



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULO DE MÉDICO

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

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Suéscum Poma, Ariana Estephania

DIRECTOR: Astudillo Romero, Rodrigo Xavier

LOJA- ECUADOR

2016

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctor.

Rodrigo Xavier Astudillo Romero

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

Que el presente trabajo de titulación: “Evaluación de las competencias clínicas adquiridas luego de la implementación de talleres de emergencias obstétricas en parteras de San Lucas durante el 2014 y 2015” realizado por: Suéscum Poma, Ariana Estephania; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 14 de septiembre de 2016

f) _____

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Suéscum Poma Ariana Estephania declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Evaluación de las competencias clínicas adquiridas 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 el Dr. Rodrigo Xavier Astudillo Romero 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) _____

Autor: Ariana Estephania Suéscum Poma

Cédula: 1105124331

DEDICATORIA

El presente informe del trabajo de titulación, que representa el comienzo de mi vida profesional, le dedico a mi padre Alberto (QEPD), quien me formó para saber cómo luchar y salir victoriosa ante las diversas adversidades de la vida, y quien desde el cielo estaría orgulloso de la profesional en la que me convertí. A mi hija Sofía Isabella, pilar fundamental en mi vida, razón de ser mejor cada día y por quien vale la pena seguir adelante.

Ariana

AGRADECIMIENTO

A DIOS, infinitas gracias por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mí padre. Por direccionarme acertadamente en la elección de mi futuro profesional, que aunque estando lejos lo llevó siempre en mi mente y en mi corazón.

A mi madre. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, su comprensión, por el valor mostrado para salir adelante, pero más que nada, por creer en mí.

A mi querido esposo. Por su amor y apoyo incondicional en cada paso de mi vida y por compartir conmigo alegrías y fracasos.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Medicina, y en especial al Dr. Xavier Astudillo Romero, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta trabajo de fin de titulación.

¡Gracias a ustedes!

Ariana

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Páginas
CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3- 9
OBJETIVOS	10- 11
METODOLOGÍA	12- 15
RESULTADOS	16- 31
DISCUSIÓN	32- 36
CONCLUSIONES	37- 39
RECOMENDACIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	41- 42
ANEXOS	43- 50

ÍNDICE DE TABLAS

Páginas

- Tabla N° 1 Parteros y parteras que participaron en el estudio	17
- Gráfico N° 1	17
- Tabla N° 2 ECOE tomado a parteras/os antes del taller de manejo de hemorragia posparto	18
- Gráfico N° 2	18
- Tabla N° 3 Destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de manejo de hemorragia posparto	19
- Gráfico N° 3	20
- Tabla N° 4 ECOE tomado a parteras/os después del taller de manejo de manejo de hemorragia posparto	21
- Gráfico N° 4	21
- Tabla N° 5 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de manejo de hemorragia posparto	22
- Gráfico N° 5	23
- Tabla N° 6 ECOE tomado a parteras/os antes del taller de distocia de hombros	24
- Gráfico N° 6	24
- Tabla N° 7 Destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de distocia de hombros	25
- Gráfico N° 7	25
- Tabla N° 8 ECOE tomado a parteras/os después del taller de distocia de hombros	26
- Gráfico N° 8	26
- Tabla N° 9 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de distocia de hombros	27
- Gráfico N° 9	28
- Tabla N° 10 Comparación de parteras/os aprobados antes y después del taller de manejo de la hemorragia posparto	29
- Gráfico N° 10	29
- Tabla N° 11 Comparación de parteras/os aprobados antes y después del taller de distocia de hombros	30
- Gráfico N° 11	30

RESUMEN

El objetivo principal es determinar las competencias logradas en un grupo de parteras de San Lucas luego de la implementación de 4 talleres de emergencias obstétricas. La metodología es de tipo descriptivo, diseño cuantitativo y enfoque transversal mediante ECOE.

Los resultados fueron, inicialmente para comparar las diferencias entre mujeres y hombre que asistieron, el sexo masculino correspondió al 43% y el sexo femenino al 57%. Obteniendo un valor p no estadísticamente significativo. En cuanto a los resultados al comparar a los participantes aprobados antes y después del taller de “manejo de hemorragia posparto”, antes fueron un 14% y, después un 29%, obteniendo un valor p no estadísticamente significativo. Mientras, que entre aprobados antes y después del taller de “distocia de hombros”, los aprobados antes del taller fueron un 0%, a diferencia de los aprobados después que fueron un 43%, encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos resultados.

En conclusión, el taller de “manejo de hemorragia posparto” no mejoró las competencias de los/as parteros/as y, el taller de “distocia de hombros” sí mejoró sus competencias.

Palabras claves: emergencias obstétricas, competencias, parteros/as

ABSTRACT

The main objective is to determine the competencies achieved in a group of midwives San Lucas after the implementation of 4 workshops obstetric emergencies. The methodology used is descriptive with transversal design and quantitative approach by the ECOE.

The results were initially to compare the differences between women and men in attendance, male gender corresponded to 43% and 57% female. Obtaining a statistically significant p value. As for the results to compare to approved participants before and after the workshop on "management of postpartum hemorrhage" were before 14% and then 29%, resulting in a statistically significant p value. While that among approved before and after the workshop "shoulder dystocia" approved before the workshop were 0%, as opposed to the approved after were 43%, finding a statistically significant difference between the two results.

In conclusion, the workshop on "management of postpartum hemorrhage" did not improve the skills of midwives and workshop "shoulder dystocia" did improve their skills.

Keywords: emergency obstetric skills, midwives

INTRODUCCIÓN

En la Constitución de la República del Ecuador, en su artículo 1 declara que: “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico”; el artículo 57, en los numerales 1 y 15 determina que las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, tienen derecho a mantener, desarrollar y fortalecer libremente su identidad, sentido de pertenencia, tradiciones ancestrales y formas de organización social; y, a construir y mantener organizaciones que los representen en el marco del respeto al pluralismo y a la diversidad cultural, política y organizativa. (Asamblea Nacional Constituyente, 2008)

En un mundo globalizado el desafío de hacerse cargo de la diversidad y respetar las identidades culturales compromete a todos. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD en su Informe sobre Desarrollo Humano 2004 señala: “...los aproximadamente 200 países que hay en el mundo son hoy albergue de cinco mil grupos étnicos y dos tercios de estos países cuentan con al menos una minoría significativa: un grupo étnico o religioso que constituye al menos el 10% de la población... en esta era de globalización, ni la comunidad internacional ni ningún Estado puede ignorar las demandas que se hacen en pos del reconocimiento cultural” (Maza & Gonzáles, 2011)

De los aproximadamente 500 millones de habitantes de América Latina y el Caribe, los indígenas representan aproximadamente el 10% de la población total y el 40% de la población rural. (Maza & Gonzáles, 2011)

En las comunidades se los considera a los “entendidos en la salud”, comadronas, parteras, shamanes, etc., personas especiales, escogidas para salvar vidas, y no sólo de una manera biológica, sino también espiritual, siendo esta última la principal; esto atribuye a las personas entendidas en la salud reconocimiento social y autoridad sobre la vida de las personas, y en el caso especial de las parteras y los parteros, poseen la jurisdicción sobre la vida en el proceso del nacimiento.

Actualmente, las prácticas tradicionales de salud que han existido desde hace miles de años en las nacionalidades indígenas, se han visto reducidas, debido al aumento de aculturación y migración de personas de su población a sectores urbanos con cultura diferente, así como su aislamiento de las políticas oficiales de salud.

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública se ha propuesto enfrentar este aislamiento con la promoción de procesos interculturales de salud, teniendo como misión: Definir y asegurar la implementación de políticas interculturales de salud, planes, programas y demás herramientas que, garanticen la articulación y complementariedad de los conocimientos, saberes, prácticas ancestrales y alternativas de salud, en los diferentes

niveles de gestión y atención integral, promoviendo y facilitando la participación social y el ejercicio de derechos. (Ministerio de Salud Pública, 2014)

La definición del rol de las parteras y los parteros en el Sistema Nacional de Salud constituye un paso necesario para la consolidación del Estado plurinacional y de los modelos interculturales de Salud, que prescribe la nueva Constitución Política del país. Para ello se requiere preservar y fortalecer los saberes y prácticas ancestrales de las parteras y los parteros tradicionales y fortalecer los vínculos con la red de servicios públicos estatales, tanto en el ámbito comunitario como en el ámbito institucional del Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010)

Entre los objetivos del milenio, el objetivo número 5 “Mejorar la salud materna”, planteó como meta número uno reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, consiguiendo de una manera parcial este objetivo, teniendo de esta manera que a escala mundial, la mortalidad materna se redujo en un 47% durante los últimos 2 decenios. (Organización de Naciones Unidas, 2013)

Las tasas de mortalidad perinatal y materna son altas en los países en desarrollo, con más de 358 000 madres y 6 000 000 de niños que mueren cada año. (Wilson, Gallos, & Plana, 2011), por lo que la mortalidad materna es un importante reto para la salud y el desarrollo. Entre las mujeres que no mueren, aproximadamente 10 millones sufren de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Por lo tanto, la mortalidad materna es tanto un problema de salud y un indicador de desarrollo. De hecho, el riesgo de morir durante el embarazo es de 1/6 en los países más pobres en comparación con 1/30,000 en el norte de Europa. (Dogba & Fournier, 2009)

La tasa de mortalidad en Ecuador en el año 2012 es de 60,20, y en la ciudad de Loja es de 58,09, siendo las principales causas de muerte, las obstétricas directas, alcanzando un porcentaje de 83,41% y una razón de mortalidad de 50,21. La preeclampsia, la hemorragia postparto y la eclampsia, se presentan como las causas con mayor porcentaje de muertes maternas. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2014)

La mayoría de las muertes maternas en los países en vías de desarrollo son prevenibles, mediante una nutrición suficiente, la atención sanitaria correspondiente, incluido el acceso a servicios de planificación familiar, la presencia de una partera calificada durante el parto y atención obstétrica de emergencia. (Organización de Naciones Unidas, 2013), por lo que la reducción de la mortalidad materna, debe enfocarse en estas causas. En este estudio nos centramos en la capacitación adecuada a las parteras y los parteros de la

Parroquia de San Lucas, en el manejo de emergencias obstétricas que pudieran presentarse durante el trabajo de parto, mediante talleres de simulación.

Con respecto a la descripción geográfica y socio-demográfica de la Parroquia “San Lucas”, lugar donde se realizó el estudio, es importante precisar, que pertenece al Cantón Loja, ubicado en la Provincia de Loja (sur de la Sierra ecuatoriana), a 55 kilómetros de la cabecera provincial, el mismo que tiene una superficie de 160.11 km². Limita al norte con las parroquias Saraguro y San Pablo de Tenta (cantón Saraguro), al sur con las parroquias Santiago y Jimbilla, al este con la provincia de Zamora Chinchipe teniendo como límite la línea la Cordillera de Tambo Blanco y al oeste con las parroquias Gualiel y Santiago. Según el Censo del 2010, la población es de 6.005 habitantes. Culturalmente el 91% de la población pertenece al pueblo kichwa Saraguro y el 9% dice pertenecer a la cultura mestiza. La agricultura es su principal medio de sustentación y, la actividad artesanal es de carácter secundario. (Alcaldía de Loja, 2014)

Temática abordada en los talleres de emergencias obstétricas

La distocia de hombros comprende un tema que se llevó a cabo mediante los talleres de simulación para las parteras y los parteros de San Lucas, la cual es una emergencia obstétrica con un resultado potencialmente catastrófico, aunque poco común en la actualidad. Después de la salida de la cabeza, la salida de los hombros y el cuerpo se complica por la impactación de los hombros del feto en la pelvis materna. El término es para los nacimientos en los que se requieren maniobras que no sean de tracción suave hacia abajo para completar el parto. La incidencia global de la distocia de hombros varía en función del peso del feto, que se producen en el 0,6% y el 1,4% de los nacimientos en el que el bebé pesa entre 2500 gr. y 4000 gr. En los bebés con un peso al nacer de 4.000 gr. a 4500 gr. la tasa de distocia de hombros aumenta alrededor de 5%- 9%. Las tasas de incidencia también varían en función de los criterios utilizados para el diagnóstico. (Athukorala, Middleton, & Crowther, 2009)

La distocia de hombros se asocia con un alto riesgo de complicaciones físicas y psicológicas para la madre y el recién nacido. Las complicaciones maternas comunes incluyen rotura uterina, hemorragia posparto (11%) y daño de tejidos blandos en el cuello uterino y la vagina (3,8%). Psicológicamente, las madres pueden experimentar depresión posparto, síndrome de estrés post-traumático y pueden tener problemas con la interacción materno-infantil. Consecuencias fetales inmediatas incluyen la asfixia y la aspiración de meconio. Después del parto, lesiones del plexo braquial ocurren en 4% a 15% de los

lactantes. Lesiones óseas que implican la clavícula y, con menos frecuencia, el húmero son también comunes. Aunque los intentos de predecir correctamente los casos de distocia de hombros han tenido un éxito limitado, hay varios factores de riesgo que están asociados con un aumento de la frecuencia de su ocurrencia. El peso al nacer superior es el denominador común que conecta la mayoría de los informes actuales sobre los factores de riesgo fetales de la distocia de hombros. Los factores de riesgo maternos relacionados incluyen la diabetes, la obesidad y la multiparidad. (Athukorala, Middleton, & Crowther, 2009)

Las complicaciones de la distocia de hombros se podrían evitar mediante la enseñanza de maniobras específicas, utilizándolas de manera profiláctica y no como tratamiento una vez se ha producido la distocia de hombros. Estas maniobras fueron enseñadas a las parteras y los parteros de la comunidad, con la finalidad de disminuir las complicaciones importantes al momento del parto, y de no poder ser realizadas referir inmediatamente al Centro de Salud más cercano para la atención médica especializada.

En cuanto a la hemorragia postparto, es la principal causa de mortalidad materna, produciendo $\geq 30\%$ de las muertes maternas en total. La definición convencional de la hemorragia postparto es una pérdida de sangre de ≥ 500 ml en las primeras 24 horas después del parto. La mayoría de los médicos (y estudios) clasifican la pérdida de sangre obstétrica por estimación visual. El sangrado visualmente (clínicamente) evaluado subestima la pérdida de sangre, que se mide en un promedio de 100 a 150 ml, y subestima sustancialmente la pérdida de sangre de ≥ 500 ml (30-50%). (Sloan, Durocher, Aldrich, Blum, & Winikoff, 2010)

En un análisis de datos basados en la población de la Muestra Nacional de Estados Unidos para pacientes hospitalizados en los años de 1994-2006, el diagnóstico al alta de la hemorragia postparto se incrementó 26% durante este período (de 2,3 a 2,9%). La atonía uterina fue la causa más común de la hemorragia postparto y representó la mayor parte del aumento. La proporción de mujeres con diagnóstico de atonía uterina aumentó de 1,6 a 2,4% durante el período de 12 años. (Belfort, 2014)

El desarrollo y aplicación sistemática de un protocolo integral para la gestión de la hemorragia postparto parece dar lugar a mejores resultados. En un estudio de observación, el inicio de un protocolo se asoció con la resolución de sangrado de la madre en una etapa anterior, el uso de menos derivados de sangre, y una reducción del 64% en la tasa de coagulación intravascular diseminada. En opinión del autor, los programas de formación clínica para fomentar un enfoque de equipo para el reconocimiento temprano de la hemorragia postparto pueden mejorar los resultados mediante la participación de los

proveedores necesarios antes de que ocurran hipovolemia y shock compensado. (Belfort, UpToDate, 2014)

De esta manera, un protocolo fue creado en este estudio con el fin de abarcar el manejo de la hemorragia posparto, pudiendo llegar a cada uno de las parteras y los parteros con la información correspondiente. Siendo este tema, dicho por ellos mismos, el tema más importante y de mayor connotación, así mismo, de menor conocimiento para su manejo en la comunidad de San Lucas.

Con respecto al desarrollo del proceso de enseñanza, este fue basado en la adquisición de competencias, las cuales son el conjunto de conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para desempeñar una función específica, que en este estudio en particular, fueron las emergencias obstétricas y su manejo adecuado.

El estudio se basó en el uso de metodologías participativas en las que las/os participantes, es decir las parteras y los parteros, pudieron desarrollar el aprendizaje cooperativo, cuya finalidad principal fue que aprendan de modo activo y colaborativo, a partir de las sinergias que se generan entre ellas/os, tomando en cuenta no solo lo que se enseñó, también sus conocimientos previos.

Se utilizó la enseñanza por simulación potencializada por la tecnología, la cual se convirtió en una piedra angular en la instrucción del manejo de las emergencias obstétricas. La simulación permite que el aprendizaje sea más óptimo, ya que fomenta la práctica repetida en las tareas específicas que se producen con poca frecuencia, sin exponer a los pacientes a riesgo cuando es realizada por personas novatas. Los simuladores de realidad virtual basados en computadoras, maniqués robóticos y estáticos, modelos artificiales, animales vivos, productos de origen animal inertes y cadáveres humanos han sido todos empleados como herramientas educativas para estos fines. (Ilgen, Sherbino, & Cook, 2013)

Una revisión sistemática de Medical Teacher “Comparative effectiveness of instructional design features in simulation-based education: Systematic review and meta-analysis”, demostró que se ha encontrado que la simulación vincula una asociación entre un mayor tiempo de formación y mejora de los resultados y, que la simulación con la práctica deliberada tiene efectos positivos consistentes. En una revisión de la simulación en comparación con ninguna intervención, proporciona evidencia que sugiere mejores resultados cuando las actividades de aprendizaje se distribuyeron en más 1 día y cuando se requerían los alumnos para demostrar el dominio de la tarea. Al comparar la simulación con la instrucción de no simulación, sugieren mejores resultados cuando la carga cognitiva

extraña era baja, cuando los alumnos trabajaron en grupos, y cuando la retroalimentación y el tiempo de aprendizaje fueron mayores. (Cook, Hamstra, Brydges, & Zendejas, 2013)

La enseñanza por simulación potenciada por la tecnología en la educación profesional de salud, en conclusión, comparándola con ninguna intervención, está consistentemente asociada con grandes efectos para los resultados de los conocimientos, habilidades y comportamientos, y efectos moderados sobre los resultados relacionados con los pacientes. (Cook, Hatala, Brydges, & Zendejas, 2011)

El objetivo principal de este estudio que era determinar las competencias logradas en el grupo de parteras de San Lucas luego de la implementación de los 4 talleres de emergencias obstétricas, fue alcanzado, con la evaluación objetiva estructurada, que se realizó al inicio y al final de cada taller, realizado una vez cada mes, desde el mes de agosto de 2014 hasta el mes de febrero de 2015.

En la parroquia San Lucas, tuvimos la facilidad de obtener un lugar donde brindar los talleres, siendo este el Subcentro de Salud de la localidad, añadiendo la predisposición de tiempo de las parteras y los parteros convocados. Contamos con la colaboración de la Lic. Mercedes Guaman, Promotora de Salud Intercultural de la parroquia de San Lucas, quien de la manera más comedida les hizo conocer a las parteras y los parteros nuestra intención para con ellas y ellos; planteó las fechas en las que se realizaron los talleres e hizo todo lo posible por tener presente a cada uno de ellos y ellas para llevar a cabo de mejor manera lo propuesto. Como oportunidad, al momento las parteras y los parteros se encontraban formando una organización de las personas conocedoras de la salud, este grupo lo conforman: parteros/as, hierbateros, visionarios, sobadores, por lo que fue un motivo que facilitó reunir al grupo de partos/as que se sumaron a nuestro proyecto.

Como limitantes presentadas durante el desarrollo de este estudio en el transcurso del mismo fue la distancia de viaje a esta parroquia, de aproximadamente 1 hora desde nuestra ciudad, siendo por tal necesario gasto en transporte y pérdida de tiempo durante el viaje de ida y vuelta; similar limitante tuvieron los parteros/as, ya que viven a distancias considerables de nuestro punto de encuentro, teniendo que caminar por varias horas para llegar, por lo que en varias ocasiones en las que el clima no nos apremió, algunos no pudieron llegar o llegaron tarde a las sesiones.

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:

1. Diseñar y elaborar el taller de simulación para atención de un parto con distocia de hombros al contexto cultural de las parteras.
2. Evaluar las competencias clínicas en atención de pacientes durante un parto con distocia de hombros y hemorragias postparto en un grupo de parteras antes y después de los talleres de simulación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Descriptivo, con diseño cuantitativo y enfoque transversal.

Universo:

Siete parteras/os de la localidad de San Lucas.

Muestra:

Siete parteras/os de la localidad de San Lucas.

Tipo de muestreo: no probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión:

- Personas entendidas en la asistencia de partos que acepten participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Personas que no reciban los talleres de emergencias obstétricas.

Operacionalización de variables:

Variable	Definición	Indicador	Medición
Material didáctico	Propio, adecuado para enseñar o instruir (Real Academia Española, 2001)	Guía del taller, video, maniquís, etc.	Sí se cuenta o NO con el material
Competencias clínicas	Pericias, aptitudes, idoneidades para hacer algo o intervenir en un asunto determinado, en este caso lo referente a la práctica medica (Real Academia Española, 2001)	20 sobresaliente 19 notable 18 bien 17 satisfactorio 14- 16 suficiente 10- 13 insuficiente 0-9 deficiente	Frecuencia Porcentaje > 14 competente < 14 no competente

Métodos e instrumentos de recolección de datos

Métodos: Observación

Instrumentos: Fichas de recolección de datos: Hojas de Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO) para el inicio y el final de los talleres.

Procedimiento

Revisión bibliográfica: para el diseño del taller “atención de un parto con distocia de hombros”, se realizó la revisión de literatura tanto en libros, revistas médicas digitales y documentos o artículos de bases de datos de internet confiable y actualizado.

Identificación y sociabilización con las parteras/os: previo al desarrollo de los talleres se realizó un viaje previo para conocer a las parteras/os a las que se les impartió los talleres y se sociabilizó con ellas/os de una manera adecuada, enfocándonos en el aspecto cultural a las que ellas/os pertenecen.

Evaluación de las competencias clínicas antes de los talleres: se evaluó a las parteras/os mediante ECO, las competencias clínicas correspondientes a atención de pacientes durante un parto con distocia de hombros y hemorragias postparto; que ellas/os han adquirido en su labor diaria y cotidiana, previo a la implementación de los talleres correspondientes.

Diseño preliminar del taller: se fabricó una guía didáctica, sustituyendo lenguaje médico con lenguaje utilizado por las parteras y los parteros en esta comunidad.

Validación: se efectuó por 2 Médicos docentes de la Titulación de Medicina, especialistas en Medicina Familiar.

Diseño definitivo del taller: una vez revisado, corregido y hechos los ajustes necesarios se procedió al diseño definitivo del taller.

Coordinación del desarrollo de los talleres: se coordinó el lugar donde se realizaron los talleres en la parroquia de San Lucas, y se establecieron las fechas para la realización de los mismos.

Ejecución del taller de simulación “atención de pacientes durante un parto con distocia de hombros”: Se realizó una vez diseñado el taller definitivo, y establecido el lugar y fecha de la ejecución.

Evaluación mediante ECOE de los talleres: la evaluación se realizó por mi persona, tanto el taller que implementé “atención de pacientes durante un parto con distocia de hombros” y el taller que efectuó mi compañera María José Arcos Jima de “hemorragias postparto”.

Plan de tabulación y análisis

Se realizó en el programa de Microsoft Office Excel 2010, representando los datos obtenidos mediante las modalidades de frecuencia y porcentaje en tablas y gráficos del mismo programa.

RESULTADOS

Resultados generales

Los resultados se obtuvieron mediante la recolección de datos en el transcurso del estudio de la evaluación de las competencias clínicas adquiridas luego de la implementación de talleres de emergencias obstétricas en parteras de San Lucas durante el año 2014 y 2015.

Tabla Nº 1 parteros y parteras que participaron en el estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	3	42,85%
Mujeres	4	57,14%
Total	7	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

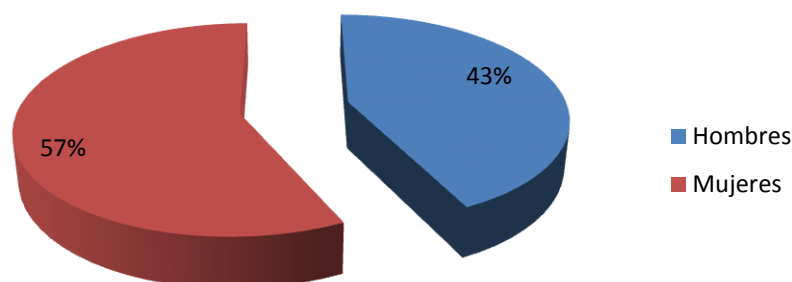


Gráfico nº 1 parteros y parteras que participaron en el estudio

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: Se observa que en el estudio realizado han asistido un total de 7 participantes de los cuales 3 son de sexo masculino, lo que corresponde al 43% y 4 de sexo femenino, siendo el 57%. Por tal, vemos que no existe una diferencia importante entre el sexo de los participantes.

Resultado 1

Objetivo 1

Se diseñó y elaboró el taller de simulación para atención de un parto con distocia de hombros, siendo el material principal la guía didáctica, en la que se reemplazó el lenguaje médico por lenguaje utilizado por las parteras y los parteros de la comunidad de San Lucas

y, se colocó una serie de imágenes para su mejor comprensión. La guía didáctica fue revisada y estudiada por los participantes del estudio previo a la evaluación del ECOE final.

Resultado 2

Objetivo 2

Evaluar las competencias clínicas en atención de pacientes durante un parto con distocia de hombros y hemorragias postparto en un grupo de parteras antes y después de los talleres de simulación.

Para cumplir este objetivo se procedió a realizar un ECOE a las parteras y los parteros antes de realizar los talleres de simulación y después de los mismos.

Tabla Nº 2 ECOE tomado a parteras/os antes del taller de manejo de hemorragia posparto

ECOE Preguntas Nº 15		
	Frecuencia	Porcentaje
Aprueba	1	14,29%
Reprueba	6	85,71%
Total	7	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

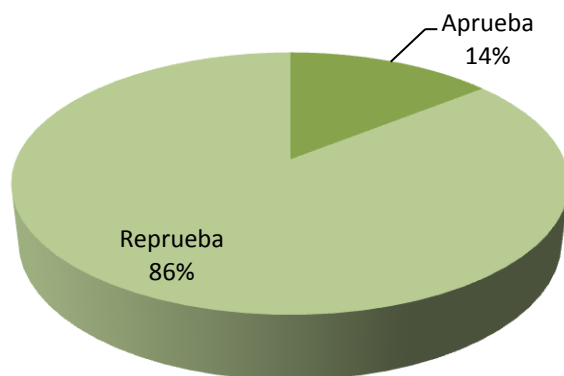


Gráfico Nº 2 ECOE tomado a parteras/os antes del taller de manejo de hemorragia posparto

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: Se observa que 1 participante aprobó el ECOE, antes del taller, correspondiendo al 14% con una nota de 14/20 o suficiente y 6 participantes reprobó, es decir el 86% con nota deficiente. De tal manera se determina que los reprobados son la mayoría de los participantes.

Tabla Nº 3 destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de manejo de hemorragia posparto

Competencias	Participantes							Total
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	
1. Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP	x	x	x	x	x	x	x	0
2. Reconoce la emergencia y la necesidad de actuar inmediatamente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
3. Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911	✓	x	✓	x	✓	x	✓	4
4. Informa a la paciente su situación clínica y explica en forma resumida los procedimientos a realizarse	✓	x	x	x	x	✓	x	2
5. Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia	x	x	x	x	x	x	x	0
Conoce las causas de HPP 6. Tono (Atonía)	✓	✓	x	x	✓	x	x	3
7. Trauma: Revisa el canal del parto en busca de heridas o laceraciones	✓	x	x	x	x	x	✓	2
8. Tejido: enuncia o revisa la placenta en busca de restos o membranas	✓	x	x	x	x	x	x	1
9. Trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama	x	x	x	x	x	x	x	0
10. Revisa el nombre del medicamento, la vía de administración, verifica la fecha de expiración y lo manipula adecuadamente	✓	✓	x	x	x	✓	x	3
11. Oxitocina (Pitocin) 20-40 U por litro IV	✓	x	x	x	x	x	x	1
12. Misoprostol (Citotec) 1000 mcg	✓	x	x	x	x	x	x	1
13. Metilergonovina (Methergina) 0.2 mg IM	x	x	x	x	x	x	x	0
14. Valora el estado general de la parturienta (SV: pulso, temperatura y TA), previo a la referencia	✓	✓	x	✓	x	x	✓	3
15. Reconoce la necesidad de referir a la parturienta, pese a que haya cesado la hemorragia	✓	✓	✓	x	x	x	✓	4

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

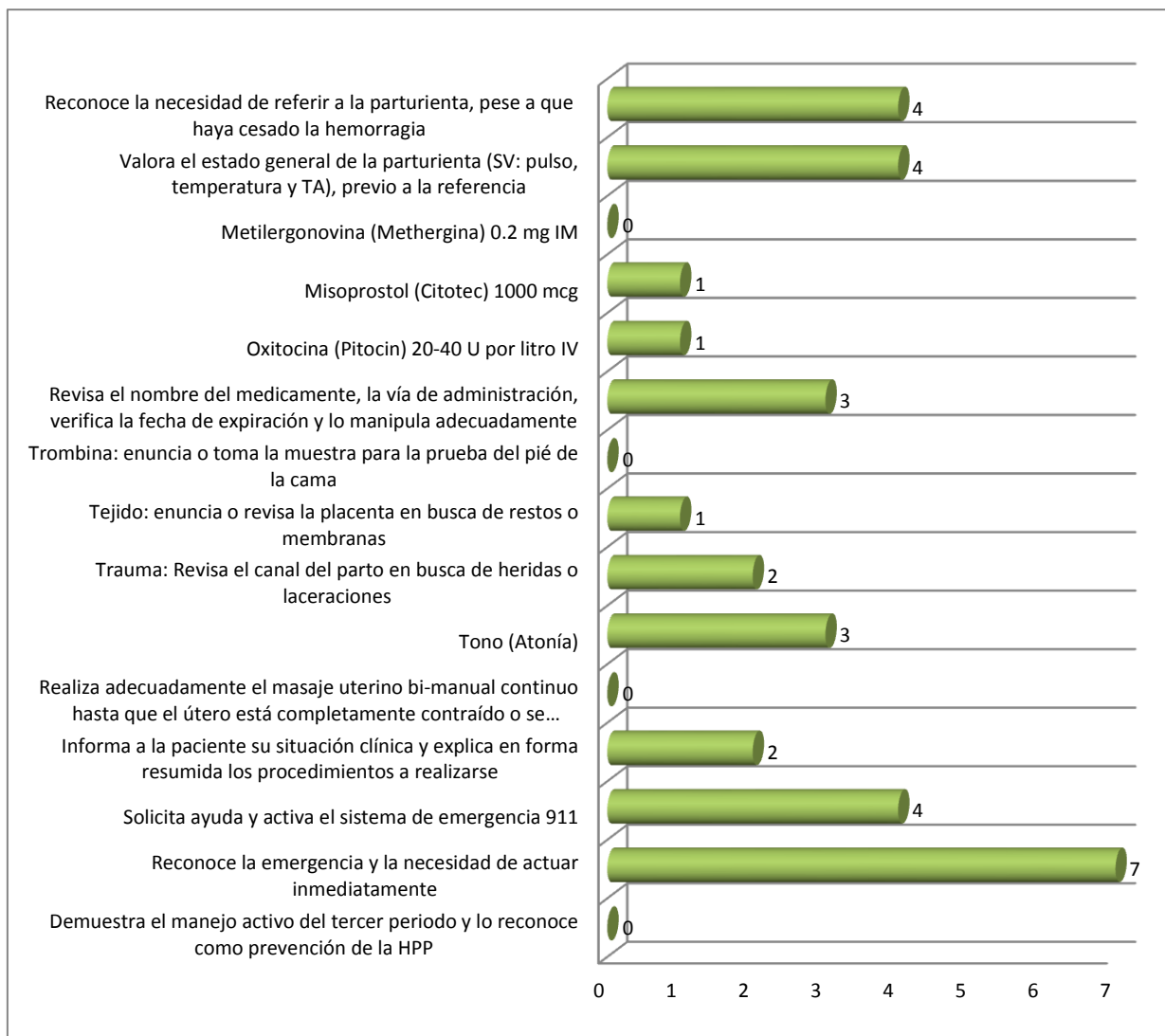


Gráfico N° 3 Destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de manejo de hemorragia posparto

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: La tabla N°3 nos permite determinar las destrezas específicas que tenían las parteras y los parteros antes del taller de manejo de hemorragia posparto. Los resultados obtenidos, nos demuestran que la destreza que manejaba un 100% de los participantes, era “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, seguida de un 57% en las competencias: “Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911”, “Reconoce la necesidad de referir a la parturienta, pese a que haya cesado la hemorragia” y “Valora el estado general de la parturienta (SV: pulso, temperatura y TA), previo a la referencia”. De

igual manera podemos observar las destrezas que los participantes no manejaban en absoluto, con un 0%: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia”, “Causa de HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”, “Fármaco para HPP: Metilergonovina (Methergina) 0.2 mg IM”.

Tabla Nº 4 ECOE tomado a parteras/os después del taller de manejo hemorragia posparto

Ecoe Preguntas Nº 15		
	Frecuencia	Porcentaje
Aprueba	2	28,57%
Reprueba	5	71,43%
Total	7	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

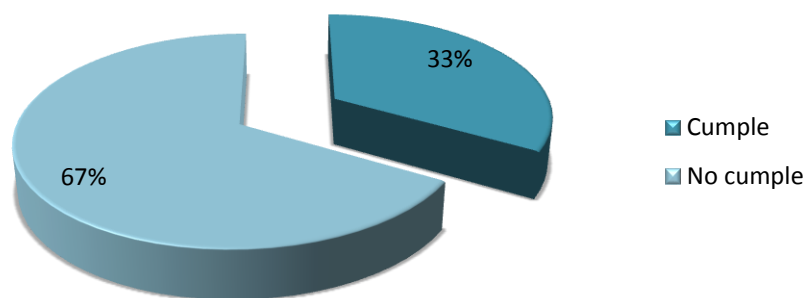


Gráfico Nº 4 ECOE tomado a parteras/os después del taller de manejo de hemorragia posparto

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: Se puede observar que 2 participantes aprobaron el ECOE después del recibir el taller, correspondiendo al 29% con una nota de 16/20 o suficiente y 17/20 o satisfactorio y 5 participantes reprobaron, es decir el 71% con nota deficiente. Teniendo en cuenta los aprobados antes del taller, que solo fue 1, este valor ascendió a 2 participantes aprobados, considerando que los reprobados siguen siendo la mayoría.

Tabla Nº 5 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de manejo de hemorragia posparto

Competencias	Participantes							Total
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	
1. Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
2. Reconoce la emergencia y la necesidad de actuar inmediatamente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
3. Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
4. Informa a la paciente su situación clínica y explica en forma resumida los procedimientos a realizarse	x	x	x	x	x	✓	x	6
5. Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
Conoce las causas de HPP 6. Tono (Atonía)	✓	✓	x	x	✓	x	x	4
7. Trauma: Revisa el canal del parto en busca de heridas o laceraciones	✓	✓	x	x	x	x	✓	4
8. Tejido: enuncia o revisa la placenta en busca de restos o membranas	✓	✓	✓	x	x	x	x	4
9. Trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama	x	x	x	x	x	x	x	0
10. Revisa el nombre del medicamento, la vía de administración, verifica la fecha de expiración y lo manipula adecuadamente	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
11. Oxitocina (Pitocin) 20-40 U por litro IV	✓	✓	x	x	x	x	x	2
12. Misoprostol (Citotec) 1000 mcg	✓	✓	x	x	x	x	x	2
13. Metilergonovina (Methergina) 0.2 mg IM	✓	✓	x	x	x	x	x	2
14. Valora el estado general de la parturienta (SV: pulso, temperatura y TA), previo a la referencia	✓	✓	x	✓	x	x	x	4
15. Reconoce la necesidad de referir a la parturienta, pese a que haya cesado la hemorragia	x	✓	✓	✓	✓	x	✓	5

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

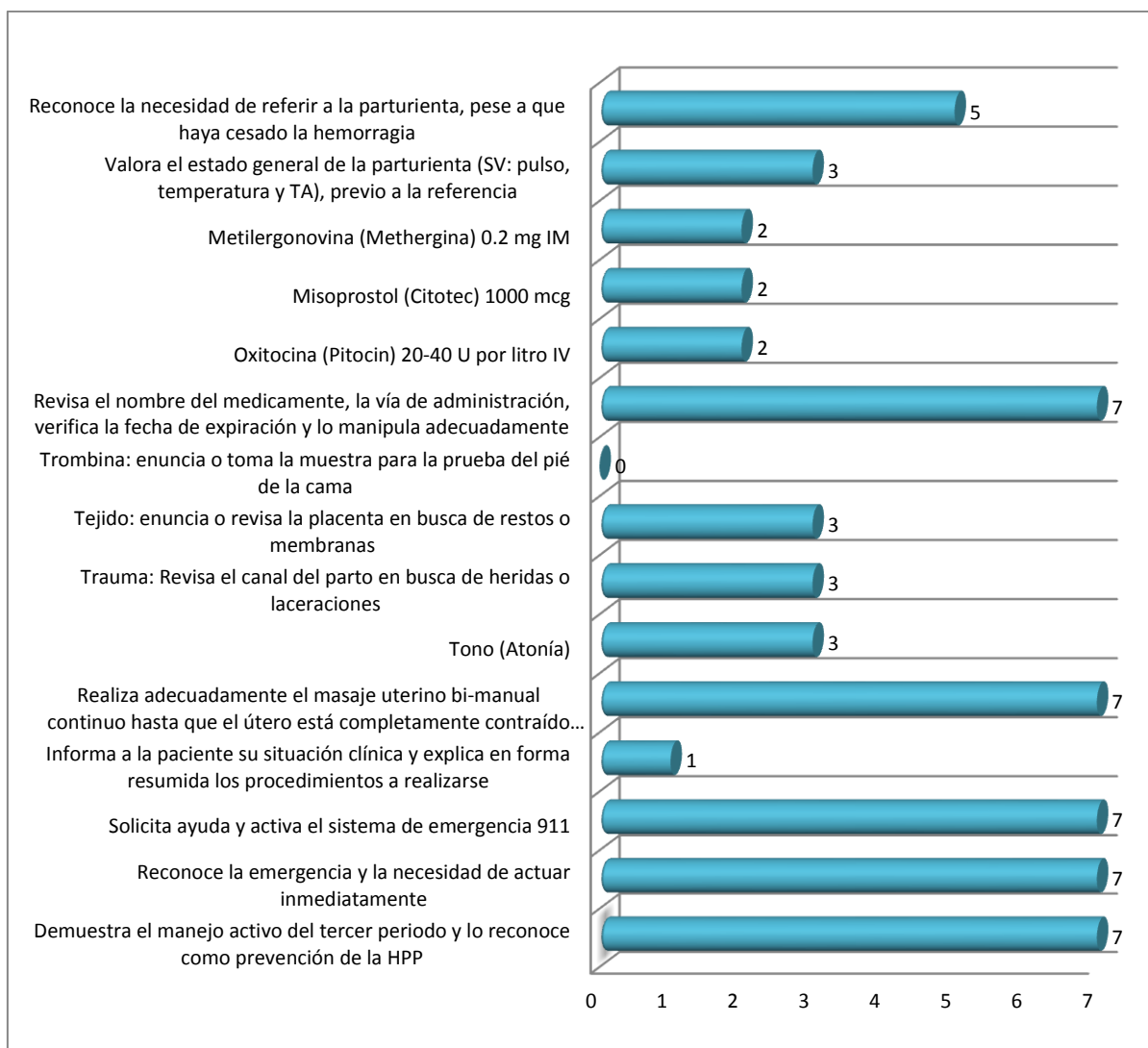


Gráfico Nº 5 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de manejo de hemorragia posparto

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: La tabla Nº 5 demuestra las destrezas específicas que adquirieron las parteras y los parteros después del taller de manejo de hemorragia posparto. Los resultados obtenidos, nos indican que lograron manejar en un 100% de los participantes 4 destrezas más que antes del taller, estas son: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, “Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia” y “Revisa el nombre del medicamento, la vía de administración, verifica la fecha de expiración

y lo manipula adecuadamente”. Mientras que con un 0% de participantes, disminuyó a una sola destreza, en lugar de 4, que fue: “Causa de HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”.

Tabla N° 6 ECOE tomado a parteras/os antes del taller de distocia de hombros

ECOE Preguntas N° 10		
	Frecuencia	Porcentaje
Aprueba	0	00,00%
Reprueba	7	100,00%
Total	7	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

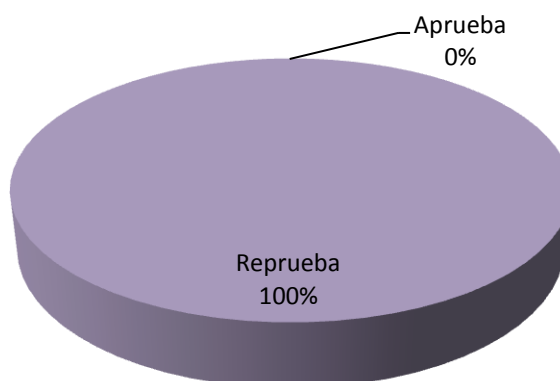


Gráfico N° 6 ECOE tomado a parteras/os antes de distocia de hombros

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: Esta representación nos indica que ningún participante aprobó el ECOE de este tema, antes del recibir el taller, correspondiendo al 0% y 7 participantes reprobaron, es decir el 100% con nota deficiente. Por tal, podemos observar que existe una diferencia estadísticamente importante entre aprobados y reprobados.

Tabla N° 7 Destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de disticia de hombros

Competencias	Participantes							Total
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	
1. Reconoce la disticia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo	✓	x	x	x	x	x	x	1
2. No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
3. H: pide ayuda a las personal que se encuentran disponibles (HELP)	✓	x	✓	x	✓	x	✓	4
4. E: evalúa la posibilidad de realizar una episiotomía	x	x	x	x	x	x	x	0
5. L, piernas (LEGS): realiza la maniobra de McRobert	x	x	x	x	x	x	x	0
6. P: aplica Presión suprapúbica de manera continua	✓	x	x	x	x	x	x	1
7. E, entrada: Maniobra de Rubins: presión sobre la parte posterior del hombro anterior para girar hacia ventral	x	x	x	x	x	x	x	0
8. E, entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa	x	x	x	x	x	x	x	0
9. R, Remover el brazo posterior y lo extrae	x	x	x	x	x	x	x	0
10. R, rueda las manos y rodillas y extrae el hombro posterior	x	x	x	x	x	x	x	0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

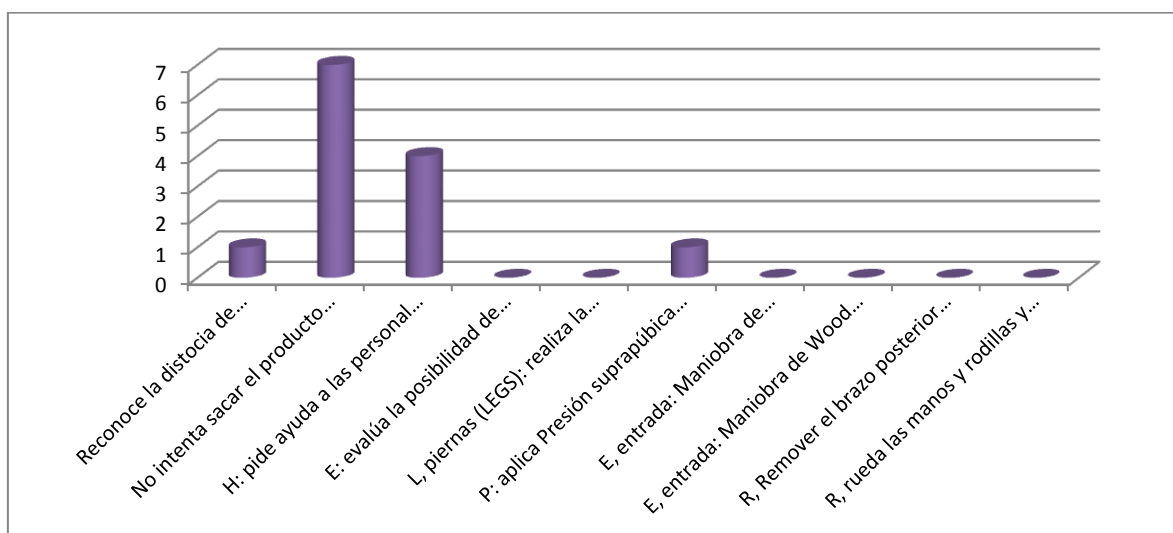


Gráfico N° 7 Destrezas clínicas alcanzadas antes del taller de disticia de hombros

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: La tabla N° 7 nos permite determinar las destrezas específicas que tenían las parteras y los parteros antes del taller de distocia de hombros. Los resultados obtenidos, nos demuestran que la destreza que manejaba un 100% de los participantes, era “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”, seguida de un 57% de los participantes, que manejaban “H: pide ayuda a las personal que se encuentran disponibles (HELP)”, contrastando a todas las destreza clínicas en las que requería manipulación de las zona genital manejada por un 0% de las/os parteras/os.

Tabla nº 8 ECOE tomado a parteras/os después del taller de distocia de hombros

ECOE Preguntas N° 10		
	Frecuencia	Porcentaje
Aprobados	3	42,86%
Reprobados	4	57,14%
Total	7	100,00%

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

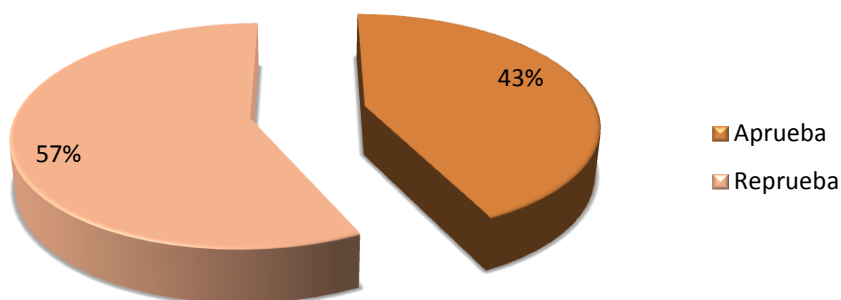


Gráfico nº 8 ECOE tomado a parteras/os después del taller de distocia de hombros

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: Se puede observar que 3 participantes aprobaron el ECOE de este tema, después del recibir el taller, correspondiendo al 43% con una nota de 14/20 o suficiente y 2

con 16/20 o suficiente y 4 participantes reprobaron, es decir el 57% con nota deficiente. Teniendo en cuenta los resultados antes del taller, en la que ningún participante aprobó, es decir el 0%, se determina que ascendió significativamente a 43% de aprobados, considerando que los reprobados siguen siendo la mayoría de participantes.

Tabla N° 9 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de distocia de hombros

Competencias	Participantes							Total
	Nº1	Nº2	Nº3	Nº4	Nº5	Nº6	Nº7	
1. Reconoce la distocia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
2. No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7
3. H: pide ayuda a las personal que se encuentran disponibles (HELP)	✓	✓	x	✓	✓	x	✓	5
4. E: evalúa la posibilidad de realizar una episiotomía	x	x	x	x	✓	x	x	1
5. L, piernas (LEGS): realiza la maniobra de McRobert	✓	✓	x	✓	x	✓	x	4
6. P: aplica Presión suprapúbica de manera continua	✓	✓	✓	✓	x	✓	✓	6
7. E, entrada: Maniobra de Rubins: presión sobre la parte posterior del hombro anterior para girar hacia ventral	✓	✓	✓	✓	x	x	✓	5
8. E, entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa	✓	x	x	x	x	x	x	1
9. R, Remover el brazo posterior y lo extrae	x	✓	x	x	x	x	x	1
10. R, rueda las manos y rodillas y extrae el hombro posterior	✓	✓	x	✓	✓	x	x	4

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

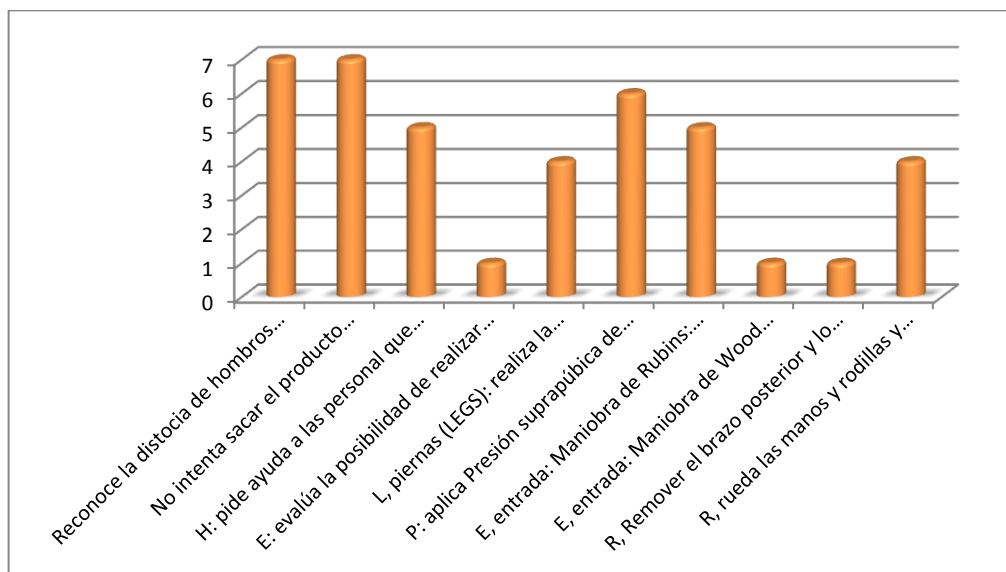


Gráfico Nº 9 Destrezas clínicas alcanzadas después del taller de distocia de hombros

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: La tabla Nº 9 demuestra las destrezas específicas que adquirieron las parteras y los parteros después del taller de distocia de hombros. Los resultados obtenidos, nos indican que lograron manejar en un 100% de los participantes, las siguientes destrezas: “Reconoce la distocia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo” y “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”. Mientras que con un 10% de participantes, que corresponde a las destrezas menos alcanzadas, fueron: “E: evalúa la posibilidad de realizar una episiotomía”, “E, entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa” y “R, Remover el brazo posterior y lo extrae”, manteniéndose en menor manejo las destrezas que requieren manipulación genital.

Tabla N° 10 Comparación del puntaje del ECOE de las/os parteras/os a antes y después del taller de manejo de la hemorragia posparto

ECOE Preguntas N° 15		
Participantes	Antes del taller	Después del taller
N° 1	11/15	13/15
N° 2	5/15	12/15
N° 3	5/15	7/15
N° 4	3/15	7/15
N° 5	3/15	7/15
N° 6	3/15	7/15
N°7	2/15	6/15

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

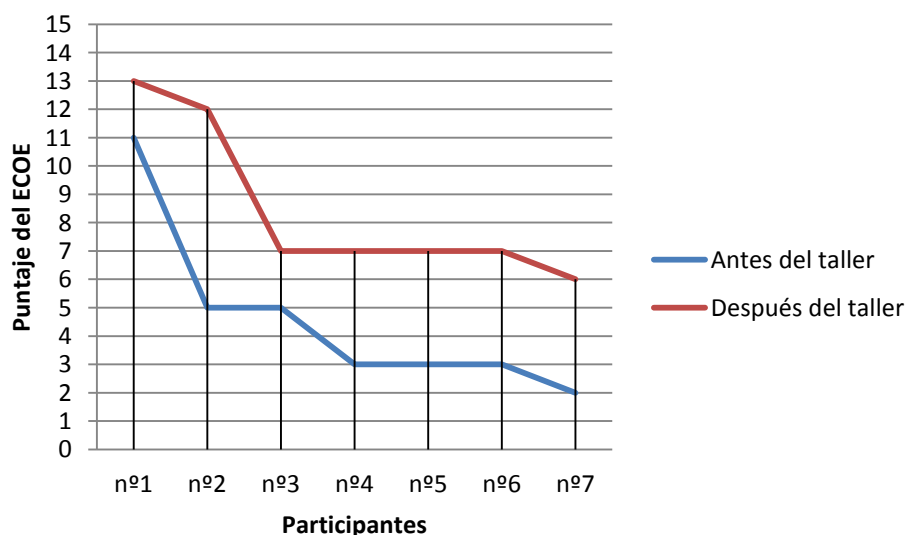


Gráfico N° 10 Comparación del puntaje del ECOE de las/os parteras/os a antes y después del taller de manejo de la hemorragia posparto

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: En esta representación se compara el puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de manejo de hemorragia posparto, en el cual se obtiene el valor $p=0,0009$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que

esta diferencia es estadísticamente significativa. De tal manera, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con el taller correspondiente.

Tabla N° 11 comparación del puntaje del ECOE de las/os parteras/os a antes y después del taller de disticia de hombros

ECOE Preguntas N° 10		
Participantes	Antes del taller	Después del taller
N° 1	4/10	8/10
N° 2	2/10	8/10
N° 3	2/10	7/10
N° 4	1/10	5/10
N° 5	1/10	5/10
N° 6	1/10	4/10
N° 7	1/10	4/10

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

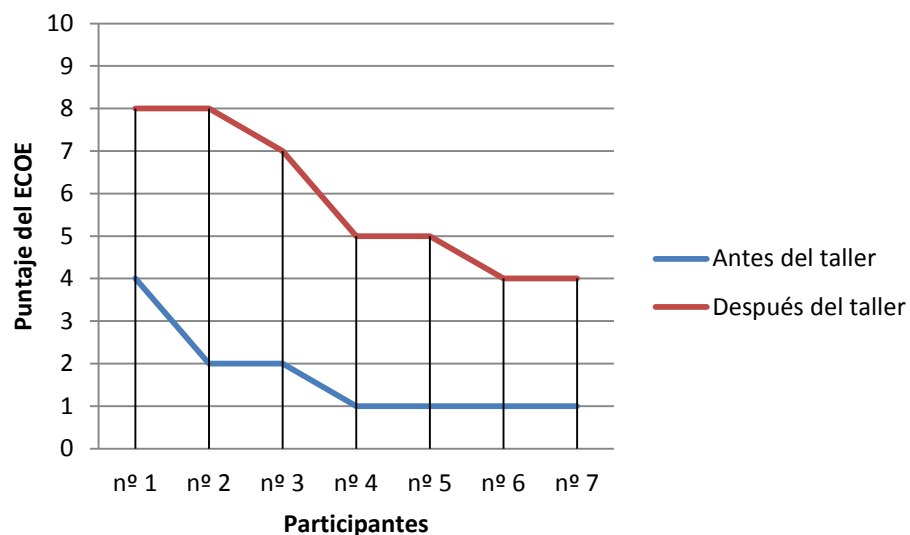


Gráfico N° 11 Comparación del puntaje del ECOE de las/os parteras/os a antes y después del taller de disticia de hombros

Fuente: Ficha de recolección de datos

Elaboración: Suéscum, 2015

Interpretación: En esta representación se compara el puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de distocia de hombros, en el cual se obtiene el valor $p=0,0001$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que esta diferencia es estadísticamente significativa. Por tal, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con este taller.

DISCUSIÓN

En muchas partes del mundo, las parteras son los principales proveedores de atención para mujeres en edad fértil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una partera tradicional como una persona que asiste a la madre durante el parto y que adquiere inicialmente habilidades mediante la entrega de los bebés a sí misma o a través de un aprendizaje con otras parteras tradicionales. (Sibley, Sipe, & Barry, 2012)

Las tasas de mortalidad perinatal y materna son altas en los países en desarrollo, con más de 358 000 madres y 6 000 000 de niños que mueren cada año. Los objetivos de desarrollo del milenio se crearon para fomentar la mejora de las condiciones sociales y económicas en los países más pobres del mundo para el año 2015. (Wilson, Gallos, & Plana, 2011)

En este estudio se han determinado las competencias logradas en un grupo de parteras/os de San Lucas luego de la implementación de 4 talleres de emergencias obstétricas. Con objetivos a futuro de conseguir una capacitación adecuada y disminuir la morbi-mortalidad materno- infantil en dicha comunidad.

Se realizó, un análisis inicialmente para comparar las diferencias entre mujeres y hombres que asistieron al estudio, hubo un total de 7 participantes de los cuales 3 son de sexo masculino, lo que corresponde al 43% y 4 de sexo femenino, siendo el 57%. Por tal, vemos que no existe una diferencia importante entre el sexo de los participantes.

Se estimó los resultados de los aprobados y reprobados antes de los talleres de “manejo de hemorragia posparto” y de “distocia de hombros”, en las que un participante aprobó el ECOE, correspondiendo al 14% con una nota de suficiente y 6 participantes reprobaron, es decir el 86% con nota deficiente, determinando; y, se valoró los resultados de los aprobados y reprobados después de los talleres de “manejo de hemorragia posparto” y de “distocia de hombros”, en los que se pudo observar, en el de “manejo de hemorragia posparto”, que 2 participantes aprobaron el ECOE, correspondiendo al 29% con una nota de 16/20 o suficiente y 17/20 o satisfactorio y 5 participantes reprobaron, es decir el 71% con nota deficiente, encontrando que los reprobados siguen siendo mayoría y, solo 1 persona adquirió las competencias después de los talleres; y, en el taller de “distocia de hombros”, en el que 3 participantes aprobaron el ECOE, correspondiendo al 43% con una nota de 16/20 o suficiente y 2 con 17/20 o satisfactorio y 4 participantes reprobaron, es decir el 57% con nota deficiente, determinando que 3 participantes adquirieron las competencias después del taller, pero que de igual manera, los reprobados siguen siendo más del 50%.

En cuanto a las destrezas clínicas específicas, se estimó las destrezas alcanzadas por las/os parteras/os antes del taller de “manejo de hemorragia posparto”, encontrando que el 100% de los participantes, manejaba la destreza: “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, mientras que no manejaban las siguientes destrezas, en un 0%: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia”, “Causa de HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”, “Fármaco para HPP: Metilergonovina (Methergina) 0.2 mg IM”. Difiriendo con los resultados después del taller, en los que adquirieron en un 100% de los participantes 4 destrezas más que antes del taller, en un 100% de los participantes, estas son: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, “Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia” y “Revisa el nombre del medicamento, la vía de administración, verifica la fecha de expiración y lo manipula adecuadamente”. Mientras que con un 0% de participantes, disminuyó a una sola destreza, en lugar de 4, que fue: “Causa de HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”.

En el taller de “distocia de hombros”, también se valoró las destrezas específicas, encontrando, que las parteras y los parteros antes del taller de distocia de hombros manejaban en un 100% de los participantes: “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”, contrastando a todas las destreza clínicas en las que requería manipulación de las zona genital manejada por un 0% de las parteras y los parteros. Después del taller, los resultados obtenidos, nos indican que lograron manejar en un 100% de los participantes, las siguientes destrezas: “Reconoce la distocia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo” y “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”. Mientras que con un 10% de participantes, que corresponde a las destrezas menos alcanzadas, fueron: “E: evalúa la posibilidad de realizar una episiotomía”, “E, entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa” y “R, Remover el brazo posterior y lo extrae”, manteniéndose en menor manejo las destrezas que requieren manipulación genital y la episiotomía o incisión quirúrgica, que no la consideraban apta para su realización.

Posteriormente se compararon los resultados dependiendo del puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de “manejo hemorragia posparto”, en el

cual se obtiene el valor $p=0,0009$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que esta diferencia es estadísticamente significativa. De tal manera, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con el taller correspondiente.

A su vez en la comparación del puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de distocia de hombros, se obtiene el valor $p=0,0001$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que esta diferencia es estadísticamente significativa. Por tal, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con este taller.

Tipos de estudio similares se han venido realizando en los últimos años, principalmente en lo que respecta a capacitación de parteras y reducción de morbi-mortalidad materno-infantil. En 2012, la OMS capacitó a 200 parteras de la zona central y meridional de Somalia en la atención del parto en condiciones higiénicas y seguras y en la referencia temprana de las pacientes. Se formó a otros 200 trabajadores de salud en atención obstétrica básica e integral de urgencia. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

De acuerdo a un estudio clínico realizado en Pakistán, la capacitación de las parteras tradicionales tuvo un efecto significativo sobre la mortalidad perinatal. En este estudio, hubo una reducción del 30% (823 versus 1077 muertes) correspondiente a las tasas de 85 versus 120 muertes cada 1000 nacidos vivos y mortinatos en los grupos de intervención y control, respectivamente. El odds ratio (OR) ajustado por grupo fue de 0,70; intervalo de confianza (IC) del 95%: 0,59 a 0,83. La mortalidad materna se redujo en un porcentaje similar (26%), pero esta reducción no fue estadísticamente significativa. (Sibley, Sipe, & Barr, Cochrane Library, 2012)

En otro estudio de diseño «antes y después» realizado en Guatemala, se midió la mortalidad perinatal en un subgrupo de mujeres que fueron derivadas por las parteras tradicionales a un mejor centro de atención de la salud, disponible para las mujeres en las áreas intervención y control. Entre las mujeres derivadas por las parteras tradicionales antes y después de la intervención, la mortalidad se redujo significativamente del 22% al 12%. Entre las mujeres derivadas en el área control, hubo una reducción poco significativa de la mortalidad del 17% al 12%. La diferencia en la reducción de la mortalidad entre las áreas intervención y control no fue estadísticamente significativa (OR 1,02; IC 95%: 0,59 a 1,76). (Sibley, Sipe, & Barr, Cochrane Library, 2012)

Una revisión sistemática y meta-análisis de la revista médica British Medical Journal proporciona pruebas de buena calidad que muestra una reducción media del 24% en las tasas de mortalidad perinatal con las estrategias de incorporación de la formación y el apoyo de las parteras tradicionales. Mejorar el acceso a la atención durante el embarazo y el trabajo, en las zonas con baja cobertura de parteras calificadas, puede formar parte de la solución para alcanzar las metas de desarrollo del milenio 4 (reducir la mortalidad infantil) y 5 (mejorar la salud materna). (Wilson, Gallos, & Plana, 2011)

Evidencia de estudios observacionales sugiere que el parto en casa planificado es seguro y puede dar lugar a un menor número de intervenciones, menos complicaciones y menos problemas neonatales. Si la mortalidad materna o perinatal es de gran preocupación, se requieren ensayos extremadamente grandes para responder a la pregunta con suficiente potencia. (Olsen & Clausen, 2012)

CONCLUSIONES

- ✓ De acuerdo a los datos obtenidos en este estudio, hubo un total de 7 participantes de los cuales 3 fueron de sexo masculino, lo que corresponde al 43% y 4 de sexo femenino, siendo el 57%. Determinando que no existe una diferencia sustancial entre ambos sexos. Considerando que la muestra no es suficiente para permitir ofrecer datos definitivamente concluyentes.
- ✓ Se diseñó y elaboró el taller de simulación para atención de un parto con distocia de hombros, siendo el material principal la guía didáctica, en la que se reemplazó el lenguaje médico por lenguaje utilizado por las parteras y los parteros de la comunidad de San Lucas y, se colocó una serie de imágenes para su mejor comprensión, la misma fue revisada y estudiada por los participantes.
- ✓ En cuanto a los resultados obtenidos al comparar a los participantes aprobados antes y después del taller de “manejo de hemorragia posparto”, se demuestra que las parteras y los parteros aprobados antes del taller fueron un 14%, es decir 1 participante y, después fueron un 29%, lo que corresponde a 2 participantes, por tal, esta diferencia se considera que no es estadísticamente significativa, lo que por ende nos demuestra que el taller no dio resultado mejorando las competencias para el manejo de hemorragia posparto. Mientras, que la comparación entre aprobados antes y después del taller de “distocia de hombros”, se observa que las parteras y los parteros aprobados antes del taller fueron un 0%, lo que significa que ninguno de los participantes manejaba adecuadamente esta patología, a diferencia de los aprobados después de los talleres que fueron un 43% de los participantes, encontrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos resultados, lo que nos comprueba que el taller sí dio resultado al mejorar las competencias para el manejo de distocia de hombros.
- ✓ En lo que respecta a las destrezas clínicas específicas, se demostró que las destrezas alcanzadas por las parteras y los parteros antes del taller de “manejo de hemorragia posparto”, que un 100% de los participantes manejaba la destreza: “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, mientras que no manejaban las siguientes destrezas, en un 0%: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia”, “Causa de

HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”, “Fármaco para HPP: Metilergonovina (Methergina) 0.2 mg IM”. Diferenciando con los resultados después del taller, en los que adquirieron en un 100% de los participantes 4 destrezas más que antes del taller en un 100% de los participantes, estas son: “Demuestra el manejo activo del tercer periodo y lo reconoce como prevención de la HPP”, “Reconoce la emergencia y necesidad de actuar inmediatamente”, “Solicita ayuda y activa el sistema de emergencia 911”, “Realiza adecuadamente el masaje uterino bi-manual continuo hasta que el útero está completamente contraído o se encuentra con personal técnico de apoyo en emergencia” y “Revisa el nombre del medicamento, la vía de administración, verifica la fecha de expiración y lo manipula adecuadamente”. Mientras que con un 0% de participantes, disminuyó a una sola destreza, en lugar de 4, que fue: “Causa de HPP, trombina: enuncia o toma la muestra para la prueba del pié de la cama”. Y en el taller de “distocia de hombros”, las destrezas específicas que las parteras y los parteros antes del taller manejaban en un 100% de los participantes: “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”, contrastando a todas las destrezas clínicas en las que requería manipulación de la zona genital manejada por un 0% de las parteras y los parteros. Después del taller, los resultados obtenidos, nos indican que lograron manejar en un 100% de los participantes, las siguientes destrezas: “Reconoce la distocia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo” y “No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller”. Mientras que con un 10% de participantes, que corresponde a las destrezas menos alcanzadas, fueron: “E: evalúa la posibilidad de realizar una episiotomía”, “E, entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa” y “R, Remover el brazo posterior y lo extrae”, manteniéndose en menor manejo las destrezas que requieren manipulación genital y la episiotomía o incisión quirúrgica, que no la consideraban apta para su realización.

- ✓ De acuerdo a la comparación del puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de “manejo hemorragia posparto”, en el cual se obtiene el valor $p=0,0009$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que esta diferencia es estadísticamente significativa. De tal manera, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con el taller correspondiente.

- ✓ En la comparación del puntaje obtenido por las parteras y los parteros antes y después del taller de distocia de hombros, se obtiene el valor $p=0,0001$, el cual al ser $<0,05$, por criterios convencionales se considera que esta diferencia es estadísticamente significativa. Por tal, se puede determinar que las competencias alcanzadas fueron significativas después de recibir la capacitación con este taller.

- ✓ Los programas de entrenamiento de las parteras tradicionales, junto con la mejora de los sistemas de salud, tienen el potencial de mejorar significativamente los resultados para las madres y neonatos.

RECOMENDACIONES

- ✓ Luego de realizado el trabajo de investigación y haber comprobado el cumplimiento de los objetivos propuestos, se recomienda la implementación de talleres de emergencias obstétricas en los/las parteros/as tanto a nivel provincial como nacional. Siendo estos impartidos por estudiantes o profesionales de la salud.
- ✓ Se recomienda la preparación de talleres mediante simulación, con métodos didácticos y adaptados a la cultura y grado de educación de las comunidades a impartirse los mismos.
- ✓ Se propone, capacitar a las parteras y los parteros en cuanto a identificar las causas de hemorragia posparto, y así determinar el manejo adecuado para la misma.
- ✓ Se sugiere, que en instrucción de distocia de hombros, se recalque la importancia de las maniobras internas y su beneficio en la disminución de morbi-mortalidad en esta emergencia obstétrica.
- ✓ Se plantea que una investigación ulterior debe concentrarse en evaluar si este modelo de prestación podría ser eficaz en otros contextos, e incluso la forma en que podría mejorarse.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito.
2. Athukorala, C., Middleton, P., & Crowther, C. A. (30 de Mayo de 2009). *The Cochrane Library*. Recuperado el 30 de Junio de 2014, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005543.pub2/full>
3. Belfort, M. A. (14 de Julio de 2014). *UpToDate*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?source=search_result&search=hemorragia+posparto&selectedTitle=1~139
4. Alcaldía de Loja. (2014). Alcaldía de Loja. Recuperado el 15 de Junio de 2015, de <http://www.loja.gob.ec/contenido/san-lucas>
5. Maza, N. C., & Gonzáles, L. R. (Noviembre de 2011). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Recuperado el 15 de Junio de 2015, de
6. Cook, D. A., Hamstra, S. J., Brydges, R., & Zendejas, B. (2013). *Medicinal Teacher*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de PubMed: <http://informahealthcare.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.714886>
7. Cook, D. A., Hatala, R., Brydges, R., & Zendejas, B. (07 de Septiembre de 2011). *The Journal of the American Medical Association*. Recuperado el 30 de Junio de 2014, de PubMed: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1104300>
8. Dogba, M., & Fournier, P. (06 de Febrero de 2009). *Human Resources for Health*. Recuperado el 30 de Junio de 2014, de <http://www.human-resources-health.com/content/7/1/7>
9. Ilgen, J. S., Sherbino, J., & Cook, D. A. (13 de Febrero de 2013). *Academic Emergency Medicine*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de PubMed: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acem.12076/full>
10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2014). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
11. Maza, D. N., & Gonzáles, L. L. (Noviembre de 2011). *Fondo de Población de las Naciones Unidas- Perú*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-Interculturalidad-en-Salud.pdf>

12. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (Marzo de 2010). *Salud Materno Infantil*. Recuperado el 28 de Junio de 2014, de http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D277.pdf
13. Ministerio de Salud Pública. (2014). *MSP*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de <http://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-interculturalidad-derecho-y-participacion-social-en-salud/>
14. OMS. (Mayo de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 25 de Junio de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
15. Organización de Naciones Unidas. (2013). *Naciones Unidas*. Recuperado el 29 de Junio de 2014, de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/Goal_5_fs_sp.pdf
16. Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.
17. Sloan, N., Durocher, J., Aldrich, T., Blum, J., & Winikoff, B. (20 de Abril de 2010). *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Recuperado el 17 de Julio de 2014, de PubMed: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2010.02567.x/full>
18. Olsen, O., & Clausen, J. U. (12 de Septiembre de 2012). *Cochrane Library*. Recuperado el 11 de Junio de 2015, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub2/full>
19. Organización Mundial de la Salud. (Mayo de 2013). *OMS*. Recuperado el 11 de Junio de 2015, de http://www.who.int/features/2013/somalia_skilled_birth_attendants/es/
20. Sibley, L. M., Sipe, T. A., & Barr, D. (15 de Agosto de 2012). *Cochrane Library*. Recuperado el 11 de Junio de 2015, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005460.pub3/full>
21. Sibley, L. M., Sipe, T. A., & Barry, D. (19 de Junio de 2012). *Cochrane Library*. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005460.pub3/full>
22. Silva, A. M. (2014). *Consejo Nacional Electoral*. Recuperado el 06 de Junio de 2015, de http://vototransparente.ec/apps/elecciones-2014/images/planes_trabajo/LOJA/ALCALDES%20MUNICIPALES/SARAGURO/LISTAS%2061/LISTAS%2061.pdf
23. Wilson, A., Gallos, I. D., & Plana, N. (01 de Diciembre de 2011). *British Medical Journal*. Recuperado el 10 de Junio de 2015, de <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7102.long>

ANEXOS

GUÍA DIDÁCTICA

TALLER DE DISTOCIA DE DISTOCIA DE HOMBROS

Autores: Ariana Suéscum*; 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 distocia de hombros?

Se define como el fallo en la salida del tronco del bebé, debido a que un hombro se encuentra atorado detrás del pubis de la madre, que precisa maniobras adicionales para la extracción completa.

¿Qué hacer ante una distocia de hombros durante el trabajo de parto?

La distocia de hombro se hace evidente después de que emerge la cabeza y luego se retrae, llamado " Signo de tortuga". **NO** se debe aplicar fuerza excesiva a la cabeza del bebé o el cuello, y la presión del fondo de la matriz se debe evitar, ya que pueden causar lesiones fetales y maternas.

La mnemotecnica "**HELPERR**" proporciona un marco ordenado para hacer frente a esta situación:



H Llamar por ayuda



E Evaluar episiotomía

Facilita las maniobras de rotación interna, no siempre es necesaria.



L Maniobra de Mc Roberts

Se requiere de dos ayudantes para la flexión de los muslos.



P Presión suprapúbica

Un asistente debe tratar la presión suprapúbica manual externa **NO MÁS DE 30 SEGUNDOS**, mientras que el/la partero/a realiza una suave tracción de la cabeza del bebé.

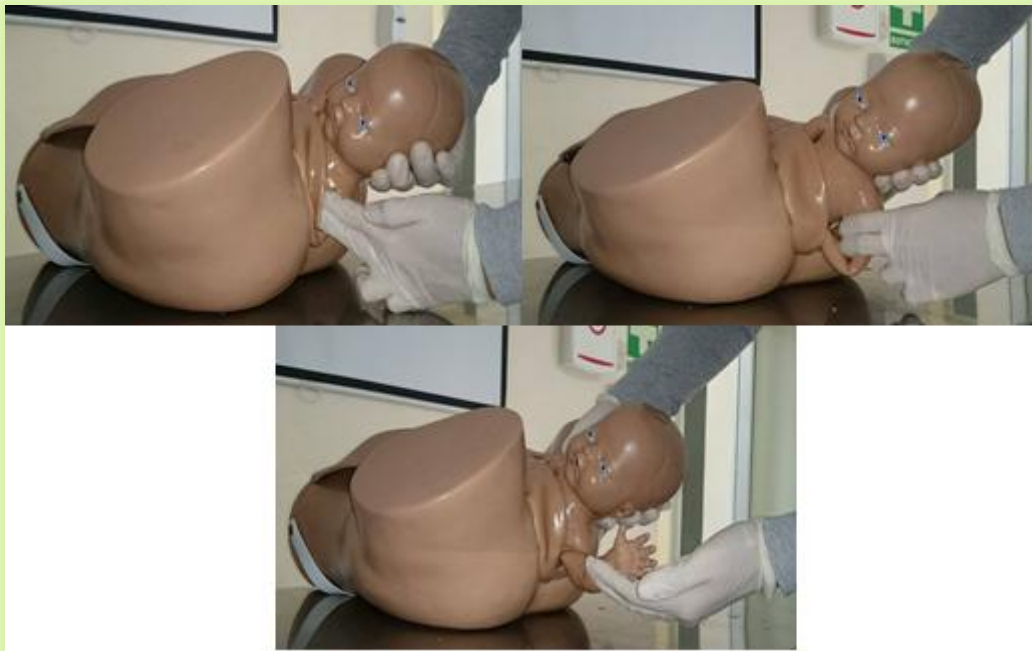


E Maniobras de rotación interna

-Inserción de los dedos de una mano en la vagina detrás del hombro del bebé y rotar el hombro sobre el pecho del bebé y aplicar tracción para recibirlo.



-Aplicar presión sobre el hombro del bebé, rotando los hombros en 180 grados, de modo que el hombro que era posterior, quede bajo la sínfisis pubiana y se realiza tracción suave de la cabeza para extraer los hombros.



R Remover el hombro posterior

-Inserción de los dedos en la vagina y se coloca el dedo índice y medio en la axila posterior del bebé realizando una tracción para extraer el brazo posterior y finalizar su entrega.



R Rodar al paciente

Colocar a la paciente en posición de "cuatro patas".

EVALUACIÓN CLÍNICA OBJETIVA ESTRUCTURADA



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE CAPACITACIÓN A PARTERAS/OS EN SAN LUCAS

Nombre: _____

Fecha: _____

TALLER DE DISTOCIA DE HOMBROS			
DESTREZA EVALUADA		HACE	NO HACE
1	Reconoce la distocia de hombros al mirar la cabeza del producto y la no salida del resto del cuerpo		
2	No intenta sacar el producto halando de su cabeza ni realizando maniobra de Kristeller		
REALIZA MANIOBRAS INMEDIATAMENTE			
3	H: Pide ayuda a las personas que se encuentran disponibles. (HELP)		
4	E: Evalúa la posibilidad de realizar una Episiotomía		
5	L: Piernas (Legs): Realiza la Maniobra de McRobert		
6	P: Aplica Presión suprapúbica de manera continua		
7	E: Entrada: Maniobra de Rubins: presión sobre la parte posterior del hombro anterior para girar hacia ventral		
8	E: Entrada: Maniobra de Wood Screw y Wood Screw inversa		
9	R: Remove el brazo posterior y lo extrae		
10	R: Rueda las manos y rodillas y extrae el hombro posterior		
PUNTAJE TOTAL:		/10	

Evaluador: _____

Firma: _____

FOTOGRAFÍAS



