cuidado y atención de su salud.

La constitución de nuestro país reconoce y garantiza, la existencia de todos estos pueblos, y además les brinda protección asegurando “el derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización en sus territorios legalmente reconocidos y tierras comunitarias de posesión ancestral” además en el Art. 363 se menciona que se “garantizará las prácticas de la medicina ancestral mediante el reconocimiento, respeto y promoción de sus conocimientos, medicinas e instrumentos” (Asamblea Nacional Constituyente, 2008).

Debido a esta rica interculturalidad y las diferentes comunidades indígenas se hace evidente una gran variedad de actividades ancestrales, sobre todo en la salud tales como parteras, comadronas, shamanes entre otros, que son los encargados del cuidado y atención de la salud en cada uno de estos pueblos.

Las parteras se definen como “una persona especial, escogida para salvar vidas y reconocida como tal en la vida espiritual de la comunidad, especializada en la atención de partos” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010). Las comadronas no solo van a implicar los conocimientos sobre fisiología y atención del parto sino que además se enfocan en todos los aspectos de la sanación, especialmente el relacionado con el conocimiento y el poder terapéutico del espíritu. Hay que recalcar que la partera no se encargará únicamente del parto, sino que estará además presente en el periodo del post parto y brindará la atención de salud necesaria al recién nacido.

La Organización Mundial de la Salud reporta que en el año 2013, han fallecido 289.000 mujeres durante el embarazo y el parto, (OMS, 2013). Además se estima, que mundialmente 52 millones de nacimientos se producen sin la ayuda de un especialista calificado (Sibley, Ann, & Barry, 2012), en Ecuador la mortalidad materna en el año 2012 es de 60,20 por cada 100000 nacidos vivos, mientras que en nuestra provincia corresponde 58,09. Y la mortalidad infantil corresponde a 12.76 por cada 1000 nacidos vivos y en Loja es de 7.50 por cada 1000 nacidos vivos. La principal causa para estas cifras, es la duración corta de la gestación y un bajo peso al nacer que corresponde al 18,92% con una tasa de 1,67 por cada 1000 nacidos vivos (INEC, 2012).

Las principales causas para el aumento de la mortalidad materno infantil se le atribuye a las emergencias obstétricas, en donde se encuentran principalmente las hemorragias graves durante el parto, las infecciones posparto, la hipertensión gestacional (pre-eclampsia y eclampsia), y los abortos peligrosos (OMS, 2013). Lo que nos hace pensar, que el desconocimiento por parte de las personas entendidas en la atención de partos para el manejo de estas emergencias, es un pilar fundamental para que se produzcan, ya que muchas de ellas derivan a las gestantes a casas de salud, en el momento que se complica el parto, lo cual muchas veces no es suficiente, o se produce demasiado tarde, con la consiguiente muerte de la madre o del feto. Uno de los objetivos del milenio, es la reducción de la mortalidad infantil y materna, con un compromiso de reducción del 75% desde el año 1990 hasta el 2015, en donde solamente se ha logrado la reducción del 45% (OMS, 2013).

Todas estas complicaciones durante el parto pueden ser fácilmente remediadas con la realización de los controles durante la gestación, y una atención sanitaria adecuada al momento del parto; estas condiciones se ven limitadas especialmente en los países en vías de desarrollo en donde la tasa de mortalidad materna ratio es de 230 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es de 16 por 100 000 (OMS, 2013).

Las restricciones existentes en nuestro país como la inaccesibilidad geográfica, las barreras económicas, culturales, la saturación de los hospitales públicos, y la falta de recursos para una atención privada, aumentan aún más la cifra de madres que se han visto obligadas a solicitar los servicios de las parteras, por lo cual pese al tiempo transcurrido y a la alta tecnología existente en la actualidad aún se mantienen y prestan un gran servicio a la colectividad sobre todo a la gente de escasos recursos económicos o en las comunidades indígenas.

Dentro del parto tradicional las limitaciones que pueden complicar e incluso producir la muerte de la madre o del feto podrían ser: la falta de higiene e iluminación durante el parto, ya que muchos partos son atendidos en sus propias casas, las cuales muchas veces no cuentan con todos los servicios básicos ni con los suministros médicos necesarios; sobrestimación de riesgo y complicaciones; elevada cantidad de personas durante el parto; hemorragias no controladas; falta de atención inmediata del recién nacido; limpieza insuficiente de ojos; y el contacto tardío con el bebé (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010).

Es por eso que se ha planteado la capacitación en emergencias obstétricas a las personas entendidas en la atención de partos, apoyándonos en talleres de simulación que permiten explicar de mejor manera todos los procesos y de la misma forma una mayor comprensión por parte de ellas.

La simulación se va a definir como la “técnica, para sustituir o ampliar las experiencias reales a través de experiencias guiadas, que evocan o replican aspectos sustanciales del mundo real, de una forma totalmente interactiva” (Corvetto, y otros, 2013).

La simulación clínica es uno de los procedimientos utilizados en la educación de la salud que se realiza en una situación que imita un entorno clínico a fin de aprender las habilidades técnicas y las competencias necesarias para el cuidado de la salud (Akaike, y otros, 2012).

Existen varios estudios en donde se demuestra la superioridad de esta, frente a la enseñanza convencional, basándose en un entrenamiento específico de personas entendidas en la atención de partos, estos estudios han demostraron claramente una disminución de la mortalidad perinatal y de la muerte neonatal después de la incorporación de estrategias de formación y el apoyo de parteras tradicionales (Wilson, y otros, 2011). En comparación las parteras tradicionales no capacitadas frente a las parteras tradicionales capacitadas se ha demostrado también una reducción en la tasa de mortalidad perinatal significativamente inferior en las parteras tradicionales capacitadas, menor tasa de muerte fetal y una menor tasa de muerte neonatal (Lynn, Ann, & Barry, 2012).

Además este tipo de educación puede proporcionar un ciclo de aprendizaje que involucraría al interrogatorio, la retroalimentación, y la evaluación de los procedimientos y competencias. Brinda un ambiente seguro para la práctica y error, ya que no se realizan en pacientes vivos, sino en maniqués obstétricos, que además de ser una importante ayuda para la práctica permite aumentar el interés de las personas entendidas en la atención de partos, aumentando de esa manera su colaboración y las ganas de aprender. En una simulación además de obtener las competencias impartidas, esta permite el desarrollo integral de los estudiantes adquiriendo características como: liderazgo, trabajo en equipo, conocimiento de la situación, comunicación, la toma de decisiones, y la conciencia de las limitaciones personales (Masashi, y otros, 2012).

Entre las barreras para el aprendizaje y la impartición de los talleres tenemos las siguientes: dificultad en comunicación, ya que algunos de los participantes no dominan en su totalidad el idioma castellano o son analfabetos; falta de aceptación al taller, debido a que consideran de poca importancia el taller y piensan que dominan el tema; la pertinencia, credibilidad, limitaciones en el sistema de salud, el cual no provee de todos los suministros necesarios para una correcta atención de partos; desmotivación, incomprensión del taller (Glenton, y otros, 2013) y la edad, que puede influir en las actitudes hacia la formación (Muñoz, Vallès, & Goberna, 2013).

Las facilidades que ayudaron a la realización de este trabajo se encuentran la capacitación que obtuvimos gracias al integrado de Gineco-obstetricia, la oportunidad que nos brindó la universidad al permitirnos usar los maniqués obstétricos, y el amplio conocimiento de nuestros tutores que han sido un pilar fundamental en la elaboración de este trabajo.

El taller a impartirse es el de pre-eclampsia eclampsia. Pre-eclampsia se define como un trastorno multisistémico caracterizado por la aparición nueva de hipertensión y proteinuria o la disfunción de un órgano diana tras 20 semanas de gestación en una mujer previamente normotensa. La pre-eclampsia ocurre en hasta el 7,5 por ciento de los embarazos en todo el mundo, reportándose un 10 al 15 por ciento de las muertes maternas directas asociadas a esta patología (August & Baha, 2014). En el Ecuador es la primera causa de mortalidad materna con un porcentaje de 16.10% y una razón de mortalidad del 9.69% (INEC, 2012). Las mujeres con pre-eclampsia tienen un mayor riesgo de acontecimientos que amenazan la vida, incluyendo el desprendimiento de placenta, insuficiencia renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada, y avance a eclampsia, es por eso que realizar una prevención y un manejo adecuado, ayuda a disminuir de gran manera la mortalidad materno infantil o las complicaciones que esta implica, muchas de las cuales pueden traer repercusiones a largo plazo (Norwitz & Repke, UpToDate, 2014). La eclampsia es la aparición de una o más convulsiones generalizadas con o sin la presencia de coma, en la configuración de una pre-eclampsia preexistente, y en ausencia de otras condiciones neurológicas. Una crisis de eclampsia ocurre en el 2 a 3 por ciento de las mujeres con pre-eclampsia severa que no reciben el manejo adecuado; su incidencia se ha mantenido relativamente estable en el 1,6 a 10 casos por cada 10.000 partos en los países desarrollados y con gran variación desde 6 hasta 157 casos por cada 10.000 partos en países en vías de desarrollo (Norwitz, UpToDate, 2014).

Dentro de los talleres a evaluarse se encuentra el de parto podálico en el cual se describe al feto cuyas nalgas son adyacentes a la vía del parto. Las principales implicaciones de esta presentación es conocer si el feto ha adoptado esta posición debido a una anomalía ya sea del bebé, del útero, o de la placenta y evitar el daño de la madre y del feto durante el parto, debido a que en esta presentación se incrementa el riesgo de compresión del cordón umbilical entre el útero y el cuerpo del feto, además existe un mayor riesgo de hipoxia por el retraso de salida de las extremidades que provocan una compresión medular. La incidencia de esta presentación disminuye al aumentar la edad gestacional. Menos de las 28 semanas se encuentra en un 20 a 25 por ciento; un 7 a 16 por ciento a las 32 semanas, y sólo el 3 a 4 por ciento a término (Hofmeyr, 2014).

Cada uno de los talleres se lo impartió de manera interactiva, con la elaboración de una guía la cual tendrá únicamente puntos clave, ayudándonos en la mayoría con gráficos debido a las limitaciones del idioma. Además se realizó la producción de videos los cuales trataron de imitar un ambiente semejante al que ellas viven, y explican paso a paso lo que se debe realizar en caso de una emergencia obstétrica. El instrumento para la evaluación es la hoja de evaluación clínica objetiva y estructurada (ECO), que es una herramienta con gran validez que permite determinar el nivel de competencia adquirido por parte de las parteras, evaluando no solo los conocimientos sino también sus habilidades y actitudes, realizándose una valoración integral que les permita en un futuro desenvolverse de la manera más adecuada frente a situaciones similares (Baig, Violatio, & Crutcher, 2010).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las competencias logradas en un grupo de parteras de San Lucas luego de la implementación de 4 talleres de emergencias obstétricas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Adaptar el taller de simulación para atención de pacientes con pre-eclampsia y eclampsia al contexto cultural de las parteras.

Evaluar las competencias clínicas en atención de pacientes durante un parto podálico y en pacientes con pre-eclampsia y eclampsia en un grupo de parteras antes y después de los talleres de simulación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Descriptivo, cuantitativo, prospectivo con un enfoque transversal.

Universo:

15 personas entendidas en la atención de partos de la parroquia San Lucas.

Muestra:

Tamaño de la muestra: 15 parteras(os) de San Lucas.

Tipo de muestreo: Muestreo no probabilístico por comodidad.

Criterios de inclusión:

- Personas entendidas en la atención de partos que acepten participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Ninguno.

Tabla 1: Operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN | INDICADOR | MEDICIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|----------|--|--------------|-------------|----|---------------|----|---------|----|------|----|---------------|---------|------------|---------|--------------|-------|------------|---|
| Material didáctico | Son los medios y recursos que facilitan la enseñanza y el aprendizaje. Suelen utilizarse dentro del ambiente educativo para facilitar la adquisición de conceptos, habilidades, actitudes y destrezas. (Definición de, 2011). | Guía, video, maniqués. | SI/NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Competencias clínicas | Capacidad para desarrollar en forma idónea una función o tarea, que implica un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas directamente con la atención del paciente, que se integran para alcanzar el desempeño exitoso. (Wright, Sirhan, & Moreno, 2010). | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Escala</th> </tr> <tr> <th>Cuantitativa</th> <th>Cualitativa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20</td> <td>Sobresaliente</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>Notable</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>Bien</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>Satisfactorio</td> </tr> <tr> <td>14 a 16</td> <td>Suficiente</td> </tr> <tr> <td>10 a 13</td> <td>Insuficiente</td> </tr> <tr> <td>0 a 9</td> <td>Deficiente</td> </tr> </tbody> </table> <p>Adquieren la competencia</p> | Escala | | Cuantitativa | Cualitativa | 20 | Sobresaliente | 19 | Notable | 18 | Bien | 17 | Satisfactorio | 14 a 16 | Suficiente | 10 a 13 | Insuficiente | 0 a 9 | Deficiente | <p>Frecuencia Porcentaje Media Desviación estándar</p> <p>SI/NO</p> |
| Escala | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuantitativa | 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: Hoja de evaluación clínica objetiva estructurada (ECO E).

Procedimiento:

El presente trabajo forma parte de una investigación tipo puzzle en la que se impartieron 4 talleres: 1) hemorragia post parto, 2) parto podálico, 3) distocia de hombros, y 4) pre-eclampsia y eclampsia; además de la evaluación cuantitativa y cualitativa de cada uno de los talleres.

Este proyecto se encargó de la elaboración del taller de pre-eclampsia y eclampsia, y efectuó la evaluación cuantitativa del taller de parto podálico y pre-eclampsia y eclampsia.

En lo que corresponde al desarrollo del trabajo, en primer lugar se estableció un canal de comunicación con las autoridades civiles del cantón Saraguro, y con las autoridades de las comunidades indígenas, lo cual permitió identificar a las parteras(os) y coordinar el programa de capacitación.

Para el cumplimiento del primer objetivo, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre el manejo de la pre-eclampsia y eclampsia que permitió la elaboración de todo el material didáctico, lo que incluyó el taller, el video que tuvo una duración aproximada de 8 minutos, la guía, y el ECOE; el mismo que fue impartido en el mes de octubre del año 2014. El taller tuvo como objetivos la detección de casos de pre-eclampsia y eclampsia, así como la enseñanza de la correcta toma de la presión arterial.

Para la ejecución del taller se realizó la proyección del video que explicó detalladamente todo el proceso de la toma de la presión arterial, el mismo fue producido en un entorno muy parecido al que ellas(os) enfrentan día a día; conjuntamente se efectuó la práctica gracias al material proveído por el Laboratorio de Destrezas de la UTPL, que consistió en tensiómetros y fonendoscopios; por último se hizo la entrega de una guía escrita con toda la información impartida en el taller. El taller tuvo una duración aproximada de cuatro horas.

El cumplimiento del segundo objetivo, se llevó a cabo gracias a la aplicación de la evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE). Se efectuó una evaluación antes y otra después del taller; las cuales tuvieron una duración aproximada de 10 minutos por cada evaluación. Las ECOE realizadas después del taller, se desarrollaron en un encuentro posterior a la capacitación tanto para el taller de pre-eclampsia-eclampsia como para el de parto podálico, las mismas que se ejecutaron en el mes de octubre del 2014 y enero del 2015 respectivamente.

Plan de tabulación y análisis:

Los datos fueron presentados en frecuencia y porcentaje. Para la representación de los resultados, tablas y gráficas estadísticas se utilizó el programa Microsoft Excel 2013.

RESULTADOS

Resultado 1: Implementación del taller de pre-eclampsia y eclampsia

Se implementó el taller de pre eclampsia – eclampsia dirigido a parteras(os) con éxito y a bajo costo.

Para la implementación se realizó el siguiente proceso: 1) diseño de la evaluación clínica objetiva y estructurada (ECOE), que permitió conocer los puntos clave del tema, para la posterior elaboración de la guía y video (Anexo N°1). 2) A continuación se realizó el guion del video, junto con su producción y edición, para lo cual contamos con la ayuda del equipo de investigación, que intervinieron como actores, además del apoyo del laboratorio de destrezas de la UTPL, que sirvió como escenario y nos brindó todos los materiales necesarios para la producción (Anexo N°2). 3) Posteriormente, se procedió a la elaboración de la guía, que es netamente gráfica para facilitar la comprensión de la misma (Anexo N°3). 4) Por último, se realizó la solicitud al laboratorio de destrezas de tensiómetros y fonendoscopios que permitieron cumplir con la parte práctica del taller.

Debido a que el taller era impartido en la parroquia de San Lucas, la movilización a este lugar la realizamos con la compañía de dos tutores de la universidad, que fueron de gran ayuda en todo este proceso.

En cuanto al presupuesto este fue dividido para todo el equipo de investigación; además del apoyo de la Universidad Técnica Particular de Loja que contribuyó con una parte, lo cual se detalla a continuación.

Tabla 2: Presupuesto usado en el taller de Pre-eclampsia y eclampsia tomando en cuenta el costo real y el costo con el subsidio de los materiales y talento humano de la UTPL.

| ACTIVIDAD | COSTO TOTAL | | COSTO CON SUBSIDIO DE LA UTPL |
|----------------------------------|-------------|----------------|-------------------------------|
| | Propio | De la UTPL | |
| Derecho de investigación | 170,00 | | |
| Internet | | 50,00 | 00 |
| Impresiones | | 31,50 | 31,50 |
| 15 Carpetas | 7,50 | | 7,50 |
| Producción y edición de video | 30,00 | | 30,00 |
| Alquiler de proyector | | 10,00 | 00 |
| 4 tensiómetros y 4 estetoscopios | | 260,00 | 00 |
| Transporte | 14,00 | | 14,00 |
| Honorarios a tutores de la UTPL | | 576,00 | 00 |
| 15 almuerzos | 37,50 | | 37,50 |
| Total | 259,00 | 1642,50 | 120,00 |
| Costo Final | | 1901,50 | |

Elaboración: La autora.

Resultado 2: Evaluación de las competencias logradas en el taller de pre-eclampsia y eclampsia

Tabla 3: Distribución de parteras(os) que asistieron al taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

| Indicador | Hombres | Mujeres | Total |
|----------------|---------------|---------|-------|
| Frecuencia | 3 | 8 | 11 |
| Porcentaje | 27,3% | 72,7% | 100% |
| Valor P | 0,0174 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

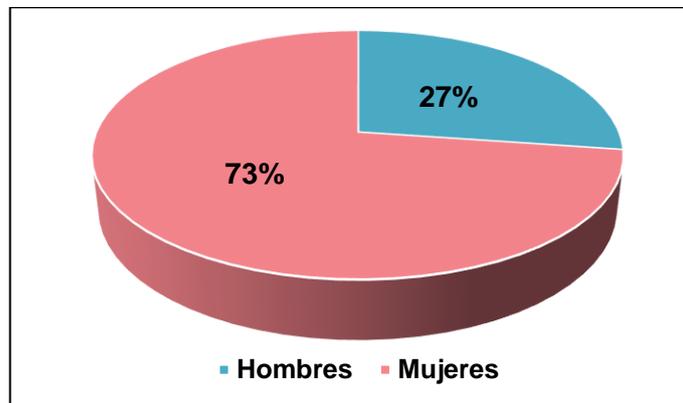


Imagen 1: Distribución de Parteras(os) que asistieron al taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre grupos de hombres y mujeres.

$$\hat{p}_1 = 0,273$$

$$\hat{p}_2 = 0,727$$

$$\hat{q}_1 = 0,727$$

$$\hat{q}_2 = 0,273$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,273 - 0,727}{\sqrt{\frac{0,273 * 0,727}{11} + \frac{0,727 * 0,273}{11}}}$$

$$Z_{calculada} = -2,38$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -2,38$ el **valor p equivale a 0,0174**; como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: Se puede observar que al taller de Pre-eclampsia y eclampsia han asistido un total de 11 participantes de los cuales 3 son de sexo masculino, lo que corresponde al 11%, mientras que el 89%, es decir 8 participantes, son del sexo femenino. En lo que de acuerdo a los valores de p existe diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 4: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE antes del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

| Indicador | Aprobaron | Reprobaron | Total |
|------------|-------------------|------------|-------|
| Frecuencia | 1 | 10 | 11 |
| Porcentaje | 9,091% | 90,9% | 100% |
| Valor P | <0,0001 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

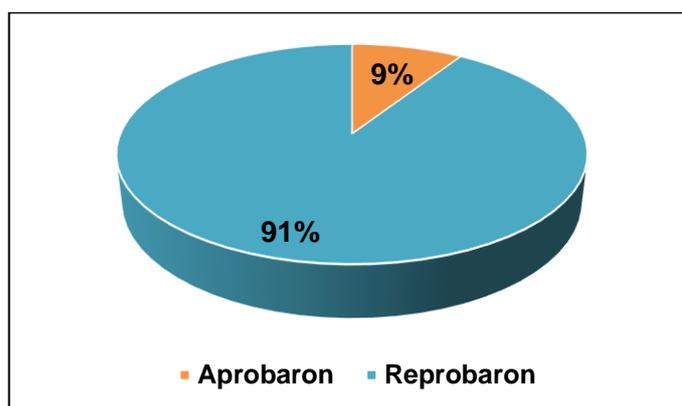


Imagen 2: Distribución de Parteras(os) que asistieron al taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre aprobados y reprobados antes del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

$$\hat{p}_1 = 0,091$$

$$\hat{p}_2 = 0,909$$

$$\hat{q}_1 = 0,909$$

$$\hat{q}_2 = 0,091$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,091 - 0,909}{\sqrt{\frac{0,091 * 0,909}{11} + \frac{0,909 * 0,091}{11}}}$$

$$Z_{calculada} = -6,67$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -6,67$ el **valor p equivale a <0,0001**; como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: Se identifica que un participante aprobó el ECOE antes del taller que equivale al 9,1%, el cual obtuvo una calificación de SUFICIENTE (14/20), los 10 participantes restantes equivalentes al 90,9% obtuvieron una calificación DEFICIENTE, por lo que reprobaron la evaluación clínica objetiva y estructurada; en lo que de acuerdo a los valores de p existe diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 5: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

| Indicador | Hombres | Mujeres | Total |
|------------------|----------------|----------------|--------------|
| Frecuencia | 4 | 5 | 9 |
| Porcentaje | 44,4% | 55,6% | 100% |
| Valor P | 0,6384 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

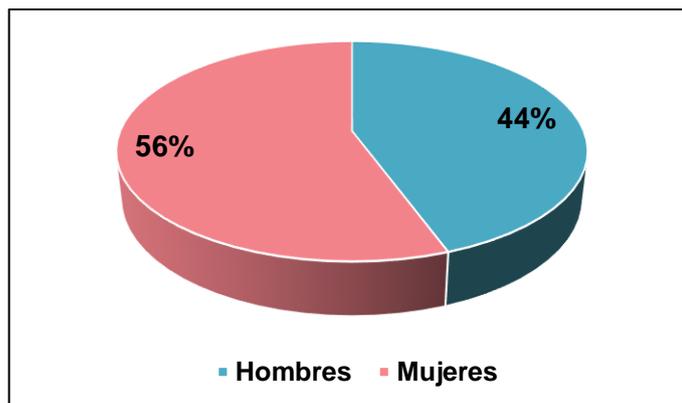


Imagen 3: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre grupos de hombres y mujeres después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

$$\hat{p}_1 = 0,444$$

$$\hat{p}_2 = 0,556$$

$$\hat{q}_1 = 0,556$$

$$\hat{q}_2 = 0,444$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,444 - 0,556}{\sqrt{\frac{0,444 * 0,556}{9} + \frac{0,556 * 0,444}{9}}}$$

$$Z_{calculada} = -0,47$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -0,47$ el **valor p equivale a 0,6384**; como el valor p es mayor a 0,05 no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: se puede observar que a la evaluación posterior al taller de Pre-eclampsia y eclampsia han asistido un total de 9 participantes de los cuales 4 son de sexo masculino, lo que corresponde al 44%, mientras que el 56%, es decir 5 participantes, son del sexo femenino. En lo que de acuerdo a los valores de p, no existe diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 6: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

| Indicador | Reprobaron | Aprobaron | Total |
|----------------|---------------|-----------|-------|
| Frecuencia | 2 | 7 | 9 |
| Porcentaje | 77,8% | 22,2% | 100% |
| Valor P | 0,0046 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

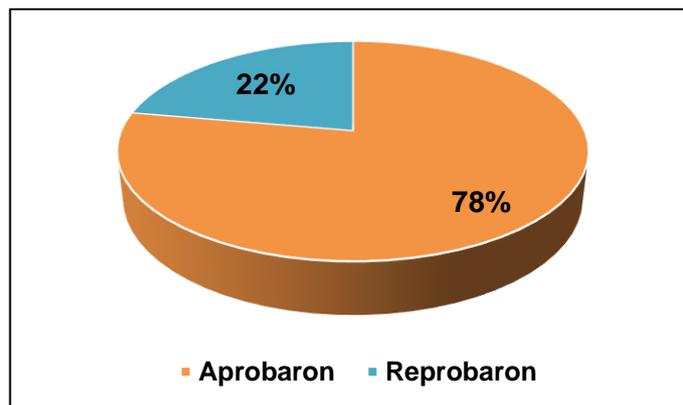


Imagen 4: Distribución de parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre aprobados y reprobados después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

$$\hat{p}_1 = 0,222$$

$$\hat{p}_2 = 0,778$$

$$\hat{q}_1 = 0,778$$

$$\hat{q}_2 = 0,222$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,222 - 0,778}{\sqrt{\frac{0,222 * 0,778}{9} + \frac{0,778 * 0,222}{9}}}$$

$$Z_{calculada} = -2,84$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -2,84$ el **valor p equivale a 0,0046** como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: En la gráfica podemos observar que el 78 % es decir 9 participantes aprobaron la ECOE y el 22% es decir 2 participantes obtuvieron notas menores a 14 puntos por lo que reprobaron la ECOE luego de recibir el taller de Pre-eclampsia y eclampsia; evidenciándose una diferencia estadísticamente significativa entre aprobados y reprobados.

Tabla 7: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|---------|------------|--------------|
| Sobresaliente | 20 | | |
| Notable | 19 | | |
| Bien | 18 | | |
| Satisfactorio | 17 | | |
| Suficiente | 14 - 16 | 7 | 77.8% |
| Insuficiente | 10 - 13 | | |
| Deficiente | 0 - 9 | 2 | 22.2% |
| Total | | 9 | 100.0 |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

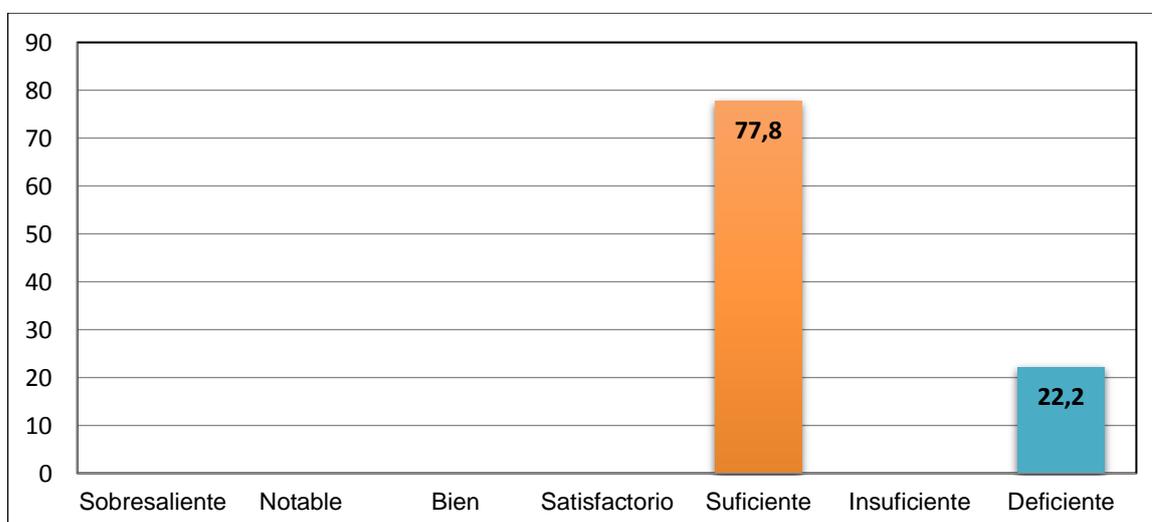


Imagen 5: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Interpretación: Los datos expuestos nos muestran que el 77,8% obtuvieron un resultado de suficiente, mientras que el 22,2% obtuvo un resultado de deficiente.

Tabla 8: Comparación de resultados antes y después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

| Indicadores | Antes del taller | | Después del taller | |
|-------------------|------------------|------------|--------------------|------------|
| | Aprobados | Reprobados | Aprobados | Reprobados |
| Frecuencia | 1 | 10 | 7 | 2 |
| Porcentaje | 9,09% | 90,91% | 77,78% | 22,22% |
| n | 11 | | 9 | |
| Valor P | 0,00003 | | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

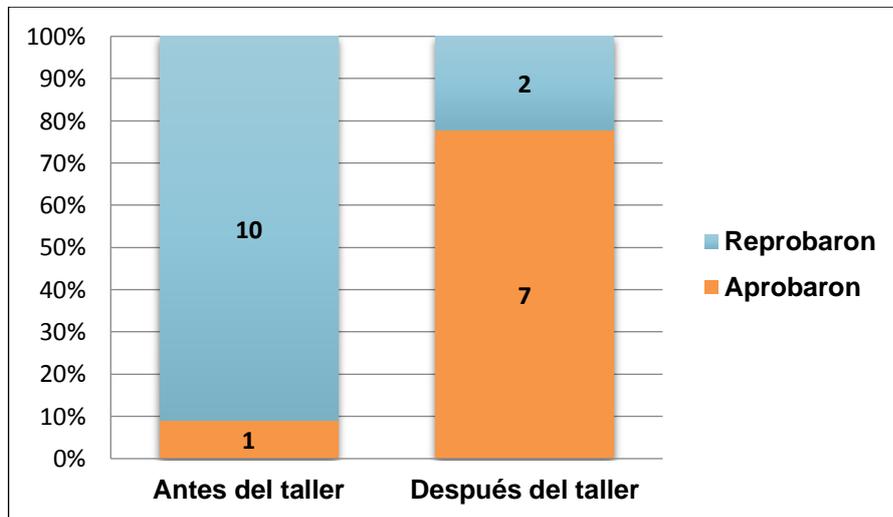


Imagen 6: Comparación de resultados antes y después del taller de Pre-eclampsia y eclampsia.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística de aprobados antes y después del taller.

$$\hat{p}_1 = 0,091$$

$$\hat{p}_2 = 0,778$$

$$\hat{q}_1 = 0,909$$

$$\hat{q}_2 = 0,222$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,091 - 0,778}{\sqrt{\frac{0,091 * 0,909}{11} + \frac{0,778 * 0,222}{9}}}$$

$$Z_{calculada} = -4,20$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -4,20$ el **valor p equivale a 0,00003**; como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: La tabla y gráfica #7 nos muestra una comparación de aprobados y reprobados, antes y después del taller, que después de realizar el análisis estadístico respectivo, se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa de aprobados antes y después del taller.

Resultado 3: Evaluación de las competencias logradas en el taller de parto podálico.

Tabla 9: Distribución de parteras(os) que asistieron al taller de Parto podálico por género.

| Indicador | Hombres | Mujeres | Total |
|----------------|-------------|---------|-------|
| Frecuencia | 4 | 8 | 12 |
| Porcentaje | 33,3% | 66,7% | 100% |
| Valor P | 0,08 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

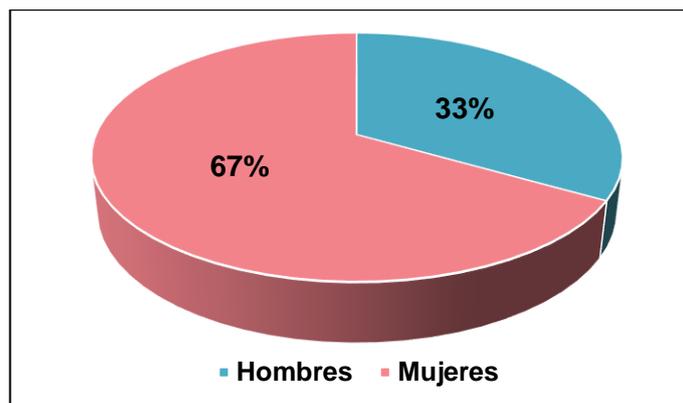


Imagen 7: Distribución de parteras(os) que asistieron al taller de Parto podálico por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre grupos de hombres y mujeres.

$$\hat{p}_1 = 0,333$$

$$\hat{p}_2 = 0,667$$

$$\hat{q}_1 = 0,667$$

$$\hat{q}_2 = 0,333$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,333 - 0,667}{\sqrt{\frac{0,333 * 0,667}{12} + \frac{0,667 * 0,333}{12}}}$$

$$Z_{calculada} = -1,73$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -1,73$ el **valor p equivale a 0,08** como el valor p es mayor a 0,05 no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: Se puede observar que al taller de Parto podálico han asistido un total de 12 participantes de los cuales 4 son de sexo masculino, lo que corresponde al 33%, mientras que el 67%, es decir 8 participantes, son del sexo femenino. En lo que de acuerdo a los valores de p, no existe diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 10: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE antes del taller de Parto podálico.

| Indicador | Aprobaron | Reprobaron | Total |
|----------------|-------------------|------------|-------|
| Frecuencia | 1 | 11 | 12 |
| Porcentaje | 8,3% | 91,7% | 100% |
| Valor P | <0,0001 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

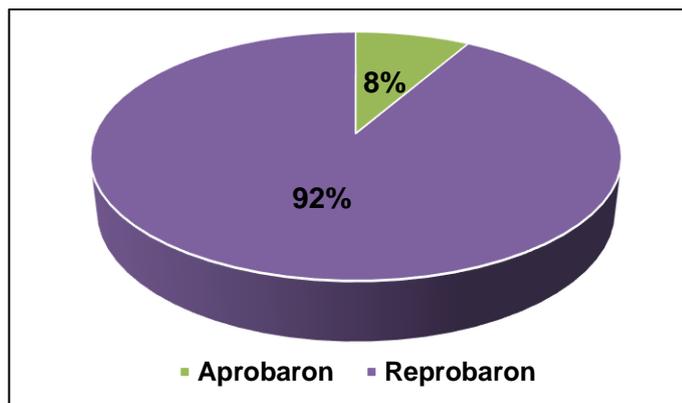


Imagen 8: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE antes del taller de Parto podálico.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre aprobados y reprobados antes del taller de Parto podálico.

$$\hat{p}_1 = 0,083$$

$$\hat{p}_2 = 0,917$$

$$\hat{q}_1 = 0,917$$

$$\hat{q}_2 = 0,083$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,083 - 0,917}{\sqrt{\frac{0,083 * 0,917}{12} + \frac{0,917 * 0,083}{12}}}$$

$$Z_{calculada} = -7,405$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -7,405$ el **valor p equivale a <0,0001**; como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: Se identifica que un participante aprobó el ECOE antes del taller que equivale al 8,3%, el cual obtuvo una calificación de SUFICIENTE (14/20), los 11 participantes restantes equivalente al 91,7% obtuvieron una calificación DEFICIENTE, por lo que reprobaron la ECOE; existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre aprobados y reprobados.

Tabla 11: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Parto podálico por género.

| Indicador | Mujeres | Hombres | Total |
|----------------|---------------|---------|-------|
| Frecuencia | 2 | 3 | 5 |
| Porcentaje | 40% | 60% | 100% |
| Valor P | 0,5156 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

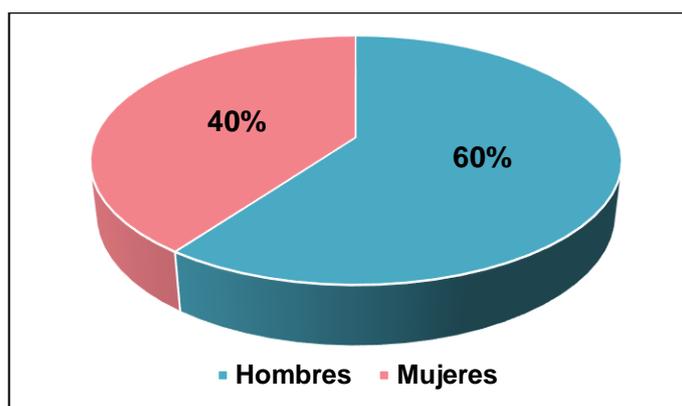


Imagen 9: Distribución de parteras(os) que fueron sometidos a evaluación después del taller de Parto podálico por género.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre grupos de hombres y mujeres sometidos a evaluación después del taller de Parto podálico.

$$\hat{p}_1 = 0,4$$

$$\hat{p}_2 = 0,6$$

$$\hat{q}_1 = 0,6$$

$$\hat{q}_2 = 0,4$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,4 - 0,6}{\sqrt{\frac{0,4 * 0,6}{5} + \frac{0,6 * 0,4}{5}}}$$

$$Z_{calculada} = -0,65$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -0,65$ el **valor p equivale a 0,5156** como el valor p es mayor a 0,05 no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: se puede observar que a la evaluación posterior al taller de Parto podálico, han asistido un total de 5 participantes de los cuales 3 son de sexo masculino, lo que corresponde al 60%, mientras que el 40%, es decir 2 participantes, son del sexo femenino. En lo que de acuerdo a los valores de p, no existe diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 12: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Parto podálico.

| Indicador | Reprobaron | Aprobaron | Total |
|------------|------------|-----------|-------|
| Frecuencia | 2 | 3 | 5 |
| Porcentaje | 40% | 60% | 100% |
| Valor P | 0,5156 | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

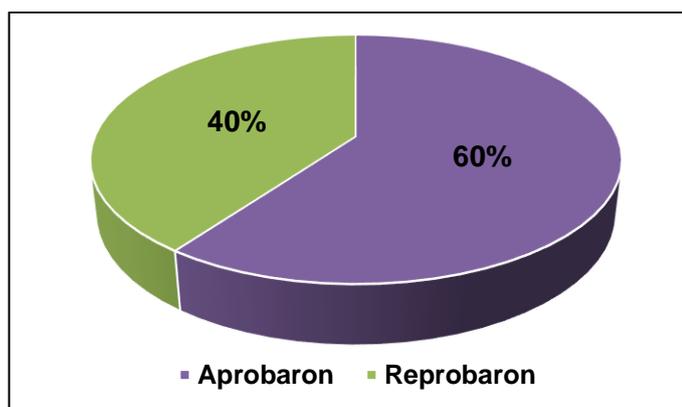


Imagen 10: Distribución de Parteras(os) que aprobaron la ECOE después del taller de Parto podálico.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística entre aprobados y reprobados sometidos a evaluación después del taller de Parto podálico.

$$\hat{p}_1 = 0,4$$

$$\hat{p}_2 = 0,6$$

$$\hat{q}_1 = 0,6$$

$$\hat{q}_2 = 0,4$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,4 - 0,6}{\sqrt{\frac{0,4 * 0,6}{5} + \frac{0,6 * 0,4}{5}}}$$

$$Z_{calculada} = -0,65$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -0,65$ el **valor p equivale a 0,5156** como el valor p es mayor a 0,05 no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: La tabla y gráfica #11 nos muestra que el 60 % es decir 3 participantes aprobaron la ECOE, y el 40% es decir 2 participantes obtuvieron notas menores a 14 puntos por lo que reprobaron la ECOE luego de recibir el taller de Parto podálico; luego de realizar el análisis estadístico respectivo, se concluye que no existe una diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 13: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Parto podálico.

| Indicador | | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|---------|------------|--------------|
| Sobresaliente | 20 | | |
| Notable | 19 | | |
| Bien | 18 | | |
| Satisfactorio | 17 | | |
| Suficiente | 14 - 16 | 3 | 60,0 |
| Insuficiente | 10 - 13 | 1 | 20,0 |
| Deficiente | 0 - 9 | 1 | 20,0 |
| Total | | 5 | 100,0 |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

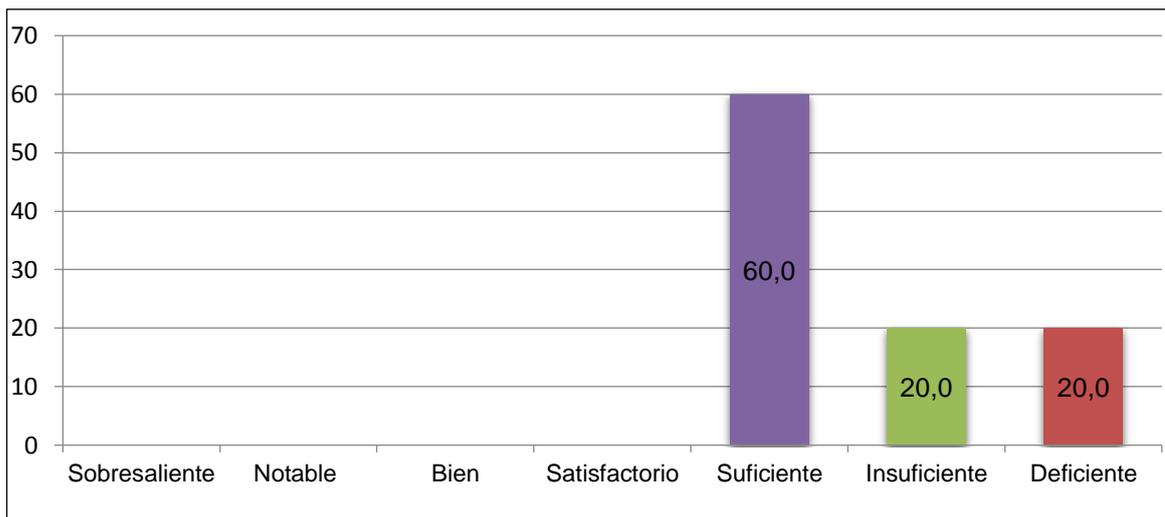


Imagen 11: Resultado de calificaciones de la ECOE después del taller de Parto podálico.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Interpretación: Los datos nos muestran que un 60% es decir tres participantes obtuvieron un resultado de SUFICIENTE, el 20% es decir un participante obtuvo un resultado de INSUFICIENTE, y el 20% restante obtuvo a la vez un resultado de DEFICIENTE.

Tabla 14: Comparación de resultados antes y después del taller de Parto podálico.

| Indicadores | Antes del taller | | Después del taller | |
|-------------------|------------------|------------|--------------------|------------|
| | Aprobados | Reprobados | Aprobados | Reprobados |
| Frecuencia | 1 | 11 | 3 | 2 |
| Porcentaje | 8,3%% | 91,7% | 60% | 40% |
| n | 12 | | 5 | |
| Valor P | 0,0264 | | | |

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

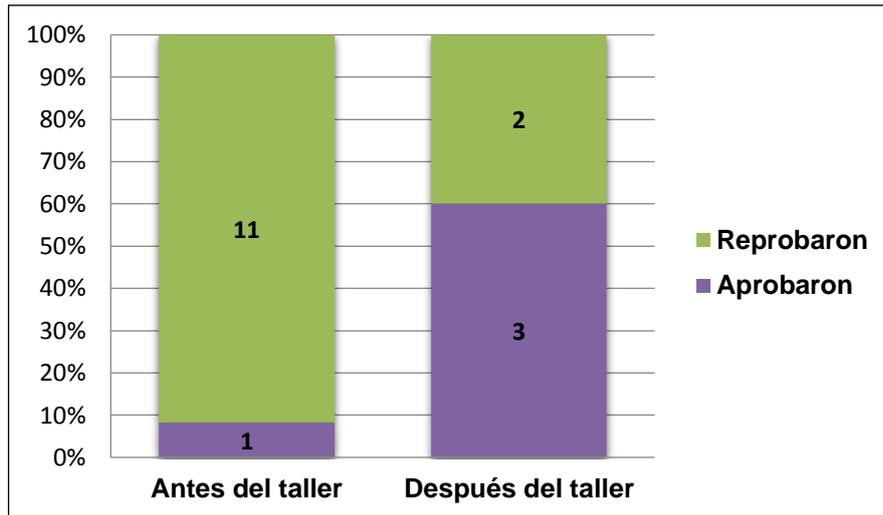


Imagen 12: Comparación de resultados antes y después del taller de parto podálico.

Fuente: ECOE.

Elaboración: La autora.

Determinación de diferencia estadística de aprobados antes y después del taller.

$$\hat{p}_1 = 0,083$$

$$\hat{p}_2 = 0,6$$

$$\hat{q}_1 = 0,917$$

$$\hat{q}_2 = 0,4$$

$$Z_{calculada} = \frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{\frac{\hat{p}_1 \hat{q}_1}{n_1} + \frac{\hat{p}_2 \hat{q}_2}{n_2}}}$$

$$Z_{calculada} = \frac{0,083 - 0,6}{\sqrt{\frac{0,083 * 0,917}{12} + \frac{0,6 * 0,4}{5}}}$$

$$Z_{calculada} = -2,22$$

Para un valor de $Z_{calculada} = -2,22$ el **valor p equivale a 0,0264**; como el valor p es menor a 0,05 existe una diferencia estadísticamente significativa.

Interpretación: La tabla y gráfica #7 nos muestran una comparación de aprobados y reprobados, antes y después del taller de Parto podálico, que después de realizar el análisis estadístico respectivo, se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa de aprobados antes y después del taller.

DISCUSIÓN

La simulación se ha ido convirtiendo en un elemento fundamental de la educación médica, gracias a que mejora la instrucción profesional, obteniendo de ésta una orientación más práctica y activa; además de que favorece la seguridad de los pacientes y se evitan errores médicos; y en este caso, favorecería y mejoraría las condiciones tanto maternas como fetales de las usuarias.

Se logró implementar los talleres de Pre-eclampsia - eclampsia y Parto podálico, a bajo costo, en virtud de que la UTPL ha subsidiado la mayor parte de los costos, sin embargo si el taller se lo implementaría por medios externos, como el Ministerio de Salud Pública, su costo sería mayor. Por otro lado, y en vista de que la intención de un programa de capacitaciones dirigido a parteras es apoyar en las distintas estrategias para disminuir la mortalidad materna, su inversión sería una decisión política muy acertada.

Luego de implementar los talleres de Pre-eclampsia - eclampsia y de parto podálico se procedió a evaluar mediante la ECOE y se evidenció que la capacitación mediante simulación fue efectiva, ya que se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las competencias logradas pre y pos implementación del taller de preeclampsia. Sin embargo en el taller de parto podálico no puede determinarse una significancia estadística debido a que existió una importante deserción en el momento de la evaluación práctica (ECOE).

Estos resultados demuestran el éxito de la simulación, en la capacidad de adquirir competencias clínicas, lo cual se puede contrastar con un estudio realizado en Suiza en el que se utilizó la simulación para capacitar a parteras y obstetras públicos y privados, en la resolución de seis emergencias obstétricas (distocia de hombros, hemorragia posparto, pre-eclampsia, soporte vital básico materno, reanimación neonatal y el parto vaginal operatorio), los resultados demostraron una mejoría estadísticamente significativa en las competencias tres meses después del curso, en comparación con la realizada al inicio ($p \leq 0,05$). Además este estudio valoró aspectos subjetivos como: la confianza en sí mismo, el manejo de la situación de emergencia, el conocimiento de algoritmos y la comunicación del equipo, puntos que después de los tres meses de la capacitación mostraron de la misma manera una diferencia estadísticamente significativa ($p \leq 0,05$), en comparación con el inicio (Monod, Voekt, Gisin, Gisin, & Hoesli, 2013). Otro estudio realizado en un hospital universitario de tercer nivel en Portugal, utilizó la simulación para capacitar a obstetras y a enfermeras obstétricas en el manejo de cuatro emergencias obstétricas, demostró que el 87% percibe una mejora en sus conocimientos y habilidades en situaciones de emergencia después de la capacitación (Reynolds, Ayres de Campos, & Lobo, 2011). De la misma manera una revisión sistemática realizada en Australia, identificó noventa y dos artículos que utilizaban la simulación como

herramienta para capacitar a parteras, obstetras y enfermeras obstétricas, en las siguientes situaciones clínicas: eclampsia, distocia de hombros, hemorragia posparto, colapso de la madre, y prolapso del cordón. Esta revisión mostró que existe evidencia de mejoría en el conocimiento y las habilidades adquiridas después de usar la simulación como herramienta de aprendizaje (Calvert, Mcgurgan, Debenham, Gratwick, & Maouris, 2013).

De la misma forma un estudio realizado por la Universidad de Utah, en el cual se utilizó la simulación para capacitar a parteras y a enfermeras obstétricas, en habilidades de emergencias obstétricas. En el mismo se realizó un entrenamiento de tres semanas y un seguimiento de cuatro meses post entrenamiento y se pudo identificar que las competencias clínicas aumentaron significativamente, pero estas disminuyeron a los cuatro meses aunque se siguieron manteniendo por encima del pre-entrenamiento (Cohen, Cragin, Wong, & Walker, 2012). Una revisión sistemática que involucró 21 artículos, tuvo como objetivo examinar críticamente la evidencia del aprendizaje basado en la simulación en la formación de parteras, en donde se pudo identificar que el aprendizaje en simulación es beneficioso, sobre todo en las emergencias obstétricas considerándola esencial en los planes de estudio, ya que mejora la práctica y por tanto reduce el tiempo necesario para alcanzar la competencia (Cooper, y otros, 2011). Otro estudio que involucró un entrenamiento a parteras y obstetras consistió en la capacitación en cuatro intervenciones: a) curso de 1 día en el hospital local; b) curso de 1 día en el centro de simulación, c) curso de 2 días en el hospital local con entrenamiento en trabajo en equipo; y d) curso de 2 días en el centro de simulación con entrenamiento en trabajo en equipo; los resultados demostraron que hubo un aumento significativo en el conocimiento después de la formación ($p < 0,001$) independiente del lugar donde se realice ($p = 0,785$) (Crofts, y otros, 2010).

En comparación con estos estudios en los que se demuestra que la simulación es una herramienta muy útil en el aprendizaje de competencias clínicas; en esta investigación se evidenció mediante la ECOE que se adquirió la competencia clínica, por lo que se concluye que la simulación ha demostrado ser un método de enseñanza efectivo en el aprendizaje de las emergencias obstétricas, dirigido a parteras.

Un aspecto importante de la intervención fue la empatía del equipo capacitador mediante el respeto del contexto cultural de las parteras(os), gracias a la cual, se pudo obtener de ellas(os), una mayor aceptación y confianza; la misma que permitió adquirir de ellas(os) sus experiencias y vivencias, para hacer de esta investigación una oportunidad de aprendizaje para todos.

Entre las limitaciones que se presentaron en la realización de este proyecto se encuentran la dificultad de encontrar grupos de parteras(os), lo cual se evidencia en el tamaño de la muestra,

pero cabe destacar que esta investigación forma parte de una investigación tipo puzzle, en la que no solo se valoró el logro de la competencia mediante abordaje cuantitativo, sino también el grado de aceptación de cada uno de los talleres, mediante abordaje cualitativo. Otro limitante que se encontró es la distancia a la que ellos se encuentran, así como las dificultades que presentan para trasladarse desde sus hogares a los lugares de capacitación, realizando este trayecto muchas de las veces a pie, comprometiendo de esa manera su asistencia.

En el presente trabajo de investigación no existieron conflictos de interés ni de carácter ético; debido a que fue financiado en su mayoría por el Departamento de Ciencias de la Salud y por cada uno de los integrantes de esta investigación.

CONCLUSIONES

- Se comprobó que es posible la implementación de un taller de Pre-eclampsia - eclampsia y parto podálico adaptado al contexto cultural de las parteras, utilizando la simulación como herramienta de aprendizaje de competencias clínicas. Los talleres fueron realizados en el subcentro de salud de la Parroquia San Lucas, perteneciente al cantón Loja, provincia de Loja, con una duración aproximada de 4 horas. Se contó con la asistencia de once personas indígenas, etnia Saraguro, divididos en ocho de sexo femenino y tres de sexo masculino; todas ellas entendidas en la atención de partos. Por lo manifestado se cumplió con el objetivo específico planteado.
- En lo referente a la evaluación de competencias clínicas, se realizó la valoración prevista de los talleres de Parto Podálico y Pre-eclampsia – eclampsia antes y después del taller, de lo que se concluye:
 1. La valoración inicial a las personas que concurrieron al taller de Pre-eclampsia y eclampsia, arrojó los siguientes resultados: los asistentes reprobaron la ECOE en un porcentaje del 90,9% (diez participantes), y aprobaron en un porcentaje de 9,1% (un participante), existiendo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,0001$); de lo que se concluye el poco conocimiento que tenían los asistentes antes del taller.
 2. En la ECOE final a los concurrentes al taller de Pre-eclampsia - eclampsia, se contó con la asistencia de nueve participantes, cuatro del sexo masculino y cinco del sexo femenino; de la cual se obtuvo los siguientes resultados: los asistentes reprobaron la ECOE en un porcentaje del 22,2% (dos participantes), y aprobaron en un porcentaje del 77,8% (siete participantes) ($p = 0,0046$); existiendo una diferencia estadísticamente significativa de los aprobados antes y después del taller ($p = 0,00003$). De lo cual se pudo evidenciar que las competencias fueron alcanzadas en un importante porcentaje, lo cual infiere que la metodología de capacitación y evaluación fue efectiva.
 3. En la ECOE inicial realizada a los asistentes del taller de Parto podálico, se contó con la asistencia de doce participantes cuatro del sexo masculino y ocho del sexo femenino; la cual arrojó los siguientes resultados: los asistentes reprobaron la ECOE en un porcentaje del 91,7% (once participantes), y aprobaron en un porcentaje de 8,3% (un participante), demostrándose una diferencia estadísticamente significativa entre

aprobados y reprobados ($p < 0,0001$); con lo cual se manifiesta la carencia de competencias clínicas antes del taller.

4. La ECOE final del taller de Parto podálico, contó con la asistencia de cinco participantes, tres del sexo masculino y dos del sexo femenino; obteniéndose los siguientes resultados: los asistentes reprobaron la ECOE en un porcentaje del 40% (dos participantes), y aprobaron en un porcentaje del 60% (tres participantes) ($p = 0,5156$), después de realizar el análisis estadístico respectivo, se concluye que existe una diferencia estadísticamente significativa de aprobados antes y después del taller ($p = 0,0264$). Sin embargo en vista del importante número de deserción de las(os) parteras(os) un análisis objetivo no es posible en relación al logro de las competencias.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar con el programa de entrenamiento dirigido a parteras(os), que puede ser implementado a nivel local como nacional, por parte del Ministerio de Salud Pública.
- Se aconseja a los directivos de la Titulación de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, que se mantenga esta línea de investigación para los próximos trabajos de fin de titulación.
- Se recomienda que en la ejecución de talleres posteriores, se produzca en un contexto lo más parecido a la realidad de las parteras(os), realizando un abordaje empático, con el fin de lograr su aceptación y confianza.
- Se sugiere realizar el seguimiento a las parteras que participaron en esta investigación, para que en un futuro, se pueda correlacionar las competencias logradas por los talleres de simulación, con la respuesta en la mortalidad materno-fetal.
- Una vez cumplido el taller de pre-eclampsia y eclampsia, se detectó que las parteras(os), no poseen ningún tipo de instrumental médico básico, por lo que se recomienda al Ministerio de Salud Pública, les pueda proveer tensiómetros y fonendoscopios, para que de esta manera puedan aplicar los conocimientos adquiridos en el taller.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akaike, M., Fukutomi, M., Nagamune, M., Fujimoto, A., Tsuji, A., Ishida, K., & Iwata, T. (2012). Simulation-based medical education in clinical skills. *The journal of medical investigation*, 28-35.
2. Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución Política del Ecuador*. Montecristi: Corporación de estudios y publicaciones.
3. August, P., & Baha, S. (Junio de 2014). *UpToDate*. Obtenido de Preeclampsia: Clinical features and diagnosis:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=1~150
4. Baig, L., Violatio, C., & Crutcher, R. (2010). A construct validity study of clinical competence: A multitrait multimethod matrix approach. *The Journal of continuing Education in the Health Professions*, 19-25.
5. Calvert, K., Mcgurgan, P., Debenham, E., Gratwick, F., & Maouris, P. (2013). Emergency obstetric simulation training: How do we know where we are going, if we don't know where we have been? *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 509-516.
6. Cohen, S., Cragin, L., Wong, B., & Walker, D. (2012). Self-Efficacy Change With Low-Tech, High-Fidelity Obstetric Simulation Training for Midwives and Nurses in Mexico. *Clinical Simulation Journal*, e15-e24.
7. Cooper, S., Cantemail, R., Porteremail, J., Bogossianemail, F., McKennaemail, L., Bradyemail, S., & Fox-Young, S. (2011). Simulation based learning in midwifery education: A systematic review. *Women and birth Journal of the Australian colleague of midwives* , 64-78.
8. Corvetto, M., Bravo, M. P., Montaña, R., Utili, F., Escudero, E., Boza, C., Varas, J., Dagnino, J. (2013). Simulación en educación médica: una sinopsis. *Revista médica de Chile*, 70-79.
9. Crofts, J., Ellis, D., Draycott, T. J., Winter, C., Hunt, L. P., & Akande, V. (2010). Change in knowledge of midwives and obstetricians following obstetric emergency

- training: a randomised controlled trial of local hospital, simulation centre and teamwork training. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 1534-1541.
10. Definición de. (2011). *Definición de Material Didáctico*. Obtenido de <http://definicion.de/material-didactico/>
 11. Glenton, C., Colvin, C., Carlsen, B., Swartz, A., Lewin, S., Noyes, J., & Rashidian, A. (2013). Barriers and facilitators to the implementation of lay health worker programmes to improve access to maternal and child health: qualitative evidence synthesis. *The Cochrane Library*.
 12. Hofmann, B. (2009). Why simulation can be efficient: on the preconditions of efficient learning in complex technology based practices. *BMC Medical Education*, 9-48.
 13. Hofmeyr, J. (Junio de 2014). *UptoDate*. Obtenido de Overview of breech presentation:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/overview-of-breech-presentation?source=search_result&search=part+version&selectedTitle=2~150
 14. INEC. (2010). *Instituto Ecuatoriano de estadísticas y censos*. Obtenido de Censo de población y vivienda 2010:
<http://redatam.inec.gob.ec/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010&MAIN=WebServerMain.inl>
 15. INEC. (2012). *Banco de información estadística*. Obtenido de Instituto nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/banco-de-informacion/>
 16. Lynn, S., Ann, T., & Barry, D. (2012). Traditional birth attendant training for improving health. *The Chrochanre Library*, 4-5.
 17. Masashi, A., Miki, F., Masami, N., Akiko, F., Akiko, T., Kasuko, I., & Takashi, I. (2012). Simulation-based medical education in clinical skills laboratoy. *The Journal of Medical Investigation*, 28-35.
 18. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2010). *DEFINICION DEL ROL DE LAS PARTERAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL ECUADOR*. Center of human services.
 19. Monod, C., Voekt, C., Gisin, M., Gisin, S., & Hoesli, I. (2013). Optimization of competency in obstetrical emergencies: a role. *Arch Gynecol Obstet*, 733-738.

20. Muñoz, E., Vallès, A., & Goberna, J. (2013). Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a cross-sectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 1-8.
21. Norwitz, E. (Junio de 2014). *UpToDate*. Obtenido de Eclampsia: https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/eclampsia?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=17~150
22. Norwitz, E., & Repke, J. (Junio de 2014). *UpToDate*. Obtenido de Preeclampsia: Management and prognosis: https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/preeclampsia-management-and-prognosis?source=search_result&search=preeclampsia&selectedTitle=2~150
23. OMS. (Mayo de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
24. Reynolds, A., Ayres de Campos, D., & Lobo, M. (2011). 1. Self-perceived impact of simulation-based training on the management of real-life obstetrical emergencies. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 72-76.
25. Sibley, L., Ann, T., & Barry, D. (2012). Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. *The Cochrane Library*, 1-2.
26. Wilson, A., Gallos, L., Plana, N., Lissauer, D., Khan, K., Zamora, J., Coomarasamy, A. (2011). Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. *BMJ*, 1-10.
27. Wright, A., Sirhan, M., & Moreno, R. (2010). Educación por competencias: implicancias para el pregrado de medicina. *ARS MEDICA Revista de Estudios Médico Humanísticos*, 15.

ANEXOS

ANEXO #1



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**PROYECTO DE CAPACITACIÓN A COMADRONAS EN SAN LUCAS
TALLER DE MANEJO DE PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA**

NOMBRE DEL EVALUADO/A: _____

FECHA: _____

| EL O LA PARTICIPANTE DEBERÁN DEMOSTRAR CONOCIMIENTO EN LA DESTREZA EVALUADA SE MARCARÁ CON UNA X EN EL CASILLERO CORRESPONDIENTE, DEPENDIENDO SI REALIZA O NO LA ACTIVIDAD | | |
|---|---------|------------|
| DESTREZA EXAMINADA | LO HACE | NO LO HACE |
| I. CONOCIMIENTOS PREVIOS | | |
| A. Identifica los riesgos maternos y fetales, y la necesidad de llevarla al centro de salud si la presión es alta | | |
| II. DIAGNÓSTICO | | |
| A. Menciona los principales signos y síntomas de la pre-eclampsia | | |
| B. Realiza la toma correcta de la tensión arterial | | |
| Hace esperar a la embarazada unos 5 a 10 minutos en posición sentada antes de tomarle la presión arterial | | |
| Ubica correctamente el brazo y realiza el total descubrimiento del mismo | | |
| Localiza pulsos radial y braquial | | |
| Ubica correctamente el brazalete del tensiómetro y el fonendoscopio | | |
| Insufla y des-insufla el manguito correctamente | | |
| Logra la detección de la presión arterial (rango de error menor a 5 mm/Hg de diferencia). Si no alcanza este ítem pierde el ECOE. | | |
| C. Menciona los signos y síntomas premonitorios de la eclampsia, reconoce una crisis convulsiva y realiza un manejo inicial adecuado (evita que se muerda la lengua, evita traumatismos, y maneja la vía aérea adecuadamente) | | |
| III. MANEJO | | |
| A. Conoce los valores de referencia de una presión normal y alta (Normal: hasta 135/85. Alta: mayor a 135/85), y la necesidad de referir a la embarazada | | |
| TOTAL DE LA EVALUACIÓN | | /10 |
| Evaluador(a) | | |

Nota: aprueba con 7 o más. Reprueba si ha fallado en los ítems críticos

ANEXO #2



Video de taller de pre-eclampsia y eclampsia

Personajes:

- Embarazada 1: Sra. Juanita
- Esposo 1: Sr. Miguel
- Embarazada 2: Sra. Elvita
- Esposo 2: Sr. Carlos
- Partera 2: Sra. María o Sr. Hernán
- Embarazada 3: Anita
- Partero: Don Aurelio

Guion

CASO 1

Embarazada 1 y esposo 1 acuden donde la partera. La escena se desarrolla en una casa, con sillones de sala.

Partera: “Buenos días Sra. Juanita ¿cómo ha pasado? ¿Qué la trae por aquí?”

Embarazada 1: “Buenos días Sra. María, no me encuentro muy bien, el dolor de cabeza no me deja tranquila, y se me han hinchado un poco las piernas, y la cara, además tengo un poco de miedo que le pueda pasar algo a la guagua, más que es mi primer hijito.”

Partera: “Tranquila Juanita, no se preocupe que no le va a pasar nada, ha estado muy bien que venga, dígame ¿Cuántos meses de embarazo tiene Juanita?”

Embarazada 1: “7 meses y medio Sra. María”

Partera: “Le voy a tomar la presión Juanita para ver si esta no se encuentra subida. Por favor Juanita siéntese derecha fije sus pies en el suelo sin cruzar las piernas, y asiente el bracito en la mesa, para que quede a la altura de su corazón. Le voy a descubrir completamente el brazo permítame por favor.”

NARRADORES (una mujer alternando con un varón):

Hay que realizar enfoques del tensiómetro, acercamientos del brazo, perilla, fonendoscopio, y otros detalles de la técnica correcta de toma de la presión arterial.

- En primer lugar localizamos los pulsos radial y braquial.
- Ubicamos correctamente el tensiómetro a dos centímetros por encima del pliegue del codo, haciendo coincidir la flecha con la ubicación de la arteria braquial, debe ajustarse bien, pero permitiendo deslizar dos dedos debajo del brazalete.
- Vamos a insuflar el manguito palpando al mismo tiempo el pulso radial, de manera que dejamos de hacerlo 20 mmHg por encima hasta que este desaparece. Colocamos el fonendoscopio en donde palpamos el pulso braquial, realizando la suficiente presión para transmitir los sonidos, pero sin comprimir excesivamente.
- Ahora vamos a desinflar el manguito a una velocidad de 2 mmHg por segundo, mientras escuchamos los sonidos de Korotkoff que nos indicarán la medida de la presión arterial.
- El primer sonido es equivalente a la presión sistólica, mientras que el momento de la desaparición equivale a la presión diastólica, o también 10 mmHg por debajo del quinto ruido.

Es imprescindible durante la edición hacer que se escuchen los ruidos de Korotkoff, y que se haga coincidir con los números del reloj del tensiómetro.

Partera: Juanita usted está con una presión de 150/95 debe acudir inmediatamente al centro de salud, para que le controlen la presión, porque puede estar en peligro la vida suya como la de su guagua.” No ve que lo que usted tiene se llama pre-eclampsia y si no se controla puede terminar con ataques convulsivos y hasta puede morirse usted y el guagua.

Esposo 1: “Muchas gracias Sra. María en este mismo instante la llevo donde el doctor para que me la den viendo a la Juanita.”

La embarazada y el esposo 2 acuden a su control con la partera.

CASO 2:

Escena en una casa. Se muestran los pasos de la técnica de la toma de la presión arterial con poco detalle.

Partera: “¿Cómo le va doña Elvita?, espero que su embarazo este yendo muy bien”

Embarazada 2: “Si Sra. María todo ha estado muy tranquilo, y no me ha causado muchas molestias, solo las ganas de vomitar algunas veces.”

Partera: “Me alegro mucho por ustedes, le voy a revisar su presión para ver si todo se encuentra en orden.”

Esposo 2: “Siga no más Sra. María, lo importante es que ambos se encuentren muy bien.”

Partera: por favor señora Elvita, siéntese, vamos a esperar unos 5 minutos, (ENFOCAR que la paciente esté sentada arrimada al respaldo), descúbrase el brazo, le voy a colocar el tensiómetro.

Se realiza la toma de la presión de la embarazada, siguiendo estrictamente la técnica (debe notarse esta en el video).

Partera: “Sra. Elvita la felicito usted se encuentra muy bien, su presión arterial es 110/60, lo cual es “normal” en el embarazo. Espero que siga teniendo los mismos cuidados como lo ha hecho hasta ahora”. Hay que volverle a tomar la presión arterial en 2 semanas para saber si sigue todo bien.

Embarazada 2: “Muchas gracias doña María, ya la molestaré más adelante para que me ayude con el parto. Que tenga un buen día”

Partera: “De la misma manera, buenas tardes”

CASO 3:

Partero: Venga señora Anita, ¿cómo le va? Pase para controlarle. Y, ¿Qué me cuenta?

Embarazada 3: Ya me comenzaron los dolores hoy por la madrugada Don Aurelio, pero me está doliendo la cabeza desde ayer, tengo mareos, y estoy mirando unas lucécitas como estrellas, hoy por la mañana vomité 3 veces, y estoy escuchando unos zumbidos raros. Me siento mal.

Partero: A ver, venga para examinarle y tomarle la presión arterial.

Embarazada 3: Ya don Aurelio, gracias. Me siento mal mismo.

Partero: présteme el brazo para tomarle la presión.

EN ESTE MOMENTO LA PACIENTE GIRA LOS OJOS HACIA ARRIBA Y EMPIEZA A CONVULSIONAR. Todos los actores se muestran asustados y muy preocupados. El partero mantiene la calma, pero es enérgico en solicitar la ayuda. El video debe hacer notar la importancia de solicitar ayuda y llevarle al hospital urgentemente.

Partero: la señora tiene eclampsia, hay que llevarle urgentemente al hospital. Llame a la ambulancia urgentemente hasta yo ayudarle con la boca. Hay que evitar que se caiga, y se

muerda la boca. Hay que ponerle de lado para que el guagua respire. Rápido llame.... Y pidamos ayuda a los vecinos.

Esposo 3: ya don Aurelio, ahorita mismo.

ESCENA FINAL: valores normales de presión arterial, definición corta de pre-eclampsia y eclampsia, sus síntomas y notar que a veces no tienen síntomas. Importancia de la eclampsia y su transferencia ya que en el hospital hay medicina para intentar salvar la vida de la señora y del guagua.

Guión:

Noelia Piedra y Fernando Espinosa.

Actores:

- Cristian Muñoz C.
- Noelia Piedra C.
- Ma. Fernanda Narváez
- Eduardo José Hidalgo E.
- María José Arcos J.
- Ariana Suéscum P.

Edición:

Noelia Piedra y Camilo Tene.

LINK DEL VIDEO:

https://www.youtube.com/watch?v=l7_iR5p6K5o

ANEXO #3

TALLER DE PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Autores: Noelia Piedra Campoverde*; Dr. Fernando Espinoza H.**; Dr. Xavier Astudillo R.**

**Estudiante en la Titulación de Médico de la UTPL. **Docente titular a tiempo completo en el departamento de Ciencias de la Salud de la UTPL*

¿QUÉ ES LA PRE-ECLAMPSIA?

Es la presión arterial mayor a 135/85, después de las 20 semanas de embarazo en una mujer previamente normotensa.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES DE LA PRE-ECLAMPSIA?



Sin molestias.



Hinchazón de los pies.



Dolor de cabeza persistente y severo.



Visión borrosa.



Dolor en la boca del estómago.



Náusea, vómitos.



Zumbidos en los oídos

¿CÓMO MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL?



1. Pida a la embarazada que se siente tranquilamente unos 5 a 10 minutos en una silla, con los pies en el suelo, y su espalda recta.



2. Ubicar el brazo a la altura del pecho y descubrirlo totalmente.



3. Palpar los pulsos braquial y radial.



4. Ubicar el brazalete del tensiómetro dos centímetros por encima del pliegue del codo, haciendo coincidir la flecha con la arteria braquial y ajustándolo bien pero permitiendo deslizar dos dedos debajo de este.



5. Cerrar la válvula de la perilla y luego inflar el manguito palpando al mismo tiempo el pulso radial, hasta que éste desaparezca, y un poco más.



6. Colocar el fonendoscopio en el lugar en que palpó el pulso braquial realizando la suficiente presión para transmitir los sonidos, pero sin comprimir excesivamente.



7. Desinflar la perilla del manguito muy despacio (a una velocidad de 2 mmHg) por segundo mientras escuchamos los ruidos de Korotkoff (“*tub...tub... tub...tub...tub...tub*”).

Presión arterial sistólica



Ruidos de Kororkoff



Presión arterial diastólica

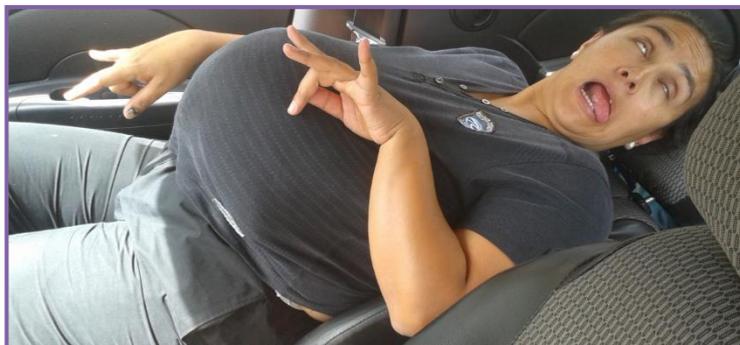


| <u>Valores de la presión arterial</u> | |
|---------------------------------------|----------------|
| Presión normal | Hasta 120/80 |
| Presión alta | Mayor a 135/85 |

¿QUÉ ES LA ECLAMPSIA?

Es la aparición de una o más convulsiones generalizadas (ataques), o la presencia de coma; en una mujer con pre-eclampsia. (Errol, 2014)

¿CUÁLES SON SUS MANIFESTACIONES?



Convulsiones generalizadas que duran la mayoría de veces de 60 a 75 segundos.

¿CÚALES SON SUS SÍNTOMAS PREMONITORIOS?



Dolor frontal o en la parte de atrás de la cabeza.



Alteraciones visuales



Dolor en el abdomen superior



Alteraciones del estado mental



Dificultad para respirar

¿QUÉ HACER EN CASO DE UNA CONVULSIÓN?

1. Pedir ayuda, llamar al 911 o conseguir un medio de transporte para trasladar a la embarazada lo más pronto posible al hospital.
2. Evitar que la embarazada caiga, y recostarla de lado izquierdo para permitir que la guagua respire.
3. Comprobar que pueda respirar y evitar que se muerda la lengua, colocando en la boca, un paño, pero evitando ser mordidos al hacerlo.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LLEVARLA AL HOSPITAL?

La eclampsia a nivel mundial tiene una aparición de 6 hasta 157 casos por cada 10.000 partos en países en vías de desarrollo **Fuente especificada no válida..** En Ecuador se encuentra como la **tercera causa de mortalidad materna** **Fuente especificada no válida..**, por lo que el tratamiento temprano, en un hospital que cuente con todas la medicinas necesarias, puede salvarle la vida.

¿QUÉ RIESGOS TIENE NO TRATAR LA PRE-ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA?

| Riesgos maternos | Riesgos fetales |
|---------------------------------------|--|
| Muerte | Muerte intrauterina |
| Crisis hipertensivas a repetición | Asfixia intrauterina |
| Insuficiencia cardíaca | Restricción del crecimiento intrauterino |
| Insuficiencia renal aguda | Parto prematuro |
| Edema agudo de pulmón | Muerte en periodo neonatal |
| Desprendimiento prematuro de placenta | |
| Falla multisistémica | |
| Lesión hepática | |
| Coagulación intravascular diseminada | |
| Hemorragia intracerebral | |

(Errol, 2014) (Gómez, 2011)

BIBLIOGRAFÍA

1. Errol, N. (Julio de 2014). *Eclampsia*. Obtenido de Uptodate:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/eclampsia?source=search_result&search=eclampsia&selectedTitle=1~150
2. Gómez, R. (2011). SÍNDROMES HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO. *BOLETIN PERINATAL CEDIP*, VOLUMEN 2.
3. INEC. (2012). *Instituto nacional de estadísticas y censos*. Obtenido de www.inec.gob.ec
4. PraxisConsors. (Octubre de 2010). *PraxisConsors*. Obtenido de http://praxisconsors.org/apuntes-practicos/ginecologia-y-obstetricia/nauseas-y-vomito-en-el-embarazo_2134

ANEXO #4

PARTE TEÓRICA DEL TALLER DE PRE-ECLAMPSIA - ECLAMPSIA



PARTE PRÁCTICA DEL TALLER DE PRE-ECLAMPSIA - ECLAMPSIA





EVALUACIÓN MEDIANTE LA ECOE

