



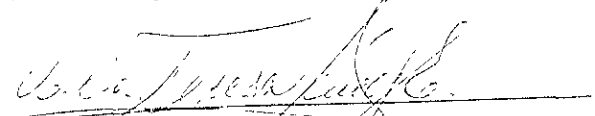
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ANALISIS DEL PROCESO ENSEÑANZA-
APRENDIZAJE DE LA OBSTETRICIA EN EL
PREGRADO. EL CASO DE LA ENEO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :
CONTRERAS REYES PATRICIA
MORALES ACOSTA MA. DE LOURDES


DIRECTOR DE TESIS LIC. TERESA SANCHEZ ESTRADA



MEXICO, D. F.

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
COORDINACION DE SERVICIO
SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES
DE TITULACION

OCTUBRE 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

PATY:

A ti Dios mío:

Por permitirme vivir y disfrutar de todos los regalos que me das día con día.

A mis hermanos:

Lupita, Mara, Toño, CSepe y Lalo por su apoyo y confianza para la realización de esta tesis, uno de los primeros logros en mi vida profesional

Al Sr. Consejo:

Eli, amparo, bety, lulu, alfredo, toño y mariana por su amistad incondicional y por los momentos tan alegres que hemos pasado juntos.

A mi Madre:

Por estar atenta a mis alegrías, tristezas, triunfos y fracasos ya que siempre se encuentra a mi lado

A tres personitas:

Cuchito, semita y chiquis a ustedes les dedico y comparto este triunfo, para que con el ejemplo y cariño en un futuro ustedes compartan sus triunfos conmigo.

A Mariana:

Por haber participado en los inicios de esta tesis.

LIZI

A mis Padres:

Lorenzo y Catalina, quienes me brindaron siempre el más sincero de los cariños, se que jamás podré pagar a Dios la dicha de ser hija suya, por lo que no puedo decir más que gracias.

A mis hermanos:

Lalo, Victor y Paty, quienes llenaron mi vida de felicidad y a quienes deseo logren siempre todas sus metas.

A mis dos Amores:

Fred y Karen, los culpables de mi felicidad
LOS AMO.

ustedes serán siempre el motorcito que impulsará mi vida.

A Ti Patito.

Gracias por tu apoyo, comprensión y cariño, recuerda que siempre serás parte de la familia Castillo Morales.

Al Sr. Consejo.

Es un orgullo decir que Karen tiene las tías y tío, más adorables del mundo. Mi cariño para ustedes siempre.

A mi segunda familia:

Don Luis, Doña Carmen, Carlos Miguel, Lulú, Peco y Alma.. la familia Castillo.

A Mariana:

Por la contribución y el tiempo dedicado ha este trabajo.

PATY Y LAZZI

A nuestra asesora:

*Lic. Teresa Sánchez
Escada, quien
más que una asesora es
nuestra amiga.*

*A la Lic. Laura
Morán Peña:*

*Por el valioso apoyo
recibido en la elaboración
de esta tesis. Por ello mil
gracias.*

*A la Lic. María
Antonieta Laríos:*

*Por cada una de las
aportaciones recibidas y la
preocupación de impulsar
siempre al alumno.*

*Al Lic. Raúl Rutilo
Gómez López:*

*Quien fue parte importante
de este trabajo.*

A las secretarias :

*Ibeth, Olga, Vianey,
Por su amistad y apoyos
recibidos.*

*A la División de
Estudios de Postgrado:*

*Por haber contribuido a la
culminación de este trabajo.*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo expone la situación percibida por los alumnos de 8o. semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia sobre el proceso enseñanza-aprendizaje de la materia de obstetricia I y II; y la relación que este tiene con la práctica profesional de la enfermería en México.

Para lo anterior en el primer capítulo se describe la conceptualización del Proceso Enseñanza-aprendizaje, posteriormente se aborda el panorama general de la profesión en el área materno-infantil; y en los capítulos subsecuentes se describen las acciones o intervenciones de enfermería obstétrica que el egresado de la carrera requiere saber para poder llevar a cabo el seguimiento eficaz de embarazos, partos y puerperios de bajo riesgo lo antes mencionado constituye el marco de conocimientos científicos del plan de estudios de la (ENEO)

De igual forma se describen las actividades necesarias para la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, ya que como es sabido, la gran mayoría de las veces, el personal de enfermería es el que se encarga de realizar esta tarea

Posteriormente, se abordan aquellos procedimientos que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia realiza en el área quirúrgica obstétrica, al coparticipar con el resto del equipo de salud.

Finalmente, se presentan cuadros y gráficas que plasman la opinión de los alumnos entrevistados sobre la percepción que tienen del proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura de obstetricia, y en base a ellos se realizan conclusiones y se proponen sugerencias

CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN.

1 FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

CAPITULO I

1.1 PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE..... 1

CAPITULO II

1.2 PANORAMA GENERAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERIA
EN EL ÁREA OBSTÉTRICA EN MÉXICO.. .. 5

1.2.1 Situación Actual De La Enfermería Obstétrica. 5

1.2.2 Salud Reproductiva.. .. 8

1.2.3 Enfermería Y El Programa De Atención Materno-Infantil En
México... .. 9

1.2.4 Aspectos Jurídicos De La Enfermería..... 16

1.2.5 La Obstetricia Como Parte Del Perfil Profesional Del Egresado De
La Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia .. . 19

1.2.6 Perspectivas Enfermería Obtétrica.. .. 20

CAPITULO III

1.3 CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN OBSTETRICIA QUE DEBE

MANEJAR EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA

OBSTETRICIA..... 22

1.3.1 Historia Clínica Perinatal... .. 22

1.3.2 Interrogatorio 23

1.3.3 Detección Oportuna de Factores de Riesgo... .. 25

1.3.4 Detección de Embarazos de Alto Riesgo 27

1.3.5 Exploración Física... .. 28

1.3.6 Maniobras De Leopold 29

1.3.7 Auscultación De La Frecuencia Cardiaca 30

1.3.8 Realización De Tactos... .. 33

CAPITULO IV

1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE

PARTOS DE BAJO RIESGO.....	36
1.4.1 Explicación Breve Sobre Los Procedimientos A Realizar.....	38
1.4.2 Toma De Signos Vitales.....	38
1.4.3 Entrega De Objetos Personales De La Paciente A Su Familiares.....	39
1.4.4 Aseo De Los Órganos Genitales Externos.....	39
1.4.5 Realizar Tricotomía.....	39
1.4.6 Canalización De Pacientes.....	41
1.4.7 Ministración De Oxitocina.....	41
1.4.8 Inductoconducción Del Trabajo De Parto.....	42
1.4.9 Elaboración Del Partograma.....	45
1.4.10 Colocación De Sonda Foley.....	45
1.4.11 Amniorrexis.....	50
1.4.12 Atención Del Parto Eutócico.....	54
1.4.12.1 Realización De Episiotomia.....	57
1.4.12.2 Atención Del Alumbramiento.....	62
1.4.12.3 Revisión De Cavidad.....	63
1.4.12.4 Colocación Del DIU.....	63
1.4.12.5 Episiorrafia.....	65
1.4.12.6 Vigilancia Del Puerperio.....	66

CAPITULO V

1.5 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL RECIÉN

NACIDO.....	77
1.5.1 Limpieza De Las Vías Respiratorias.....	78
1.5.2 Evitar Perdidas De Calor Corporal.....	79
1.5.3 Ligadura Del Cordón Umbilical.....	79
1.5.4 Toma De Signos Vitales.....	79
1.5.5 Profilaxis Oftálmica.....	80

1.5.6	Ministración De Vitamina K	80
1.5.7	Exploración Física.....	80
1.5.8	Valoración Neonatal	84
1.5.8.1	Valoración De Apgar.	84
1.5.8.2	Valoración De Silverman-Usher.....	85
1.5.8.3	Valoración De Caputro.....	86
1.5.8.4	Somatometría	88
1.5.8.5	Identificación Del Recién Nacido..	88

CAPITULO VI

1.6 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS

	QUIRÚRGICOS OBSTÉTRICOS.	88
1.6.1	Instrumentación De Cesáreas	88
1.6.2	Actividades De La Enfermera Instrumentista.	89
1.6.3	Actividades De La Enfermera Circulante.	98

2 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO 106

2.1	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	109
2.1.1	Objetivo General	109
2.1.2	Objetivos Especificos	109
2.2	HIPÓTESIS DIRECCIONAL	110
2.3	Definición Operacional De Variables	110
2.4	VARIABLES E INDICADORES	111

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. 114

3.1	TIPO DE DISEÑO	114
3.2	UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	114
3.3	CRITERIOS DE	114
3.3.1	Inclusión	114
3.3.2	Exclusión.	114
3.3.3	Eliminación	115
3.4	LIMITES	115

3.4.1 Tiempo.....	115
3.4.2 Lugar.....	115
4. <u>PROCESO ESTADÍSTICO DE DATOS</u>	115
4.1 Recolección.....	115
4.2 Clasificación.....	116
4.3 Recuento.....	116
4.4 Presentación.....	116
4.5 Análisis.....	116
4.6 Organización Para La Investigación.....	116
4.7 Aspectos Éticos De La Investigación.....	117
5. <u>CUADROS Y GRÁFICAS</u>	118
6. <u>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</u>	172
6.1 Resultados Colaterales.....	189
6.2 SUGERENCIAS.....	192

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

CAPITULO I

1.1 EL PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE LA OBSTETRICIA.

Para la realización del análisis de la asignatura de obstetricia I y II contextualizado dentro del plan de estudios vigente de la carrera de Enfermería y Obstetricia nivel licenciatura, de la ENEO-UNAM; las autoras asumen que dicha tarea representa juzgar un objeto o fenómeno a la luz de determinadas reglas preestablecidas para ello, representa también la posibilidad de conocer y explicar dicho objeto o fenómeno. Esto puede darse mediante una observación directa al involucrarse como parte del problema de estudio y de esta forma ir en busca de elementos que lo expliquen o bien de manera indirecta a través de El Proceso Enseñanza Aprendizaje.

El Proceso Enseñanza Aprendizaje está determinado por una serie de elementos relacionados entre sí como son: el docente, la actitud del estudiante, el desarrollo de la práctica clínica, el programa de la asignatura y la evaluación teórica-práctica reflejada en el logro de los objetivos de aprendizaje.

Al pretender analizar la asignatura de obstetricia I y II dentro de la formación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia se hace necesario establecer la forma en *como se concibe ésta*, para lo cual tomamos como punto de partida el concepto de aprendizaje, mismo que de acuerdo al concepto del hombre y mundo que se tenga existirán diferentes formas de entenderlo.

A través del tiempo el aprendizaje se ha interpretado como la adquisición, retención y recuerdo de interés para el ser humano. Esto a su vez provoca que la **enseñanza** sea vista como la transmisión del conocimiento con el fin de propiciar una conducta dentro del individuo.

Dentro de la dimensión enunciada, el **docente** es el responsable de transmitir todos los conocimientos de los contenidos específicos de una área en particular, convirtiéndose en el dueño de ellos, favoreciendo en el alumno pasividad ante su proceso formativo al solo repetir lo transmitido memorísticamente.

Por su parte, el **alumno** es un espectador pasivo asumiendo el rol de objeto que pacientemente espera la información que el docente da para archivarla en su memoria sin inquietud por buscar más o ratificar lo que escucha; esto es, recibe y acumula acriticamente información.

Por otro lado; la **práctica** es vista como “una acción propiamente dicha, que dentro de la conciencia cotidiana de vida da lugar a que todo lo práctico da utilidad, dotada de un poder autosuficiente que se abre paso por sí misma sin necesidad de apoyos extraños; esto es, no requiere una teoría que la sustente.”¹

Si se toma este concepto de **práctica**, se puede afirmar que irá el alumno al desarrollo de ciertas habilidades, pero también lo despoja de la posibilidad de vincular el hacer con el pensar, reduciéndolo con ello a simple agente reproductivo, coartando así toda posibilidad de aprendizaje.

Una definición muy aceptada es la que plantea que la **práctica** requiere de estar vinculada con la realidad, con objeto de que se forme o desarrolle en la persona la capacidad de pensar. Extrapolando esta idea al proceso educativo; en lugar de saturar a los alumnos con exceso de información, es deseable cultivar y fomentar la capacidad de crítica y raciocinio en el estudiante para favorecer la doble transformación, la del sujeto y la del objeto de la realidad; lo cual se traduce en **aprendizaje**.

Desde ésta perspectiva, la **práctica** educativa es diseñada tendiendo más al desarrollo de la actividad manual que a la intelectual, y por tanto con poca posibilidad de vincular ambas actividades como un proceso único; por ello, el diseño de las prácticas escolares tiende a que antes de llevar al alumno a vincularse con la práctica, pase por una etapa “preparatoria” dentro de un laboratorio, esto es, se presume reproducir las condiciones de una realidad dada, como un primer acercamiento del alumno a su práctica profesional en la medida de lo posible en las

¹ Gómez López Raúl. Crítica al programa de la asignatura de Proceso de Atención de Enfermería del Adolescente, Adulto y Anciano. Pág. 1

mismas condiciones que se dan dentro del ámbito laboral, en el cual se insertará el alumno

Por lo anterior se destaca la importancia de la planeación de tiempo para la revisión y demostración de los procedimientos clínicos y con ello incrementar la capacidad motriz del cómo hacerlo. Por tanto, los **programas** de obstetricia dentro de esta línea, se concebirían como la lista de temas* que deben ser vistos dentro de la asignatura, contemplándolas como mínimos de aprendizaje que debe tener el estudiante de 7o. Y 8o. semestres con un orden establecido a seguir de acuerdo a las actividades de aprendizaje citadas por la asignatura.

Con el fin de obtener resultados objetivos respecto al desarrollo de la formación en las áreas obstétricas, se hace necesario un estudio explorativo y de este contexto dicha **evaluación** será concebida como el cúmulo de “expresiones de aprendizaje” a las cuales se les debe brindar una calificación, esto es en todo lo que pueda reportar el alumno como evidencia de su aprendizaje desde los cuales objetivamente permitan establecer su percepción respecto al proceso de aprendizaje en obstetricia. Por otro lado, hace falta diferenciar entre lo que es **capacitación** y **formación**; según Díaz Barriga “la **capacitación** se circunscribe al manejo de conocimientos muy específicos y habilidades muy concretas para el desempeño de tareas, cuestión limitada que no permite a los alumnos comprender procesos complejos,”² y por otro lado “la **formación**, es la integración del hombre, es aprendizaje en sentido de cambio y no solamente un cúmulo de información, esto implica una modificación integral del sujeto, es decir, pensar sentir y accionar.”³ Entonces es aquí donde

* “El contenido es {visto como} un tema condicionado por el avance de la ciencia, por la naturaleza de la profesión ..”. Panza González, M. et al. Fundamentos de la Didáctica p 203

² Hich Adler Ana, Citada por Martínez Escamilla Saúl en: Plan de Trabajo del Departamento de Audiovisual para el período Enero-Diciembre 1987. p.4

³ Díaz Barriga Ángel, Citado por Martínez Escamilla Saúl en: Plan de Trabajo del Departamento de Audiovisual para el período Enero-Diciembre 1987. p.3

cabría cuestionarse respecto a la formación de los alumnos en las áreas de obstetricia en particular.

Con el fin de obtener resultados objetivos dentro de esta forma de ver la educación, se hace necesaria su medición, por lo cual dentro de este contexto el proceso de **aprendizaje** se interpreta como la acción que ejerce el sujeto sobre el objeto de estudio con el propósito de que se dé una doble transformación: la del sujeto y la del objeto de estudio, lo que da lugar a que la enseñanza busque formar y fomentar la capacidad de pensar* de un alumno.

Dentro de esta dimensión el **docente**** del área de obstetricia se convierte en el elemento que guiará el proceso educativo, como promotor de cambio de actitudes, al diseñar experiencias de aprendizaje que le den la posibilidad al alumno de detectar y resolver sus necesidades de aprendizaje construyendo así sus aprendizajes, que al ser generado por una necesidad propia y despertado a partir de una realidad concreta adquiere significancia para él, además de favorecer aprendizaje favorecerá también una actitud participativa del alumno en su práctica obstétrica.

A esta forma de concebir el actuar docente y del alumno le acompaña una forma de ver la formación práctica en donde la coparticipación en el proceso de formación es una actividad crítica y comprometida.

Es decir, la **práctica** surge de la realidad en donde se encuentra el alumno, fomentando con ello el pensar, sentir y accionar. En esta forma de ver la educación se plantea que el **programa** de enseñanza-aprendizaje de obstetricia al pretender alcanzar los objetivos fijados dentro del perfil de la carrera, debe incorporar las actividades educativas particulares del área obstétrica que habrán de ofrecerse, para la formación integral de un alumno de 7o. y 8o. semestre; esto es, tienen que ser experiencias de aprendizaje significativas en donde se dé lugar a la interacción entre el estudiante y las condiciones externas del medio o escenario de práctica.

* No necesariamente saber algo significa saber pensar ese algo.

** Se supone en constante proceso formativo.

Habrá decir que en la determinaci3n de los **contenidos educativos** es deseable que participen los alumnos al detectar ellos sus propias necesidades de aprendizaje.

Paralelamente, la evaluaci3n debe de perseguir el análisis del proceso de aprendizaje entre lo individual y lo grupal en donde el propio alumno sea el responsable de la reflexi3n de este proceso, esto quiere decir la evaluaci3n del aprendizaje es responsabilidad del propio alumno asesorado por el docente, ejercicio concientizador que da nuevos elementos para continuar con el proceso.

CAPITULO II

1.2 PANORAMA GENERAL DE LA PROFESI3N DE ENFERMERIA EN EL ÁREA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

1.2.1 Situaci3n Actual De La Enfermer  Obstétrica

Sin duda, enfermer  a través de la historia ha sido participe de una serie de fen3menos que justifican su panorama actual; ya que es considerada como el pilar fundamental en la asistencia social desde épocas muy antiguas, pasando de ser una actividad empírica a ser toda una disciplina basada en principios científicos.

Sin embargo, para que enfermer  pudiera llegar a lo anterior, tuvo que sufrir cambios paulatinos a través del tiempo. De esta manera, a fines del siglo XIX exist  la mujer enfermera tradicional, la cual ejerc  de manera empírica una labor social y humanista. Al inicio de siglo, este símbolo se traslada a poblaciones urbanas, actuando como vacunadora “En la etapa revolucionaria y postrevolucionaria en México; su funci3n se torna de cuidadora de heridos o como soldadera en calidad de otorgadora de primeros auxilios. Así permanece hasta mediados del presente siglo, en donde la enfermer  mexicana desarrolla un fuerte liderazgo y estructura nuevos planes tendientes a hacer de la profesi3n una funci3n

Habrá decir que en la determinaci3n de los **contenidos educativos** es deseable que participen los alumnos al detectar ellos sus propias necesidades de aprendizaje. Paralelamente, la evaluaci3n debe perseguir el análisis del proceso de aprendizaje entre lo individual y lo grupal en donde el propio alumno sea el responsable de la reflexi3n de este proceso, esto quiere decir la evaluaci3n del aprendizaje es responsabilidad del propio alumno asesorado por el docente, ejercicio concientizador que da nuevos elementos para continuar con el proceso.

CAPITULO II

1.2 PANORAMA GENERAL DE LA PROFESI3N DE ENFERMERIA EN EL ÁREA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

1.2.1 Situaci3n Actual De La Enfermeria Obstétrica

Sin duda, enfermeria a través de la historia ha sido participe de una serie de fen3menos que justifican su panorama actual; ya que es considerada como el pilar fundamental en la asistencia social desde épocas muy antiguas, pasando de ser una actividad empírica a ser toda una disciplina basada en principios cientificos.

Sin embargo, para que enfermeria pudiera llegar a lo anterior, tuvo que sufrir cambios paulatinos a través del tiempo. De esta manera, a fines del siglo XIX existia la mujer enfermera tradicional, la cual ejercia de manera empírica una labor social y humanista. Al inicio de siglo, este símbolo se traslada a poblaciones urbanas, actuando como vacunadora. "En la etapa revolucionaria y postrevolucionaria en México, su funci3n se torna de cuidadora de heridos o como soldadera en calidad de otorgadora de primeros auxilios. Así permanece hasta mediados del presente siglo, en donde la enfermeria mexicana desarrolla un fuerte liderazgo y estructura nuevos planes tendientes a hacer de la profesi3n una funci3n

sanitario-asistencial.”⁴ En México es a partir de 1907 en el Hospital General de México en donde la disciplina encuentra su origen y evoluciona hasta nuestros días; en donde encontramos que en nuestro país existe un alto índice de inconformidad por parte de quien la ejerce a causa de la variabilidad en su significado universal, y la falta de coherencia en el quehacer profesional. Aún cuando está en proceso la elaboración de un código ético y legal internacional que precise funciones y normas relativas al ejercicio profesional especialmente en el área obstétrica, en donde se presentan situaciones como las siguientes:

- a) La enfermería debe delimitar el quehacer de la misma, ya que al carecer de ello la función de la enfermera no tiene bases reales, lo cual impide su crecimiento y desarrollo profesional.
- b) Contar con una base de conocimientos, fundamentados en el proceso de investigación, propia e inherente a la enfermería.
- c) Realizar un cambio organizado en forma creativa con práctica independiente.
- d) Tener compromiso socio-político tanto individual como grupal, e institucional que genere recursos humanos adecuados a las necesidades del momento que vive el país.
- e) Una ruptura de tradicionalismos que inhiben el proceso de cambio y desarrollo profesional; como por ejemplo, el hecho de tener mayores niveles académicos nos separa cada día más de la cabecera del paciente; o que trabajamos para el médico y no con él.
- f) Una apertura administrativa (de enfermería) que propicie el crecimiento y desarrollo profesional, grupal e individual de las enfermeras.

Por otro lado, la enfermera Pamela Babb, en su artículo “Enfermería hacia el siglo XXI” describe las características que debe tener una profesión para el adecuado cumplimiento de sus funciones. Entre ellas, consideramos que dos son sujeto de reflexión; en el área de enfermería:

⁴ PEREZ, L. Luz. Notas sobre el Proceso Histórico-Social de Enfermería. Pág. 46

a) "El marco jurídico y legal de la profesión lo establecen los miembros de la misma."

b) "El practicante de una profesión debe contar con autonomía, poder, autoridad, responsabilidad y compromiso individual y, por lo tanto, grupal"

Así, vemos que desde la formación del personal de enfermería hay restricciones que favorecen el subdesarrollo de la profesión. Además, el personal de enfermería a nivel institucional no tiene el control absoluto sobre el ejercicio de su profesión, lo cual lo pone en desventaja respecto a otros profesionales.

Otro factor que hay que considerar en cuanto a la necesidad de generar cambios para enfermería, es que la mayoría de los recursos humanos de la disciplina, se encuentran concentrados en hospitales, en donde son conceptualizados como mano de obra y no como profesionales con capacidades y criterio propio. Esto ha originado que el ámbito comunitario sea descuidado, lo cual se refleja en que la productividad profesional y la presencia de enfermería en las actividades de salud pública y asistencia social sean poco significativas. Se puede decir que, "la ausencia de una sociedad científica de enfermería de atención primaria fuerte, es un freno importante a la expansión de la enfermería."⁵

"Paralelamente, las instituciones educativas no han logrado aún ponderar en qué medida deben prepararse sus egresados para enfrentarse a un mercado de trabajo que sólo exige rendimiento laboral y no productividad profesional ya que los planes de estudio quedan formulados totalmente al margen de las condiciones de trabajo que se presentarán a los egresados."⁶

Por otra parte, la reputación de enfermería ha ido en decremento por personal con poco interés e indiferencia en su superación y en la deficiente calidad de la atención que brinda.

Pese a lo anterior, es sumamente importante dejar claro que; sin pretender pintar un panorama fatalista en torno a la enfermería, si es necesario conocer los puntos

⁵ GARCIA. Op Cit. Pág. 16

⁶ ARROYO, Cordero Graciela Perspectivas de la Profesión de Enfermería Pág 1

vulnerables de la profesión, para que en base a ellos se planeen estrategias que favorezcan el desarrollo de la disciplina; mediante el crecimiento y superación de la enfermera en todas las esferas, tanto personalmente, como parte de un gremio y así crear líderes y modelos profesionales. La única referencia actual de la participación profesional de enfermería en el área obstétrica reconocida por una Institución es la Enfermera Materno Infantil (EMI) la cual trabaja dentro del Programa de Atención Materno-Infantil en el IMSS.

1.2.2 Salud Reproductiva.

Ninguna sociedad trata a la mujer de una manera absolutamente igual que al hombre, con harta frecuencia la salud y el bienestar de las mujeres se ven comprometidos a la vez por el descuido y el trato abusivo que se les inflige. La deficiente salud de la mujer da lugar a elevadas tasas de mortalidad materna, además de ser moralmente inadmisibles, la muerte de una mujer en el parto debe considerarse hoy como un fracaso de la sociedad.

En ningún programa de población debería faltar el componente relativo a la salud de la madre. Todas las mujeres deben tener acceso a los servicios de salud reproductiva, en particular para la planificación familiar, para la asistencia obstétrica y para la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, del aborto peligroso y de la infertilidad, su salud debería ser un tema de especial preocupación a lo largo de su vida.

Ninguna mujer debe quedar embarazada sino disfruta de buena salud dada las consecuencias que de ello pueden derivarse no sólo para ella misma y su bebé, sino también para sus demás hijos y toda la familia. Ninguna mujer debería sufrir las consecuencias a menudo desastrosas de una fecundidad incontrolada. Por lo tanto la OMS define a la salud reproductiva como:

- “La salud reproductiva implica que los hombres y las mujeres tengan la posibilidad de reproducirse de regular su fecundidad y de disfrutar de una relación sexual saludable.

- Implica también que la mujer pueda tener un embarazo y un parto sin correr riesgos, que se pueda regular la fecundidad sin peligro para la salud y que las relaciones sexuales estén exentas de todo riesgo de infección.
- Implica, por último, que el proceso de reproducción llegue a su término de modo satisfactorio asegurando la supervivencia infantil, y sienta las bases para la buena salud y el desarrollo de la familia.

La salud reproductiva debe comprender, como elementos básicos, el comportamiento sexual, la planificación de la familia, la asistencia a las madres y la maternidad sin riesgo, el aborto, las infecciones del tracto reproductivo (incluidas las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/ SIDA) y determinados tumores malignos del tracto reproductivo, como el cáncer del cuello del útero ”⁷

Tomando en cuenta la problemática de salud reproductiva existente se fundamenta el reclamo de los profesionales de salud y en especial de enfermería, los cuales pueden participar en diferentes programas que incrementen el bienestar de la población materno-infantil.

1.2.3 Enfermería y El Programa de Atención Materno-Infantil en México

Los altos índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil siguen siendo un motivo de gran preocupación en nuestro país, pero quizá lo más grave de esto es que dicho problema se presenta a causa de factores ajenos a la medicina que pueden ser perfectamente controlables y prevenibles. A saber, podemos hablar de “edad (menor de 18 y mayor de 35 años), nivel socioeconómico, número de partos (multiparidad), centros de salud inaccesibles, lo cual origina que la atención del parto se realice en condiciones insalubres, escasa o nula atención prenatal, etc ”⁸ como factores de riesgo determinantes en la mortalidad materno-infantil

⁷ OMS *La Salud Reproductiva*. Pág 30

⁸ VARGAS, M. Rafael *Maternidad sin Riesgos*. Pág. 3

Entre otros aspectos que interfieren en la atención materna oportuna, podemos mencionar:

- La persistencia de patrones culturales, sociales y legales que desfavorecen a la mujer.
- En zonas rurales, se producen largas demoras antes de que la mujer embarazada enferma pueda recibir atención médica, ya que los centros de salud se encuentran muy lejos o son inaccesibles, debido a que en algunos poblados el transporte es insuficiente o no hay.
- Muchas mujeres no reciben durante su vida instrucción alguna; por lo que desconfían de la atención médica (ya que prefieren ser atendidas por parteras) o se resisten a adoptar métodos de planificación familiar.
- La mayoría de las mujeres que trabajan en el campo o se dedican a realizar actividades pesadas y a atender a su esposo e hijos, por lo general sufren de desnutrición y por ende, su embarazo difícil.
- Una gran cantidad de mujeres llegan al parto sin haber recibido atención prenatal.
- “Las grandes multiparas padecen, con frecuencia de anemia y sus embarazos resultan complicados por hipertensión, diabetes o infecciones.”⁹

Desafortunadamente en nuestro país, los recursos destinados a la salud reproductiva son pocos, por lo que deben aprovecharse al máximo realizando prácticas enfocadas al primer nivel de atención, con el propósito de aumentar la calidad de vida del binomio madre-hijo.

Para ello, el gobierno mexicano a través de la Secretaría de Salud elabora para el período de 1984-1988 el programa de atención materno-infantil (el cual sigue vigente hasta la fecha); “que se orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; así como a proteger la salud física y mental de los menores, mediante acciones que comprenden aspectos de prevención y atención oportuna de padecimientos, higiene escolar, promoción de la integración y bienestar

familiar, vigencia de actividades ocupacionales que impliquen riesgos y daños para la salud física y mental de las mujeres embarazadas y menores, apoyo alimentario y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.”¹⁰

Para el logro de tal fin, consideramos decisiva la participación de enfermería en los tres niveles de atención a la salud:

En el primer nivel de atención; enfermería debe partir de la detección en la comunidad de mujeres que cursan embarazos en estado fisiológico y canalizarlas al centro de salud para su manejo y control subsecuente, este deberá estar encaminado a la detección oportuna de factores de riesgo que pueden modificar o alterar el embarazo. Además, participa en la detección oportuna y prevención de cáncer cervicouterino y mamario de mujeres en edad reproductiva.

En el segundo nivel, la participación de enfermería está dirigida al cuidado integral de la mujer gestante o con alteración ginecológica. Para lograr lo anterior las actividades realizadas son las siguientes:

- Educación higiénico dietética a la futura madre
- Colaborar en la elaboración de la historia clínica y exploración física a la paciente.
- Detectar factores de riesgo en la mujer gestante
- Colaborar en la atención prenatal.
- Detectar signos y síntomas de alarma en la paciente hospitalizada.
- Ministrar tratamiento indicado por el médico.
- Valorar actividad uterina y frecuencia cardiaca fetal en pacientes con riesgo en el embarazo
- Valorar involución uterina y características del sangrado transvaginal.
- Valorar condiciones de episiorrafia o herida quirúrgica abdominal.
- Orientar a padres sobre cuidados al recién nacido y planificación familiar
- Presentar casos clínicos en el servicio para su discusión y análisis.

⁹ Idem

¹⁰ SACRISTAN, Ruiz Federico. Enfermería en la Atención Materno-Infantil. Pág. 8

- Valorar condiciones de salud de la paciente que ingresa a la unidad tocoquirúrgica.
- Realizar el ingreso de la paciente y prepararla para procedimientos ginecoobstétricos pertinentes.
- Brindar cuidados inmediatos al recién nacido.
- Vigilar evolución del trabajo de parto.
- Detectar factores de riesgo durante el trabajo de parto.

“En el tercer nivel, las actividades de enfermería son las mismas, que en los niveles primario y secundario con la particularidad de que se hace uso de tecnología muy especializada.”¹¹

Al analizar dicho programa, es indudable que para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia existe una nueva perspectiva de la práctica obstétrica ya que dispone de las bases teórico prácticas para proporcionar atención perinatal de calidad, con la estrategia de atención primaria a la salud.

Dentro de la práctica obstétrica médica institucional existen muchas intervenciones habituales innecesarias en algunos casos. Entre dichas intervenciones podemos encontrar: la insistente monitorización de la frecuencia cardiaca fetal, la cual “se desarrolló para ayudar a las pocas mujeres que tienen dificultades en sus partos y no para poner a todas las mujeres de parto en dificultades;”¹² la perfusión de oxitocina, la cual provoca contracciones incontrolables que dificultan la serenidad y participación de la madre; y la episiotomía, “que está demostrado que no es absolutamente necesaria en algunos casos y que puede ser un factor que proboque más alteraciones de salud en el puerperio.”¹³

Ya que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia dentro de su formación tiene la capacidad para la atención de partos de bajo riesgo sería importante su actuar, promoviendo la atención del parto fisiológico.

¹¹ SACRISTAN, Op. Cit. Pág. 13.

¹² Idem.

¹³ MONTES. Op. Cit. Pág. 30

Montes Muñoz en su obra *Análisis y perspectivas del parto*, señala que “la relación madre-hijo en las primeras horas de vida es muy importante para ambos, que el niño se encuentra en una etapa especialmente afectiva y alerta, lo que facilitará el contacto con su madre, que ayudará a disminuir las dificultades en la lactancia, en el cuidado del niño en el primer año de vida, lo que reduce el riesgo de posibles infecciones, sin olvidar los beneficios que proporciona a la madre en cuanto a la involución uterina, la instauración de la lactancia, la prevención de la depresión postparto y el buen estado psicoafectivo de la madre y la pareja;”¹⁴ lo cual da la visión del parto como un proceso fisiológico y no un simple acto físico.

Aunado a lo anterior, en nuestro país el IMSS hace algunos años se unió a la lucha en contra de la morbi-mortalidad materno-infantil, a través de la adopción de este programa, involucrando el personal de enfermería en la atención prenatal, control del niño sano y mejoramiento de la salud reproductiva y planificación familiar en la población derechohabiente de bajo riesgo.

Según Equihua, “con esta incorporación de elementos de enfermería en la atención *materno-infantil*, hubo congruencia con la optimización de recursos institucionales y la satisfacción de la demanda de atención con la calidad necesaria para mantener el estado de salud requerido en la mujer y el niño menor de 5 años al utilizar aunque resulte reiterativo como estrategia la atención primaria a la salud”¹⁵

Las enfermeras materno-infantil (EMI) trabajan básicamente con mujeres embarazadas de bajo riesgo, mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años y con niños de 0 a 5 años de edad, los cuales son atendidos en las Unidades Médicas dentro del área de consulta externa

Un estudio realizado para evaluar el impacto de la EMI en mujeres embarazadas que asisten a control prenatal; reveló que las que fueron atendidas por enfermería, tienen mejor información sobre factores de riesgo obstétrico, reproductivo y cuidados mediatos del recién nacido.

¹⁴ MONTES. Op Cit Pág. 29

Sin embargo, en lo que concierne al apoyo legal directo para las enfermeras materno-infantil, la Secretaría de Salud no tiene experiencia al respecto; por lo que el IMSS les brinda apoyo jurídico en el caso de que enfrenten un problema judicial como consecuencia del desempeño de sus funciones.

De acuerdo con lo antes citado, es evidente que enfermería ha ascendido un escalón de la alta pirámide que la llevará al total reconocimiento. Hablando específicamente del área obstétrica, falta mucho camino por recorrer ya que nos encontramos en desventaja de algunos países latinoamericanos (Uruguay, Argentina), en donde el personal de enfermería cuenta con ciertas normas que guían sus funciones para los servicios de salud materno-infantil a nivel institucional.

Dichas normas han sido establecidas por el Plan Decenal de Salud para América y debido a la amplitud de ellas, sólo enunciaremos las más relevantes para este trabajo:

A. Manejo por enfermería-obstétrica del trabajo de parto y parto normal:

1. Valoración de la edad gestacional por amenorrea, altura uterina y circunferencia abdominal.

“La valoración de la edad gestacional es responsabilidad de la enfermera obstétrica.”¹⁶

2. Valoración de la actividad uterina interpretando la intensidad, frecuencia, tono y/o duración de las contracciones.

3. Interpretación de la tolerancia fetal a la contracción uterina mediante la medición de la frecuencia cardíaca fetal.

“El control del período de trabajo de parto será responsabilidad de la enfermera o la obstetrix.”¹⁷

4. Valoración de la evolución del trabajo de parto por tacto vaginal.

¹⁵ EQUIHUA, Medina Cristina. Marco de Referencia y Resultados de Enfermería en el Programa de Atención Materno-Infantil. Pág. 96

¹⁶ Et. Al. Normas de Enfermería-Obstetricia en el Parto Normal y Participación en el Parto Prematuro. Pág. 72

¹⁷ Et. Al. Op. Cit. Pág. 73

5. Brindar una atención de enfermería-obstetrica optima a la madre y recién nacido durante el período expulsivo, alumbramiento y postparto.

“El parto eutócico puede ser atendido por la enfermera y la obstetriz, para la atención del recién nacido deberá haber una persona de enfermería-obstetrica adiestrada para ello.”¹⁸

6. Valoración de las pacientes en puerperio.

7. Otorgar al recién nacido una atención oportuna, eficiente y libre de riesgo Contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad neonatal precoz.

“Para la atención inmediata del recién nacido de bajo riesgo, se necesitará una enfermera u obstetriz.”¹⁹

8. “Todo paciente a quien se vaya a administrar drogas utero-estimulantes (oxitocina, ergonovina), anestésicos o analgésicos durante el período de parto debe tener una indicación médica escrita.”²⁰

Se anota como referencia que en España, desde 1957 se aprobó el programa de especialidad en enfermería obstétrica y en 1993 se convocan las primeras plazas para la obtención de título “Enfermería Obstétrico-Ginecológica” con 170 plazas en el sector público y 4 en el privado, aumentando considerablemente el número de ellas cada año.

Desafortunadamente, en México para que se puedan aplicar estas normas es necesario una redefinición de funciones y actividades del personal de enfermería-obstetrica (en este caso Licenciados en Enfermería y Obstetricia).

Para que al analizar y entender las condiciones económicas, sociales y culturales; la historia, recursos, organización y experiencia de la población rural se planeen estrategias que ayuden a aumentar las coberturas geográficas y funcionales de la atención prenatal, perinatal, posnatal, de planificación familiar y a su vez estimular el control del crecimiento y desarrollo del niño en base a una situación real y objetiva. Además hay muchas actividades que se pueden realizar en coordinación

¹⁸ Et. Al. Op. Cit. Pág. 77

¹⁹ Et. Al. Op. Cit. Pág. 79

con los habitantes de una comunidad, pero para empezar a sensibilizar a la población sobre su problemática es necesario involucrarlos poco a poco en acciones pequeñas, lo que a su vez ampliará el perfil de la enfermera materno-infantil mediante el trabajo comunitario.

Así, se concluye que el éxito del adecuado manejo de la paciente obstétrica estriba en el conocimiento, aptitud, diligencia y la minuciosa observación que el personal de enfermería brinde, aunado a la integración uniforme del equipo de salud multidisciplinario para la realización de planes de atención individuales para cada paciente, y así garantizar la excelencia en la calidad de atención.

1.2.4 Aspectos Jurídicos De La Enfermería

“La práctica de la enfermería, como la de cualquier otra disciplina biomédica, requiere de criterios éticos y jurídicos que, en conjunto, definan las reglas de comportamiento ante el proceso de salud-enfermedad.”²¹ En relación con lo anterior, no debe olvidarse que a lo largo de la historia mundial se han estructurado normas o lineamientos a seguir por las diferentes disciplinas del área de la salud.

Recientemente, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); uno de los organismos más importantes en la representación de enfermería en el mundo, realizó en 1983 una investigación sobre el desempeño del personal de la profesión en sus diferentes niveles y categorías, así como a los programas de enseñanza continua a desarrollar en los hospitales, con la finalidad de elaborar un proyecto de reglamentación de enfermería. Dicho proyecto tiene como propósito ayudar a las agrupaciones dirigentes de enfermería en la formulación de planes y estrategias que permitan a la profesión, utilizar su potencial a fin de dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud.

²⁰ Et. Al. Op. Cit. Pág. 86

²¹ REYES, Camacho R. Aspectos Jurídicos de la Enfermería, Pág. 9

* “Es el acto a través del cual pueden ser dictadas normas generales por un órgano diferente al legislativo, que suelen versar sobre puntos de procedimientos y ejecución, siendo los reglamentos respecto de la ley un grado inferior.”

Por otro lado; “los problemas derivados del proceso salud-enfermedad se encuentran determinados, sobre todo, por un cambio en la actitud del hombre frente a la vida, la enfermedad y muerte, derivado del enfoque científico y tecnológico, por lo que resulta imprescindible la inclusión de normas jurídicas que, por su naturaleza, resultan obligatorias tanto para el Estado como para los particulares.

El **Artículo 79 de la Ley General de Salud** expone que: “la enfermería queda comprendida dentro de las disciplinas para la salud. Su ejercicio podrá desarrollarse mediante actividades de carácter auxiliar, técnico, profesional o de posgrado. Así que, para tal efecto, es necesario contar con la preparación académica suficiente, avalada mediante un certificado, diploma o título profesional legalmente expedido y registrado ante la autoridad educativa correspondiente.”²² Específicamente para el ejercicio de la enfermería a nivel profesional se requiere de un título; mientras que para el ejercicio de actividades técnicas o auxiliares sólo es necesario un certificado de estudios; pese a ello, ya en el ámbito laboral, encontramos a ambos grupos realizando las mismas funciones.

Por lo anterior, podemos deducir que entre los problemas que se relacionan de modo directo con la práctica de enfermería se encuentra el derivado de la necesidad de contar con una delimitación jurídica de los campos de actividad para el personal auxiliar, técnico y profesional que se dedica al ejercicio de la disciplina. Al respecto el **Artículo 4º de la Ley de Profesiones** señala: “El Ejecutivo Federal, previo dictamen de la Dirección General de Profesiones emitido por la Secretaría de Educación Pública y escuchando el parecer de los colegios de profesionistas y de las comisiones técnicas que se organicen para cada profesión, expedirá los reglamentos que delimiten los campos de acción de cada profesión, así como el de las ramas correspondientes, y los límites para el ejercicio de las mismas

²² REYES Op. Cit. Pág. 11

profesiones.”²³ Sin embargo, hasta el momento, tal disposición no se ha cristalizado en el área de enfermería.

Por otro lado, **La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos** establece en el **Artículo 4º, párrafo tercero**: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; por tanto, este derecho es el primer factor que influye en la práctica de enfermería, ya que al exigir la población una mayor cobertura de los servicios de salud necesita también una modificación en cuanto al patrón del ejercicio de la disciplina, ya que el personal de enfermería, está concentrado en grandes ciudades y centros hospitalarios.

Según García Olmos “desde el punto de vista teórico, está claro que el papel de la enfermera puede desempeñarse en un equipo de atención primaria; sin embargo, en la práctica, la ausencia de un marco legal que contemple el desarrollo de sus funciones conduce, en buena medida, a que éstas dependan de la capacidad de delegación de los médicos con los que trabaja.”²⁴

Como otro derecho constitucional, se establece la posibilidad de prestar servicios de enfermería no sólo en un ámbito laboral, sino mediante una relación civil, sea de nivel auxiliar, técnico o profesional; esto se relaciona con el **Artículo 123 Constitucional**, el cual se refiere a que “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil.”

Otro documento que avala lo citado es el **Código civil**, que sustentado al Contrato de Prestación de Servicios Profesionales de Enfermería como “un contrato por virtud del cual un profesional de enfermería, mediante una remuneración que toma el nombre de honorarios, se obliga a prestar a un paciente servicios de enfermería limitados al ámbito de preparación que posea él o la profesional de que se trate.”²⁵ Entre las características de dicho contrato llama la atención aquella que dice: “no se requiere formalidad especial para su otorgamiento. Por ende, el contrato quedará

²³ REYES. Op. Cit. Pág. 12

²⁴ GARCIA, Olmos. Et.Al. Contenido de la Consulta de Enfermería en un Centro de Salud, Pág. 15

²⁵ REYES. Op. Cit. Pág. 16

perfeccionado con el mero consentimiento de las partes, es decir, el acuerdo de voluntades.”²⁶ Así, este planteamiento lleva a una reflexión: En estos casos, ¿quién ampara la práctica de enfermería?. Es claro entonces que el conjunto de leyes vigentes en nuestro país, que rigen el quehacer de las disciplinas del área de la salud, forman el marco jurídico de enfermería. Tales leyes se refieren a la formación de recursos de enfermería; a la formación de colegios y/o gremios; a la ubicación del profesional en el ámbito laboral cuando trabaja para un patrón; del derecho a la seguridad que le corresponde como mexicano y como persona productiva; así como las acciones que debe omitir en el quehacer profesional, por estar considerados como delitos; siendo labor del Código Penal, establecer la tipicidad de estos y la penalidad que para cada caso corresponde

1.2.5 La Obstetricia Como Parte Del Perfil Del Egresado De La LEO

En el perfil académico del egresado de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia se menciona que uno de los principales propósitos de la UNAM es formar profesionales competentes e informados, dotados de sentido social y conciencia nacional. Es por eso que surge la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO ya que se distinguen por su desempeño profesional que vinculado a las necesidades del país, contribuyen a solucionar los problemas del área de la salud que afectan a las grandes mayorías.

Para cumplir con lo antes mencionado, entre otras capacidades , el LEO se caracteriza, en cuanto a obstetricia se refiere, por lo siguiente:

- “Comprender los factores sociales, económicos, culturales y ecológicos que condicionan el proceso salud-enfermedad a fin de analizar la realidad nacional y los problemas prioritarios de salud en relación con la estructura del sector salud, las políticas y las estrategias de acción en virtud de definir su nivel de participación como integrantes del equipo de salud en la práctica institucionalizada y el ejercicio libre de la profesión

²⁶ Idem

- Sistematizar el estudio clínico integral de la embarazada con base en los indicadores de normalidad, así como detectar y clasificar las manifestaciones de alteración orgánica funcional.
- Proporcionar atención de obstetricia a la paciente de bajo riesgo perinatal, considerando los métodos clínicos y epidemiológico, para evaluar, detectar y disminuir riesgos al binomio madre-hijo, tanto en la práctica institucional como en el ejercicio libre de la profesión.
- Distinguir los aspectos legales relacionados con la práctica de enfermería obstetrica, tanto en la instituciones como en el ejercicio libre de la profesión.
- Actuar durante el desarrollo de su práctica con estabilidad emocional, sustentada en los valores éticos y principios humanísticos.
- Acrecentar su cultura con un permanente deseo de superación y actualización profesional”.²⁷

Dentro de lo establecido en el perfil del egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM se menciona que el campo de acción puede ser tanto institucional como el ejercicio libre de la profesión, sin especificar éste último.

Observamos que si el alumno realmente cumpliera los objetivos trazados en los programas teórico y práctico de la materia de Obstetricia I y II egresaría suficientemente formado.

1.2.6 Perspectivas De Enfermería Obstétrica

“Salud para todos en el año 2000”, sin duda es la pretensión del gobierno mexicano, al formar parte de la OMS; a través de la estrategia de atención primaria a la salud. Para lo anterior, la Secretaría de Salud ha incrementado programas y políticas encaminadas al logro de esta meta nacional, “los cuales se orientan al aumento en la esperanza de vida, a la disminución de la mortalidad infantil y preescolar y a la de los índices de fecundidad; así como, en general, a abatir los

²⁷ ENEO-UNAM Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Pág. 11-17

problemas de morbi-mortalidad, tanto los que en su mayoría son susceptibles de prevención, como aquellos que requieren de una atención curativa.”²⁸

Por lo tanto, el personal de enfermería se hace indispensable, para atender las necesidades de la población, tanto en materia de salud pública como atención hospitalaria; considerando que la enfermedad ha dejado de ser sólo una situación emergente, transitoria y de solución muy definida.

Si consideramos que el grupo más abundante, pero también el más vulnerable en el país es el materno-infantil y que la gestación y el parto son funciones fisiológicas que no debieran acarrear “complicaciones”, resulta imprescindible prevenir aquellas situaciones que en determinado momento pueden dañar a la madre y a su hijo, mediante la identificación de factores de riesgo que favorecen la presencia de un proceso patológico.

En este sentido, enfermería ha cambiado su estrategia, dando prioridad a la atención primaria a la salud, enmarcándose así en una gran responsabilidad profesional. “Ha trabajado un modelo de atención en el que predomina la labor educativa para lograr un cambio en nuestra población que permita la adquisición de una nueva cultura en salud en la que destaque la importancia del cuidado del individuo y de su medio ambiente como medidas preventivas de riesgos y de enfermedades.”²⁹

La atención primaria a la salud materno-infantil debe entenderse como el conjunto de acciones enfocadas a preservar la salud del binomio madre-hijo, evitando que los riesgos presentes no se conviertan en daño y con ello se incremente la calidad de vida de los recién nacidos. Así, vemos que esta labor es responsabilidad del personal de enfermería y trabajo social, bajo la supervisión y apoyo médico.

Por otro lado; en la fase de formación, la salud reproductiva sigue siendo para la ENEO un elemento fundamental que considera en la preparación de sus egresados. Esta institución pretende desarrollar en el alumno habilidades y criterio para ofrecer

²⁸ ARROYO. Op. Cit. Pág. 1

²⁹ ARROYO Op. Cit. Pág. 2

atención científicamente fundada en lo que se refiere a atención prenatal; en el parto y puerperio de bajo riesgo y en el control y vigilancia del niño sano de 0-5 años. Dando gran importancia a la detección de factores de riesgo, embarazos de alto riesgo y el manejo de enfermedades del binomio madre-hijo, esto no sólo en el ámbito hospitalario, sino también en el comunitario.

Aunado a lo anterior los resultados obtenidos en el programa de atención de parto de bajo riesgo y de capacitación de parteras empíricas en Guerrero, Michoacán e Hidalgo; son testimonios que proyectan la gran capacidad de la enfermería universitaria en la atención de la población materno-infantil, utilizando como estrategia la atención primaria a la salud.

Resultaría muy interesante que todas las instituciones educativas de enfermería a nivel nacional, se comprometieran a preparar a sus egresados bajo una estructura cognoscitiva multidisciplinaria que los preparara para trabajar en los ámbitos laboral y comunitario, innovando estrategias de prevención para la salud reproductiva.

Además; los programas de salud tendientes a disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil (desde luego sin generalizar), deberían ser producto de previas investigaciones (diagnósticos de salud) y no de estrategias que sólo pretenden resolver en forma rápida y masiva los problemas asistenciales. Por otro lado, se debería seleccionar mejor al personal, ya que los recursos humanos que se utilizan para implementar estos programas, llegan a ellos desmotivados y con cierto desagrado, ya que para ellos no implican ventajas económicas, ni laborales.

CAPITULO III

1.3 CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN OBSTETRICIA QUE DEBE MANEJAR EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

1.3.1 Historia Clínica Perinatal

La historia clínica es un instrumento para la recolección de datos subjetivos (datos que se obtienen haciendo preguntas al paciente) y de datos objetivos (los datos objetivos pueden complicarse mediante la exploración física o mediante observación general) para la valoración del estado de salud del paciente.³⁰

La historia clínica prenatal es en esencia un instrumento de investigación que identifica los factores que pueden afectar de manera dañina la evolución del embarazo. Por tanto para prestar una asistencia prenatal óptima deberá obtenerse la información necesaria en cada paciente de maternidad durante la valoración inicial. Este instrumento varía de acuerdo a las políticas de cada hospital, pero en general todas las historias clínicas contienen los mismos rubros.

Para la obtención de datos y el vaciamiento de los mismos se utiliza como instrumento un cuestionario que puede ser elaborado de acuerdo a las normas establecidas del hospital. Para la exploración física se utilizará: cinta métrica, estetoscopio de Pinard, guantes estériles, lubricante, báscula, baumanómetro y termómetro.

Para recabar datos subjetivos puede utilizarse la técnica de entrevista directa. "Un sitio tranquilo en el que se garantice la intimidad, crea un ambiente adecuado para el proceso de entrevista."³¹

1.3.2 Interrogatorio

A. Ficha De Identificación.- En este apartado lo que se pretende averiguar es: Nombre y edad de la paciente, domicilio, teléfono, nombre del esposo y localización del familiar responsable en caso de emergencia.

B. Antecedentes Personales No Patológicos.- Religión, ocupación, estado socioeconómico, hábitos higiénicos y de tóxicos, estos datos son de gran importancia ya que nos pueden hablar de un medio favorable para el progreso de muchos estados patológicos

³⁰ LONG, C. Bárbara, Enfermería Médico Quirúrgica, Pág. 22-23

³¹ OLDS, B. Sally, et. al. Enfermería Materno Infantil, Pág. 241

C. Antecedentes Personales Patológicos.- Este rubro está enfocado a aquellos padecimientos previos de la paciente que estén presentes en el momento del embarazo o que hayan dejado secuelas que puedan alterar el desarrollo de la gestación. "Son padecimientos de gran importancia por la desventaja ante el embarazo que le ofrecen a la mujer afectada; la diabetes, las cardiopatías, la hipertensión arterial, nefropatías, colagenopatías, etc."³² Otra desventaja es la posible agresión farmacológica, ya que la paciente puede requerir tratamiento a su patología.

D. Antecedentes Gineco-Obstétricos.- Fecha de menarca, características del ciclo menstrual, fecha de iniciación de relaciones sexuales y si utilizó métodos anticonceptivos, número de embarazos, partos, cesáreas y causas de las mismas, abortos, evolución de cada uno de los embarazos, de los partos y puerperios, peso y características de los productos al nacimiento, tiempos de lactancia y la fecha de última menstruación. Los datos anteriores son vitales para determinar conductas médicas.

E. Padecimiento Actual.- Se analiza la fecha de última menstruación para realizar el cálculo del tiempo de evolución del embarazo, se le mencionarán a la paciente una serie de síntomas que aunque no sean patológicos se presentan en el embarazo y generan preocupación en ella, de acuerdo al trimestre en que la paciente acuda a la valoración prenatal se indagarán datos característicos de éstos, por ejemplo, en el primer trimestre la sintomatología que normalmente se presenta son náuseas, vómito, mareos y amenorrea los cuales son sintomatología neurovegetativa propia de esta etapa por lo que el explorador deberá valorar la posibilidad de normalidad o anormalidad en la intensidad de dichos síntomas. En esta etapa se insistirá sobre la presencia de sangrado transvaginal, sintomatología urinaria y medicamentos, tóxicos o radiaciones.

En cuanto al segundo trimestre los síntomas y complicaciones disminuyen considerablemente por lo que suele ser el más cómodo, en este trimestre se

³² H.M.G.O. No. 3 Ginecología y Obstetricia, Pág. 88

indagará sobre la percepción de los movimientos fetales para relacionarlos con la evolución del embarazo. “Datos importantes de alarma en este periodo son el sangrado transvaginal en cualquier variante y la contractilidad uterina dolorosa.”³³

El tercer trimestre es el periodo de mayor frecuencia de las complicaciones y de sobrecarga para la madre. “La paciente frecuentemente refiere en el tercer trimestre, dolor de tipo espasmódico muscular en la pared abdominal anterior, en las masas musculares dorso-lumbares y en la extremidades inferiores; todo esto le condiciona con frecuencia, gran dificultad para lograr un sueño reparador.”³⁴ En cuanto a lo patológico se deberá indagar sobre la presencia de síntomas de vasoespasmo (cefalea, acúfenos, fosfenos, etc.), aumento anormal de peso, sangrado y leucorrea. “Es importante hacer notar que todos los síntomas que no traducen patología específica y que sólo condicionan molestia a la paciente como son los neurovegetativos del primer trimestre, la pirosis y dolores musculares de los siguientes trimestres, sólo deben ser tratados en los casos extremos, evitándose en lo posible el uso de fármacos y recomendando exclusivamente medidas generales.”³⁵

F. Interrogatorio Por Aparatos Y Sistemas.- Se debe de dirigir el interrogatorio a los aparatos y sistemas para detectar si existen alteraciones que la paciente no haya referido o por ignorancia de su existencia.

1.3.3 Detección De Factores De Riesgo

Una parte muy importante de la valoración prenatal es la investigación de los factores de alto riesgo. Estos son los datos que tienen de manera demostrada, un efecto negativo sobre los resultados del embarazo ya sea para la mujer o para su hijo por nacer.

“El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo. Este se

³³ H.M.G.O. No 3 Op cit. Pág 89

³⁴ Idem

define como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño a la salud . Este enfoque se basa en la observación de que no todas las personas, las familias y las comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar y morir, sino que, para algunos esta probabilidad es mayor que para otros³⁶. Mencionaremos antes de entrar de lleno al enfoque de riesgo perinatal, algunos conceptos:

Riesgo.- Significa la mayor probabilidad de padecer un daño. Es importante destacar que el concepto de riesgo es probabilístico y no determinista. Por ejemplo, un individuo fumador tiene un mayor riesgo de contraer cáncer de pulmón. Esto no significa la certeza de que ocurra. Habrá algunos individuos que, al fumar no contraerán el mal y viceversa, otros a pesar de no fumar lo padecerán.

Factor De Riesgo.- Es la característica o atributo cuya presencia se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer el daño. Por ejemplo, la embarazada mal nutrida tiene mayor probabilidad de tener un hijo de bajo peso al nacer, cuando se le compara con la bien nutrida. Por lo tanto, la mal nutrición materna es un factor de riesgo de padecer un daño o problema, de bajo peso al nacer.

Daño.- El concepto de riesgo está indisolublemente vinculado a un daño específico. Por consiguiente, se debe definir claramente cual es el daño al que se hace referencia (mortalidad infantil, neonatal, perinatal, bajo peso al nacer, morbilidad materna, etc.) y en función de ese daño se analizarán cuáles son los factores que se le asocian.

Riesgo Perinatal: “Entre los factores de riesgo que inciden en la evolución del embarazo y de su producto, se pueden diferenciar los que se asocian con un riesgo potencial y aquellos que se asocian con un riesgo real. En estos últimos ya se encuentra establecida alguna patología o anomalía muy ligadas al daño que se pretende prevenir.

³⁵ H.M.G.O. No. 3 Op cit. Pág. 90

³⁶ OLDS, B. Sally. Op. Cit. Pág. 500-501

Entre los factores de riesgo potencial figuran fundamentalmente los preconcepcionales (clase social, estado civil, nivel educacional, paridad, edad materna, etc.) Entre los factores de riesgo real están incluidos los cuadros que configuran la patología (toxemia, diabetes, hemorragia, enfermedad hemolítica feto-neonatal, anemia etc.

Las gestantes con riesgo potencial requieren fundamentalmente atención prenatal y neonatal durante el parto (accesibilidad asegurada). El objetivo fundamental en este grupo es controlar la evolución del proceso para evitar que el riesgo se convierta en daño. Las gestantes con riesgo real dan origen a su vez a la constitución de dos grupos. Uno incluye a aquellos casos cuyo problema puede ser abordado eficazmente en los centros en donde son captados (por ejemplo, anemia por déficit de hierro). El otro es el que requiere su derivación hacia centros de mayor complejidad en el momento oportuno durante el embarazo o para la atención del parto (por ejemplo enfermedad hemolítica fetal).³⁷

1.3.4 Detección De Embarazos De Alto Riesgo

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre, el feto o recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros que en un embarazo normal.

Esto a su vez se ha asociado como problemas socioeconómicos, de educación, de salud, alteraciones obstétricas, fecundación no deseada o deficiencias biológicas. Los factores específicos que comprenden el riesgo creciente para la madre o el bebe, incluyen determinantes genéticos, enfermedades maternas o fetales, trastornos obstétricos, disfunción placentaria, complicaciones del cordón umbilical, parto fuera de término y complicaciones del trabajo de parto³⁸

Estos factores de riesgo serán oportunamente detectados durante el control prenatal a la hora de elaborar la historia clínica completa, la exploración física

³⁷ ENEO-UNAM "El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno-infantil". Pág. 8

³⁸ BENSON Manual de Obstetricia y Ginecología. Pág. 588

adecuada; una evaluación cuidadosa y estrecha de la madre y el feto durante todo el embarazo, lo que requiere de estudios especiales, para determinar su bienestar.

La valoración del trabajo de parto y el efecto de este sobre el feto tiene como finalidad detectar oportunamente sufrimiento del mismo, una atención adecuada y oportuna del parto, así como una exploración cuidadosa del recién nacido inmediatamente después del nacimiento puede permitir la detección de signos tempranos de riesgo perinatal.

El conocimiento del Licenciado en Enfermería y Obstetricia fundamentado científicamente le permitirá detectar oportunamente signos de alarma obstétrica, que indicarán el momento de actuar oportunamente y canalizar a la paciente al lugar indicado para su atención.

1.3.5 Exploración Física.

Primeramente se obtendrán los datos del peso, talla y los signos vitales; por interrogatorio se indagará los mismos datos antes del embarazo para correlacionarlos.

Al realizar la exploración física, es necesario considerar que la postura fetal, en la última etapa del embarazo toma ciertas características que desencadenan, en condiciones normales el inicio del trabajo de parto. De ello se derivan algunos conceptos útiles para la valoración del producto y su madre:

Actitud: es la relación que guardan las distintas partes del feto entre sí. La actitud normal de un feto es de flexión, por lo tanto forma una masa ovoide que corresponde a la forma de la cavidad uterina.

Situación: es la relación del eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre. Esta puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

Presentación: es la parte del feto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, y es capaz de desencadenar el trabajo de parto. Así, tenemos que la presentación puede ser cefálica o pélvica.

Posición: es la relación que guarda el dorso del feto con respecto al lado derecho o izquierdo de la madre. Por lo tanto, las posiciones son: derecha o izquierda.

Variación de Posición: es la relación que guarda el punto toconómico del producto con la mitad anterior o posterior de la madre y con el hemiabdomen derecho o izquierdo de la misma.

Punto Toconómico: es el punto de referencia del feto, que varía de acuerdo con las diversas presentaciones. En presentación cefálica el punto toconómico es el occipucio y en presentaciones pélvicas es el sacro.³⁹

1.3.6 Maniobras De Leopold

Para localizar la actitud, situación, presentación y posición del producto se deben emplear (durante la exploración física) las maniobras de Leopold; las cuales brindan una valoración sistemática del abdomen materno. A menudo la práctica con estas maniobras incrementa la eficiencia del examinador para identificar al feto, porque el ruido cardíaco se transmite con mayor intensidad por el dorso del feto y la pared uterina; se difunde a su paso por el líquido amniótico. A continuación mencionaremos las cuatro maniobras de Leopold:

1. **Primer Maniobra De Leopold.-** Se limita el fondo uterino con ambas manos para descubrir que polo fetal se encuentra en él. Las nalgas dan la sensación de un gran cuerpo nodular, mientras que la cabeza se percibe dura, redonda, regular y resistente; se mueve libremente y pelotea. Esta maniobra es para conocer el contenido y continente uterino.
2. **Segunda Maniobra De Leopold.-** Se colocan las palmas de las manos en cada lado del abdomen y se ejerce una presión suave pero profunda. En un lado se percibe una estructura resistente y dura, el dorso; y en el otro lado numerosas nodulaciones que son las pequeñas partes. Esta maniobra sirve para conocer la posición del producto.

³⁹ PRITCHARD Op Cit Pág. 227

3. **Tercer Maniobra De Leopold.-** Se utiliza para conocer la presentación del producto. Las manos se colocan en posición inferior del abdomen situada inmediatamente por encima de la sínfisis púbica, para lo que se utiliza el pulgar y los restantes dedos de la mano. Si la presentación no está encajada, se percibe un cuerpo desplazable. No obstante si la presentación aparece profundamente encajada, esta maniobra indica sólo que el polo inferior del feto está fijado en la pelvis.

4. **Cuarta Maniobra De Leopold.-** Sirve para valorar el grado de encajamiento de la presentación. El explorador de cara a los pies de la paciente con la yema de los tres primeros dedos de cada mano ejerce una presión profunda en dirección del eje del estrecho superior de la pelvis. Para conocer en que nivel se encuentra la presentación es necesario conocer los planos de Hodge:

- 1er. Plano: Del promontorio del sacro a la parte superior de la sínfisis del pubis.
- 2º. Plano: De la segunda vértebra sacra hasta la parte inferior de la sínfisis del p
- 3er. Plano: A nivel de las espinas ciáticas.
- 4º. Plano: A nivel del coxis hacia afuera.

1.3.7 Auscultación De La Frecuencia Cardíaca Fetal

En la exploración física, también es importante considerar la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal. Antes de iniciar el procedimiento es de suma importancia identificar en el abdomen de la madre el punto donde se colocará el estetoscopio de Pinard, para ello el explorador debe emplear las maniobras de Leopold ya que puede ser más audible y claro donde se localiza el dorso del feto por su irradiación al hombro del feto.

“En la presentación cefálica los ruidos cardíacos fetales se escuchan en el cuadrante inferior del abdomen materno, en la presentación de nalgas se escucha sobre el nivel del ombligo materno o por arriba del mismo; en la situación transversa se escucha justamente por arriba o por abajo del ombligo”⁴⁰

⁴⁰ OLDS, Sally. Op. Cit. Pág. 502

La valoración de la frecuencia cardiaca fetal, tiene como finalidad percibir e identificar los ruidos cardiacos fetales.

Primero se palpa el abdomen materno para conocer la posición fetal. Se escucha el corazón fetal con un estetoscopio adecuado o cualquiera de los aparatos ultrasónicos Doppler. Hay que diferenciar las acciones cardiacas fetal y materna. Por tanto deben controlarse al mismo tiempo el pulso materno y el ritmo cardiaco fetal. De lo contrario la taquicardia materna puede mal interpretarse como un ritmo cardiaco fetal normal.⁴¹ Se cuenta el número de latidos cardiacos en el lapso de un minuto. El latido cardiaco fetal consiste en un primer tono causado por la sistole ventricular, luego por un pausa corta, un segundo tono producido por el cierre de la válvulas semilunares, y un silencio más largo. Los valores normales son de 120 a 160 latidos por minuto.

Lo que se debe de tomar en cuenta para valorar la F.C.F. es:

- Frecuencia: número de latidos cardiacos por minuto.
- Ritmo: periodicidad y sincronía de los latidos.
- Intensidad: fuerza o claridad con que se manifiestan las contracciones cardiacas.

Cuando la paciente ingresa a la unidad tocoquirúrgica la F.C.F. debe escucharse cada 30 a 60 minutos.

“El latido cardiaco fetal puede descubrirse por auscultación mediante el estetoscopio hacia las 17 semanas de gestación, por término medio, y hacia la semana 19 prácticamente en todos los embarazos.”⁴² “La actividad cardiaca fetal puede detectarse casi siempre a las a las 12 a 14 semanas de gestación mediante un equipo Doppler. La ecocardiografía permite detectar la actividad cardiaca a los 48 días después del inicio de la última menstruación”⁴³

La auscultación de la frecuencia cardiaca fetal nos proporciona datos importantes del estado del feto durante el trabajo de parto y nos ayuda a detectar oportunamente la asincronía entre la frecuencia cardiaca y las contracciones

⁴¹ ENEO-UNAM, *Antología de Obstetricia I "Conducta del Parto Normal"*. Pág. 480

⁴² PRITCHARD, A. Jack. Et al Op Cit Pág 205

uterinas. Así podemos detectar dos diferentes tipos de desaceleraciones en el latido cardiaco fetal. Las desaceleraciones son disminuciones periódicas de la frecuencia cardiaca, por lo general como reacción a las contracciones uterinas. "Los patrones tempranos y tardíos de desaceleración son uniformes y ocurren como imágenes en espejo de las contracciones uterinas."⁴⁴ Podemos detectar dos tipos de desaceleraciones en el latido cardiaco fetal:

- **Desaceleración Temprana.-** La desaceleración temprana inicia simultáneamente con la contracción "el nadir de la frecuencia cardiaca aparece con el ápice de la contracción, y la frecuencia cardiaca se incrementa de nuevo hasta la línea basal conforme se desvanece la contracción."⁴⁵ Es causada por compresión de la cabeza fetal y es más frecuente cuando se han roto las membranas, se puede considerar como un fenómeno benigno y no requiere tratamiento. Sin embargo si estos patrones son intensos, prolongados, persistentes o se acompañan de coloración meconial intensa, el problema podría ser grave y el tratamiento sería indicar a la paciente que se coloque en decúbito lateral y descartar la presencia de compresión de cordón.
- **Desaceleraciones Tardías.-** La desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal se produce después de que inicia la contracción, "el nadir de la frecuencia cardiaca fetal ocurre después del ápice de la contracción, y la desaceleración prosigue después que se ha abatido la contracción."⁴⁶ La desaceleración tardía se acompaña de insuficiencia uteroplacentaria y es resultado de hipoxia y trastornos metabólicos. En los casos menos graves la frecuencia cardiaca fetal puede exceder de manera transitoria a la cifra de referencia después de terminada la desaceleración. En los casos más graves la frecuencia cardiaca fetal requiere de más tiempo para volver a la línea basal a partir de la desaceleración, y no se acelera de manera transitoria.

⁴³ Idem.

⁴⁴ BENSON. Op. Cit. Pág. 237

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ idem

1.3.8 Realización De Tactos

Para llevar a cabo una exploración física completa es importante realizar la valoración cervical, la cual es un método para evaluar el inicio y progreso del trabajo de parto a través de la dilatación, borramiento del cuello uterino; también brinda información sobre el estado de las membranas, la posición fetal y la altura de la presentación.

Los pasos a seguir para la realización de tactos son:

- Explicar el procedimiento a la paciente; ya que disminuye la ansiedad e incrementa la relajación de la mujer.
- Colocar a la paciente en posición de litotomía, con los muslos en flexión y abducción con los talones juntos. Se debe orientar a la paciente para que relaje los músculos y las piernas durante el procedimiento.
- Emplear técnica aséptica durante la exploración (puede emplearse uno o dos guantes estériles).
- Emplear el pulgar y dedo índice de la mano izquierda, separar con amplitud los labios, insertar los dedos índice y medio de la mano derecha bien lubricados en la vagina hasta tocar el cuello uterino, sin tocar las estructuras vulvares circundantes. Con esta técnica se evita contaminar la mano al hacer contacto con el ano; la posición de la mano con la muñeca recta y el codo inclinado hacia abajo permite que las puntas de los dedos apunten hacia el ombligo y encuentren el cuello uterino, para valorar los siguientes puntos:
 - **Determinar El Estado De Las Membranas Fetales:-** Palpar el saco abombado movable a través del cuello uterino; observar la salida de líquido amniótico durante la exploración; si la bolsa de las aguas está intacta, se percibirá como un abombamiento, si se ha roto, quizá salga líquido amniótico mientras se efectúa la exploración vaginal, es importante determinar la integridad de las membranas, puesto que éstas pueden actuar como cuñas de dilatación durante el trabajo de parto y nos ayuda a salvaguardar la posible infección ascendente hacia el feto.

- **Identificar El Grado De Dilatación Cervical:** Palpar la abertura o lo que parece una depresión del cuello uterino con un reborde circular de tejido. La estimación del diámetro de la depresión identifica el grado de dilatación. El paso justamente de la punta del dedo indica una dilatación aproximada de 1.5 a 2 centímetros del cuello uterino.
- **Borramiento Cervical:** Estimar el diámetro de la abertura cervical en centímetros (0 a 10 cm.). Palpar el espesor del reborde circundante de tejido, estimar el grado de adelgazamiento en porcentaje. El grado de adelgazamiento depende la cantidad del segmento uterino inferior que se ha deslizado hacia la región del fondo.
- **Presentación Y Posición Fetal:-** Al abrirse el cuello uterino, se puede palpar parte de la presentación fetal e identificar sus relaciones con la pelvis materna. En presentación cefálica la posición se determina según la relación que guarda el occipucio con los cuadrantes pélvicos de la madre. En presentación de vértice, la posición se identifica al palpar las suturas y fontanelas del cráneo fetal para inferir la ubicación del occipucio y relacionarlo con uno de los cuatro cuadrantes pélvicos maternos. En la presentación facial o de cara, palpase los rasgos faciales, y se establece la ubicación del occipucio. Finalmente en presentación de nalgas, la posición se determina por las relaciones del sacro fetal con los cuadrantes de la pelvis materna.
- **El Descenso De La Presentación:** Este dato se establece al relacionar la porción más baja de la presentación con las paredes anteriores de la pelvis materna a nivel en de las espinas isquiáticas. Para determinar con mayor facilidad el descenso de la presentación se pueden tomar como referencia los planos de Hodge, así tenemos que lo anterior permite obtener información sobre la suficiencia de la pelvis y la evolución del trabajo de parto. Ocurre encajamiento cuando la parte de la presentación está a nivel de las espinas isquiáticas o por debajo de las mismas.

- **Identificar Posibles Complicaciones:** Observar la aparición de hemorragia, prolapso de cordón umbilical o prueba de sufrimiento fetal.

La hemorragia es una contraindicación para la exploración vaginal, porque podría implicar placenta previa, amenaza de aborto o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

- **Valorar Si La Pelvis Es Útil Para El Parto:**

La pelvimetría valora básicamente:

Conjugado Diagonal: es la distancia que hay entre el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta el promontorio. Mide aproximadamente 12.5 cms.

Conjugado Obstétrico: es la distancia más corta y va desde el promontorio hasta la cara interna de la sínfisis por debajo de su borde superior. Su longitud se calcula midiendo el conjugado diagonal y restar 1.5 a 2 cms. del resultado. Este mide aproximadamente 10.5 cms.

Diámetro Biciático: es el diámetro más pequeño de la pelvis media. Es la distancia que hay entre una espina y otra. Se mide es de 10 cms. aproximadamente.

Diámetro Bisiquiático: es la distancia que existe entre los bordes internos de las tuberosidades isquiáticas. Generalmente, se mide con el puño y su longitud es de 10 cms. aproximadamente.

Arco Subpúbico: lo constituyen el borde inferior de ambos pubis y las ramas isquiopúbicas. Su forma es triangular y mide 90° o más.

Espinas Ciáticas: para que puedan favorecer el paso de la presentación, estas deben ser cortas, romas y pequeñas.

Paredes Pélvicas: se debe valorar si las paredes pélvicas son paralelas, ya que esta condición favorecerá el paso exitoso de la presentación

G. Conclusiones.- Una vez realizado el interrogatorio y la exploración física el profesional de la salud deberá determinar sus conclusiones diagnósticas de acuerdo a los siguientes aspectos:

- Estado general de salud de la madre
- Tiempo de evolución del embarazo

- Normalidad de evolución del embarazo.
- Padecimientos maternos independientes del embarazo.
- Padecimientos maternos que afectan al embarazo.
- Factores de riesgo para la madre y el producto.

CAPITULO IV

1.4 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PARTOS DE BAJO RIESGO

En este capítulo se pretende describir aquellos procedimientos que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe realizar a toda mujer embarazada que acuda a control prenatal, atención del parto y puerperio.

Una vez que se establece el trabajo de parto, se registran todos los hechos durante el mismo. El Partograma es un instrumento de registro gráfico para la evolución del trabajo de parto. Friedman demostró cómo podían registrarse gráficamente los patrones de parto y, por medio de análisis estadístico, estableció límites normales para las varias fases del parto. De esta manera, los patrones anormales podrían reconocerse en fase temprana y darse a conocer por un medio reproducible. El registro gráfico constituyó una guía precisa para el tratamiento de los partos anormales. En consecuencia podía iniciarse oportunamente la intervención médica, por lo que a menudo se impedía el agotamiento materno y el sufrimiento fetal.

Cuando el embarazo llega a su fin, se inicia el trabajo de parto. En este momento la paciente acude al hospital o con algún profesional de la salud para su atención.

Hablar de la atención de trabajo de parto implica hablar de todo lo que acontece a su alrededor, de aquí que diremos que el trabajo de parto es un proceso fisiológico dinámico que pasa de una etapa a otra en forma insensible. El curso clínico de este puede dividirse de la siguiente manera:

1. PREPARTO:

El periodo que antecede al trabajo de parto se designa como preparto o fase de maduración cervical y formación del segmento uterino. Durante este periodo el útero experimenta contracciones débiles y lentas llamadas contracciones de Braxton-Hicks, estas contracciones cobran fuerza progresivamente al final del embarazo y se caracterizan por:

- a) Presentarse de manera irregular.
- b) No siempre son perceptibles por la paciente.
- c) Son indoloras.
- d) No se irradian a la región lumbo sacra.⁴⁷

“Al final del embarazo estas contracciones cobran fuerza modificándose bruscamente en horas, volviéndose contracciones extraordinariamente potentes que empiezan a distender el cuello y más tarde al niño a penetrar al conducto produciendo el nacimiento.”⁴⁸

2. PRODRAMOS DEL TRABAJO DE PARTO:

“Es la etapa en que ocurre irregularidad en la dinámica uterina. Es un periodo de transición entre el preparto y el trabajo de parto regular y es muy difícil precisar su duración. Se manifiesta por transformar las contracciones uterinas que de irregulares se convierten en más frecuentes, regulares e intensas y la maduración del cervix, fenómeno que propicia, mayor reblandecimiento, acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación del cervix hacia afuera eje del eje vaginal, expulsión del tapón mucoso.”⁴⁹ Por lo que se inicia la preparación de la paciente para la atención del parto como tal.

La atención del parto fisiológico por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia requiere de una atención integral, que pone en práctica sus conocimientos adquiridos durante la carrera, pero sobre todo en la materia de obstetricia I y II; la

⁴⁷ MONDRAGON. Obstetricia Básica Aplicada. Pág. 402

⁴⁸ GUYTON. Tratado de Fisiología Médica. Pág. 1039

cual estamos analizando, por lo que a continuación se mencionan todas las actividades a realizar por este profesional en la atención de parto de bajo riesgo.

1.4.1 Explicación Breve Sobre Los Procedimientos A Realizar

De antemano sabemos que una de las principales actividades del licenciado en enfermería y obstetricia, radican en la educación para la salud y en este caso es constatare ya que el embarazo constituye un proceso fisiológico, psicológico y social en el cual las influencias externas son de gran importancia para la madre ya que el experimentar sensaciones, sentimientos y aptitudes nuevas la hacen preocuparse por tener un mejor conocimiento de lo que acontecerá y es precisamente durante el trabajo de parto cuando la paciente experimenta una gran incertidumbre, por lo que disminuir la angustia es tarea del licenciado en enfermería y obstetricia ya que es el principal encargado de proporcionar la información correspondiente de todos los procedimientos que se realizaran; esto de alguna manera puede disminuir el temor a lo desconocido y al mismo tiempo favorecerá en la disminución del dolor ya que según los postulados de Grantly Dick-Read y Hebert Thoms, sobre el temor dicen:

- a) El temor estimula el sistema nervioso simpático y hace que se contraigan los músculos de la capa circular del cuello del útero.
- b) Los músculos longitudinales del útero tiene que actuar contra una mayor resistencia del cuello uterino, produciendo tensión y dolor.
- c) La tensión y el dolor aumentan el temor lo cual produce un círculo vicioso de dolor y miedo.
- d) Un dolor poco intenso aumenta por el miedo y se torna insoportable.⁵⁰

1.4.2 Toma De Signos Vitales

Es evidente que la presencia de un feto en desarrollo dentro del útero, añade una carga fisiológica a la madre, además de las hormonas producidas durante el

⁴⁹ MONDRAGON. Op. Cit. Pág. 403

⁵⁰ SHOLTIS. Enfermería Práctica. Pág. 654

embarazo por la placenta o por la glándulas endócrinas también pueden provocar reacciones diversas, entre estas reacciones existe la modificación del sistema circulatorio materno asociado con el aumento general del metabolismo que son causantes del aumento de la frecuencia cardiaca y la temperatura “considerándose normal”; sin embargo la hipertermia puede ser un signo de infección o congestión mamaria Tanto por aumento del metabolismo como por el aumento de peso y reacciones al dolor, esfuerzo y ansiedad; la cantidad total de oxígeno que utiliza la madre poco tiempo antes de nacer el niño suele encontrarse aproximadamente 20% por encima de lo normal. En consecuencia debe aumentar la frecuencia respiratoria para que se conserve una ventilación adecuada.⁵¹

No se debe tomar la tensión arterial en el momento de la contracción ya que el dato se modifica de 110/70 a 120/80

1.4.3 Entrega De Objetos Personales De La Paciente A Sus Familiares

Se debe despojar a la paciente de ropa, alhajas, dentadura postiza, etc. El ambiente que nos rodea esta conformado por una diversidad de microorganismos capaces de generar un proceso patológico al encontrar una vía de entrada al organismo, por lo que la ropa y demás pertenencias pueden constituirse como un vehículo de estos.

1.4.4 Aseo De Los Órganos Genitales Externos:

Con este procedimiento se disminuye la cantidad de microorganismos que se encuentran normalmente en la piel y pelo.

1.4.5 Realizar Tricotomía:

Dado que el cabello y la piel constituyen lugares para el alojamiento de organismos, tanto la parte que circunscribe el lugar donde habrá de hacerse la incisión como el propio sitio, requieren cuidados especiales durante el periodo operatorio. Como la

⁵¹ GUYTON Op Cit. Pág 1038

piel no puede esterilizarse, se recurre a ciertos procedimientos que reducen al mínimo las posibilidades de que penetren microbios en la parte a operar.⁵²

El equipo que se utiliza para la tricotomía es el siguiente: equipo desechable para rasurar, jabón germicida, solución antiséptica, gasas y guantes.

La técnica es la siguiente:

- a) Se coloca a la paciente en posición decúbito dorsal con rodillas flexionadas y separadas, esto permitirá que por medio del arrastre mecánico y la fuerza de gravedad la solución y residuos fluyan hacia la parte más sucia (ano).
- b) Se aplica jabón en la región que se va a preparar, siempre trabajando de frente hacia atrás, nunca reintroduciendo las gasas que hayan estado en contacto con la región anal.
- c) Rasurar la zona indicada con movimientos de arriba hacia abajo, conservando los tejidos circunvecinos alejados sosteniéndolos con la gasa de la otra mano, teniendo especial cuidado de no rasurar lunares, verrugas o cicatrices antiguas.
- d) Se enjuaga y se seca la zona.⁵³
- e) Si el parto es inminente debe evacuarse el intestino mediante un enema o un supositorio rectal laxante. El vaciamiento de la porción inferior del intestino grueso produce los siguientes efectos:

Aumenta el espacio disponible para el paso del feto.

Disminuye la contaminación durante el parto.

Suele aumentar la frecuencia y la intensidad de las contracciones.

Sin embargo, el rasurado de la piel ha levantado cierta polémica, ya que aunque el objetivo aquí es eliminar los organismos que suelen alojarse en el vello, se “ha descubierto que las navajas empleadas para este propósito causan microabrasión.”⁵⁴

La microabrasión es un levantamiento microscópico de las capas de la piel, la cual es una barrera contra la entrada de organismos patógenos, por lo tanto la abrasión permite la formación de sitios de acceso para los microorganismos, por lo que

⁵² WOLFF, L. LuVerne. Fundamentos de Enfermería. Pág. 595

⁵³ KING. Op. Cit. Pág. 1045

algunos profesionales de la salud prefieren solamente un buen lavado quirúrgico, descartando la tricotomía.

1.4.6 Canalización De Pacientes:

El objetivo de canalizar a la paciente en trabajo de parto es introducir un líquido en forma continua al torrente circulatorio a través de una vena en un tiempo determinado.”⁵⁴

La canalización de pacientes debe realizarse poniendo en práctica los principios de asepsia médica y quirúrgica.

Una vez que se le haya explicado a la paciente el procedimiento, se selecciona vena y liga la región colocando la extremidad sobre un punto de apoyo, las venas cefálicas, basílicas o anticubitales del brazo, superficiales del dorso y cara lateral de manos y pies y la yugular en cuello, son venas que por su accesibilidad se puncionan con mayor frecuencia, la ligadura se coloca por arriba del sitio de punción esto ayuda a que se colapsen las venas por falta de circulación y sea más fácil localizarlas.

Posteriormente se realiza la asepsia del sitio de punción, y se inserta la aguja con el bisel hacia arriba apoyando sobre un plano resistente y formando un ángulo menor de 30° entre el punzocat y el sitio de punción, si está correctamente instalado el punzocat la sangre correrá por los diferentes gradientes de presión, se retira la aguja y se deja el catéter. Una vez realizado lo anterior se suelta la ligadura e introduce el líquido lentamente. Finalmente se fija el equipo de venoclisis con tela adhesiva y se regula el goteo de acuerdo a la prescripción médica.

1.4.7 Ministración de Oxitocina

Se utiliza la solución de glucosa al 5% con 5 UI de oxitocina porque, la embarazada llega al trabajo de parto con cierto grado de alcalosis respiratoria y

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ ROSALES Barrera Susana. Fundamentos de Enfermería Pág. 309

acidosis metabólica. Su capacidad para usar la glucosa esta disminuida. La energía del trabajo de parto se obtiene principalmente de la glucosa, ya que su metabolismo aporta la mayor parte de la energía que el cuerpo necesita; cuando el suministro de glucosa se agota, por el ayuno o el trabajo de parto prolongado, la tendencia a la lipólisis compensatoria da como resultado la producción de cuerpos cetónicos que reducen el pH fetal e interfieren con la actividad uterina. Cabe recordar que cualquier alteración del medio materno influye en forma inadvertida en el feto.

Por otro lado, sabemos que la oxitocina es una hormona que sintetizan las células neuro secretoras del hipotálamo y se almacena en la hipófisis. Estimula la contracción de las células del músculo liso del útero grávido y las células contráctiles de las glándulas mamarias. Además, intensifica las contracciones por lo que induce el parto y se utiliza como medio de inductoconducción del parto.

1.4.8 Inductoconducción Del Trabajo De Parto:

Es importante definir la inducción y conducción del trabajo de parto.

Inducción: es el procedimiento mediante el cual se provoca el inicio del trabajo de parto, a través de métodos físicos o farmacológicos.

Conducción: es el procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en una paciente que se encuentra en trabajo de parto.

Inducción		Conducción
Inicio		Guía
Desencadena	Trabajo de Parto	Señala
Principia		Regulariza
		Activa

Indicaciones maternas: Enfermedades hipertensivas, ruptura prematuras de membranas, muerte fetal uterina, polihidramnios, progresión rápida de malignidades.

Indicaciones fetales: Diabetes mellitus, isoimmunización materna fetal, embarazo prolongado, muerte intrauterina recurrente.

Métodos de inductoconducción. Amniorrhexis (ruptura artificial de membranas) y ministración de oxitocina.

Contraindicaciones: Sufimiento fetal, placenta previa, situaciones anómalas, embarazo de alto riesgo donde no hay reserva fetal adecuada para tolerar el trabajo de parto, cirugía uterina previa y cesárea interactiva.

La técnica de inductoconducción consta de los siguientes pasos:

- a) En 1000 ml. de solución glucosada al 5% se agregan 5 UI. de oxitocina esto es igual a 5 mu/ml. en 10 gotas por min. Esta dosis se duplica cada 20 min. hasta obtener respuesta que consiste en 3 o 4 contracciones en 10 minutos.
- b) De acuerdo con la actividad uterina lograda se reduce, aumenta o suprime el goteo.
- c) Se deben vigilar estrechamente signos vitales y frecuencia cardiaca fetal, así como progreso de trabajo de parto.
- d) Vigilar que el paso de la solución sea constante.
- e) "Tomar en cuenta que los cambios de postura modifican la actividad uterina ya que en la posición decúbito dorsal aumenta la frecuencia y disminuye la intensidad y en la posición decúbito lateral aumenta la intensidad y disminuye la frecuencia."⁵⁶
- f) La respuesta de la oxitocina siempre es individual. Los factores que modifican la dosis respuesta son: la edad del embarazo, ya que a menor edad mayor dosis de oxitocina debe administrarse; patología agregada como la diabetes mellitus o toxemia gravídica."⁵⁷

"La finalidad de la administración de oxitocina es lograr contracciones de buena intensidad con duración de 40 a 50 segundos cada una. El útero debe relajarse hacia el tono basal normal entre las contracciones. En 75% de los casos la

⁵⁶ MONDRAGON. Op. Cit Pág 207

⁵⁷ MONDRAGÓN Castro, Héctor, Gineco-Obstetricia Para Enfermeras. Pág. 299

frecuencia de las contracciones se incrementa de manera sostenida, y en un 90% la intensidad, aumentará conforme se acelera la administración de oxitocina por etapas, hasta que el resultado es una eficiencia uterina máxima. Siempre se afecta el tono del útero. Si se acelera más aún la administración después de lograrse la eficiencia máxima disminuirá la intensidad, se incrementará el tiempo de relajación entre las contracciones, y pueden sobrevenir contracciones tetánicas (sostenidas).”⁵⁸

Como todo procedimiento la inductoconducción está expuesta a sufrir complicaciones, por ejemplo: si la administración de la oxitocina aumenta sin la vigilancia adecuada puede presentarse una distocia dinámica (hipertonía, polisistolia, inversión de algún componente del triple gradiente descendiente que puede provocar:

- 1.- Sufrimiento materno por un trabajo de parto prolongado.
- 2.- Sufrimiento y/o muerte fetal .
- 3.- Desprendimiento prematuro de placenta.
- 4.- Ruptura uterina o dehiscencia de cicatrices previas.
- 5.- Atonía uterina postparto.
- 6.- Embolia de líquido amniótico.
- 7.- Aumento de la posibilidad de que se efectúe operación cesárea.

Al ocurrir una distocia dinámica en el curso de una inductoconducción, se debe :

- 1.- Suspender inmediatamente la administración de oxitocina
- 2.- Administra O2 a la paciente.
- 3.- Colocar a la paciente en decúbito lateral
- 4.- Aplicar sedación o bloqueo epidural.
- 5.- Vigilar la frecuencia cardíaca fetal.

Antes de iniciar la inductoconducción se deben valorar dos importantes rubros: la madurez fetal y la madurez del cuello uterino.

⁵⁸ OLDS, B, Sally. Op. Cit. Pág. 669

El llevar a cabo una excelente inducto conducción, además de un excelente registro de las contracciones uterinas nos proporcionaran el diagnostico con el que podremos analizar el trabajo de parto y precisar si las contracciones favorecen el descenso del producto.

1.4.9 Elaboración Del Partograma:

Una vez que se establece el trabajo de parto, se registran todos los hechos ocurridos durante el mismo, el partograma es un instrumento para el registro gráfico de su evolución.

- **Vigilar La Frecuencia Cardiaca Del Fetal:**

Este procedimiento se describe en la exploración física obstétrica.

- **Alentar A La Paciente Para Que Orine Conforme Transcurre El Trabajo De Parto:**

Sin embargo si la paciente no puede orinar, debe de aplicarse un sondeo para evitar sobredistensión de la vejiga ya que si esto ocurre la paciente puede sufrir de atonía vesical después del parto.⁵⁹

1.4.10 Colocación De Sonda Foley:

La cateterización vesical es la introducción de una sonda estéril por la uretra hasta la vejiga con el objeto de extraer la orina

Las sondas se fabrican en varios diámetros, a efecto de ajustarse a las dimensiones del meato urinario. Para adultos, suelen emplearse los calibres 14, 16 y 18, cuanto más alto sea el número, tanto mayor será el diámetro. "El catéter permanente de uso más generalizado se denomina catéter de foley, el cual tiene un globo que puede ser inflado después de que el catéter ha sido colocado en el lugar que le corresponde Este globo evita que la sonda se deslice fuera de la vejiga."⁶⁰

⁵⁹ BENSON. Op. Cit Pág. 192

⁶⁰ WOLFF. Op. Cit Pág. 702

Material: Solución antiséptica; gasas; jeringas, agujas, tijeras, lubricante y tela adhesiva; colector. (bolsa recolectora de orina); guantes estériles; sonda vesical y cómodo.

Procedimiento:

- a) Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar para favorecer su colaboración.
- b) Colocar a la paciente en posición ginecológica, cubrirla con un sábana e instalar el cómodo.
- c) Colocarse los guantes.
- d) Realizar el aseo de genitales externos con solución antiséptica.
- e) Probar la permeabilidad de la sonda.
- f) Cambio de guantes.
- g) Proceder a instalar la sonda: con una mano separar y levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato.
- h) Sin cerrar los labios menores, tomar la sonda e introducirla previamente lubricada de cinco a siete centímetros hasta que empiece a fluir la orina.
- i) Tomar solución estéril con la jeringa.
- j) Una vez introducida la sonda detenerla sin moverla y pasar el líquido que tiene la jeringa al globo según su capacidad.
- k) Fijar la sonda con la tela adhesiva.
- l) Conectar el extremo libre de la sonda con el tubo de derivación y el extremo libre de éste a la bolsa recolectora.⁶¹

La cateterización también se realiza antes de una intervención quirúrgica a fin de vaciar completamente la vejiga urinaria de la persona. La vejiga vacía permite al cirujano una mejor perspectiva y palpación del tejido interno. Se previene también que se presente un accidente de la vejiga llena por un instrumento quirúrgico.

3. TRABAJO DE PARTO:

⁶¹ ROSALES. Op. Cit. Pág. 280-283

Teorías Sobre El Inicio Del Trabajo De Parto:

Es difícil precisar el momento en que inicia el trabajo de parto propiamente dicho así como también es difícil explicar con precisión los factores que lo desencadenan, sin embargo existen diversas teorías de ello.

- a) Limite en la distensión uterina: Según esta teoría el útero tiene una capacidad de distensión limitada, y cuando el volumen de su contenido la sobrepasa se inicia el trabajo de parto, como ocurre en productos de término, productos prematuros con hidrocefalia, casos de polihidramnios, embarazos múltiples, y otros.
- b) Factores endocrinos diversos: Como la disminución brusca de niveles de estrógenos y progesterona. Este fenómeno propicia:
 - Mayor liberación de oxitocina por la adenohipófisis.
 - Aumento de la sensibilidad de la fibra uterina a la acción de la oxitocina.
 - Disminución de la capacidad de la progesterona para bloquear la contractilidad del miometrio.
- c) Aumento de las prostaglandinas circulantes: *Estudios recientes han demostrado que antes del parto ocurre un aumento de las prostaglandinas.*
- d) Otras teorías involucran la fisiología del feto en el inicio del trabajo de parto: Aumento en la producción de cortisol por las glándulas suprarrenales del feto, madurez hipotalámica del feto, etc. ⁶²

Una vez que el licenciado en enfermería y obstetricia determine el inicio del trabajo de parto, proseguirá con la vigilancia de la actividad uterina llevando adecuadamente la inductoconducción de la paciente, la frecuencia cardiaca fetal y el estado general de la paciente sin pasar por alto los cambios que se irán presentando en las diferentes etapas del trabajo de parto, para lo cual analizaremos las tres etapas en la que muchos autores lo dividen y al mismo tiempo describiremos el mecanismo de trabajo de parto

⁶² MONDRAGON. Op Cit. Pág 405

Para la vigilancia de esta primera etapa de trabajo de parto el licenciado en enfermería y obstetricia debe de contar con el siguiente material y equipo: estetoscopio de Pinard, guantes estériles y amniotomo.

Así, tenemos que el trabajo de parto consta de las siguientes etapas:

A) Etapa De Dilatación Y Borramiento Cervicales:

En esta etapa la actividad uterina es regular y efectiva; termina con la dilatación completa del cuello uterino (10 cm). Puede ser considerada la mas larga, sobre todo si se trata de una paciente primipara. La duración promedio en una primipara es de 8 a 12 hrs y en una multipara de 6 a 8 hrs.⁶³

Entre otras de las causas que determinan la prolongación del trabajo de parto, se encuentran las contracciones, las cuales al iniciarse el trabajo de parto ocurren en menor frecuencia, intensidad y duración; si estas en el transcurso del trabajo de parto no son efectivas para el descenso del producto, el trabajo de parto se prolongara.

"Las contracciones uterinas durante el trabajo de parto empiezan en la parte alta del fondo uterino y se dirigen hacia abajo siguiendo el cuerpo de la matriz. La intensidad de la contracción es mayor en la parte alta y cuerpo del útero, pero es débil en el segmento inferior junto al cuello. Por lo tanto, cada contracción uterina tiende a impulsar el feto hacia abajo en dirección del cuello."⁶⁴

En el trabajo de parto verdadero las contracciones deben de contar con la normotecnia de PIE:

Dolorosas.

Esponáneas.

Progresivas.

Intensas

Eficaces para el descenso del producto.

⁶³ SCOTT. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. Pág. 165

⁶⁴ GUYTON. Op. Cit. Pág. 1041

Además se producen a intervalos regulares, los cuales se acortan gradualmente. La intensidad aumenta también en forma gradual. Se manifiestan en el abdomen y en la espalda y no se eliminan con sedación.

Tales contracciones son eficaces para modificar el cervix ya que producen borramiento y dilatación. La dilatación es el diámetro medio de la abertura cervical y el borramiento es el grado de adelgazamiento del cuello que se expande en términos de longitud del canal en comparación con la de cuello no afectado.⁶⁵

En la primigesta primero ocurre el borramiento y después se inicia la dilatación; en la multigesta ocurren simultáneamente ambos fenómenos.⁶⁶

Al analizar el comportamiento de la onda contráctil, Caldeyro describió como característica normal lo que llamó triple gradiente descendente, la cual consiste en que la propagación, duración e intensidad de las contracciones uterinas son descendentes del fondo de útero al cervix.⁶⁷

Uno de los métodos que se utilizan en la clínica para graficar la evolución del trabajo de parto, es la curva de Friedman, en la que diferencia **la fase latente**, **la fase activa** y **la fase de transición**; las cuales se ubican en la primera etapa de trabajo de parto

La fase latente o preparatoria puede continuar por varias horas sin cambio apreciable en la dilatación cervical. El cervix se reblandece y adelgaza, además de que adquiere posición más anterior en la pelvis. Se considera fase latente cuando el cervix ha dilatado de 1-4 cms

En **la fase activa** o de dilatación se inicia de manera más bien repentina y cabe esperar dilatación más apreciable en horas siguientes. El cuello se dilata de 4-8 cms.⁶⁸

En **la fase de transición** el cuello uterino se dilata de 8 a 10 cms. Se produce mayor descenso del feto con un estiramiento notable del periné.⁶⁹

⁶⁵ PRITCHARD Op. Cit. Pág 322

⁶⁶ MONDRAGON Op Cit Pág. 406

⁶⁷ MONDRAGON. Op. Cit Pág 397

⁶⁸ BURROUGHS, Arlene. Enfermería Materno-Infantil de Bleier. Pág. 229

Durante el trabajo de parto la contracción uterina se manifiesta primero por la sensación de dureza que aprecia la paciente y a través de la palpación abdominal que hace el licenciado en enfermería y obstetricia y, posteriormente por dolor abdominal o lumbosacro, esto se debe a que en la contracción, el dolor aparece hasta que se alcanza una intensidad de 15 mm Hg. En la fase de relajación uterina sucede lo contrario, primero desaparece el dolor y mas tarde la onda contráctil desaparece por completo.⁷⁰

En el trabajo de parto; las actividades a desempeñar por el licenciado en enfermería y obstetricia son:

1.4.11 Amniorrexis:

La amniotomía es la Ruptura artificial de Membranas.- “La ruptura de membranas en forma artificial se ha usado desde hace 150 años, actualmente se efectúa cuando las condiciones son favorables; éstas son: un cervix con dilatación de 6 centímetros para evitar prolapso de cordón, presentación cefálica, altura de la presentación entre I y II planos, seguir las normas de esterilidad, chequeo cuidadoso de la frecuencia cardiaca fetal antes y después de la amniotomía”⁷¹

La Enfermera debe explicar el procedimiento a la parturienta, se debe de colocar a la paciente en posición ginecológica. Mientras se efectúa la exploración vaginal se introduce un gancho amniótico (u otro dispositivo para romper las membranas) en la vagina, “En el momento en que se presenta la contracción se efectúa un desgarro pequeño en las membranas amnióticas. Después de romperse las membranas se permite que escape el líquido. Quienes proponen el escape lento sugieren que éste disminuye la oportunidad de prolapso de cordón umbilical y de desprendimiento prematuro de placenta que puede ocurrir en caso de reducción súbita de volumen uterino. Insisten en que la amniotomía debe efectuarse entre las contracciones si la parte de presentación se encuentra entre la estación +1 o por arriba de ésta (Danforth). Quienes favorecen el escape de una gran cantidad de liquido creen que

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ MONDRAGON. Op. Cit. Pág. 398

éste reduce el volumen uterino, lo que da por resultado contracciones del miometrio y, a su vez, contracciones más eficaces.

Esta técnica no es recomendable cuando existen presentaciones anormales, muy altas o si el trabajo de parto no es regular.⁷²

La reducción del tamaño de la cavidad uterina una vez que el líquido amniótico ha drenado hace que las contracciones sean más efectivas al mejorar el índice longitudinal y aumentando la secreción de prostaglandinas de la decidua.

Es imperativo auscultar la frecuencia cardíaca fetal, ya que si los cambios son notables, se deberá verificar la existencia de prolapso de cordón.

Se observan las características del líquido amniótico, ya que normalmente es incoloro y puede contener hilillos de vórnix caseosa. La expulsión del contenido colónico fetal, o meconio, produce tinción del líquido amniótico con color que varía de un amarillo a pardo y de café a verde. Si el volumen del líquido amniótico es abundante, y el de meconio pequeño, el primero permanece transparente, si acaso con leve tinción. En caso de expulsión abundante de meconio, aumenta la consistencia del líquido amniótico y pueden detectarse partículas del primero. Hay relación evidente entre la tinción con meconio, el líquido amniótico y la edad gestacional.

Se desconoce por qué se expulsa el meconio in útero. Ha sido tradicional considerarlo indicativo de asfixia y, por tanto, de sufrimiento fetal, aunque es válido que los fetos con asfixia a término con frecuencia expulsan meconio, no siempre ocurre así. Otras teorías acerca de la expulsión del meconio señalan que es una respuesta vagal debida a madurez fetal o a episodios de compresión del cordón umbilical. Las circunstancias en que disminuyen el volumen del líquido amniótico se relacionan con índices más altos de expulsión de meconio; pero no hay tal relación entre las desaceleraciones variables durante el trabajo de parto (que se considera indicativa de compresión del cordón) y la tinción con meconio. Una dificultad para

⁷¹ A.M.G.O No. 3 IMSS Op. Cit. Pág. 210

⁷² MONDRAGON. Op. Cit. Pág. 409

comprender la importancia de esta última es que se desconoce durante cuanto tiempo permanece teñido el líquido.⁷³

Finalmente, se limpia y se seca la región perianal. Ahora se ha abierto una vía para que asciendan microorganismos hacia el útero, por lo que son indispensables las precauciones estériles estrictas cuando se realice la exploración vaginal, y el número de exploraciones vaginales se conservará al mínimo y se vigilará la temperatura de la mujer cada dos horas⁷⁴

Por otro lado, es importante reconocer en que momento se debe de vestir a la paciente con ropa estéril para la atención del parto ya que en una paciente primipara esta preparación se puede hacer hasta cuando ya se tiene la dilatación completa (10 cm), mientras que en la paciente multipara esta preparación debe de hacerse cuando se tiene 8 cm de dilatación ya que periodo expulsivo es mas rápido en ellas.

Durante esta primera etapa de trabajo de parto los movimientos que se conocen como mecanismo de trabajo de parto son los que corresponden a la etapa de **encajamiento** el cual consiste en **flexión, orientación y asinclintismo**.

La **flexión** consiste en que el feto desciende en la excavación pélvica y flexiona el polo cefálico para ofrecer los diámetros menores. La presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral, y hace que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatloidea la cual actúa como palanca de primer grado; posteriormente se da la **orientación** en la cual en el estrecho superior de la pelvis materna, el producto conjuga su diámetro mayor (occipito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos), la orientación obedece a la ley de Selheim, que dice que "dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores", al quedar orientado el diámetro anteroposterior de la cabeza fetal con el diámetro oblicuo del estrecho superior de

⁷³ SCOTT. Op. Cit. Pág. 184

⁷⁴ OLDS, B. Sally. Op. Cit. Pág. 666

la pelvis, queda "fija la cabeza del producto, con lo cual es posible relacionar el punto toconómico con un cuadrante específico de la pelvis materna (variedad de posición), después de haberse orientado se da lo que se conoce como **asinclintismo** que hace encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, por lo que la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo; en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal que otro.

Para que nos quede más claro lo que es el mecanismo de trabajo de parto, creemos necesario describir los diámetros de la cabeza fetal que participan en dicho evento:

Diámetro Suboccipitobregmático: Se extiende desde el suboccipucio hasta el centro de la fontanela bregmática; mide aproximadamente 9.5 cms.

Diámetro Occipitofrontal: Se extiende desde la raíz de la nariz hasta la parte más saliente del occipital, que corresponde con la fontanela menor; mide 12 cms. aproximadamente.

Diámetro Occipitomentoniano: Se extiende desde el mentón hasta la parte más saliente del occipital, que corresponde con el punto medio de la sutura sagital; mide aproximadamente 13.5 cms.

Diámetro Submentobregmático: Se extiende desde el submentón al centro de la fontanela bregmática; mide 9.5 cms. aproximadamente.

Diámetro Suboccipitofrontal: Se extiende desde el suboccipital a la parte más saliente de la frente. Su medida es de 10.5 cms. aproximadamente.

Diámetro Biparietal: Se extiende entre las dos eminencias parietales; mide 9.5 cms.

Diámetro Bitemporal: Se extiende entre la distancia mayor de la rama de la sutura coronaria (entre un pterión a otro); mide 8 cms. aproximadamente.

Los demás diámetros del feto son:

Diámetro Biacromial: O transverso mayor de los hombros. Mide 12 cms. aproximadamente, cuando se elevan los hombros puede quedar reducido a 9.5 o 9 cms

Diámetro Bitrocantéreo: Se extiende desde un trocánter a otro; mide 9 cms. aproximadamente.

1.4.12 Atención Del Parto Eutócico:

Una vez que diagnostique la primera etapa de trabajo de parto se procederá a preparar a la paciente para el periodo expulsivo, esto consiste en cubrir zonas estratégicas de la paciente para evitar la contaminación del canal de parto y del producto, para lo cual se requiere del siguiente material.

Equipo de atención de parto:

- Campos estériles.(2 para cubrir las piernas, uno para cubrir el abdomen, uno para cubrir la mesa de expulsión y un hule) la mesa en donde se colocara el material estará cubierta por la envoltura del equipo.
- 2 pinzas de Kocher o Kelly
- 2 tijeras de mayo rectas.
- 1 porta agujas de Heger.
- 1 pinza de disección sin dientes.
- Gasas estériles.
- 2 suturas (catgut crómico 00)
- 2 jeringas de 10 cm y agujas.
- Xilocaina simple al 1%
- Solución antiséptica.

B) Etapa De Expulsión:

Se extiende desde la dilatación completa del cuello hasta el nacimiento completo del feto y varia desde pocos minutos hasta varias horas. Esto puede depender tanto de factores maternos como fetales.⁷⁵

Al completarse la dilatación entra en juego la presión abdominal que aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso

de la presentación así como la expulsión del producto.⁷⁶ Durante esta segunda etapa del trabajo de parto se llevan a cabo las siguientes acciones:

- **Lavado De Manos Quirúrgico:**

Con esto se pretende disminuir la cantidad de microorganismos que existen en esta zona ya que sabemos que los microorganismos se trasladan de un lugar a otro de manera cíclica, si el ciclo se rompe en cualquier punto, los microorganismos se imposibilitan para crecer y diseminarse; de esta manera no pueden causar padecimientos. Existen dos métodos para reducir o eliminar la presencia de microorganismos uno es la asepsia quirúrgica y otro la asepsia médica.⁷⁷

La asepsia médica suele denominarse a los objetos como limpios o sucios, denota la presencia de algunos microorganismos, pero la ausencia de agentes infecciosos potenciales.

La asepsia quirúrgica o técnica estéril se refiere a aquellas prácticas que mantienen un área libre de microorganismos.

Es precisamente la combinación de estos dos métodos los que utilizamos en la atención del parto eutócico, como en la asistencia y participación de la cesárea, ya que la responsabilidad de el licenciado en enfermería y obstetricia, radica en manejar adecuadamente el material y equipo que va a utilizar en todos sus procedimientos, recordando siempre sus principios de asepsia.

- **El Equipo De Parto Y Acomodar El Material Según Se Va A Utilizar:**

La preparación del equipo previa al procedimiento, ahorra tiempo al personal de enfermería y beneficia a la paciente.

- **Posición De Litotomía:**

Esta posición proporciona una mejor exposición del periné, haciendo el trabajo de parto más fácil y con menos probabilidad de contaminación, además de

⁷⁵ BENSON. Op. Cit. Pág 188

⁷⁶ MONDRAGON. Op. Cit Pág. 409

ayudar a una reparación adecuada de la episiotomía. Una ventaja adicional es que se puede examinar todo el conducto del parto en busca de lesiones después de que se ha expulsado la placenta.

- **Asepsia Y Antisepsia De La Región Vulvoperineal:**

El propósito básico de la antisepsia es prevenir que se transfieran infecciones o microorganismos potencialmente virulentos de la madre al producto. Es importante que el procedimiento se realice con movimientos hacia abajo, de las áreas limpias a las que no lo están. Asimismo es imperante no contaminar la vagina o el meato urinario, cuando se hacen primero los movimientos alrededor del ano.

- **Vestido Y Enguantado Con Técnica Cerrada:**

Este procedimiento se describe detalladamente en el capítulo IV.

- **Uso de Campos Estériles Con Campos Estériles:**

Iniciando por las partes mas sucias; las piernas, la mesa de expulsión y por ultimo el abdomen. Esto permite delimitar el área obstétrica y aumentar la visibilidad de la misma. Además mantiene el campo estéril y evita una probable contaminación para el producto.

- **La Variedad De Posición:**

Cuando el producto esta descendiendo porque aumenta la secreción vaginal, los músculos perineales se estiran, la posición central del periné adelgaza, se produce una distensión notable del ano, la cabeza descende en cada contracción y retrocede ligeramente entre ellas; perinea hasta que el diámetro mayor de la misma sale (corona), es en este momento en donde se debe realizar la episiotomía.⁷⁸

- **Infiltración Del Periné Con Xilocaina:**

⁷⁷ LEWIS. *Obstetricia*. Pág. 43

⁷⁸ SHOLTIS. *Op. Cit.* Páa. 663

Antes de realizar la episiotomía, se hace la infiltración con xilocaina simple al 1 %.

Se colocan los dedos dentro del introito para proteger la presentación del producto y se procede a introducir la aguja; es importante aspirar para verificar que no hayamos punzado un vaso. La cantidad de xilocaina a administrar es de aproximadamente 5 ml. Posteriormente, los dedos índice y medio se colocan a lo largo de la dirección del corte propuesto y el pulgar se yuxtapone para estabilizar el periné. Finalmente con las tijeras se hace un solo corte.

1.4.12.1 Realizar Episiotomía:

La episiotomía consiste en la incisión perineal para ampliar el orificio vulvar y permitir una salida más fácil del feto.

Las ventajas de la episiotomía son:

- 1) Aliviar la compresión de la cabeza fetal
- 2) Acortar la segunda etapa del trabajo de parto al eliminar la resistencia de la musculatura perineal. Además, una incisión quirúrgica puede ser reparado más fácil que un desgarro dentellado.

Sin embargo, si la episiotomía se realiza demasiado pronto, la hemorragia de la herida abierta puede ser considerable durante el tiempo que transcurre entre la incisión y el momento del nacimiento del niño; y si se practica demasiado tarde, los músculos del suelo perineal ya se habrán distendido excesivamente y se habrá frustrado uno de los objetivos de la intervención.

La costumbre es realizar la episiotomía cuando en el transcurso de una contracción es visible un diámetro de 3 a 4 cm de cabeza.⁷⁹

Los tejidos que inciden en la episiotomía son:

- a) La piel y tejidos subcutáneos
- b) La mucosa vaginal.

⁷⁹ PRITCHARD Op. Cit Pág 337

- c) El tabique urogenital (principalmente aponeurosis, pero también los músculos transversos superficiales).
- d) Aponeurosis intercolumnar y aponeurosis del diafragma pélvico.
- e) Las fibras más inferiores de la porción pubo rectal de los músculos elevadores del ano (si la episiotomía es medio lateral y profunda).⁸⁰

Tipos De Episiotomía.

Media: Consiste en incidir el rafé medio del periné casi hasta el esfínter del ano. Es la episiotomía más fácil de realizar y reparar, además de ser menos dolorosa, la que menos sangra, infrecuente dolor en el puerperio, no suele ir seguido de dispareunia, resultados anatómicos finales siempre excelentes.

Dentro de sus desventajas encontramos que esta incisión ocasionalmente se extiende en forma accidental a través del esfínter (laceración de 3er. grado) o hasta la luz del recto (laceración del 4o grado).

Medio lateral: Debe efectuarse abajo y hacia afuera, en dirección del borde lateral del esfínter anal.

Quizá la incisión medio lateral no tenga como resultado laceración de tercero o cuarto grado, pero es más difícil de reparar, es más dolorosa, a veces es seguida de dispareunia, puede producir mayor hemorragia, en su reparación y los resultados anatómicos finales son más o menos defectuosos que la incisión media.

Episiotomía lateral: Proporciona relajación mínima del introito, se acompaña de hemorragia abundante en su reparación. La aplicación precoz de una bolsa de hielo suele reducir la inflamación y aliviar el dolor.⁸¹

Volviendo a la explicación del mecanismo de trabajo de parto, tenemos que otro de los movimientos que realiza el producto antes de la expulsión o desprendimiento es el **descenso** que se obtiene gracias a la dinámica uterina ya que al llegar el vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, que forma un ángulo diedro,

⁸⁰ BENSON. Op. Cit. Pág. 693

⁸¹ PRITCHARD. Op. Cit. Pág. 340

tiende a orientar su diámetro mayor (occipito-frontal) en ese ángulo, quedando conjugado con el diámetro anteroposterior de la pelvis.

En este momento el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático

Para lograr lo anterior se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pelvis, movimiento que se designa como **rotación interna**. Este giro es de 45 grados en variedades anteriores, de 90 grados en las transversas y de 135 grados en las posteriores.⁸²

Una vez realizada la episiotomía se procede a realizar la **maniobra de Ritgen modificada** que es un procedimiento para minimizar el daño perineal. Cuando la cabeza distiende el periné durante una contracción, es aconsejable protegerla del ano, ejerciendo presión hacia arriba sobre la barbilla del feto con gasas o una compresa pequeña mientras que con la otra mano se ejerce presión contra el occipucio. Esta maniobra permite controlar el desprendimiento de la cabeza y también favorece la extensión de manera que la cabeza se desprenda pasando en un diámetro menor a través del introito y sobre el periné.⁸³

La maniobra de Ritgen modificada comparte otro de los movimientos del mecanismo del trabajo de parto que es cuando el occipucio de la cabeza fetal se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, lo cual facilita el nacimiento de la misma; en esta forma nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón. Este movimiento de la presentación se designa con el nombre de **extensión**.⁸⁴

Una vez que se ha dado el nacimiento de la cabeza, se procede a realizar aspiración de narinas y boca del recién nacido, esto con el fin de evitar que en el momento en que dé su primera respiración, degluta secreciones.

El producto de manera fisiológica puede dar otro de los movimiento de trabajo de parto que se denomina **restitución**, el cual consiste en mantener su posición

⁸² MONDRAGON. Op. Cit. Pág 414

⁸³ PRITCHARD Op Cit. Pág 329

anat6mica en relaci6n con los hombros lo que da lugar a que la cabeza gire seg6n la variedad de posici6n en sentido inverso al que efect6o durante la rotaci6n interna o bien el licenciado en enfermeria y obstetricia puede dar la **rotaci6n externa** que se da en el mismo sentido que la restituci6n.

Al terminar la rotaci6n externa, el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subp6bico de la pelvis, lo cual permite con facilidad que el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra, impulsado por las contracciones.

El hombro anterior que se deslizo en el pubis es el primero que sale, ulteriormente , el hombro posterior y al salir los hombros pr6cticamente cesa el obst6culo para la salida total del producto.⁸⁵

Despu6s del parto, el cord6n umbilical continua pulsando alrededor de 2 min. tiempo durante el cual el ni6o recibe una cantidad de sangre importante a trav6s del mismo, la cantidad varia seg6n el nivel que haya sido-mantenido el ni6o respecto al introito despu6s del parto. Si se mantuvo en o por debajo del introito, la perfusi6n placentaria es de aproximadamente 100 ml., en cambio si se mantuvo por encima del mismo (por ejemplo sobre el abdomen materno la cantidad de sangre que recibe es mucho menor, por lo que despu6s del parto se debe mantener al ni6o en un nivel mas bajo que el introito y demorar el palmaje por lo menos 20-40 segundos, tiempo que generalmente puede utilizarse para la realizaci6n de una evaluaci6n preliminar de la condici6n del ni6o y limpieza de las v6as a6reas.

La colocaci6n temprana de las pinzas en el cord6n (antes de 20 segundos), reduce al m6nimo el volumen sangu6neo que se transfiere; esto es aconsejable en el caso de un lactante eritrobl6stico, con objeto de reducir al m6nimo la transferencia de eritrocitos sensibles. En cambio, la colocaci6n tard6a de la pinza en el cord6n (m6s de 40 segundos, incrementa el volumen sangu6neo de 40 a 60%; alrededor del 3er. d6a de edad, las diferencias de volumen sangu6neo se hacen insignificantes, pero la masa de eritrocitos permanece elevada durante la primera semana de vida.

⁸⁴ MONDRAGON. Op. Cit. P6g. 416

⁸⁵ MONDRAGON. Op. Cit. P6g. 419

El cordón se sujeta con dos pinzas, tomando la primera con el dedo meñique para evitar que esta caiga en el momento de cortar el cordón.

Los mecanismos de sección del cordón son simples: con la ayuda de tijeras estériles (los gérmenes pueden pasar rápidamente a la circulación umbilical si no se tiene la asepsia adecuada). Una vez seccionado el cordón se pasa al bebe en posición de cúbito ventral a la persona que le vaya a proporcionar los cuidados inmediatos (licenciado en enfermería y obstetricia).

C) Etapa De Alumbramiento:

El alumbramiento constituye el tercer periodo del trabajo de parto y se extiende desde el nacimiento hasta la salida de la placenta.⁸⁶

Al salir el producto, el útero se contrae y disminuye su superficie interna en la que aun se encuentra insertada la placenta, la cual queda sujeta por algunas vellosidades. Al sangrar los vasos deciduales forman un hematoma retroplacentario y finalmente la placenta se desprende en su totalidad y sale.

Tipos De Alumbramiento

Hay dos mecanismos para que se produzca el alumbramiento, tipo Schultz y tipo Duncan. El alumbramiento de tipo Schultz es en el que la primera parte de la placenta en aparecer es la parte fetal, que es brillante. En términos generales el sangrado es poco o no existe hasta que no salen las membranas dado que el coagulo sanguíneo retroplacentario todavía está retenido.⁸⁷ En el alumbramiento tipo Duncan, la cara materna es la primera en aparecer. Esta es rugosa y está formada por cotiledones. Muchas veces se pueden observar zonas blancoamarillentas de calcificación. En este caso la expulsión de sangrè se produce antes del alumbramiento.

Los signos clásicos de desprendimiento de placenta son.

⁸⁶ MONDRAGON. Op. Cit. Pág 221

⁸⁷ BEISCHER, Norma. Obstetricia Básica Con Cuidados al Recién Nacido. Pág 159

- a) El útero se vuelve globoso y generalmente mas firme, este signo es el primero en aparecer.
- b) Suele presentarse una fuga repentina de sangre, sobre todo si el alumbramiento es de tipo Duncan.
- c) El útero se eleva en el abdomen, ya que la placenta habiéndose separado, desciende por el segmento uterino inferior y vagina, donde su volumen empuja el útero hacia arriba.
- d) Sale mas cordón umbilical de la vagina, lo que indica que la placenta ha descendido.

1.4.12.2 Atención Del Alumbramiento:

Para favorecer la salida de la placenta y con la intención de minimizar la hemorragia postparto se puede favorecer el alumbramiento con la **maniobra de Brandt y Andrews** que consiste en tomar con la pinza que se uso al seccionarlo y con la otra mano se empuja el fondo del útero hacia arriba. Con ello se indica si la placenta se ha desprendido ya que el cordón no seguirá el movimiento del útero hacia arriba. Si se ha producido el desprendimiento se hace un movimiento combinado de tracción inferior del cordón y desplazamiento hacia arriba del útero, a condición de que éste se encuentre firmemente contraído.

El cordón puede tolerar una tracción de 6 Kg. (va de 2 a 11 Kg.) antes de romperse, las contracciones son más efectivas con la vejiga vacía. Una vez que va saliendo la placenta por el introito vaginal se eleva el cordón hacia arriba y se va girando la placenta en su mismo eje , hasta que sale totalmente (**maniobra de Dublín**).⁸⁸

Debe examinarse con atención la placenta y comprobar que ha sido expulsada de la cavidad uterina, al mismo tiempo que sus membranas. Observar el número de cotiledones, estos pueden ser de 16 a 20 dependiendo del número de arterias terminales en que se divide la arteria umbilical. También se debe revisar el cordón umbilical en busca de nudos.

1.4.12.3 Revisión De Cavidad:

Realizar la revisión manual del útero, permite eliminar restos placentarios y de alguna manera verificar una posible lesión de desgarro. Por medio de una exploración completa se buscan lesiones en vulva y vagina, especialmente desgarros en la región del anillo vulvar. En ocasiones la mucosa está intacta, pero puede haberse formado un hematoma en los tejidos profundos.

1.4.12.4 Colocación De DIU:

“Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal”⁸⁹

“Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una “T” de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre plata y tiene además hilos guías para su localización y extracción. Los dispositivos intrauterinos son estériles e individuales y vienen con su insertor. Este método brinda una protección anticonceptiva del 95 al 99% .”⁹⁰

Está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes.

El DIU está contraindicado en: Embarazo o sospecha de embarazo, útero con histerometría menor de 6 cm., patología que deforma la cavidad uterina, carcinoma del cervix o del cuerpo uterino, enfermedad inflamatoria pélvica activa, presencia de corioamniotitis.

“Para la inserción de DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediano y el postaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU”⁹¹.

⁸⁸ PRITCHARD. Op Cit Pág. 126

⁸⁹ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar 1994. Pág.43

⁹⁰ Idem.

⁹¹ Idem

En los periodos postplacenta, transcesárea, postaborto de más de 12 semanas de gestación y el postparto mediato (prealta) no debe usarse el insertor. Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinzas y manual.

Técnica Con Pinzas:

- 1.- Se debe informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.
- 2.- Debe hacerse una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma , tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.
- 3.- Con la ayuda de un espejulo vaginal, se visualiza el cervix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.
- 4.- Empleando pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menos de 6 cm. no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor de 6 cm. debe insertarse el DIU. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de presión, se cortan los hilos guías a 2 cm. del orificio externo del cervix en caso necesario y se retira el espejulo vaginal.

Técnica Manual:

- 1.- El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- 2.- La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
- 3.- Se introduce la mano que porta el DIU a través del cervix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- 4.- Se retira la mano de la cavidad uterina cuidado de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, se debe recomendar que se use la técnica con pinza para las mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

1.4.12.5 Episiorrafia:

Una vez terminado el parto, se procede a realizar la episiorrafia de la siguiente manera:

"La mucosa y submucosa vaginal se cierra con sutura continua. Una vez cerrada la incisión vaginal, se aproximan los bordes del corte del anillo himeneal; se aprieta la sutura y se corta el catgut. Se dan entonces tres o cuatro puntos en la fascia y músculo del perineo; se hace una sutura continua hacia abajo para unir la fascia superficial al finalizar el cierre. Se lleva la sutura continua hacia arriba mediante puntos subdérmicos."⁹²

- **Limpieza Con Solución Salina:**

La limpieza al finalizar todo acto quirúrgico es importante en cuestión de reducir medios favorables para la reproducción de microorganismos. Esta puede hacerse con agua destilada estéril o bien con solución salina que no contienen azúcares que sirven como medio de cultivo.

- **Realizar Masaje Y Ejercicios En Miembros Inferiores De La Paciente:**

La posición de litotomía mantiene a la paciente con la región glútea apoyada en el borde de la mesa de exploración, las extremidades inferiores flexionadas y separadas por medio de las perneras, esto disminuye y favorece el descenso del producto, pero después de un tiempo disminuye el retorno venoso. Con el masaje y los ejercicios se obtiene una vasoconstricción, lo cual favorece la circulación.

- **Cubrir A La Paciente:**

⁹² PRITCHARD Op. Cit Pág. 337

Durante el trabajo de parto existe un aumento en la actividad muscular, un aumento en la cantidad de O₂ y por lo tanto existen una serie de reacciones químicas que producen un aumento en la producción de calor; una vez que termina el trabajo de parto se va dando una pérdida gradual del mismo por medio de:

Evaporación: es la conversión de un líquido en vapor. Por la misma pérdida de líquido que se implica en el esfuerzo físico y por la hemorragia, existe una mayor incidencia en la disminución de calor corporal. Esto a su vez origina que la tensión arterial descienda. Así, evitar la pérdida de calor en la mujer puerpera, disminuye el riesgo de shock.

1.4.12.6 Vigilancia Del Puerperio:

Puerperio: “Etapa del estado grávido que continúa a la expulsión del producto de la concepción (sin importar la duración de la gestación, así como que el producto nazca vivo o muerto)”⁹³ y continua o se prolonga hasta por seis a ocho semanas después, tiempo en el cual el aparato reproductor y genital vuelven a tener las mismas características que antes de iniciar el embarazo.

“El puerperio comprende tres periodos:

Inmediato: Las primeras 24 horas.

Mediato: Del segundo al séptimo día.

Tardío: Desde el octavo día hasta el cuadragésimosegundo día postparto.”⁹⁴

“Además; el aumento de la actividad miometrial contribuye a lograr una buena hemostasia mediante la compresión de los vasos intramiométriales.

Cambios Anatomofuncionales En El Puerperio:

La valoración de la paciente en el puerperio, es responsabilidad del licenciado en enfermería y obstetricia; por lo que debe de conocer los cambios anatomofuncionales que presenta toda mujer puerpera:

⁹³ A.M.G.O. No. 3 IMSS Op. Cit. Pág. 213

Presión Arterial: El ajuste hemodinámico depende en gran parte del trabajo de parto y el parto; por ejemplo posición materna, método de parto, tipo de anestesia y hemorragia, se observa un incremento en el gasto cardiaco después del parto y durante la contracción uterina, aumenta la presión de 10 a 30 mmHg postalumbramiento, restituyendo cerca de 300 ml. de sangre a la circulación materna, lo que a su vez incrementa la presión venosa central y el volumen sistólico.

En el periodo inmediato tiende a restablecerse las presiones arteriales de manera progresiva conforme aumenta la diuresis. En cambio en el puerperio a termino se dice que existe una hipertensión lo cual debe hacer descartar: toxemia gravidica, nefropatia o hipertensión arterial.

En caso contrario si existe hipotensión se debe descartar hipovolemia, estado de shock, infección, etc.

Pulso: En el puerperio inmediato hay una disminución en el pulso. Después del parto por el estímulo del plexo nervioso abdominal (neumogástrico) o por la relación de un volumen sistólico aumentado con un volumen sanguíneo menor obliga a trabajar mas despacio, lo que da lugar a una variación entre 60 y 70 pulsaciones por minuto que puede considerarse como normal, esto es transitorio y sus valores normales se alcanzan después de la primera semana postalumbramiento. En cambio si se presenta taquicardia (elevación de 10 a 15 pulsaciones) se debe descartar infección o anemia.

Respiración: En el periodo inmediato desaparece la disnea presentada durante el embarazo debido a la compresión abdominal y esta se eleva en cantidad en forma relativa hasta que vuelve a la normalidad.

Temperatura: La hipertermia puede traducir la presencia de un cuadro de infección, deshidratación o congestión mamaria.

La temperatura normal en el puerperio inmediato es de 37.5 a 38° centígrados. Su discreto aumento se debe a la reabsorción de pirógenos durante el trabajo de parto, altas concentraciones de prolactina y por ende mayor actividad mamaria; la hipotermia puede ser signo de hemorragia o shock hipovolémico.

Peso: Después del parto la mujer pierde de 3 a 4 kg. de peso debido a la acumulación de líquidos en el espacio intersticial (principalmente) y a los electrolitos acompañantes, a esto hay que aunarle el peso del producto y sus anexos.

Tegumentos: La hiperpigmentación cutánea con el aumento de la concentración de la hormona estimulante de los melanocitos y probablemente relacionada también con los niveles de estrógenos y progesterona desaparecen durante el puerperio progresivamente, al igual que la hiperhidrosis, el aumento de la secreción sebácea y el eritema palmar; lo que no sucede en las estrias gravídicas las cuales por acción mecánica de estimulación pueden perder su involución normal perdiendo con ello el equilibrio de la relación colágena.

Órganos De Los Sentidos: A grandes rasgos podemos decir que al quitarse progresivamente la hipertrofia de la hipófisis, se lleva a cabo la disminución de depósitos de iones localizados lo que hace perder progresivamente la hipersensibilidad olfativa y gustativa que vuelven al estado pregrávido sin elementos agregados.

Cardiovascular: El corazón pierde el desplazamiento hacia arriba al nacer el producto, con ello se devuelve el eje eléctrico normal. Inmediatamente después del desprendimiento de la placenta disminuye la cuenta de plaquetas, hay elevación secundaria en los siguientes días junto con el aumento de la adhesividad de las plaquetas, la concentración de fibrinógeno plasmático hasta que llega a los valores previos al trabajo de parto aproximadamente del día 3 a 5 del puerperio.

Las concentraciones circulantes de antitrombina III están disminuidas en el tercer trimestre del embarazo. La actividad fibrinolítica aumenta con rapidez después del parto, lo que junto con el consumo de varios factores de la coagulación sugieren un

gran depósito de fibrina en el lecho placentario. Un tercio del incremento de la volemia ocurrida durante el embarazo a desaparecido hacia el tercer día del puerperio, gran parte es resultado de la pérdida hemática en el parto. El gasto cardíaco, aumenta todavía más que en el trabajo de parto, lo que refleja aumento del retorno venoso del útero contraído y los vasos de capacitancia.

Valores Sanguíneos: La activación de los factores de la coagulación que acompaña al embarazo puede proseguir durante un tiempo variable.

Otros cambios hemodinámicos son la elevación de la cuenta de leucocitos de 15 000 y 20 000 primordialmente por aumento del número de granulocitos, rara vez se encuentran eosinófilos y podrían estar disminuidos los linfocitos.

La pérdida de sangre es en promedio de 200 a 500 ml durante el parto vaginal y 700 a 1000 ml en caso de operación cesárea. Como no ocurre destrucción rápida de eritrocitos después del parto, la disminución del número puede producirse gradualmente según la vida media de los mismos. Los valores de hemoglobina y hematocrito varían desde el principio del puerperio pero deben aproximarse a los valores previos al parto o exceder a los mismos en plazo de 2 a 6 semanas al aproximarse las concentraciones normales. Conforme se excreta líquido extracelular sobreviene hemoconcentración con incremento concomitante del valor hematocrito.

Endocrino: Disminuye progresivamente el tamaño de la tiroides volviendo a niveles normales la concentración plasmática de yodo orgánico y de proteínas fijadoras de tiroxina (T49, tiroxina, triyodotironina) Se normaliza el tamaño de la suprarrenal disminuyendo el cortisol en el plasma (concentración), disminuye progresivamente la hiperplasia de las células beta de los islotes de Langerhans existente en el embarazo y con ello la concentración de la insulina basal; finalmente los niveles de glucagón se normalizan.

Nervioso Central: Al normalizarse los niveles de estrógenos y progesterona se quita la somnolencia, las náuseas, el vómito y la inestabilidad neurovegetativa progresivamente

Aparato Urinario: La dilatación de las pelvis renales y ureteros (aunado a las incurvaciones se quita progresivamente). En el puerperio inmediato, la mucosa de la vejiga se encuentra edematosa como resultado del trabajo de parto. Es frecuente la sobredistensión de la vejiga y el vaciamiento incompleto de la misma, así como la presencia de orina residual.

El embarazo se acompaña de un aumento aproximado de 25 a 50% del flujo plasmático renal y de la tasa de filtración glomerular. Estos valores vuelven a lo normal o a menos de lo normal durante el puerperio. Suele haber una correlación estrecha entre el flujo sanguíneo renal y el gasto cardiaco.

Los cambios hormonales del embarazo (valores elevados de esteroides) también constituyen al aumento de la función renal, y las cifras reducidas de esteroides después del parto pueden explicar en parte la función renal disminuida durante el puerperio.

La glucosuria renal inducida por el embarazo desaparece la depuración de creatinina; por lo general es lo normal al final de la primera semana después del parto.

El nitrógeno de la urea sanguínea se eleva durante el puerperio; al final de la primera semana postparto alcanza valores de 20 mg/100 ml en comparación con 15 mg/100 ml al final del tercer trimestre del embarazo; de manera fisiológica en el puerperio inmediato (máximo 8 hrs postalumbramiento) se esperaría que orine el paciente.

Equilibrio De Líquidos Y Electrolitos: El aumento total de agua durante el embarazo es casi 8.5 litros, pasan al espacio extracelular 6.5 litros y 2 litros al intracelular. Dos terceras partes de dicho liquido pasa al espacio extracelular se distribuyen en los tejidos maternos, 1.5 litros se encuentra en los volúmenes eritrocitarios y plasmáticos expandidos y 2.6 litros en espacio intersticial.

Como resultado de las perdidas insensibles de agua, el peso materno disminuye en promedio 5.5 kg. por el trabajo de parto, el nacimiento del producto, la expulsión de la placenta y perdida del liquido amniótico.

Hay pérdida neta de líquido por lo menos de 2 litros como promedio durante la primera semana después del parto, y una pérdida adicional de casi 1.5 litros durante las siguientes 5 semanas; la concentración de tiocinato y sodio indica que la pérdida de agua en la primera semana postparto representan pérdida de líquido extracelular. Los cambios que ocurren en los electrolitos séricos durante el puerperio indican un aumento general en el número de cationes y aniones en comparación con los valores antes del parto. Aunque el sodio total intercambiable disminuye durante el puerperio, la pérdida relativa del agua corporal excede a la pérdida de sodio. El antagonista de la aldosterona, esta disminuido debido a la baja concentración plasmática de potasio que se observa después del parto; al existir cambios en K y Na puede sugerir un edema normal en las primeras horas del puerperio.

Cambios Metabólicos Y Químicos: La cifra de glucemia (tanto en ayuno como en postprandial) tiende a disminuir por abajo de los valores que conservan durante el embarazo y el parto, ya que durante estos, se encuentran un poco elevados por el lactógeno placentario que es un antagonista de la insulina

La concentración de aminoácidos plasmáticos libres aumenta después del parto.

Cambios Enzimáticos: No se modifica la transaminasa glutámica (oxalacética pirúvica). Como resultado de la actividad muscular durante el trabajo de parto, las cifras de creatinfosfosinasa y deshidrogenasa láctica pueden estar elevadas en la sangre materna varios días después del parto.

La actividad de la lipoproteín lipasa esta aumentada durante el embarazo y retorna a concentraciones no gestacionales 10 días después del parto.

Las proteínas relacionadas con el embarazo y consideradas de origen placentario desaparecen de la sangre unos cuantos días después del parto.

Pueden desencadenarse alfafetoproteínas y oxitocinasa en el plasma durante varias semanas postparto.

Aparato Respiratorio: Al darse la expulsión del producto aun y sin todavía llevarse a cabo el alumbramiento, se mejora notablemente la elevación del diafragma dado por el crecimiento uterino, volviendo con ello los pulmones a

ocupar sus diámetros correspondientes; esta etapa de adaptación es ayudada en ocasiones sin intención, al manejar hiperventilaciones (resoplidos) en el momento de alumbramiento, los índices de los volúmenes respiratorios regresan progresivamente a los niveles normales y disminuye la sensibilidad del centro respiratorio al disminuir la progesterona. Se mejora la ingurgitación de las vías respiratorias.

Aparato Digestivo: Se involucra progresivamente en cavidad oral la hipertrofia e hiperemia gingival sin dejar respuestas agregadas. Se modifica el pH y vuelve al considerado normal (6.0 a 7.0), desaparece la sialorrea al igual que la pirosis, se favorece el retorno venoso normal del útero, recto y ano.

Disminuye la hiperactividad hepática, se normaliza la actividad de la fosfatasa alcalina, llega a su normalidad la albúmina y globulinas plasmáticas y vuelve a su estado preconcepcional la actividad de la glucoronil transferasa.

Al ya no existir una compresión por el embarazo se incrementa la capacidad gástrica y si a esto le aünamos la necesidad energética da por resultado el aumento del apetito de la paciente, mejora la peristalsis intestinal y de manera normal se esperaría que existiera evacuación aproximadamente en el segundo día postalumbramiento.

Abdomen: A medida que el miometrio se contrae el peritoneo que recubre el útero va plegándose y arrugándose, los ligamentos anchos y redondos requieren mucho más tiempo para recuperarse que las paredes abdominales las cuales solo por algún tiempo se consideran blandas y flácidas, la involución completa puede requerir de 6-7 semanas aproximadamente, la sobredistención de la pared abdominal y las fibras elásticas de la piel pueden producir estrías persistentes y diástasis de los músculos rectos; el tono de los músculos voluntarios del piso pélvico y sostén de la pelvis se recuperan de manera más rápida por los movimientos fisiológicos, el desarrollo sobredistendido de la musculatura o la aponeurosis en el momento del parto predisponen a que se produzcan hernias genitales. Cabe aclarar en este momento también que los niveles de relaxina van disminuyendo a partir de la iniciación del

puerperio, se modifica la movilidad articular y con ello la lordosis compensadora puesto que el centro de gravedad tiende a regresar a su posición pregestacional.

Miembros Inferiores: Se observan los trayectos venosos, dentro de un proceso de readaptación del endotelio a la nueva circulación, se debe descartar dolor o fenómenos inflamatorios agregados.

Glándulas Mamarias: Los niveles de estrógenos y progesterona secretados por la placenta inhiben la secreción de prolactina por la hipófisis anterior. Después de la salida de la placenta desaparece esta inhibición y se secreta prolactina por estímulo de la secreción de leche.

Se debe investigar la función del pezón y la calidad de la secreción láctea y descartar patologías aparentes.

Periné: Disminuye la distensión vaginal; la vagina sobredistendida y de pared lisa recurre poco a poco su estado anterior al parto alrededor de la tercera semana. El engrosamiento de la mucosa, la producción de moco cervical y otros cambios estrogénicos pueden retrasarse en la mujer que está amamantando. El himen cicatriza, en forma de nódulos fibrosos de mucosa, las carúnculas mirtifformes.

Útero: El útero aumenta su forma notable de tamaño y peso durante el embarazo, pero involucre de manera rápida después del parto. Los estrógenos, la progesterona y la distensión crónica, ejercen efectos sinérgicos sobre la síntesis de actinmiosina y colágena. La progesterona sola no es causa importante de hiperplasia miométrial, pero hipertrofia el útero. Cuando se inhibe la liberación de las hormonas sexuales esteroideas del embarazo, aumenta la actividad de la colagenasa uterina y la liberación de enzimas proteolíticas, al mismo tiempo emigran macrófagos hacia el endometrio y el miometrio disminuye de tamaño.

Inmediatamente después del alumbramiento el útero inicia su involución integral hasta terminar alrededor de la sexta semana, el útero pesa alrededor de 1 kg, es firme en el fondo, globular y contraído primero dos traveses de dedo por debajo de la cicatriz umbilical y aproximadamente después de 5 a 6 min. se localiza a nivel de la cicatriz y de allí en adelante sigue una involución aproximada de 1 a 1.2

centímetros por día, esto también depende si hay o no favorecimiento con la lactancia materna. Los cambios ocurridos en la superficie uterina se deben principalmente a modificaciones del órgano. Hacia la sexta semana el órgano pesa menos de 100g, el rápido catabolismo del tejido después del parto se demuestra por la liberación aproximadamente de 20 g de nitrógeno y aumento de la excreción urinaria de creatinina y urea.

Disminuye el volumen del útero después de la expulsión del feto y la placenta por la fuerza miometrial y las presiones intrauterinas que son mayores en el inicio del puerperio que antes del parto. Las contracciones uterinas intensas persisten a través del puerperio inmediato causando los denominados entuertos. Además; el aumento en la actividad miometrial contribuye a lograr una buena hemostasia mediante la compresión de los vasos intramiometriales.

Cérvix: Inmediatamente después del parto se encuentra blando. El cuello uterino se cierra durante el puerperio, al final de la primera semana tiene una dilatación un poco mayor a 1 cm, después de una semana el músculo se empieza a regenerar corrigiéndose por completo. Las heridas pequeñas pueden cerrar espontáneamente o requerir cauterización. El orificio externo formado es algo mas amplio que el de la nulípara.

Lecho Placentario: Después del alumbramiento hay una contracción inmediata del lecho placentario a casi la mitad del tamaño que tenía cuando albergaba la placenta. Esta contracción produce constricción y permite la oclusión de vasos sanguíneos subyacentes. Al principio el lecho placentario se encuentra elevado de aspecto algo áspero y friable, la involución se lleva a cabo por medio de extensión y crecimiento hacia abajo del endometrio marginal y por regeneración endometrial de las glándulas en la decidua basal.

Loquios: Se entiende por loquios el desecho que se tiene en el interior del útero después del parto. Son la secreción uterina sanguinolenta que contiene restos de tejido y decidua. se clasifican en :

Loquios rojos: La descarga de color rojo oscuro se produce durante los dos o tres días del puerperio y contiene células epiteliales, leucocitos, eritrocitos, residuos de decidua y, ocasionalmente meconio, lanugo y vernix caseoso del feto

Loquios serosos: Aparecen desde el tercero hasta el décimo día, se caracteriza, por ser de color sonrosado y aspecto serosanguinolento, están compuestos por exudado seroso, residuos de decidua en degeneración, eritrocitos, moco cervical y numeroso microorganismos.

Loquios blancos: Es la descarga final y esta compuesta primordialmente por leucocitos, grandes células residuales mononucleares irregulares o redondas, fusiformes; células epiteliales tanto planas como cilíndricas, grasas, moco cervical, cristales de colesterol y bacterias.

Cuando los loquios blancos no disminuyen se puede pensar en una retención de membranas y cuando hay aparición de coágulos y sangrado vaginal, se puede pensar en una hemorragia postparto.

El número total de loquios expulsados es de 240 a 270 ml aproximadamente, y se produce reducción gradual de este volumen. Es necesario valorar los loquios no solo para identificar la presencia de hemorragia, sino también para valorar la involución uterina, tipo, cantidad y consistencia de los loquios, señalan el estado de salud del sitio de implantación de la placenta, y es necesario valorar los cambios progresivos a partir de el color brillante hacia el color rojo oscuro y colores rosado a blanco transparente de la descarga.

Hasta aquí es necesario recordar que se debe valorar el tono de la pared muscular, la ausencia de dolor y distensión visceral, especialmente vesical. Se debe apreciar la altura y consistencia del fondo uterino así como expulsión de coágulos y loquios. Se tendrá especial cuidado en las características de los loquios (olor, cantidad, aspecto, etc.)

Entuertos: Los entuertos o contracciones dolorosas propias del puerperio se presentan con mayor intensidad en las primeras horas, y mas en multiparas que en primiparas, aunque se ignora el porque de esta diferencia. En ocasiones son muy

intensos y requiere de la administración de algún analgésico. La administración de inhibidores de la contracción uterina, aunque es un tratamiento capaz de mejorar sensiblemente los entuertos, no es aconsejable por la posibilidad de facilitar la pérdida hemática. Por el contrario, en los casos en que se aprecia cierto retraso en la involución uterina, son beneficiosos los ergóticos (15 gotas tres veces al día), ya que suele ir acompañada de un aumento en la frecuencia e intensidad de los entuertos.

Introito Vaginal: Al comienzo del puerperio aparece eritematoso y edematizado, particularmente en la zona de la episiotomía. Los cuidados del periné consisten principalmente en una buena higiene durante las dos primeras semanas; lavados con agua y jabón particularmente después de la movilización intestinal suelen ser suficientes. Los baños calientes ayudan a disminuir la sensibilidad perineal y a estimular la curación de la episiotomía.

Endometrio Y Menstruación: En el endometrio la porción mas superficial de la decidua sufre una necrosis y a los tres días del puerperio se empieza a eliminar con los loquios. La capa basal endometrial, que contiene los fondos de las glándulas uterinas inicia la regeneración del endometrio a un ritmo lento. Hacia la cuarta semana el epitelio endometrial se encuentra ya restaurado, durante los primeros 15 días del puerperio el endometrio prolifera en su superficie, a partir de los fondos de saco glandulares. Al rededor de los 10 días subsiguientes el endometrio crece en forma discreta debido a la estimulación estrogénica y adquiere sus características de endometrio proliferativo.

La menstruación reaparece en las mujeres que no amamantan a sus hijos, en un plazo de 6 a 8 semanas después del nacimiento, esta es una descamación del endometrio no secretor. Por lo tanto, el primer o los primeros ciclos menstruales son anovulatorios. Cuando existe lactancia el endometrio se encuentra en reposo ya que no recibe estímulo hormonal o este suele ser insuficiente; es por ello que durante la lactancia por lo general no se presentan ciclo menstrual ni ovulatorio.

Cerca del 40% de las mujeres que amamantan a sus hijos presentan reaparición de la menstruación en 6 semanas. Aproximadamente el 45% la tienen ya al final de la 12a semana y el 90% dentro de las 24 semanas que siguen del nacimiento.

La menstruación reaparece a las 12 semanas después del nacimiento en las mujeres que no amamantan a sus hijos (mínimo 8 veces por día para mantener un estímulo hormonal constante), cerca del 50% ovulan dentro del primer ciclo, en tanto que el 80% de las madres que amamantan uno o más ciclos ovulatorios no tendrán ovulación.

Se dice que la causa de la esterilidad característica de la madre que amamanta es la supresión ovárica, hipofisiaria y posiblemente hipotalámica.

Después del parto se presentan descenso abrupto de la hormona gonadotropina coriónica, estrógenos y progesterona. La prolactina aumenta en su concentración considerablemente de manera principal en mujeres que están lactando.

Trompas Uterinas: Dos semanas después del parto se encuentra en un estado hipoestrogénico con atrofia y pérdida parcial de cilios.

Ovarios: En el puerperio inmediato persiste la anovulación en el puerperio a término. Entre 40 a 80 días después del parto ocurre nuevamente la ovulación.

CAPITULO V

1.5 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Más del 80% de los lactantes recién nacidos son de término y normales. Estos niños requieren de un mínimo de cuidados básicos. Sin embargo, en potencia cualquier lactante es susceptible a hipoxia, acidosis y depresión posterior durante el trabajo de parto, expulsión y período inmediato después del parto; los niños que nacen de embarazos de alto riesgo corren peligros aún mayores. Por lo tanto, los cuidados en la sala de expulsión para el recién nacido incluyen no sólo aspectos fundamentales

para el neonato normal, sino también se requiere de capacidad para cuidar lactantes con necesidades específicas, en forma rápida, organizada y con destreza.

En general la responsabilidad de la valoración inicial después del parto y el cuidado del neonato recae en el individuo que recibe al niño. Los cuidados rutinarios del lactante normal los puede proporcionar el Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Así, tenemos que entre dichos cuidados se incluyen:

- **Preparación del material y equipo para recibir al recién nacido**

Para recibir al neonato debemos verificar que la cuna se encuentre limpia y cálida (23-25°C). Se deberá contar con el equipo siguiente: sábanas limpias, perilla o sonda para la aspiración de secreciones, cinta umbilical y tijeras estériles; torundas, vaselina, cloramfenicol (gotas), vitamina K, jeringas de insulina, cinta métrica, báscula, estetoscopio, cojín con cinta negra para la identificación y termómetro rectal.

1.5.1 Limpieza de las vías respiratorias

a) Aspiración de secreciones: la limpieza de las vías respiratorias se realiza inmediatamente después de la expulsión de la cabeza del niño, antes de que sea expulsado el tórax; se aspiran los líquidos y secreciones de nariz, boca y faringe, para lo que se emplea una perilla. Si hay meconio presente en el líquido amniótico en este momento es de particular importancia aspirar las vías respiratorias, debido a que así se evita la aspiración de éste tras la expulsión del tórax.

Después de terminar la expulsión, con rapidez se efectúa otra aspiración, colocando la cabeza del lactante hacia abajo, a nivel del perineo de la madre.

b) Repetición de la aspiración: en caso necesario, se repite la aspiración. Se debe evitar la estimulación de la faringe posterior, debido a que la aspiración demasiado vigorosa y el uso de la sonda de aspiración nasal en los primeros minutos después del parto, suelen causar apnea refleja vagal, bradicardia o ambas.

1.5.2 Evitar pérdidas de calor corporal

Las complicaciones de la exposición al frío después de nacer son la acidosis metabólica, la hipoxemia y la hipoglucemia, lo cual provoca que el riñón aumente se excreción de agua y solutos, por intentos de compensar la pérdida de calor; además el organismo aumenta la producción de calor incrementando su metabolismo basal y el consumo de O₂; liberando noradrenalina, lo que da lugar a una termogénesis. Tras el parto vaginal muchos neonatos presentan una acidosis leve o moderada, que pueden compensar hiperventilando, al contrario de los bebés deprimidos en los que resulta más difícil. Por lo tanto se debe secar, envolver en paños y colocar bajo un calefactor al bebé en lo que se le realizan los cuidados inmediatos y se pone en contacto con su madre.

1.5.3 Ligadura del cordón umbilical

Generalmente se utilizan pinzas de plástico, cintas de tejido de algodón o pedacitos de sonda foley para conseguir la hemostasia del cordón umbilical. “Cuando se utiliza una ligadura de tejido de algodón; aproximadamente 2 cms. De la pared abdominal, se atan dos nudos los cuales se aseguran con una lazada cuadrada para que tengan estabilidad.”⁹⁵

1.5.4 Toma de signos vitales

Temperatura: Generalmente al R.N. se le toma la temperatura rectal. “Su parámetro normal al nacimiento es de 36.7 a 37°C”⁹⁶ En algunos casos el nuevo ambiente puede causar que la temperatura descienda.

Frecuencia cardíaca: El ritmo cardíaco en el recién nacido es de 120 a 160 latidos por minuto con un promedio de 140. Como el corazón del neonato se encuentra a nivel más alto que el del adulto, para auscultar el latido cardíaco, el estetoscopio

⁹⁵ INGALLS Enfermería Materna e Infantil. Pág. 224

⁹⁶ DICKASON, Elizabeth J. Asistencia Materno Infantil. Pág. 224

deberá colocarse en el borde izquierdo del esternón, a la altura del 5° espacio intercostal.

Frecuencia respiratoria: Varía de 30 a 60 respiraciones por minuto. Normalmente las respiraciones son irregulares en profundidad, frecuencia y ritmo; suelen ser suaves, silenciosas, rápidas y superficiales. La respiración normal de recién nacido es de tipo abdominal ya que los movimientos respiratorios se producen por la coordinación del diafragma y de los músculos abdominales, lo cual disminuye la actividad torácica. A medida que el bebé crece las respiraciones disminuyen.

Tensión arterial: La presión arterial de un recién nacido es de 90/60 mmHg; aunque resulta difícil de medir. A medida que el niño crece la presión aumenta.

1.5.5 Profilaxis oftálmica

El recién nacido está provisto de inmunidad pasiva a cualquier enfermedad infecciosa padecida por la madre, pero esta inmunidad no lo protege contra microorganismos que se encuentran en el canal de parto y que en determinado momento pueden contaminarlo. En este caso los ojos son susceptibles a infecciones, especialmente aquellas producidas por gonococos. Por lo que en México, a nivel institucional es obligatorio el uso de antibióticos profilácticos (cloramfenicol oftálmico 2 gotas en cada ojo).

1.5.6 Ministración de vitamina K

Se recomienda la ministración de vitamina K (0.5 ml. I. M.) para prevenir hemorragias; ya que participa en la formación de protombina y los factores de coagulación II, VI, IX y X.

1.5.7 Exploración física

En general el neonato está formado de cabeza voluminosa, abdomen globoso, piernas arqueadas, caderas pequeñas, cuello corto y con pliegues; los genitales aunque pequeños están hinchados y desproporcionados, sus manos parecen enanas

comparadas con el abdomen prominente, sus pies parecen inútiles y planos debido a que las plantas de los pies presentan cojinetes adiposos.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia es capaz de atender al recién nacido, hacer una evaluación general e identificar los factores de riesgo que pueden afectarlo. Para ello, debe valerse de una exploración física rápida pero detallada, considerando lo siguiente:

- **Piel:** Al nacer es delicada y rojiza ya que la capa de grasa subcutánea no ha cubierto todavía la red capilar. Es común ver que la piel de los recién nacidos presente: vernix caseosa, lanugo, descamación, millium facial, lunares y/o ictericia. Sin embargo, en otros casos nos podemos encontrar con eritema alérgico, manchas mongólicas o petequias.

Los bebés pueden nacer con mucho, poco o nada de pelo, de distinto color y grosor. Las cejas y las pestañas nacen con el niño, las uñas pueden ser largas y afiladas.

- **Cabeza:** En proporción es más grande de lo que será en la etapa adulta. Representa $\frac{1}{4}$ parte del cuerpo completo, mientras que en el adulto sólo representa $\frac{1}{8}$ parte. La exploración se realiza con los dedos sobre las líneas de sutura y las fontanelas, la anterior (bregmática) y la posterior (lambdaoidea). Estas últimas nos proporcionan información valiosa sobre el estado del bebé, ya que si se encuentran hundidas nos indican deshidratación y si están abombadas es signo de aumento en la presión intracraneana.

También se debe inspeccionar la forma de la cabeza, simetría de los músculos faciales cuando el niño llora y permeabilidad de las narinas. Se debe descartar la presencia de cefalohematoma o caput succedaneum, la existencia de secreción o inflamación ocular, presencia de labio paladar hendido u orejas de baja implantación.

Los labios deben ser rosados con lengua suave y simétrica, la cual no debe sobresalir. La membrana conectora unida a la superficie inferior de la lengua (frenillo) no debe restringir el movimiento del ápice de esta y las encías suelen

mostrar las líneas de dientes. Algunas veces aparecen pequeñas manchas blancas en la línea media del paladar duro (perlas de Epstein).

- **Cuello:** El cuello parece relativamente corto y debe palpase para descartar adenomegalias. También se debe verificar que las clavículas no estén fracturadas.
- **Tórax:** En muchos neonatos se observa hipertrofia mamaria debido a la alta concentración de hormonas femeninas en su sangre. Las mamas pueden secretar una sustancia similar al calostro que desaparece poco después del nacimiento, ante la ausencia de estímulo hormonal. Además es importante examinar los movimientos torácicos y auscultar el latido cardíaco.
- **Abdomen:** El hígado suele palpase bien, mientras que la punta del bazo se siente con menos frecuencia. Habitualmente, se puede determinar el tamaño aproximado y la situación de ambos riñones mediante palpación profunda, la detección de cualquier masa anormal debe ser evaluada por el pediatra. No debe existir distensión abdominal, ya que puede ser indicio de obstrucción o perforación del tubo digestivo.
- **Genitales:** Normalmente, los genitales se encuentran discretamente aumentados de tamaño en ambos sexos; esto debido a la acción hormonal materna, recibida por el feto vía transplacentaria.

Los genitales femeninos presentan una considerable secreción no purulenta, la cual requiere de observación, más no de intervención.

En el niño el escroto normal es relativamente grande; los testículos deben hallarse en el escroto o ser palpables en los conductos inguinales; el pene está cubierto por el prepucio, el cual es firme y adherente.

- **Ano:** Es importante verificar la permeabilidad del ano introduciendo con suavidad una sonda rectal o con el termómetro a la hora de tomar la temperatura, ya que el ano imperforado no siempre es visible.
- **Extremidades:** Al examinar las extremidades, se deben descartar fracturas o lesiones nerviosas producidas por el parto; para ello hay que observar la

reacción de estas durante la actividad espontánea o provocada. Se examinarán también manos y pies para descartar polidactilia o sindactilia.

Es obligatorio revisar las caderas de todo recién nacido para descartar una posible luxación congénita de cadera. Existen diversas maniobras de las cuales podemos ayudarnos para conseguirlo:

“Muy suavemente, sin aplicar fuerza alguna y estando el lactante tranquilo, relajado y en posición supina en la mesa de exploración, se deben explorar las dos caderas por separado, colocando las caderas y rodillas en flexión y manipulando las caderas del lactante para desplazar (Maniobra de Barlow) o reducir (Maniobra de Ortolani) la cabeza del fémur sobre el borde posterior del acetábulo. La cabeza del fémur se reduce pasivamente conforme se abduce la cadera, y el dedo medio del explorador comprime hacia adentro y hacia arriba el trocante mayor; la cabeza del fémur se luxa al abducir la cadera con una compresión hacia afuera y hacia atrás ejercida con el dedo pulgar sobre la cara interna del muslo. El signo positivo es un chasquido palpable debido a la entrada o salida de la cabeza del fémur sobre el borde del acetábulo.”⁹⁷

También debemos valorar el estado neurológico del bebé mediante la confirmación de la presencia de los siguientes reflejos:

1. Reflejos defensivos:

- **Reflejo de moro:** Los estímulos inesperados provocan la extensión y abducción de los brazos, el estremecimiento y lentamente la relajación.
- **Reflejo cervical:** El recién nacido adopta la postura de “esgrima” en donde la cabeza, brazo y pierna giran hacia un lado, para relajarse lentamente.
- **Reflejo de prensión:** El bebé agarra cualquier objeto colocado en su mano con fuerza suficiente para sostener el peso de su cuerpo, después se relaja.
- **Parpadeo:** Los párpados se abren o cierran estimulados por el tacto o la luz.
- **Llanto:** Un dolor repentino, el frío o el hambre hace que el aire pase a través de las cuerdas vocales originando el llanto.

- **Reflejo plantar:** Se explora estimulando la parte externa del pie, comenzando por el talón y desplazándose por ella hasta la base de los dedos. “El signo de Babinski consiste en la extensión del dedo gordo del pie y la separación en abanico de los demás dedos. La mayor parte de los recién nacidos responden a la estimulación plantar, con una flexión inicial del dedo gordo del pie.”⁹⁸ Una respuesta asimétrica entre ambos miembros es signo de lateralización.

2. Reflejos alimentarios:

- **Succión:** Aprieta los labios, mueve la lengua hacia adentro y realiza un tirón fuerte; debido al hambre o estímulo en los labios.
- **Búsqueda de alimento:** El tocar las mejillas o los labios hace que el bebé voltee la cabeza hacia ese punto.
- **Deglución:** Los músculos de la garganta cierran la tráquea y el esófago se abre cuando el alimento está en la boca.
- **Nauseoso:** Al estimular la úvula, el esófago se abre con contracción peristáltica.

3. Reflejos respiratorios:

- **Movimientos respiratorios:** El pecho y los músculos abdominales producen el movimiento muscular de inspiración y espiración.
- **Estornudo:** Consiste en la corriente violenta de aire, desde la nariz y garganta. Se presenta desde el nacimiento y dura toda la vida.
- **Tos:** Es la corriente violenta de aire, desde la garganta y los pulmones.

1.5.8 Valoración neonatal

1.5.8.1 Valoración de Apgar: Es fundamental que posterior al parto, se valore el estado del niño y esto se logra mediante el índice de Apgar. Este método proporciona una evaluación cuantitativa de : frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y coloración de tegumentos. “Este método para la valoración sistemática del neonato permite identificar a los niños

⁹⁷ BEHRMAN, E. Richard. Et. al. Tratado de Pediatría Nelson. Pág. 2069

⁹⁸ BEHRMAN. Op. Cit. Pág. 1796

que necesitan reanimación a causa de la acidosis hipóxica.”⁹⁹ Aunque cabe mencionar que una puntuación baja no siempre es indicador de hipoxia ácido-fetal, tampoco el Apgar sirve para predecir la mortalidad neonatal, ni la posible parálisis cerebral. “La puntuación de apgar al minuto indica si hay necesidad de una reanimación inmediata del neonato y la puntuación de los 5 minutos nos indica si tuvieron éxito esas medidas de reanimación. La puntuación va de 0 a 2 por cada categoría a evaluar. La mejor puntuación Apgar posible es de 10; la más baja es 0.”¹⁰⁰ La interpretación de la puntuación suele orientar el tratamiento inmediato: mayor o igual a 7 se considera normal; de 4 a 6 con trastornos y de 0 a 3 indica urgencia médica.

A continuación se describe dicha valoración:

VALORACION DE APGAR			
SIGNO	0	1	2
1. Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
2. Esfuerzo espiratorio	Ausente	Llanto débil, hipoventilación	Llanto vigoroso
3. Tono muscular	Flácido	Ligera flexión de extremidades	Extremidades bien flexionadas
4. Estimulación de pies	No hay respuesta	Movimiento ligero	Llanto
5 Coloración	Azul	Cuerpo rosado, extremidades cianóticas (acrocianosis)	Rosado

1.5.8.2 Valoración de Silverman-Usher: Esta valoración nos permite evaluar la función respiratoria del neonato y se aplica a los 10 minutos de nacido el bebé. La puntuación va de 0 a 2 para cada categoría a evaluar. La mejor calificación posible

⁹⁹ BEHRMAN. Op. Cit. Pág. 512

de Silverman es 0 y la más baja es 10; por lo que mientras menor sea la puntuación, mejor será el pronóstico para el recién nacido.

Así, los parámetros que evalúa este test son los siguientes:

VALORACION DE SILVERMAN-USHER			
SIGNO	0	1	2
1. Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Tórax móvil, abdomen en movimiento	Respiración en balanceo
2. Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Intenso
3. Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Intenso
4. Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Intenso
5. Quejido respiratorio	Ausente	Débil, solo audible con estetoscopio	Audible a distancia

1.5.8.3 Valoración de Capurro: Mediante esta valoración podemos calcular la edad gestacional del recién nacido. Básicamente consta en observar las características siguientes:

VALORACION DE CAPURRO	
	CALIFICACION
1. Textura de la piel (TP)	
• Gelatinosa	0
• Fina y lisa	5
• Algo más gruesa, discreta descamación superficial	10
• Gruesa con grietas superficiales, descamación en manos y pies	15
• Gruesa, apergaminada, con grietas profundas	20

¹⁰⁰ BENSON. Op. Cit. Pág. 255

2. Forma de la oreja (FO)			
• Aplanada sin forma, incurvación escasa o nula		0	
• Incurvación de una parte del borde del pabellón		8	
• Pabellón parcialmente incurvado en toda la parte superior		16	
• Pabellón totalmente incurvado		24	
3. Tamaño de la glándula mamaria (TGM)			
• No palpable		0	
• Palpable menor de 5 mm de diámetro		5	
• Diámetro entre 5 y 10 mm		10	
• Diámetro mayor de 10 mm		15	
4. Pliegues plantares (PP)			
• Sin pliegues		0	
• Pliegues mal definidos sobre la mitad anterior		5	
• Pliegues bien definidos sobre la mitad anterior y surcos en el tercio anterior		10	
• Surcos en la mitad anterior de la planta		15	
• Surcos en la mitad anterior		20	
I. Maniobra de la bufanda (MB)			
0	6	12	18
6. Posición de la cabeza (PC)			
0	4	8	12

Consideraciones:

1. Si la valoración resulta entre dos cifras, tomar el promedio.
2. Añádase a la suma total 200 y se obtiene la edad gestacional en días.

$$EG = 200 + TP + FO + TGM + PP + MB + PC$$

3. Rango de 200 a 309 días

1.5.8.4 Somatometría

Las medidas generales del cuerpo al nacer son:

- *Perímetro cefálico:* 31 - 35.5 cm.
- *Perímetro abdominal:* 30.5 - 33 cm.
- *Perímetro torácico:* 30.5 - 33 cm.
- *Talla:* 50 - 53 cm.
- *Peso:* 2.500 - 3.500 Kg.

1.5.8.5 Identificación del recién nacido

La identificación se lleva a cabo estando la madre y su hijo en la sala de expulsión. Generalmente se utilizan brazaletes para madre e hijo, los cuales contienen los siguientes datos: nombre completo de la madre, sexo del recién nacido, fecha y hora de nacimiento, talla y peso, y en algunas instituciones también se registra el Apgar.

En una hoja de identificación se imprime la huella de la planta del pie derecho del bebé y la del pulgar derecho de la madre; a la cual se anexan los mismos datos de los brazaletes. Es importante tener presente que este es un documento legal que certifica la identidad y el estado del neonato.

CAPITULO VI

1.6 ACCIONES DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OBSTÉTRICOS

1.6.1 Instrumentar Cesáreas

La cesárea es una cirugía que se utiliza para la extracción del producto de la concepción; a través de una incisión en la pared abdominal, que puede ser alta o baja.

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia cuenta con un perfil académico en cuanto a obstetricia se refiere donde establece que está formado especialmente para la

atención de partos de bajo riesgo por lo que la operación cesárea sale de su campo de acción, pero colabora desempeñando actividades de instrumentista y de circulante. La enfermera instrumentista debe poseer habilidades y destreza manual, resistencia física, capacidad para trabajar bajo presión y una preocupación auténtica por desarrollar su tarea con precisión y diligencia coherente con una asistencia óptima.

1.6.2 Actividades De La Enfermera Instrumentista:

- Conocer el programa del día.
- Tomar nota del tipo de operación, horario y anestesia que se requiera.
- Revisar que el mobiliario y el equipo de la sala de operaciones esté limpio y en buenas condiciones de uso
- Solicitar en la subcentral de equipos, el instrumental y equipo necesario para cada operación.
- Lavarse las manos con técnica quirúrgica.
- Ponerse la bata y los guantes con técnica estéril.
- Preparar mesas quirúrgicas con equipo e instrumental en orden, revisando que esté completo y en buenas condiciones.
- Controlar el instrumental, compresas y las gasas, en caso de faltantes o sobrantes, reportarlo al personal circulante.
- Colaborar con el cirujano y sus ayudantes durante la intervención
- Mantener el instrumental limpio y en orden.
- Verificar con el personal de enfermería circulante, que el instrumental y equipo estén completos, tan pronto como el cirujano esté dispuesto a cerrar la herida.
- Preparar el apósito final para cubrir la herida en base al procedimiento de curación.
- Lavar y contar el material usado

a) Lavado De Manos Quirúrgico:

“Es el conjunto de maniobras de cepillado y fricción, que se realiza en las manos, antebrazos, tercio inferior de los brazos, previo al acto quirúrgico”¹⁰¹. Con el objeto de obtener el máximo de limpieza de las manos, eliminar la flora bacteriana transitoria habitual y evitar infecciones en la herida quirúrgica.

Técnica:

- Realizar el aseo de manos.
- Tomar el cepillo estéril del depósito correspondiente y verter en el mismo, jabón y solución antiséptica. Las soluciones antisépticas previenen y combaten las infecciones por poseer agentes químicos que actúan como bacteriostáticos y bactericidas.
- Realizar el lavado quirúrgico en tres tiempos, según indicaciones específicas de los agentes destructores.

Primer Tiempo: Con movimientos rotatorios empezar la limpieza de una extremidad superior, por los espacios ungueales, continuando con dedos y espacios interdigitales de cara interna y externa a partir del dedo meñique, palma y dorso de mano; antebrazo y tercio inferior del brazo, manteniendo en alto las manos. Enjuagar el cepillo y la extremidad correspondiente. El método mecánico favorece la remoción de sustancias que ofrezcan resistencia, los espacios ungueales e interdigitales favorecen la acumulación de microorganismos, la sanitización aumenta la seguridad del paciente, desde el punto de vista microbiológico, disminuyendo el riesgo de infección, la acción de la gravedad y el correr del agua, favorece el arrastre mecánico de los microorganismos. Realizar los mismos pasos en la extremidad opuesta.

Segundo Tiempo: Repetir el lavado en igual forma, hasta el tercio superior del antebrazo en ambas extremidades.

Tercer Tiempo: Repetir los pasos señalados en la limpieza, hasta el tercio inferior del antebrazo de ambas extremidades.

¹⁰¹ ROSALES. Op. Cit. Pág. 396

- Enjuagar y dejar caer el cepillo en el lavabo, conservando las extremidades hacia arriba a la altura de los hombros y retiradas del cuerpo hasta pasar a la sala de operaciones.
- Tomar la toalla estéril del equipo de ropa quirúrgica y secar las extremidades, de los dedos hacia el tercio inferior del brazo en ambas extremidades. Tomando en cuenta que una área sucia contamina a una área limpia.

b) Colocación De Bata Quirúrgica:

“La colocación de bata quirúrgica se refiere al conjunto de maniobras que se realizan para colocar en forma aséptica la bata quirúrgica del personal de enfermería instrumentista y cirujano. Con la finalidad de conservar un máximo de seguridad desde el punto de vista aséptico, durante el acto quirúrgico.”¹⁰²

Técnica:

Con base en la aplicación de los principios científicos relativos a la asepsia en el campo quirúrgico, realizar los siguientes pasos:

- Tomar la bata con una mano, deslizarla y mantenerla retirada del cuerpo y sujetarla por la parte superior.
- Localizar la sisas e introducir dentro de las mangas ambas manos hacia adelante sin dejar salir las manos de las mangas.
- El personal de enfermería circulante ajustará la bata , tirando de ésta a la altura de las sisas. Anudar las cintas del cuellos, teniendo cuidado de no tocar la cara externa de la bata quirúrgica de las partes anterior y laterales.
- Una vez calzados los guantes, el personal de enfermería instrumentista toma una bata a la altura de los hombros por su cara externa para presentarla al cirujano.
- El cirujano introduce ambas manos dentro de las mangas, en igual forma que el personal de enfermería instrumentista.
- El personal de enfermería circulante ajusta y anuda la bata al cirujano de la misma manera que lo hizo con el personal de enfermería instrumentista.

C) Calzado De Guantes:

“Son las maniobras que se realizan para cubrir las manos con guantes de hule estériles en caso de asepsia estricta.”¹⁰³

Técnica Cerrada:

Una vez colocada la bata quirúrgica y sin haber sacado las manos de las mangas, ejecutar los siguientes pasos:

- Abrir la cartera de los guantes tomando como punto de referencia el dedo pulgar y tomar el guante correspondiente, por el puño y extenderlo por la palma sobre la cara anterior del brazo.
- Con la ayuda de la otra mano y sin sacarla de la manga de la bata, introducir los dedos en el guante y en un sólo movimiento jalar conjuntamente los puños de la manga y no del guante.
- Introducir la mano y ajustar el guante en su sitio y con la mano calzada, tomar el otro guante y seguir los mismos pasos enunciados y ajustarlos.

Fundamentación Científica:

- Los guantes sometidos a esterilización quedan libres de microorganismos patógenos y no patógenos.
- Las bacterias que normalmente viven en la piel se encuentran dentro de los folículos pilosos y las glándulas sebáceas.
- Una superficie limpia contamina a una superficie estéril.
- La piel sana e íntegra es la primera línea de defensa contra agentes patógenos.
- La epidermis funciona como una barrera para mantener las sustancias fuera del organismo y prevenir la pérdida de agua de éste.

D) Arreglo De Las Mesas De Mayo Y Riñón:

Mesa De Mayo

Técnica:

- La cubierta para la mesa de mayo es como funda larga para cojines. Está doblada en forma de abanico con un doblez grande para protegerse las manos

¹⁰² Op. Cit. Pág. 393

¹⁰³ Idem.

enguantadas. Con las manos dentro del dobléz se pueden sostener los pliegues de la funda con los antebrazos, hasta el nivel de los codos, para evitar así que caigan por debajo del nivel de la cintura. Mientras se desliza la funda sobre la mesa, colocar el pie sobre la base para estabilizarla. Colocar arriba del marco cubierto de la mesa de mayo, una bandeja estéril ajustada. También puede colocarse una barrera impermeable como toallas desechables no absorbentes o tela plástica antiestática sobre la cubierta de la bandeja, y meterla a lo largo de sus bordes.

- Contar y acomodar los instrumentos en la mesa de mayo para hacer y abrir la incisión inicial. Para cada movimiento básico se emplean instrumentos especiales que tienen un tamaño, forma, resistencia y funcionamiento adecuado. Los instrumentos se clasifican en:

- * Cortantes o de disección: bisturí y tijeras
- * De toma y sostén: pinzas de disección.
- * De oclusión: pinzas hemostáticas y grapas.
- * De descubrimiento: separadores
- * De sutura: portaagujas.

La variación en el estilo y número de instrumentos está determinada por el tipo de operación

Mesa Rectangular O De Riñón

Es el arreglo de la mesa en la que la instrumentista, en colaboración con la enfermera circulante, colocará el equipo estéril para su operación, como son los guantes, las batas, las compresas de esponjear, los campos operatorios, las toallas para manos y los instrumentos. En el caso de una cesárea, el material y equipo necesarios son.

Instrumental:

- 2 separadores de Richardson
- 2 separadores de Farabeuf
- 4 pinzas crinas o de campo

- 6 pinzas de Allis
- 6 Pinzas de Pean
- 15 pinzas de Criele
- 2 pinzas de Forester
- 2 portaagujas
- 1 cánula Yankauer
- 2 pinzas de disección sin dientes
- 2 pinzas de disección con dientes
- 2 tijeras Mayo curvas
- 2 tijeras Mayo rectas
- 1 tijera Metzenbaum
- 1 mango de bisturí No. 7
- 2 mangos de bisturí No. 4
- 1 separador de Deaver
- 1 tubo de caucho
- 1 bandeja riñón
- 1 lava manos

Material:

- Guantes de varios números
- Gasas quirúrgicas
- Compresas de vientre
- Solución antiséptica (isodine espuma)
- Soluciones (fisiológica o inyectable)
- Apósitos
- Jeringas, punzocats, micropore y vendas.

Suturas:

- Crómico atraumático 0 (peritoneo)

- Crómico atraumático 1 (aponeurosis)
- Simple atraumático (tejido celular)
- Seda libre 3-0 (piel)
- Catgut simple libre

Ropa:

- Cirugía general
- Campos azules
- Sabana riñón
- Sabana simple
- Batas

Equipo:

- Material para asepsia
- Material para bloqueo epidural
- Aspirador
- Bomba de oxígeno
- Cuna térmica.¹⁰⁴

Técnica:

- Se cubre la mesa con la sábana de riñón y hule clínico.
- Verificar que quede debidamente cubierta.
- Colocar el instrumental de la siguiente forma:
 - 1) Tercio izquierdo: Material de corte o disección, homeostasia, separación o protección, de exploración, de fijación y de sutura.
 - 2) Tercio medio: Se coloca la budinera y riñón para soluciones de irrigación, suturas, gasas y compresas de esponjear.
 - 3) Tercio derecho: Se coloca la ropa y los guantes, utilizándose después como campo de retorno (material sucio)

¹⁰⁴ HUERTA Instrumentación en el Quirófano Pág. 146

E) Vestido Al Equipo Quirúrgico:

El mantenimiento de las normas sobre la ropa que lleva al personal en el quirófano disminuye mucho el riesgo de que sirva como un vehículo de infección para el paciente. Se sabe que hay grandes cantidades de bacterias en la nariz y la boca; en la piel y en la ropa de las personas que entran en el quirófano. Por este motivo, deben disponerse zonas en las que el personal pueda ponerse una ropa adecuada, quitarse la ropa personal que lleva y pasar directamente a la zona de quirófano sin atravesar una zona contaminada.

Para entrar a un quirófano, es necesario que el personal porte el uniforme que consiste en: pantalón y camisa quirúrgica, gorro, cubrebocas y botas quirúrgicas. Específicamente la labor de enfermería en este momento es:

1) Colocación De Bata Para El Personal Médico:

Un miembro del equipo con bata y guantes estériles, puede ayudar a otro, a colocarse la bata y los guantes siguiendo estos pasos.

- Abrir el lienzo para manos y colocarlo sobre la mano del cirujano sin tocarla.
- Tomar la bata por el cuello y desdoblarla con cuidado.
- Mantener las manos en el exterior de la bata bajo una cubierta protectora en el cuello y hombros; presentar al médico el interior de la bata para que deslice sus brazos por los orificios de las mangas.
- Soltar la bata. El cirujano conserva los brazos extendidos mientras la enfermera circulante tira de la bata por los hombros y ajusta las mangas para que los puños queden en su lugar. Al hacer esto, ella toca únicamente la parte interior al tirar de las costuras de la manga.

2) Colocación De Guantes Para El Personal Médico:

- Tomar el guante derecho firmemente, con los dedos bajo el puño revertido. Mantener la cara palmar del guante hacia el cirujano.
- Extender el puño lo suficiente para que el cirujano introduzca la mano.
- Evitar tocar la mano conservando los pulgares hacia afuera.
- Tirar del guante hacia arriba, cuando el cirujano introduzca la mano.

- Desdoblar el doblado del puño del guante sobre el puño de la manga.
- Repetir el mismo paso en la mano izquierda.

3) Cambio De Bata Durante La Intervención Quirúrgica:

En ocasiones , una bata contaminada debe cambiarse durante la intervención quirúrgica. La enfermera circulante desata las cintas del cuello y la cintura. Toma la bata por los hombros y tira de ella para quitársela al cirujano. Debe siempre quitar la bata primero; los guantes se quitan empleando la técnica de guante a guante y después piel a piel. Cuando sólo las mangas se contaminan, pueden ponerse mangas estériles sobre las mangas contaminadas.

4) Cambio De Guantes Durante La Intervención Quirúrgica:

Si los guantes llegan a contaminarse por cualquier razón durante el procedimiento quirúrgico, deben cambiarse de inmediato. Retirar por un momento, dejando la mano contaminada fuera del área estéril. Para cambiarse el guante debe:

- Retirarse del campo quirúrgico. Extender la mano contaminada para que la enfermera circulante tome la parte exterior del puño del guante, cerca de 5 cm. abajo del borde superior y tire de él para sacarlo.

Por lo regular, un miembro del equipo ayuda a otro a cambiarse los guantes. Cuando no es posible hacerlo, el cirujano o enfermera instrumentista se alejan para colocarse otro guante estéril mediante técnica abierta.

5) Forma En Que Debe Quitarse La Bata Y Los Guantes:

La bata se quita antes que los guantes. La enfermera circulante tira la bata hacia abajo desde los hombros invirtiendo el interior de las mangas, a medida que la retira de sus brazos. Los guantes se invierten usando la técnica guante a guante y después, piel a piel.

6) Tiempos Quirúrgicos: (Corte, disección, hemostasia, separación, reparación y sutura)

Los tiempos generales que se llevan a cabo en todo acto quirúrgico son.

Periodo De Corte: Es el utilizado para dividir o separar tegumentos y planos blandos mediante una incisión planeada. En este periodo se utilizan: tijeras, bisturíes; sierras, instrumentos cortantes o dentellados o cuchillos.

Periodo De Hemostasia: Este periodo sirve para controlar o detener el flujo sanguíneo mediante pinzas de diferente tamaño, forma y grosor, tales como: pinzas rectas (mosquito) y curvas (kelly).

Periodo De Separación: En este periodo se observan planos profundos, mediante la separación de paredes o bordes sin lesionarlos y con instrumentos que faciliten la visibilidad; los hay de diferentes formas y tamaños, rígidos o maleables, con o sin dientes, agudos o romos y manuales o automáticos.

Periodo De Exploración: Es la exploración de cavidades, fístulas o dilataciones. Para tal ejecución existen sondas acanaladas, estiletes, espejos vaginales o rectales, endoscopios, dilatadores, etc.

Periodo De Fijación: En este periodo se toman o se sostienen los tejidos y los campos quirúrgicos. El material que se utiliza para ello tiene diferente forma y tamaño: pinzas de disección, de Allis, pinzas de campo o erinas, etc.

Periodo De Sutura: Es la reconstrucción de planos incididos, para favorecer la cicatrización. Para ello existen portaagujas, pinzas y agujas.

1.6.3 Funciones De La Enfermera Circulante:

La actividad de la enfermera circulante está relacionada con la supervisión general del quirófano. Es fundamental para la continuidad de la atención de antes, mientras y después de la intervención quirúrgica. Si bien el responsable de la intervención es el cirujano, a la enfermera circulante se le confía la coordinación de todas las actividades del quirófano y la dirección de los cuidados de enfermería. La enfermera circulante suele ser la única integrante del equipo cuya actividad le permite tener una visión global de las necesidades asistenciales del paciente y ser su

consejera. Tomando en cuenta las responsabilidades inherentes al cargo, se considera fundamental para la función perioperatoria que la enfermera circulante posea como mínimo el título de enfermera diplomada. Las actividades de la enfermera circulantes son:

- Valoración, planificación, puesta en práctica y evaluación de las actividades de enfermería exigidas para satisfacer las necesidades del paciente.
- Crear y conservar un ambiente cómodo y seguro para el paciente. Esto implica la estrecha vigilancia de las frecuentes transgresiones de la técnica aséptica y la adopción de medidas tendentes a corregir la situación.
- Colaborar con cualquier integrante del equipo que lo requiera (dirigiendo y anticipando las maniobras y necesidades de la enfermera instrumentista y suministrando material y aparatos que puedan necesitar los integrantes del equipo.
- Mantener la comunicación entre los integrantes del equipo quirúrgico. Establecer comunicación con otros profesionales de la salud y con los familiares de cada paciente.
- Detección de riesgos ambientales o situaciones traumáticas para la paciente o para el equipo quirúrgico y adopción de las medidas adecuadas para resolver los problemas.
- Conocer los recursos técnicos o instrumentos de trabajo que permitan conocer la organización estructuro-funcional de la unidad quirúrgica, unificar sistemas de trabajo, facilitar la supervisión, contribuir a la formación del personal y evaluar la atención del paciente.
- Conocer el programa del día.
- Tomar nota del tipo de operación, horario o anestesia que se requiere.
- Verificar la estricta limpieza de la sala de operaciones.
- Probar las luces, aspiradores, contactos y otros aparatos a usarse
- Recibir a la paciente corroborando la identidad de la misma, así como la revisión del expediente clínico y la preparación física

- Colocar a la paciente en la mesa de operaciones en la posición que requiera la intervención quirúrgica con el propósito de exponer los órganos a intervenir y facilitar el acceso a ellos.
- Ayudar a la instrumentista a vestirse.
- Colaborar con el anestesiólogo.
- Realizar, si está indicado, el cateterismo vesical
- Proporcionar el material y el equipo que se necesita durante el acto quirúrgico, considerando los procedimientos de asepsia.
- Conservar un ambiente óptimo de orden y limpieza en la sala de operaciones.
- Administrar a la paciente los medicamentos que requiera.
- Recibir para su estudio la pieza anatomopatológica en caso necesario.
- Etiquetar todas las muestras para su análisis, con nombres y apellidos del paciente, dejándolas en la sala, hasta que sean registradas y posteriormente confirmar que sean llevadas al laboratorio.
- Contar las gasas y compresas durante la intervención quirúrgica antes de que el cirujano cierre la cavidad.
- Fijar el apósito quirúrgico.
- Anotar en la hoja de enfermería los medicamentos y los líquidos ministrados y la condición general de la paciente al finalizar el acto quirúrgico, así como las observaciones específicas.
- Trasladar a la paciente a la sala de recuperación, con ayuda del camillero, y entregarlo a la persona que se hará responsable de su atención inmediata. Al entregarlo se hará un resumen al personal de enfermería de recuperación sobre la condición que lleva el paciente.
- Al terminar el turno entregará la sala de operaciones limpia y en orden, conjuntamente con el personal de enfermería instrumentista.

A) Recepción Del Paciente:

Antes de llevar a la paciente al quirófano, la enfermera circulante debe identificar y revisar el expediente. Preguntarle el nombre al enfermo y revisar el brazalet de identificación.

Si el paciente no lo tiene , una enfermera del piso de hospitalización debe identificar al paciente y colocárselo. (El paciente se sentirá mejor si la enfermera no usa mascarilla en ese momento, ya que así le verá la cara y no sólo los ojos). Aunque la enfermera debe estar alerta ante cualquier signo de preocupación del enfermo o en relación con sus necesidades de tranquilidad, no es el momento de entablar conversación.

Debe darse tiempo al medicamento preoperatorio para que haga efecto.

Cuando se revisa el expediente del enfermo, la enfermera circulante debe asegurarse de lo siguiente:

1. Si se ha firmado el permiso de operación correctamente conforme a las normas del hospital.
2. Si están los informes de laboratorio completos. Debe informarse al anestesiólogo alguna anormalidad en los resultados, ya que estos informes pueden haberse colocado en el expediente después que el anestesiólogo visitó al enfermo.
3. Verificar si se han cumplido las ordenes del cirujano.
4. Verificar si se ministraron los medicamentos preoperatorios como se indicó.
5. Verificar si se ha preparado al paciente como se solicitó. que no lleve consigo prótesis dentaduras o aparatos de sordera, si se ha preparado en forma adecuada el área operatoria

Después de la revisión preliminar, la enfermera circulante lleva al enfermo al quirófano La enfermera circulante deberá informarle al paciente cuando vaya a realizar algún procedimiento

B) Arreglo De La Sala:

La enfermera circulante es responsable de preparar la sala, deberá conocer el programa del quirófano y familiarizarse con el tipo de operación que va realizarse, ya que la selección y colocación de mesa y equipo depende del tipo de operación que se vaya a realizar

La enfermera circulante es responsable de seleccionar y arreglar los materiales estériles y contaminados. Los materiales deben arreglarse para su máxima eficiencia; es ventajoso para el departamento de cirugía tener equipos básicos para que todo el personal de enfermería sepan donde se encuentran colocados los diversos materiales.

Cuando se prepara la sala de operaciones, la enfermera circulante debe probar todas las luces. Los aspiradores deben probarse hasta asegurarse que están preparados para utilizarse.

C) Asistencia Al Anestesiólogo:

En una cesárea o legrado, el tipo de anestesia que se utiliza es la regional, la cual inhibe el fenómeno de excitación nerviosa y por ello los impulsos dolorosos no llegan al cerebro. Su administración es por bloqueo epidural.

La enfermera debe poseer conocimientos de interacción farmacológica, de la premedicación anestésica administrada al paciente y de la acción de los anestésicos administrados durante la intervención quirúrgica, si espera brindar una atención de enfermería eficaz durante el periodo postoperatorio.

Cuando el anestesiólogo está preparado para administrar la anestesia, la enfermera circulante debe tener disponible el respirador y ponerlo a funcionar. Debe estar al lado de la paciente y preparada para ayudar cuando sea necesario.

Aunque pueden aparecer algunas complicaciones, todos los anestesiólogos suelen necesitar ayuda para colocar y conservar la posición de la paciente en caso de bloqueo regional o para sostener alguna pieza del equipo. La tarea más importante de la circulante es estar preparada para ayudar y tranquilizarla.

D) Actividades De Asepsia:

Dentro de las actividades de asepsia están las reglas básicas de asepsia quirúrgica.

Generales:

1. Los artículos o superficies estériles pueden tomar contacto solo con otros artículos o superficies también estériles; un contacto en un punto no estéril se convierte en una área contaminada.
2. Si existe alguna duda respecto a la esterilización de algún artículo o área, se considera no estéril.
3. Todo cuanto se esteriliza para un paciente (una bandeja, charola estéril o mesa con material estéril) debe utilizarse sólo para este paciente. Los artículos estériles no usados deben descartarse o esterilizarse de nuevo cuando se desee utilizarlos.

Personales:

1. El personal ya listo y preparado para la operación debe permanecer en el quirófano, ya que si sale del mismo pierde automáticamente su estado estéril. En caso de que necesite regresar a la sala de operaciones, esta persona tiene que proceder de nuevo al lavado cuidadoso de sus manos y a la aplicación de bata y guantes.
2. Tan sólo una pequeña parte del cuerpo de la persona preparada para participar en una operación es considerada estéril; esto es, desde la parte anterior de la cintura hasta la región del hombro, antebrazos y guantes
3. Por tanto, las manos enguantadas deben ser mantenidas por delante y encima de la línea de la cintura.
4. En algunas clínicas se usa una bata especial en forma de capa que amplía el área estéril
5. Toda persona no sometida previamente a las prácticas esterilizantes de rigor debe permanecer en la periferia del área quirúrgica a una distancia adecuada para no contaminar la zona estéril

Paños:

1. Durante la aplicación de paños en una mesa o paciente, el lienzo se sitúa bien por encima de la superficie que se desea cubrir y se coloca de adelante hacia atrás.
2. Sólo la parte superior de la mesa o paciente cubiertos con paños de campo es considerada estéril; la porción colgante de los mismos sobre el borde no se acepta como estéril.

Los paños estériles se fijan en posición mediante grapas o material adhesivo, y no deben moverse durante toda la operación. Un pequeño desgarró del paño que propicie al acceso a una superficie no estéril situada debajo convierte en no estéril toda la región.

Entrega De Materiales Estériles:

1. Los paquetes son envueltos o cerrados de tal manera que puedan ser abiertos sin riesgo de contaminar el contenido .
2. Los materiales estériles, incluyendo soluciones, deben depositarse en un campo estéril o ser manipulados por una persona preparada al respecto con el fin de que la esterilidad del objeto o líquido permanezca intacta.
3. Los bordes de las envolturas que cubren materiales estériles, por la parte externa de botellas o frascos que contienen soluciones también estériles no se consideran estériles.
4. El brazo no estéril de una persona no debe extenderse sobre un área estéril. Los artículos estériles deben colocarse a cierta distancia del borde del área estéril.

Líquidos:

1. Los líquidos estériles deben verterse desde un punto alto para evitar contacto accidental con el recipiente o vasija receptora, pero no tanto, ya que pudiera salpicar, pues en tal caso este líquido puede tocar una superficie no estéril y regresar al receptáculo causando contaminación.

E) Circular Legrados:

El Licenciado en enfermería y Obstetricia, debe colaborar en dicho procedimiento.

Para ello debe saber que un legrado consiste en la dilatación el cuello cervical y raspado uterino

El material y equipo que se utiliza, es el siguiente:

Material Y Equipo:

- Solución antiséptica (isodine espuma)
- Solución (fisiológica o inyectable)
- Gasas quirúrgicas
- Guantes de varios números
- Jeringas y agujas

Instrumental:

- 1 separador Sims vaginal con valvas
- 1 especulo vaginal
- 1 sonda histerómetro de Simpson, graduada
- 1 dilatador uterino de Goodell
- 6 dilatadores uterinos de Hank, No. del 9 al 20
- Cucharillas uterinas de diversos tamaños, romas y cortantes
- 1 pinza Forester
- 1 Pinza de Barneth o Potts

Ropa:

- 4 campos azules

El actuar del Licenciado en Enfermería en el área obstétrica, requiere de una serie de conocimientos básicos que sustentaran su quehacer profesional, es por ello que

estos se mencionan dentro de la fundamentación del tema de investigación, sin decir con esto que son conocimientos absolutos.

2 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

La obstetricia como caso particular y el proceso enseñanza-aprendizaje que sigue la materia, insertas en el Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, así como la dinámica de dicho proceso requiere de la participación activa y emprendedora del profesorado y del estudiante, con la finalidad de conformar un marco conceptual que ayude a formar un criterio de acción profesional obstétrica. Sin embargo, algunos alumnos, así como algunos profesores en su desempeño teórico-práctico no reúnen los requisitos o perfil.

Por otro lado, el rol del profesor como coordinador de los estudiantes se constituye en guía y favorecedor de un ambiente para el logro de los objetivos de aprendizaje. Hablando específicamente de aquellos que imparten la materia de obstetricia podemos encontrar, algunos que, día con día ponen su mejor esfuerzo en la práctica docente y otros que, simplemente cubren su horario sin preocuparse del aprendizaje de los alumnos.

No es desconocido que algunos profesores escasamente propician la realización de procedimientos como: atención de partos, elaboración de historia clínica perinatal, realización de tactos, colocación de DIU, etc. que son la base para la formación en el área obstétrica. Otro aspecto digno de mencionar es que el docente debe de llevar una supervisión exhaustiva de sus alumnos, principalmente en la Unidad Toco Quirúrgica, para aclarar dudas o fungir como tutor.

Cabe destacar que el programa de la materia de obstetricia I para su desarrollo tiene destinadas 448 horas, de las cuales, 128 son para teoría y 320 para la práctica clínica. Sin embargo son sólo 60 horas las que se utilizan al inicio del semestre, antes de la práctica clínica.

Por lo que si se lleva a cabo el seguimiento real del programa sólo se abarcaría hasta la unidad 4-

I - Problemática Obstétrica en México

II - Aspectos del desarrollo sexual masculino y femenino

III.- Aspectos psicosociales en el desarrollo de la sexualidad

IV - Desarrollo del embarazo y control perinatal con enfoque de riesgo.

Tales unidades difícilmente proporcionarían al alumno los conocimientos básicos para consolidar un marco de referencia necesario durante el desarrollo inicial de la práctica clínica y más aún a aquel que inicia la práctica entrando a la Unidad Toco Quirúrgica.

Por lo tanto el contenido del programa es bueno, ya que en él se abordan los temas necesarios para adquirir las bases de la obstetricia.

En cuanto al programa de obstetricia II encontramos que de las 496 horas: 128 son destinadas a la teoría y 368 a la práctica, siendo de estas, 30 horas las que se utilizan antes de iniciar la práctica clínica, por lo que si se lleva a cabo el seguimiento real del programa se alcanzarían a cubrir solo las dos primeras unidades y parte de la unidad III. Tales unidades son.

I.- Fundamentos de la atención perinatal con enfoque de riesgo

II - Riesgo para la reproducción.

III.- Complicaciones de la primera mitad del embarazo.

Por lo antes mencionado los alumnos de 8o. semestre enfrentan una experiencia similar a la del 7o semestre, ya que inician su práctica clínica con conocimientos escasos de patología obstétrica; lo que aunado al inicio en un campo de tercer nivel, favorece parcialmente el incumplimiento de los objetivos.

En los programas de obstétrica I y II, se observa que en obstetricia II se aumentan 48 horas a la práctica y se reduce el número de éstas en la teoría, por lo que el programa se contradice con respecto al perfil profesional, para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia que debe egresar preparado para la atención de embarazos de bajo riesgo y detección oportuna de patologías obstétricas

El programa como tal, es amplio en su contenido, ya que aborda procedimientos que le brindan al alumno una visión amplia para establecer un diagnóstico acertado y una detección oportuna de dichas patologías.

En lo que respecta a la práctica clínica, los programas de obstetricia I y II pretenden que el estudiante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia adquiera amplia experiencia práctica en el área obstétrica, sustentada por un marco conceptual científico. Para lograrlo, el alumno requiere de habilidad técnica y sensibilidad clínica obtenida mediante actividades prácticas intrahospitalarias y comunitarias. Sin embargo, la experiencia clínica realizada en unidades hospitalarias resulta limitada en tiempo y número para la población estudiantil; ya que como es bien sabido el alumno en muchas instituciones de salud es tomado como "mano de obra" sin que sean considerados su preparación y objetivos educacionales; lo cual dificulta el cumplimiento de éstos.

Otro aspecto que contempla la práctica, es la programación de guardias en la unidad tóco quirúrgica exclusivamente, ya que esto, permite que el estudiante adquiera la formación necesaria para el ejercicio de la profesión en el área obstétrica. Sin embargo, dentro de los programas de obstetricia I y II no se contemplan oficialmente las horas de guardias.

Es importante mencionar que la práctica clínica obstétrica sirve como eje para la integración de teoría-práctica, ya que incorpora las actividades de enfermería y obstetricia específicas por servicio a realizar por los alumnos con el fin de ubicarlo y enterar al personal que labora en el servicio acerca de los objetivos que se pretenden alcanzar.

Por todo lo anterior, es evidente que los elementos que conforman el Proceso Enseñanza-aprendizaje en las materias de obstetricia tienen carencias, lo cual repercute en la formación de enfermeras obstétricas. Por lo que coincidimos con lo que menciona González Rodríguez en su obra "Legislación en Enfermería": "Es claro que si en la formación de recursos humanos existen carencias importantes, obviamente el producto en su ejercicio profesional tendrá limitaciones para actuar,

por lo que resulta necesario redefinir y homogeneizar hasta donde sea posible la enseñanza de la obstetricia en los niveles académicos y de servicio favoreciendo la presencia de enfermeras calificadas ¹⁰⁵

Con base en lo anterior se plantea el siguiente problema de investigación.

¿Cuál es la situación que prevalece en la enseñanza de la obstetricia en el pregrado?

2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 Objetivo General.

Identificar de acuerdo a la opinión de los alumnos de 7o y 8o semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el estado que guarda el proceso enseñanza- aprendizaje de la materia de obstetricia I y II.

2.1.2 Objetivos Específicos.

- Conocer la opinión de los alumnos de 8o semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, sobre el desarrollo de habilidades y destrezas , asesoría, calidad de la practica y criterios de evaluación de la materia de obstetricia I y II
- Correlacionar la opinión de los alumnos sobre la materia de obstetricia I y II con el perfil profesional de la carrera, el del alumno, el del profesor y las sedes de la práctica
- Con base en los resultados proponer algunas sugerencias para la materia en general

¹⁰⁵ GONZÁLES Rodríguez Legislación en Enfermería Pág 57

2.2 HIPÓTESIS DIRECCIONAL

El aprendizaje de la asignatura de obstetricia está determinado por la calidad de la tutoría del docente, tanto en la base teórica como en la práctica clínica, dominio de los temas y los procedimientos, profundidad en la impartición de los temas, el material y técnicas didácticas utilizadas como la: asesoría individual, supervisión docente-alumno, perfil del alumno, preferencia por el área obstétrica, dominio de los temas y procedimientos obstétricos. Organización de la prácticas incluyendo: sede de la practica, congruencia entre teoría y practica, objetivos , disponibilidad de recursos, horario, periodo. Programa de la materia incluyendo: congruencia entre los contenidos, objetivos, actividades de enseñanza aprendizaje, bibliografía y criterios de evaluación.

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES.

- **CALIDAD DE LA TUTORÍA:** Se define como la evaluación realizada por los alumnos sobre algunos aspectos que intervienen en la enseñanza del docente durante el bloque teórico y práctico, abarcando asistencia y puntualidad, profundidad de los temas, dominio de los temas y procedimientos, actualización de la información, técnicas didácticas, supervisión de los procedimientos y asesoría
- **ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA:** Se define como la evaluación que realiza el alumno, tomando en cuenta la sede de prácticas clínicas, periodo de prácticas, horario de prácticas, recursos materiales disponibles, personal médico, personal de enfermería y realización de guardias (horario y frecuencia).
- **PROGRAMA DE LA ASIGNATURA.** Se define como la evaluación que realiza el alumno sobre el tiempo de teoría asignado previo a la práctica clínica. horario, congruencia entre los contenidos temáticos, profundidad de los contenidos bibliografía recomendada, logro de los objetivos de aprendizaje y evaluación.

- **PREFERENCIA POR EL ÁREA OBSTÉTRICA.** Se define esta como la identificación que tiene el alumno con el área obstétrica.
- **PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA OBSTÉTRICA** Se define como el grado de dominio que considera haber logrado el alumno en la práctica clínica obstétrica, tomando en cuenta los siguientes procedimientos: partograma, historia clínica perinatal, detección de factores de riesgo perinatales, maniobras de Leopold, trazos tocográficos, inducto-conducción de pacientes, realización de tactos, auscultación de fcf, atención de partos, revisión de cavidad, episiotomías, episiorrafias, atención del r.n., colocación de diu, vigilancia del puerperio, detección de partos de alto riesgo, amniorrhexis, canalizar pacientes, tricotomía, colocación de sonda foley, instrumentar cesáreas, circular legrados y circular bloqueo epidural.

2.4 VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES
1 Datos generales.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Ocupación. • Estado civil
2. Tutoría	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y puntualidad • Dominio de temas teóricos • Actualización de la información • Profundidad de temas • Dominio de procedimientos
3 Práctica Docente	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia y puntualidad • Tiempo de teoría • Horario • Dominio de contenidos
a) Teoría	

b)Práctica

- Profundidad de los temas
- Metodología según el programa
- Material y técnicas didácticas
- Retroalimentación
- Asistencia y puntualidad
- Dominio de procedimientos
- Asesorías individuales en campo
- Supervisión docente-alumno
- Interacción del docente con el personal en el campo clínico.

4. Organización de la práctica clínica

- Sede
- Período de prácticas
- Horario de prácticas
- Recursos disponibles
- Personal médico
- Personal de enfermería
- Guardias (horario, frecuencia)
- Realización de procedimientos obstétricos

5.- Procedimientos de la práctica clínica
obstétrica en el pregrado

1. Partograma
2. Historia Clínica Perinatal
3. Detección de factores de riesgo perinatal
4. Maniobras de Leopold
5. Trazos tocográficos
6. Inducto-conducción de pacientes
7. Realización de tactos
8. Auscultación de FCF
9. Atención de partos
- 10.Revisión de cavidad

11. Episiotomías
12. Episiorrafias
13. Atención del R.N
14. Colocación de DIU
15. Vigilancia del puerperio
16. Detección de partos de alto riesgo.
17. Amniorrexis
18. Canalizar pacientes
19. Tricotomía
20. Colocación de sonda foley
21. Instrumentar cesáreas
22. Circular legrados
23. Circular bloqueo epidural

6. Preferencia por el área obstétrica.

7. Programa de la asignatura de obstetricia.

- Identificación con la especialidad
- Tiempo asignado a la teoría antes de la práctica
- Horario
- Congruencia entre los contenidos
- Profundidad de los contenidos.
- Bibliografía recomendada
- Objetivos
- Actividades de Enseñanza-aprendizaje
- Evaluación

3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE DISEÑO .

El tipo de estudio es transversal porque se hizo una medición única en la población de alumnos de 8o. Semestre en el periodo 1997/2

Se considera observacional porque se evaluó de manera directa a partir de la opinión de los propios alumnos sobre la situación que prevalece respecto a la materia de obstetricia I y II.

3.2 UNIVERSO. Todos los estudiantes de 8o. Semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, sistema escolarizado, turnos matutino y vespertino.

POBLACIÓN. 212 alumnos de 8o. semestre de la Licenciatura En Enfermería Y Obstetricia sistema escolarizado, turnos matutino y vespertino.

MUESTRA. Puesto que se está en condiciones de estudiar a todo el universo no se seleccionará muestra.

3.3 CRITERIOS DE:

3.3.1 Inclusión:

- Alumnos que cursan actualmente el octavo semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- Alumnos que hayan asistido el día de la aplicación del cuestionario.
- Alumnos que hayan respondido claramente más del 50% de las preguntas del cuestionario.

3.3.2 Exclusión:

- Alumnos que no hayan respondido más del 50% del cuestionario.
- Alumnos que no hayan respondido claramente.

3.3 Eliminación:

- Alumnos que no hayan asistido el día de la aplicación del cuestionario.

3.4 LIMITES.

3.4.1 TIEMPO. Del 15 de Enero al 30 de Junio de 1997

3.4.2 LUGAR. ENEO - UNAM y áreas en donde están realizando sus prácticas clínicas hospitalarias los alumnos de 8o semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

4 PROCESO ESTADÍSTICO DE DATOS

4.1 Recolección:

La recolección de datos se realiza mediante la aplicación de una encuesta a los alumnos de 8o semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en sus diferentes campos clínicos

Las respuestas a las interrogantes que se plantean corresponden a la opinión de estos sobre la asignatura de obstetricia I y II.

El instrumento utilizado es un cuestionario con 41 preguntas, de estas:

11 son preguntas abiertas y 29 de opción múltiple.

Las preguntas abiertas se analizaron tomando en cuenta el mayor número de respuestas similares de los alumnos entrevistados. Se presentan a manera de narración respetando la libre expresión de los mismos, haciendo solamente las correcciones ortográficas en el caso que lo amerito

El instrumento para fines didácticos se dividió en 7 bloques; el primero nos proporciona datos generales sobre el encuestado, el segundo nos brinda información sobre aspectos teóricos, el tercero y cuarto sobre la organización de la práctica clínica, el quinto sobre el nivel de dominio de procedimientos obstétricos por parte del alumno, el sexto nos da a conocer la preferencia que tienen los

estudiantes por el área obstétrica y el séptimo nos proporciona datos sobre el programa de la asignatura.

4.2 Clasificación:

Tomando en cuenta que la población en estudio es de 212 alumnos , la clasificación de la información se realiza mediante tarjetas simples.

4.3 Recuento:

El recuento de la información se realiza mediante la técnica de tarjetas simples con cruce de variables.

4.4 Presentación:

Basándonos en la estadística descriptiva se presenta la información mediante cuadros y gráficas; se elaboraron 28 cuadros con cruce de variables y 22 cuadros simples; dado que las variables utilizadas son cualitativas se elaboraron 18 gráficos de barras simples; 30 gráficos de barras con cruce de variables y 2 gráficos de pastel.

4.5 Análisis:

El análisis estadístico se realizó tomando en cuenta los porcentajes más significativos resultantes del cruce de variables.

4.6 Organización para la investigación

Responsables: Contreras Reyes Patricia.

Morales Acosta Ma. De Lourdes.

Asesoría: Lic. Teresa Sánchez Estrada

4.7 Aspectos éticos de la investigación:

El presente trabajo se realizó respetando la individualidad de pensamiento de cada uno de los integrantes que lo elaboraron y de los alumnos que aportaron opiniones al mismo.

Previo a la aplicación del instrumento, se pidió la autorización tanto de los docentes como de los alumnos, declarando la confidencialidad de este. Por otro lado se respetó todo comentario o sugerencia aportada por el asesor.

Los resultados obtenidos en esta investigación son de carácter descriptivo, por lo cual no se pretende dañar la integridad moral de los involucrados.

Todo documento que sustenta la fundamentación teórica de este trabajo fue de consulta y no plagiado.

La interpretación y análisis de los resultados obtenidos se realizaron tomando en cuenta las opiniones propias de los alumnos encuestados.

CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO No. 1

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL NÚMERO DE PROFESORES QUE TUVIERON EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA RELACIONADO CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997

NÚMERO DE PROFESORES	SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
UN SOLO PROFESOR	23	10.85	53	25.00	17	8.02	3	1.42	96	45.29
DOS PROFESORES	8	3.77	19	8.96	2	0.94	0	0	29	13.67
PROFESOR Y PASANTE	20	9.43	39	18.40	14	6.61	0	0	73	34.44
NO CONTESTO	4	1.89	7	3.30	2	0.94	1	0.47	14	6.60
TOTAL	55	25.94	118	55.66	35	16.51	4	1.89	212	100

FUENTE: Cedula de entrevista aplicada a los alumnos de 8º semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, por pasantes de la Licenciatura ENEO-UNAM 1997

CUADRO No. 2

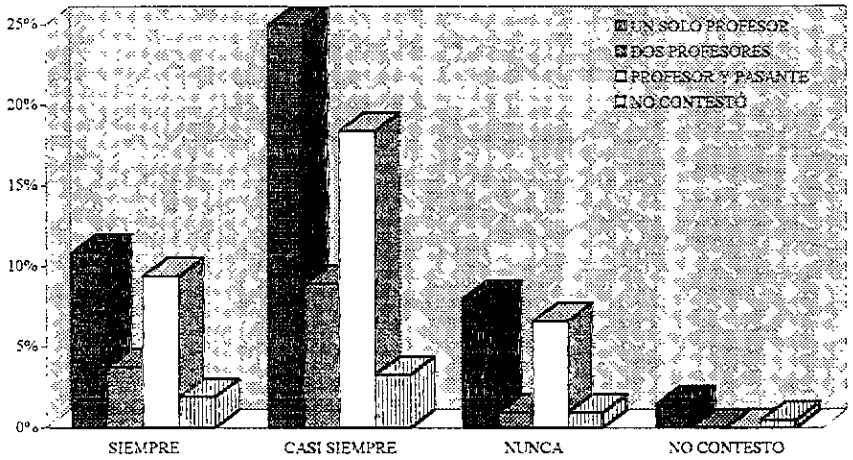
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL NÚMERO DE PROFESORES QUE TUVIERON EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA RELACIONADO CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

NÚMERO DE PROFESORES	SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
UN SOLO PROFESOR	25	11.79	84	39.62	12	5.66	0	0	121	57.07
DOS PROFESORES	3	1.42	14	6.60	0	0	0	0	17	8.02
PROFESOR Y PASANTE	19	8.96	44	20.76	6	2.83	1	0.47	70	33.02
NO CONTESTO	0	0	4	1.89	0	0	0	0	4	1.89
TOTAL	47	22.15	146	68.87	18	8.36	1	0.47	212	100

FUENTE: Idem

GRAFICA No.1

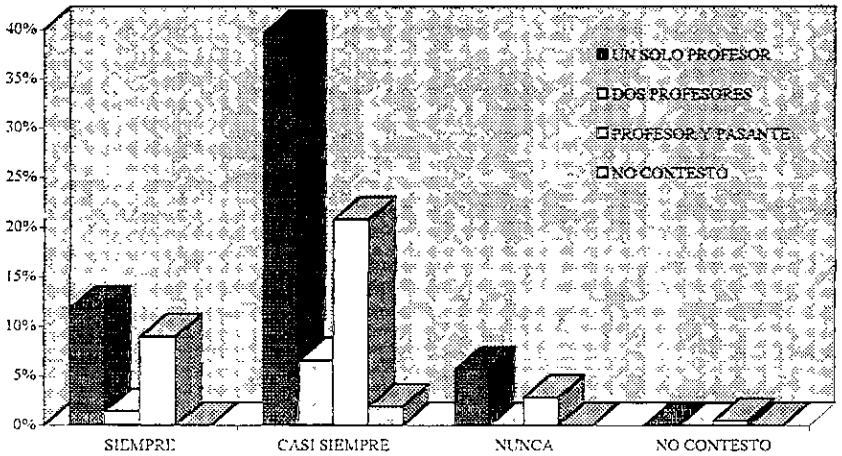
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL NÚMERO DE PROFESORES QUE TUVIERON EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA RELACIONADO CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS . ENEO 1997.



FUENTE. Cuadro No. 1

GRAFICA No.2

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL NÚMERO DE PROFESORES QUE TUVIERON EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA RELACIONADO CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS . ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 2

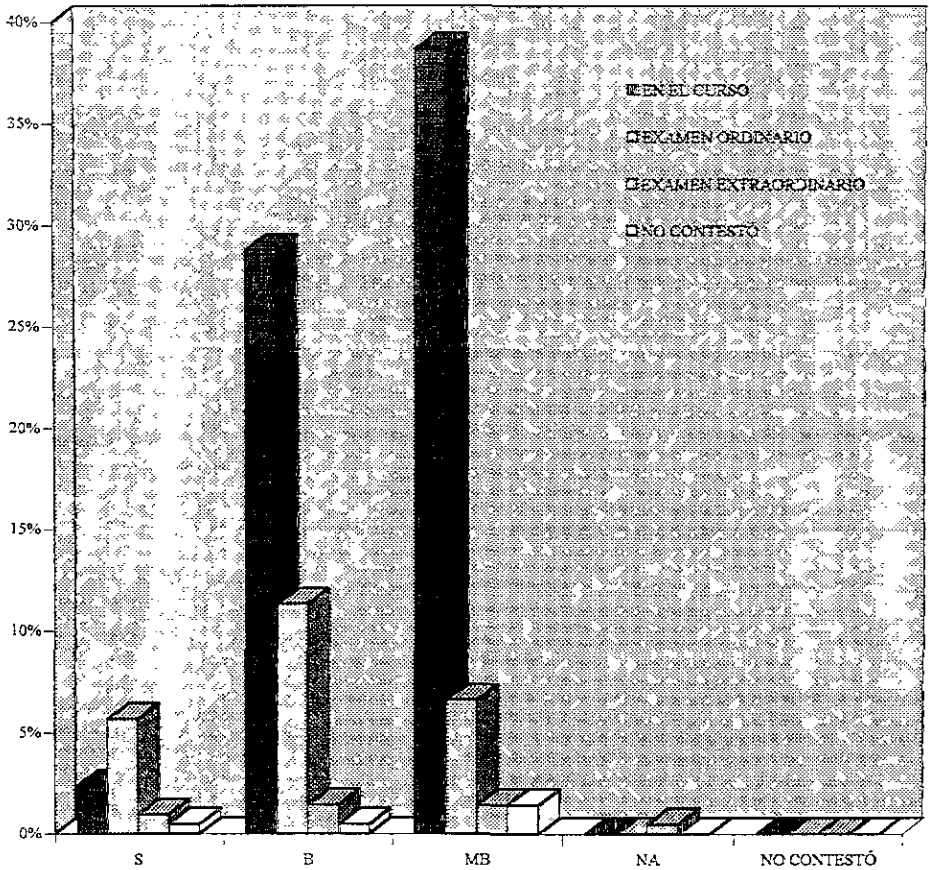
CUADRO No.3

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA CALIFICACIÓN Y FORMA DE OBTENERLA EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA I. ENEO 1997.

FORMA DE OBTENERLA	CALIFICACION											
	S		B		MB		NA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
EN EL CURSO	5	2.36	61	28.77	82	38.68	0	0	0	0	148	69.81
EXAMEN ORDINARIO	12	5.66	24	11.32	14	6.60	0	0	0	0	50	23.58
EXAMEN EXTRAORDINARIO	2	0.94	3	1.42	3	1.42	1	0.47	0	0	9	4.25
NO CONTESTÓ	1	0.47	1	0.47	3	1.42	0	0	0	0	5	2.36
TOTAL	20	9.43	89	41.98	102	48.12	1	0.47	0	0	212	100

FUENTE: Idem

GRAFICA No.3
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y
 OBSTETRICIA SOBRE LA CALIFICACIÓN Y FORMA DE OBTENERLA EN LA ASIGNATURA DE
 OBSTETRICIA I. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 3

CUADRO No.4

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA EN EL BLOQUE TEÓRICO ENEO 1997

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES	7º SEMESTRE	
	Fo	%
EXCELENTE	124	58.49
REGULAR	71	33.49
DEFICIENTE	13	6.13
NO CONTESTO	4	1.89
TOTAL	212	100

FUENTE Idem

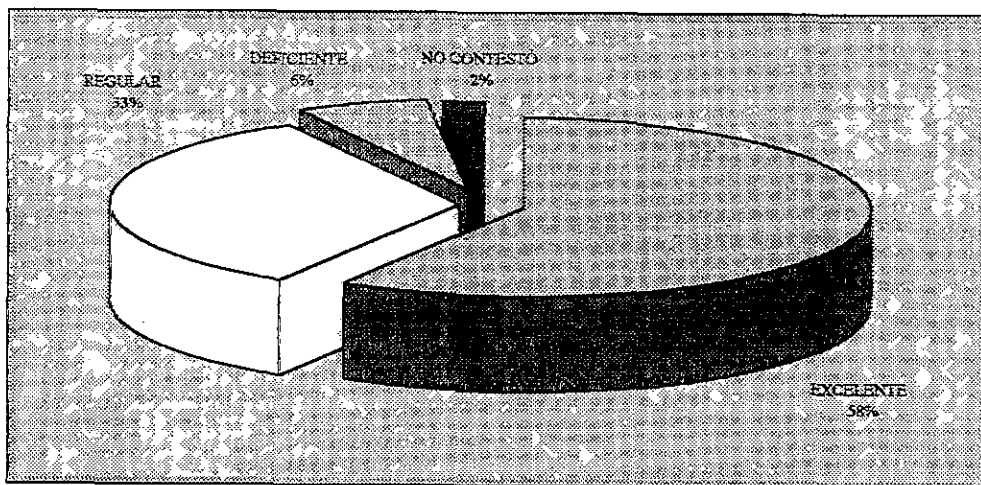
CUADRO No.5

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA EN EL BLOQUE TEORICO ENEO 1997

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES	8º SEMESTRE	
	Fo	%
EXCELENTE	117	55.19
REGULAR	76	35.85
DEFICIENTE	4	1.89
NO CONTESTO	15	7.07
TOTAL	212	100

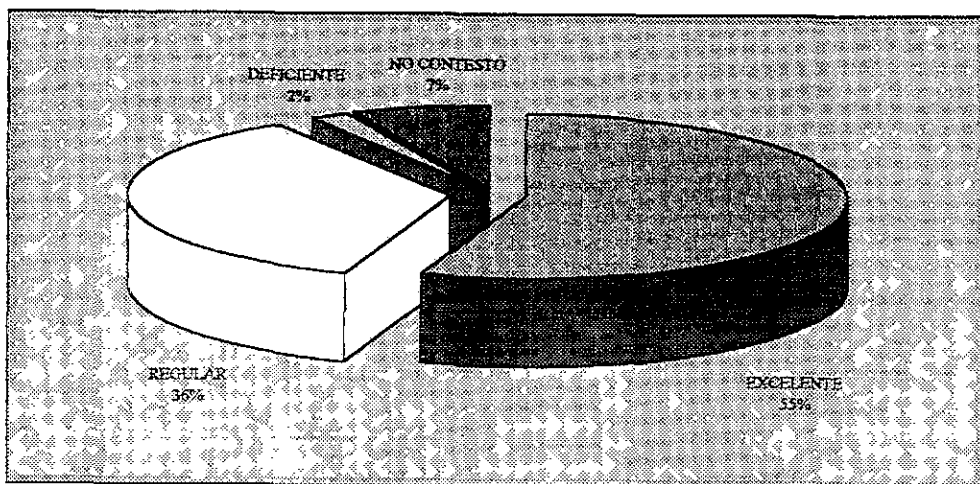
FUENTE Idem

GRAFICA No.4
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA EN EL BLOQUE TEÓRICO. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 4

GRAFICA No.5
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA EN EL BLOQUE TEÓRICO. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 5

CUADRO No.6

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL TIEMPO DE TEORÍA Y EL NÚMERO DE HORAS PREVIAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.

NÚMERO DE HORAS DIARIAS	TIEMPO DE TEORIA									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DE 0 A 3 HORAS	0	0	10	4.72	41	19.34	0	0	51	24.06
DE 4 A 6 HORAS	0	0	26	12.26	87	41.04	1	0.47	114	53.77
MAS DE 6 HORAS	0	0	16	7.55	27	12.74	0	0	33	20.29
NO CONTESTO	0	0	1	0.47	1	0.47	2	0.94	4	1.88
TOTAL	0	0	53	25	156	73.59	3	1.41	212	100

FUENTE Idem.

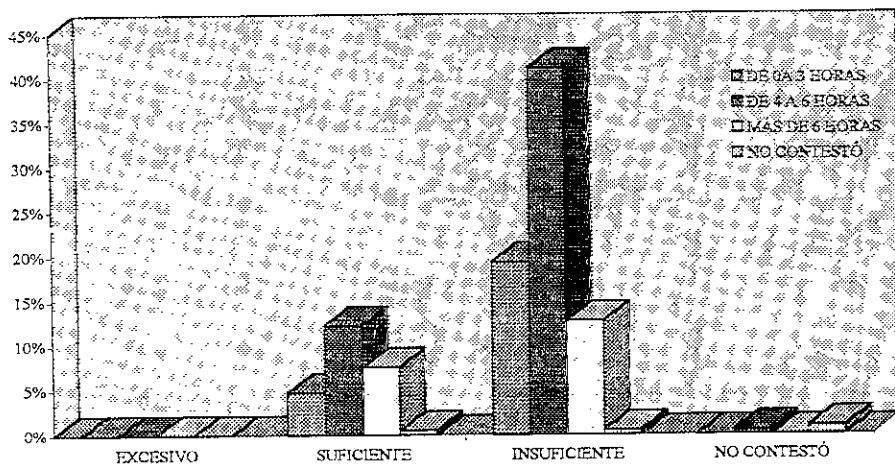
CUADRO No.7

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL TIEMPO DE TEORÍA Y EL NÚMERO DE HORAS PREVIAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE OBSTETRICIA ENEO 1997

NÚMERO DE HORAS DIARIAS	TIEMPO DE TEORIA									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DE 0 A 3 HORAS	0	0	11	5.19	45	20.28	4	1.89	58	27.36
DE 4 A 6 HORAS	3	1.41	17	8.02	91	42.93	0	0	111	52.36
MAS DE 6 HORAS	0	0	16	7.55	25	11.79	0	0	41	19.34
NO CONTESTO	0	0	0	0	2	0.94	0	0	2	0.94
TOTAL	3	1.41	44	20.76	161	75.91	4	1.89	212	100

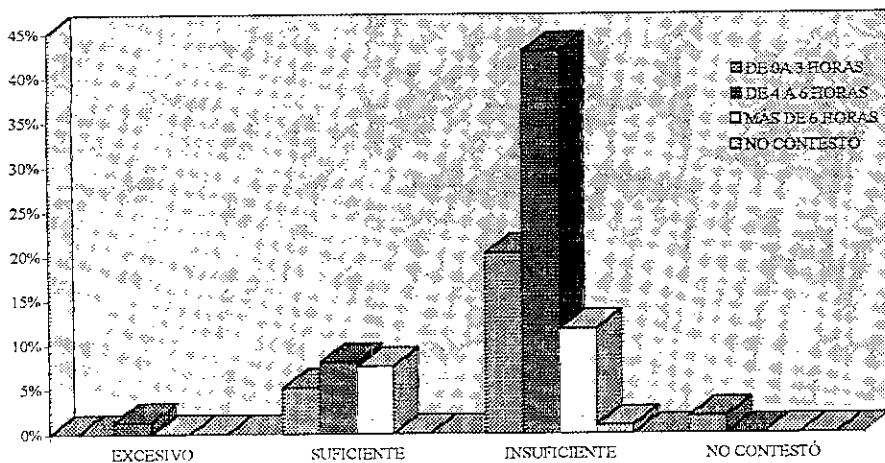
FUENTE Idem.

GRAFICA No.6
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL TIEMPO DE TEORIA Y EL NÚMERO DE HORAS PREVIAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 6

GRAFICA No.7
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL TIEMPO DE TEORIA Y EL NÚMERO DE HORAS PREVIAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 7

CUADRO No.8

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA. ENEO 1997

ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS	7o SEMESTRE	
	Fo	%
DE ACUERDO AL ORDEN DEL PROGRAMA	123	58.02
MODIFICANDO EL PROGRAMA	80	37.73
SIN NINGUN ORDEN	4	1.89
NO CONTESTÓ	5	2.36
TOTAL	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No.9

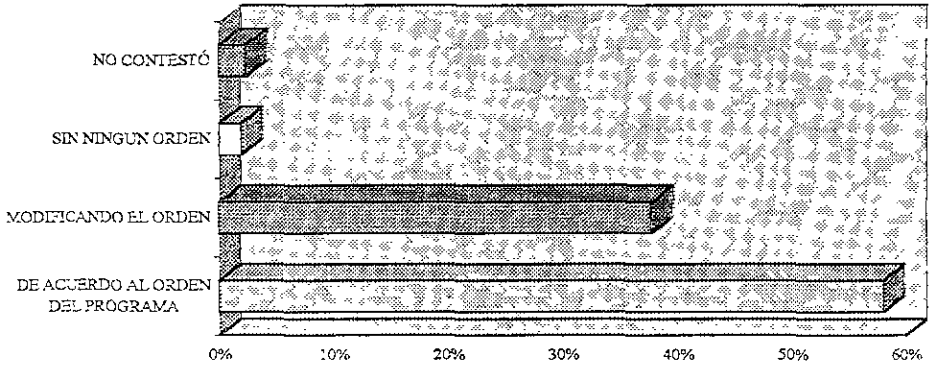
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA. ENEO 1997

ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS	8o SEMESTRE	
	Fo	%
DE ACUERDO AL ORDEN DE PROGRAMA	136	64.15
MODIFICANDO EL PROGRAMA	69	32.55
SIN NINGUN ORDEN	4	1.89
NO CONTESTÓ	3	1.41
TOTAL	212	100

FUENTE: Idem

GRAFICA No.8

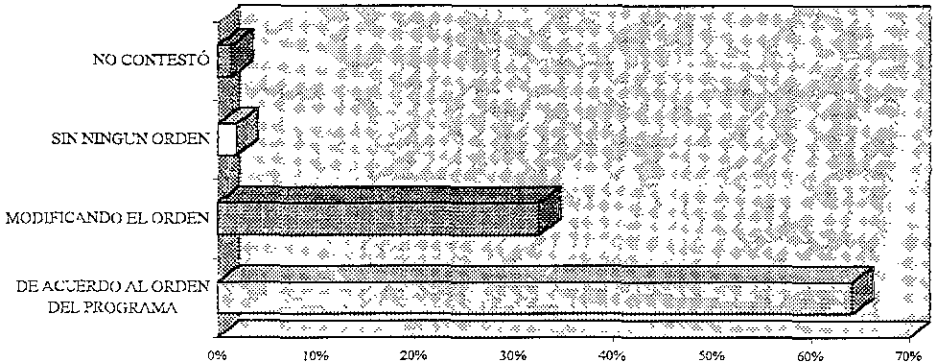
RESPUESTA DE LOS ALLMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No. 8

GRAFICA No.9

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL ORDEN CON QUE SE IMPARTEN LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 9

CUADRO No.10

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS POR PARTE DEL DOCENTE RELACIONADOS CON LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS TEMAS VISTOS EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.

RETROALIMENTACIÓN DE LOS TEMAS	UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	38	17.93	37	17.45	4	1.89	0	0	37	37.27
CASI SIEMPRE	16	7.55	65	30.66	18	8.49	0	0	46.5	46.70
NUNCA	1	0.47	12	5.66	18	8.49	0	0	15	14.62
NO CONTESTO	1	0.47	1	0.47	0	0	1	0.47	4	1.41
TOTAL	56	26.42	115	54.24	40	18.87	1	0.47	212	100

FUENTE Idem

CUADRO No.11

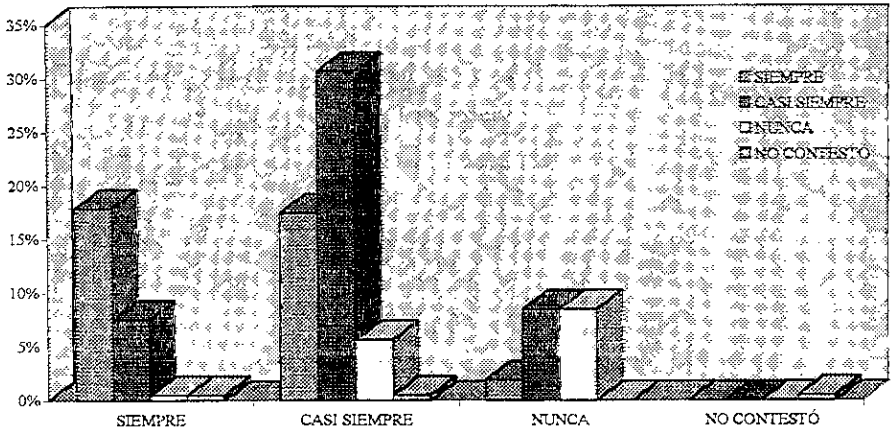
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS POR PARTE DEL DOCENTE RELACIONADOS CON LA RETROALIMENTACIÓN DE LOS TEMAS VISTOS EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997

RETROALIMENTACION DE LOS TEMAS	UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	39	18.10	50	23.58	3	1.42	0	0	92	13.10
CASI SIEMPRE	10	4.72	60	28.30	29	13.68	2	0.91	101	47.61
NUNCA	1	0.47	1	1.89	9	4.25	2	0.94	16	7.55
NO CONTESTO	0	0	2	0.94	0	0	1	0.47	3	1.11
TOTAL	50	23.59	116	54.71	11	19.35	3	2.45	212	100

FUENTE Idem

GRAFICA No.10

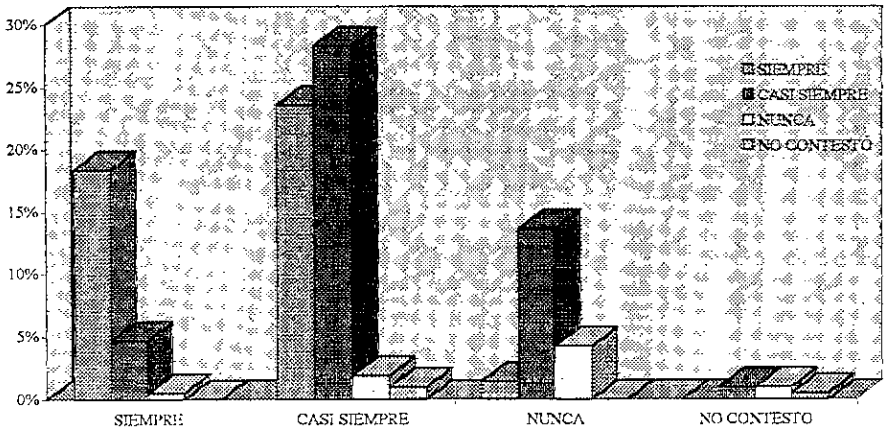
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS POR PARTE DEL DOCENTE RELACIONADOS CON LA RETROALIMENTACION DE LOS TEMAS VISTOS EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.



FUENTE. Cuadro No 10

GRAFICA No.11

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS POR PARTE DEL DOCENTE RELACIONADOS CON LA RETROALIMENTACION DE LOS TEMAS VISTOS EN LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 11

CUADRO No.12

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA EN LOS PROGRAMAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA	7º SEMESTRE	
	Fo	%
RECIENTE	93	43.87
ATRASADA	74	34.91
OBSOLETA	8	3.77
NO LA CONOZCO	26	12.26
NO CONTESTO	11	5.19
TOT AL	212	100

FUENTE Idem

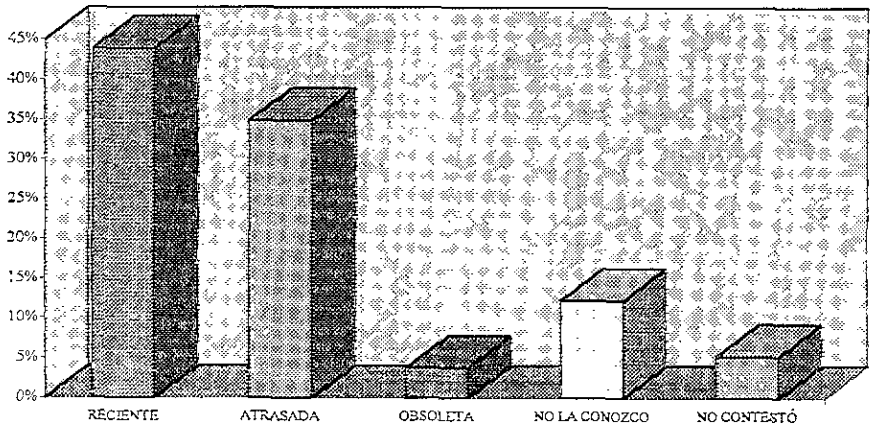
CUADRO No.13

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA BIBLIOGRAFIA SUGERIDA EN LOS PROGRAMAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA	8º SEMESTRE	
	Fo	%
RECIENTE	99	46.70
ATRASADA	71	34.90
OBSOLETA	5	2.36
NO LA CONOZCO	23	10.85
NO CONTESTO	11	5.19
TOT AL	212	100

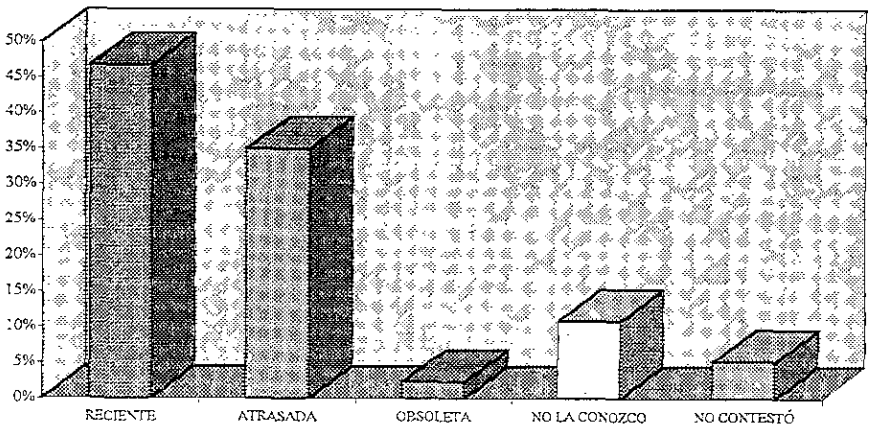
FUENTE Idem

GRAFICA No.12
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA EN LOS PROGRAMAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 12

GRAFICA No.13
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA BIBLIOGRAFÍA SUGERIDA EN LOS PROGRAMAS DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 13

CUADRO No.14

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN QUE SE UTILIZARON PARA LA EVALUACIÓN DE OBSTETRICIA ENEO 1997.

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN UTILIZADOS	7o SEMESTRE	
	Fo	%
EXÁMENES	5	2.36
PRÁCTICA	0	0
EXAMENES Y PRÁCTICA	0	32.55
CASOS CLÍNICOS(DOCUMENTOS)	69	0
CASOS CLÍNICOS (PRESENTACIÓN)	0	0
TODOS LOS ANTERIORES	0	63.21
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	0	0
OTROS	134	0
NO CONTESTÓ	0	1.88
TOTAL	212	100

FUENTE Idem

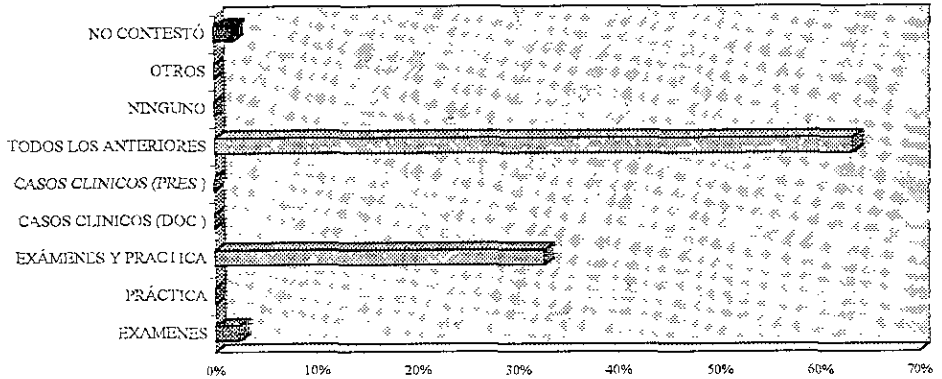
CUADRO No.15

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN QUE SE UTILIZARON PARA LA EVALUACIÓN DE OBSTETRICIA. ENEO 1997

CRITERIOS DE ACREDITACIÓN UTILIZADOS	8o SEMESTRE	
	Fo	%
EXÁMENES	2	0.94
PRÁCTICA	2	0.94
EXÁMENES Y PRÁCTICA	32	15.09
CASOS CLÍNICOS(DOCUMENTOS)	0	0
CASOS CLÍNICOS (PRESENTACIÓN)	0	0
TODOS LOS ANTERIORES	163	76.89
NINGUNO DE LOS ANTERIORES	0	0
OTROS	4	1.89
NO CONTESTÓ	9	4.25
TOTAL	212	100

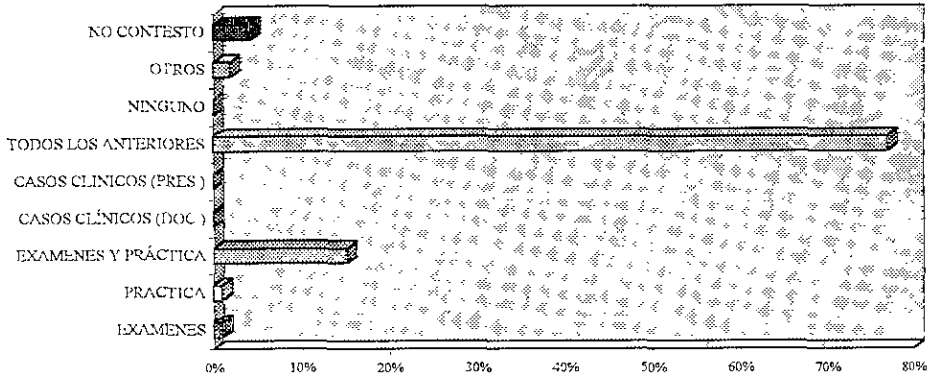
FUENTE Idem

GRAFICA No.14
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN QUE SE UTILIZARON PARA LA EVALUACION DE LA
ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997



FUENTE Cuadro No. 14

GRAFICA No.15
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SOBRE LOS CRITERIOS DE ACREDITACIÓN QUE SE UTILIZARON PARA LA EVALUACIÓN DE LA
ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 15

CUADRO No.16

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA EN RELACION A LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA. ENEO 1997

OBJETIVOS DE LA SIGNATURA	CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
AMBICIOSOS	13	6.13	43	20.28	12	5.66	0	0	78	32.07
PRECISOS	12	5.66	71	33.49	22	10.38	2	0.94	107	50.47
LIMITADOS	0	0	12	5.66	15	7.08	1	0.47	28	13.21
NO CONTESTO	3	1.42	4	1.89	2	0.94	0	0	9	4.25
TOTAL	28	13.21	130	61.32	24	24.06	3	1.41	212	100

FUENTE Idem

CUADRO No.17

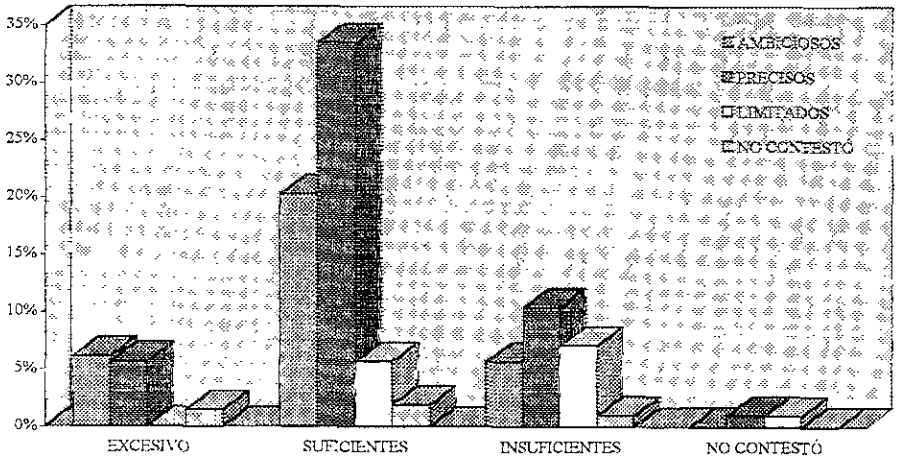
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA EN RELACION A LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA ENEO 1997

OBJETIVOS DE LA SIGNATURA	CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
AMBICIOSOS	17	8.02	38	17.93	12	5.66	1	0.47	78	32.08
PRECISOS	16	7.55	68	32.08	23	10.85	0	0	107	50.48
LIMITADOS	0	0	13	5.13	14	6.60	1	0.47	28	13.20
NO CONTESTO	2	0.91	4	1.89	2	0.91	1	0.47	9	4.21
TOTAL	35	16.51	123	58.03	51	24.05	3	1.41	212	100

FUENTE Idem

GRAFICA No.16

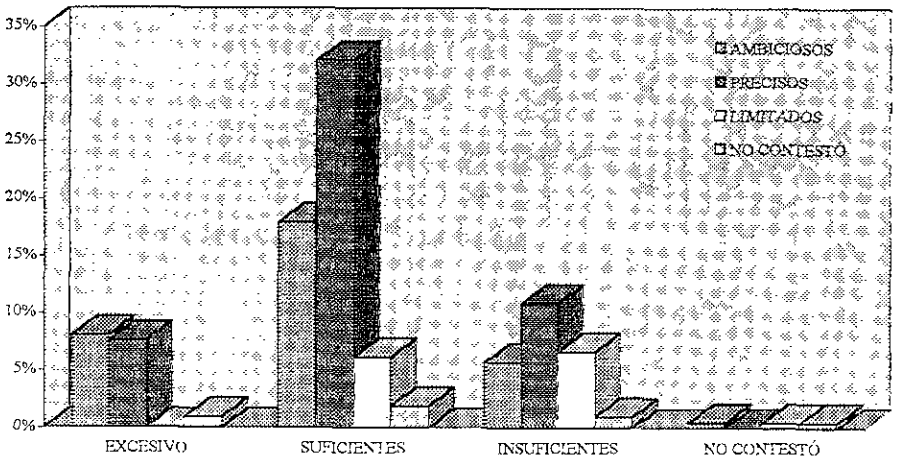
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA, ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 16

GRAFICA No.17

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA EN RELACIÓN A LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA, ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 17

CUADRO No.18

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIEMPO DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE ESTA. ENEO 1997

NÚMERO DE HORAS DIARIAS	TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
5 HORAS	0	0	15	7.07	6	2.83	0	0	21	9.90
6 HORAS	3	1.42	86	40.57	37	17.45	0	0	126	59.44
7 HORAS	3	1.42	37	17.45	5	2.36	0	0	45	21.23
8 HORAS	1	0.47	4	1.88	3	1.42	0	0	8	3.77
NO CONTESTO	2	0.94	5	2.36	3	1.42	2	0.94	12	5.66
TOTAL	9	4.25	147	69.33	54	25.48	2	0.94	212	100

FUENTE. Idem

CUADRO No.19

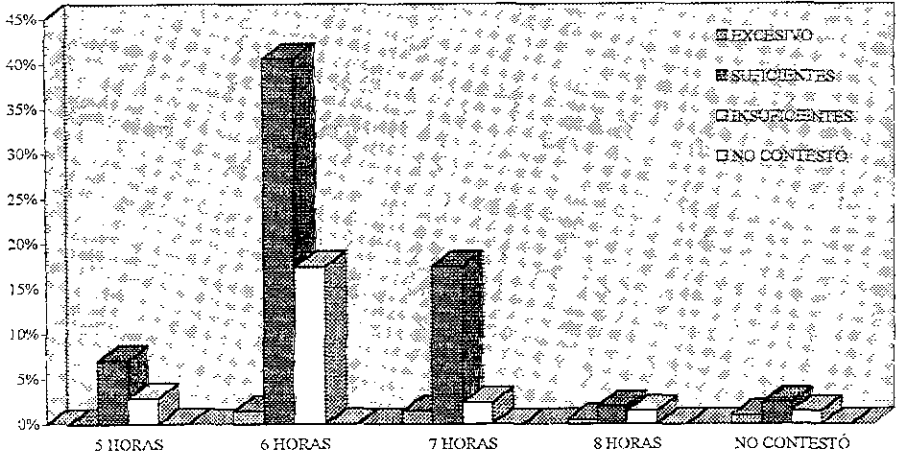
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIEMPO DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE ESTA. ENEO 1997

NÚMERO DE HORAS DIARIAS	TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
5 HORAS	0	0	9	4.25	3	1.42	0	0	12	5.66
6 HORAS	7	3.30	107	50.47	43	20.28	1	0.47	158	74.53
7 HORAS	4	1.89	23	10.85	2	0.94	0	0	29	13.68
8 HORAS	0	0	1	0.47	0	0	0	0	1	0.47
NO CONTESTO	2	1.89	7	3.30	3	1.42	0	0	12	5.66
TOTAL	14	6.13	147	69.33	51	24.06	1	0.47	212	100

FUENTE. Idem

GRAFICA No.18

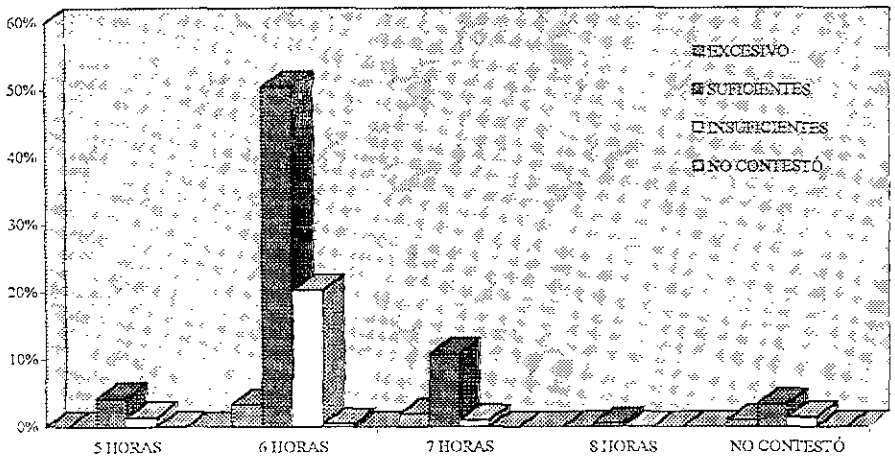
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIEMPO DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE ESTA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 18

GRAFICA No.19

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIEMPO DE PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NÚMERO DE HORAS DIARIAS DE ESTA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 19

CUADRO No.20

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA Y EL TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997

OBJETIVOS LOGRADOS	TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA									
	EXCLUSIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	3	1.42	60	28.30	18	8.49	2	0.94	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	1	0.47	21	9.91	7	3.30	0	0	29	13.68
AMBOS	5	2.36	44	20.75	20	9.43	0	0	69	32.54
NO CONTESTO	0	0	22	10.38	9	4.25	0	0	31	14.63
TOTAL	9	4.25	147	69.34	54	25.47	2	0.94	212	100

FUENTE Idem

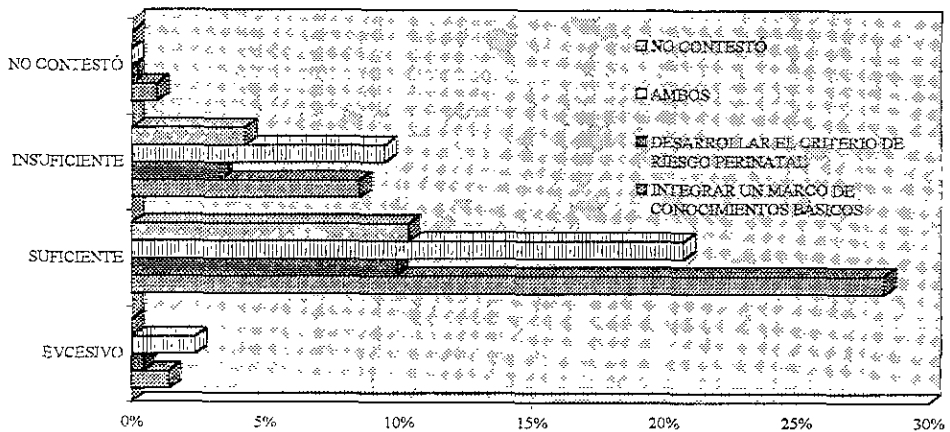
CUADRO No.21

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA SOBRE LA RELACION QUE EXISTE ENTRE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA Y EL TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997

OBJETIVOS LOGRADOS	TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA									
	EXCLUSIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	6	2.83	61	28.77	16	7.55	0	0	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	1	0.47	20	9.15	8	3.77	0	0	29	13.67
AMBOS	6	2.83	41	20.76	18	8.49	1	0.47	123	32.55
NO CONTESTO	0	0	22	10.38	9	4.25	0	0	31	14.63
TOTAL	13	6.15	147	69.34	54	25.06	1	0.47	212	100

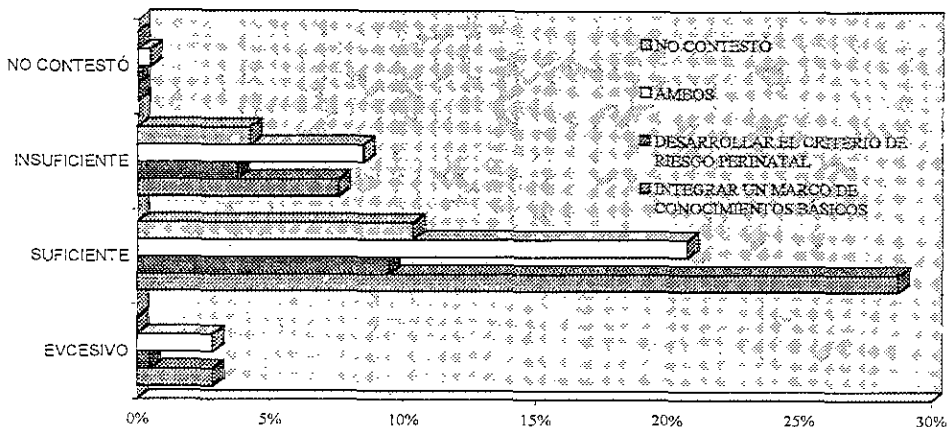
FUENTE Idem

GRAFICA No.20
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA Y EL TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997



FUENTE Cuadro No. 20

GRAFICA No.21
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA Y EL TIEMPO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 21

CUADRO No.22

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL DOCENTE RELACIONADA CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997.

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD	SUPERVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
EXCELENTE	53	25.00	63	29.72	6	2.83	0	0	119	57.55
REGULAR	2	0.94	49	23.11	22	10.38	1	0.47	64	34.90
DEFICIENTE	0	0	5	2.36	7	3.30	0	0	12	5.66
NO CONTESTO	0	0	1	0.47	0	0	3	1.42	4	1.89
TOTAL	55	25.94	118	55.66	35	16.51	4	1.89	212	100

FUENTE Idem

CUADRO No.23

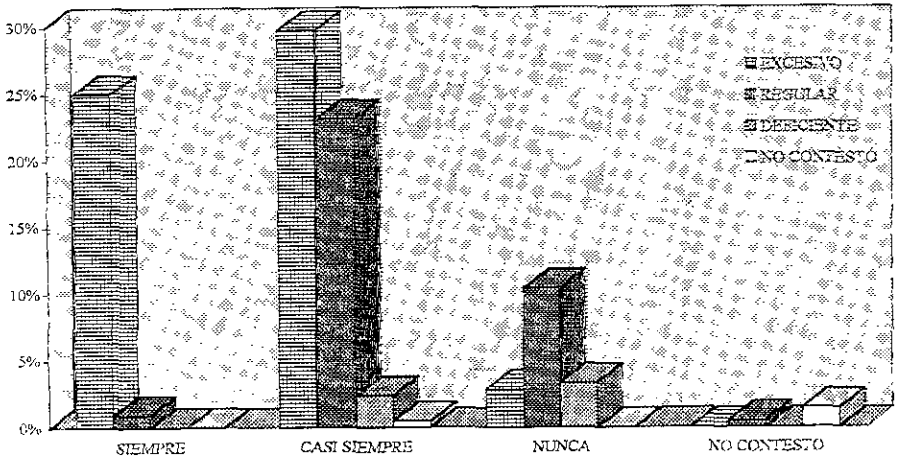
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL DOCENTE RELACIONADA CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997

ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD	SUPERVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
EXCELENTE	34	16.04	84	39.62	5	2.36	1	0.47	124	58.49
REGULAR	12	5.66	60	28.30	12	5.66	0	0	84	39.62
DEFICIENTE	0	0	2	0.95	1	0.47	0	0	3	1.42
NO CONTESTO	1	0.47	0	0	0	0	0	0	1	0.47
TOTAL	47	22.17	146	68.87	18	8.49	1	0.47	212	100

FUENTE Idem

GRAFICA No.22

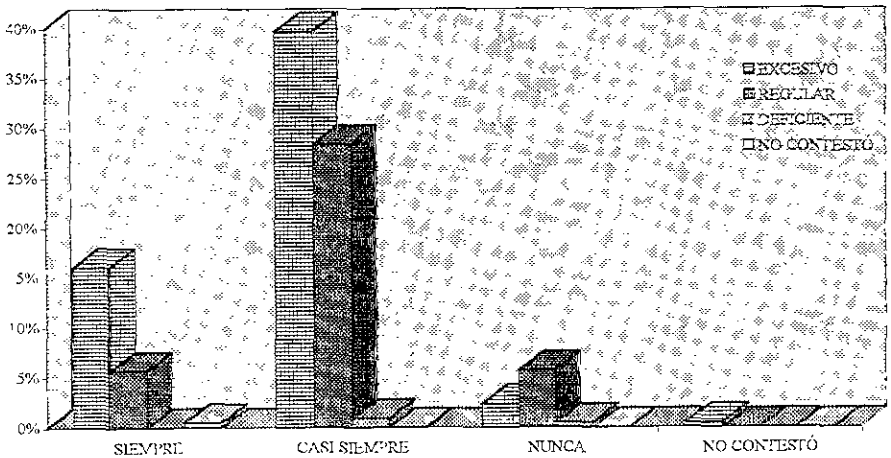
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL DOCENTE RELACIONADA CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 22

GRAFICA No.23

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DEL DOCENTE RELACIONADA CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 23

CUADRO No.24

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASESORÍA QUE RECIBIERON POR PARTE DE LOS DOCENTES EN SU PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NIVEL DE DOMINIO DE LOS CONOCIMIENTOS QUE DEMOSTRARON EN ELLA. ENEO 1997

ASESORIA RECIBIDA	NIVEL DE DOMINIO DE CONOCIMIENTOS DEL DOCENTE									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	15	7.08	70	33.02	0	0	0	0	85	40.10
CASI SIEMPRE	7	3.30	61	28.77	15	7.08	0	0	83	39.15
NUNCA	0	0	18	8.49	22	10.38	0	0	40	18.87
NO CONTESTO	0	0	1	0.47	0	0	3	0	4	1.88
TOTAL	22	10.38	150	70.75	37	17.46	3	1.41	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No.25

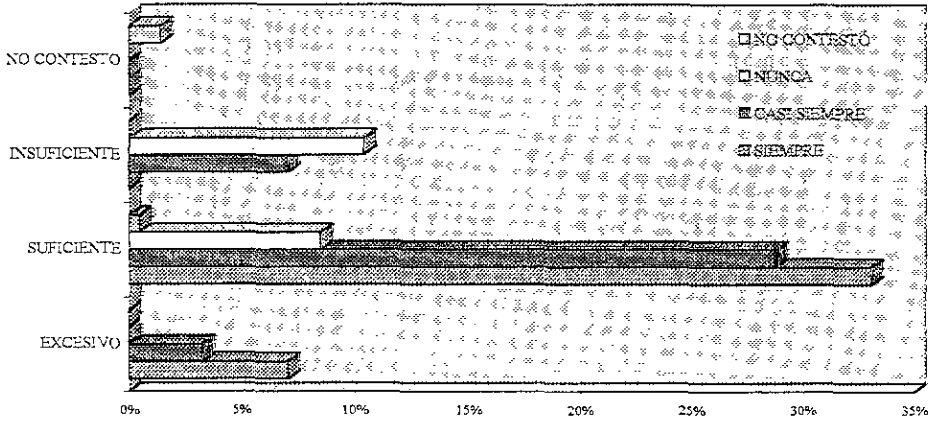
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASESORÍA QUE RECIBIERON POR PARTE DE LOS DOCENTES EN SU PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NIVEL DE DOMINIO DE LOS CONOCIMIENTOS QUE DEMOSTRARON EN ELLA. ENEO 1997

ASESORIA RECIBIDA	NIVEL DE DOMINIO DE CONOCIMIENTOS DEL DOCENTE									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	23	10.85	66	31.13	2	0.94	1	0.47	92	43.40
CASI SIEMPRE	5	2.36	83	39.15	10	4.71	2	0.91	100	47.17
NUNCA	0	0	8	3.71	7	3.30	0	0	15	7.07
NO CONTESTO	0	0	1	0.47	1	0.47	0	0	5	2.36
TOTAL	28	13.21	161	75.84	20	9.42	3	1.43	212	100

FUENTE: Idem

GRAFICA No.24

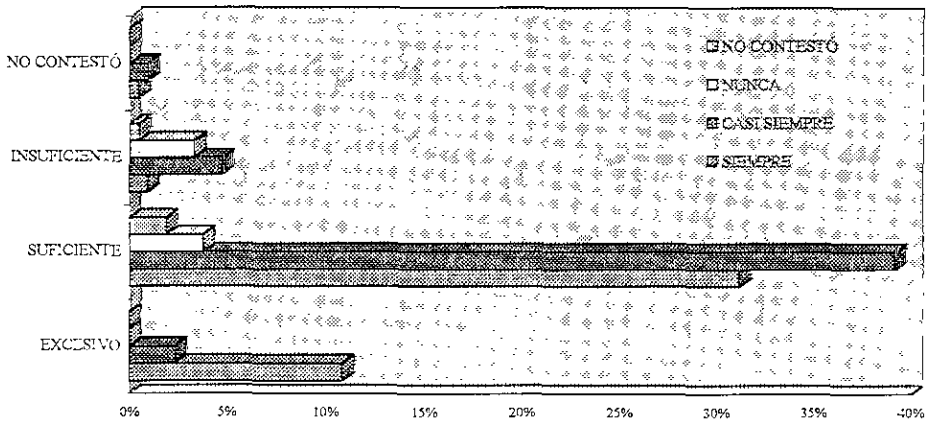
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASESORÍA QUE RECIBIERON POR PARTE DE LOS DOCENTES EN SU PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NIVEL DE DOMINIO DE CONOCIMIENTOS QUE DEMOSTRARON EN ELLA. ENEO 1997



FUENTE: Cuadro No 24

GRAFICA No.25

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA ASESORÍA QUE RECIBIERON POR PARTE DE LOS DOCENTES EN SU PRÁCTICA CLÍNICA Y EL NIVEL DE DOMINIO DE CONOCIMIENTOS QUE DEMOSTRARON EN ELLA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 25

CUADRO No. 26

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA A CERCA DEL NIVEL DE DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL DOCENTE Y LA SUPERVISIÓN DE LOS MISMOS. ENEO 1997.

SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL DOCENTE									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	9	4.24	46	21.70	0	0	0	0	55	25.94
CASI SIEMPRE	16	7.55	85	40.10	15	7.07	2	0.94	118	55.66
NUNCA	0	0	13	6.13	20	9.43	2	0.94	35	16.50
NO CONTESTO	0	0	0	0	1	0.48	3	1.42	4	1.90
TOTAL	25	11.79	144	67.93	36	16.98	7	3.30	212	100

FUENTE. Idem.

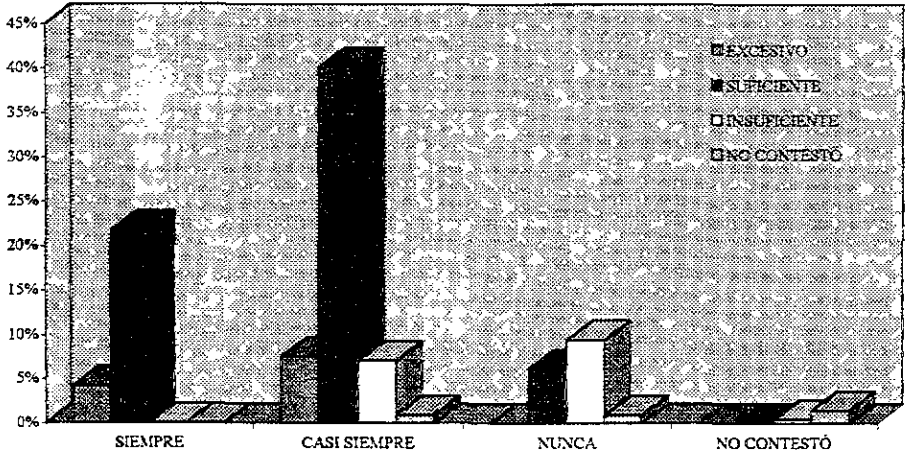
CUADRO No. 27

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA A CERCA DEL NIVEL DE DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL DOCENTE Y LA SUPERVISIÓN DE LOS MISMOS. ENEO 1997

SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS	DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL DOCENTE									
	EXCESIVO		SUFICIENTE		INSUFICIENTE		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
SIEMPRE	11	5.19	34	16.04	0	0	1	0.47	46	21.70
CASI SIEMPRE	19	8.96	115	54.24	10	4.71	3	1.41	147	69.31
NUNCA	0	0	9	4.24	8	3.77	1	0.47	18	8.49
NO CONTESTO	0	0	1	0.47	0	0	0	0	1	0.47
TOTAL	30	14.15	159	75	18	8.49	5	2.36	212	100

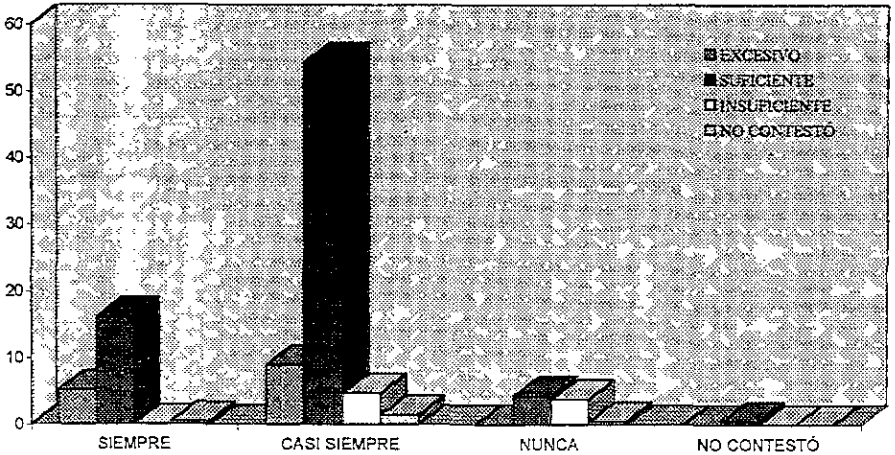
FUENTE. Idem

GRÁFICA No. 26
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA A CERCA DEL NIVEL DE DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL DOCENTE Y LA SUPERVISIÓN DE LOS MISMOS. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 26

GRÁFICA No. 27
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA A CERCA DEL NIVEL DE DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL DOCENTE Y LA SUPERVISIÓN DE LOS MISMOS. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 27

CUADRO No. 28

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO NECESARIOS PARA REALIZAR SUS PROCEDIMIENTOS EN LAS SEDES DONDE DESARROLLARON SU PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997

DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO	7o SEMESTRE	
	fº	%
SIEMPRE	85	40.10
CASI SIEMPRE	112	52.83
NUNCA	14	6.60
NO CONTESTÓ	1	0.47
TOTAL	212	100

FUENTE Idem

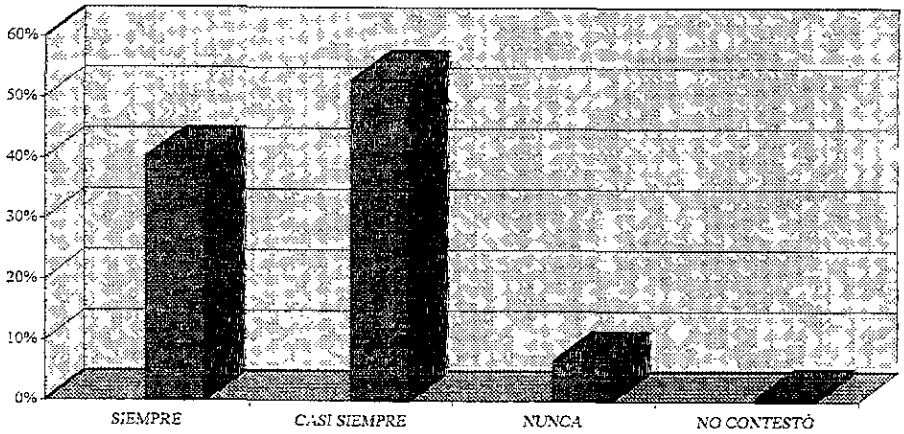
CUADRO No. 29

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO NECESARIOS PARA REALIZAR SUS PROCEDIMIENTOS EN LAS SEDES DONDE DESARROLLARON SU PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.

DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO	8o SEMESTRE	
	fº	%
SIEMPRE	70	33.02
CASI SIEMPRE	127	59.91
NUNCA	13	6.15
NO CONTESTÓ	2	0.94
TOTAL	212	100

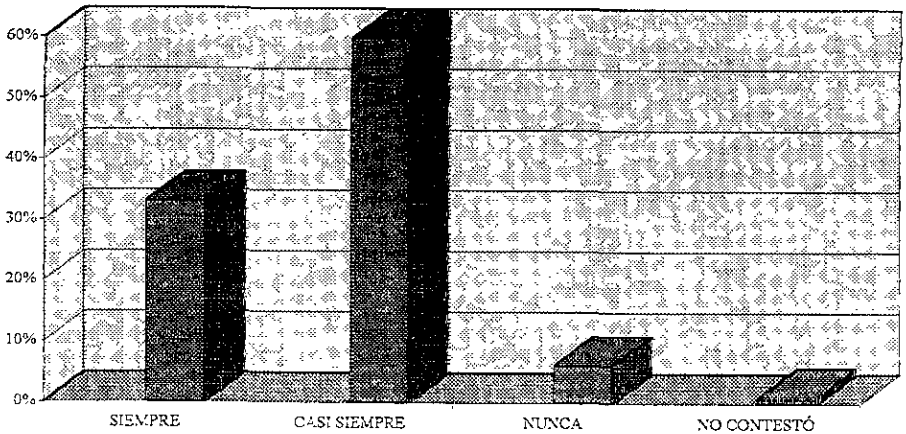
FUENTE Idem

GRÁFICA No. 28
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO NECESARIOS PARA REALIZAR SUS PROCEDIMIENTOS EN LA SEDES DONDE DESARROLLARON SU PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 28

GRÁFICA No. 29
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DISPONIBILIDAD DE MATERIAL Y EQUIPO NECESARIOS PARA REALIZAR SUS PROCEDIMIENTOS EN LA SEDES DONDE DESARROLLARON SU PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 29

CUADRO No. 30

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA RELACIONADOS CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

OBJETIVOS LOGRADOS	SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	20	9.43	45	21.23	16	7.55	2	0.94	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	6	2.83	18	8.49	5	2.36	0	0	29	13.68
AMBOS	13	6.13	15	7.08	3	1.42	0	0	31	14.62
NO CONTESTÓ	16	7.55	40	18.87	11	5.18	2	0.94	69	32.55
TOTAL	55	25.94	118	55.66	35	16.51	4	1.89	212	100

FUENTE. Idem

CUADRO No. 31

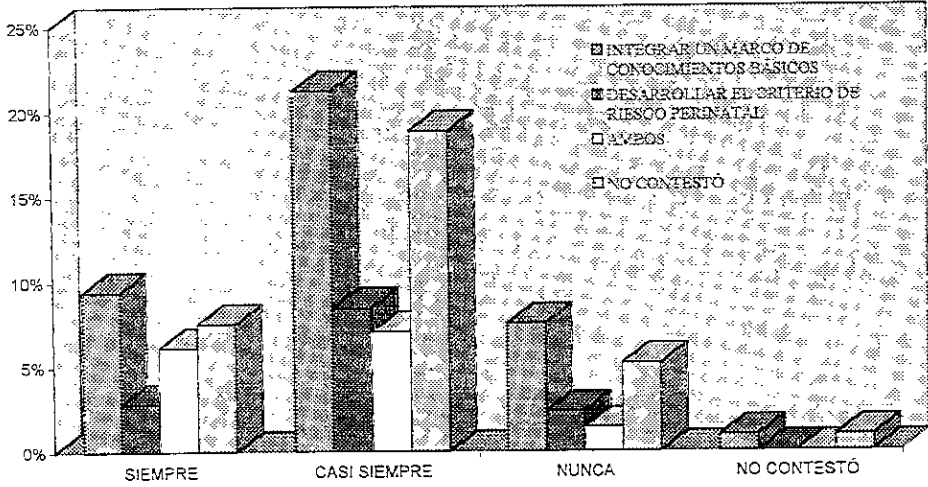
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA RELACIONADOS CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

OBJETIVOS LOGRADOS	SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS									
	SIEMPRE		CASI SIEMPRE		NUNCA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	22	10.38	53	25	8	3.78	0	0	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	6	2.83	21	9.90	2	0.91	0	0	29	13.68
AMBOS	10	4.72	21	9.90	1	0.47	0	0	32	15.09
NO CONTESTO	8	3.78	52	24.53	7	3.30	1	0.47	68	32.08
TOTAL	46	21.70	147	69.31	18	8.49	1	0.47	212	100

FUENTE. Idem

GRÁFICA No. 30

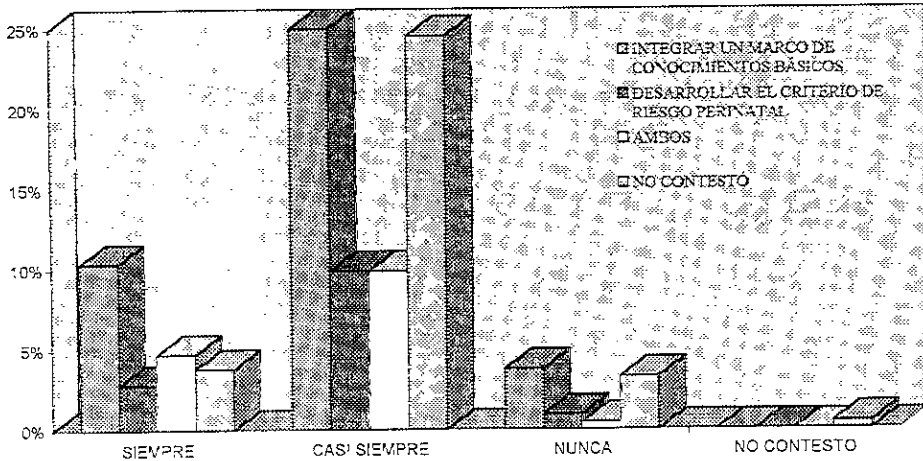
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA RELACIONADOS CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENEO 1997



FUENTE. Cuadro No. 30

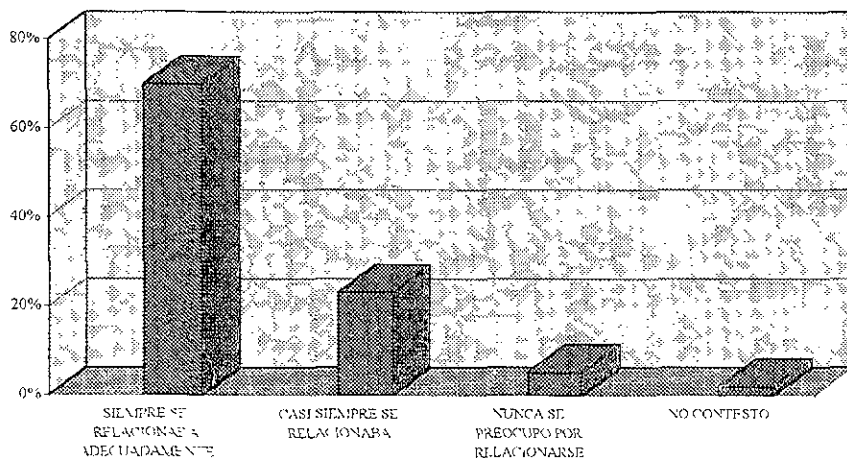
GRÁFICA No. 31

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA RELACIONADOS CON LA SUPERVISIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS ENEO 1997.



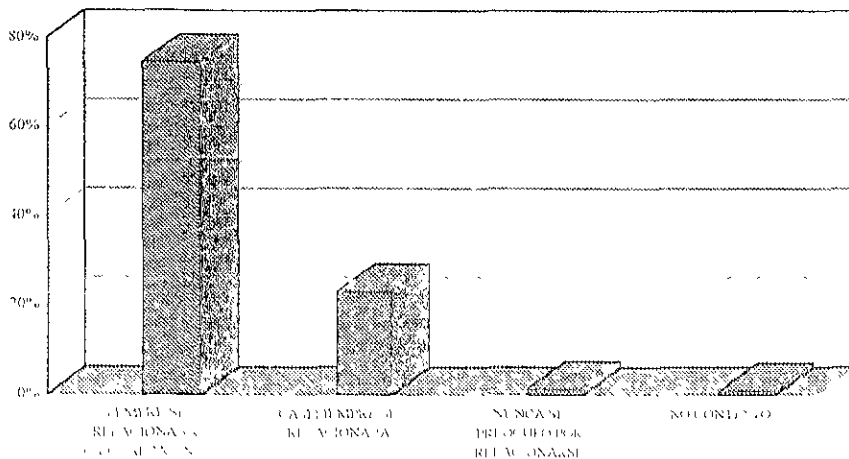
FUENTE. Cuadro No. 31

GRÁFICA No. 32
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA SOBRE LA INTERACCIÓN DEL DOCENTE CON EL PERSONAL DEL CAMPO CLÍNICO
ENE0 1997.



FUENTE: Cuadro No. 32

GRÁFICA No. 33
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA SOBRE LA INTERACCIÓN DEL DOCENTE CON EL PERSONAL DEL CAMPO CLÍNICO
ENE0 1997



FUENTE: Cuadro No. 33

CUADRO No. 32

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA INTERACCIÓN DEL DOCENTE CON EL PERSONAL DEL CAMPO CLÍNICO. ENEO 1997

INTERACCIÓN DOCENTE- PERSONAL	7º SEMESTRE	
	Fo	%
SIEMPRE SE RELACIONABA ADECUADAMENTE	148	69.81
CASI SIEMPRE SE RELACIONABA	49	23.11
NUNCA SE PREOCUPÓ POR RELACIONARSE	11	5.19
NO CONTESTÓ	4	1.89
TOTAL	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No. 33

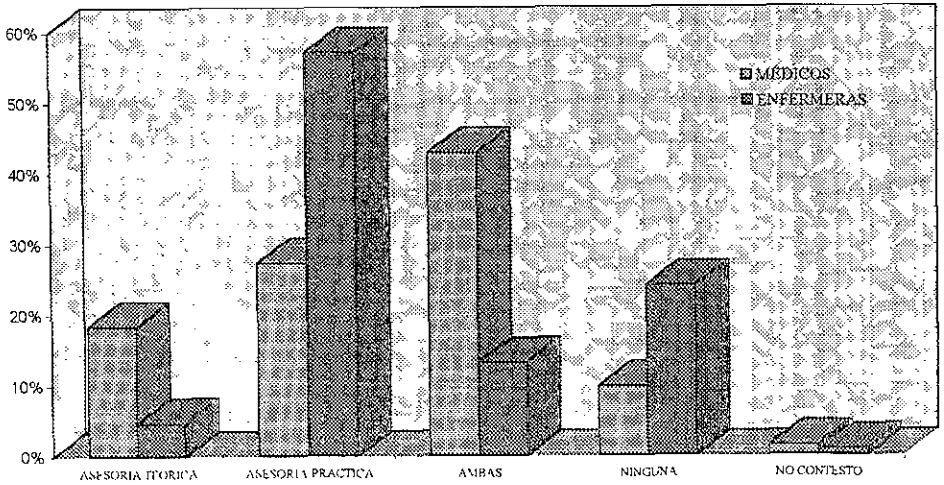
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA INTERACCIÓN DEL DOCENTE CON EL PERSONAL DEL CAMPO CLÍNICO. ENEO 1997.

INTERACCIÓN DOCENTE- PERSONAL	8º SEMESTRE	
	Fo	%
SIEMPRE SE RELACIONABA ADECUADAMENTE	158	74.53
CASI SIEMPRE SE RELACIONABA	49	23.11
NUNCA SE PREOCUPÓ POR RELACIONARSE	3	1.42
NO CONTESTÓ	2	0.94
TOTAL	212	100

FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 34

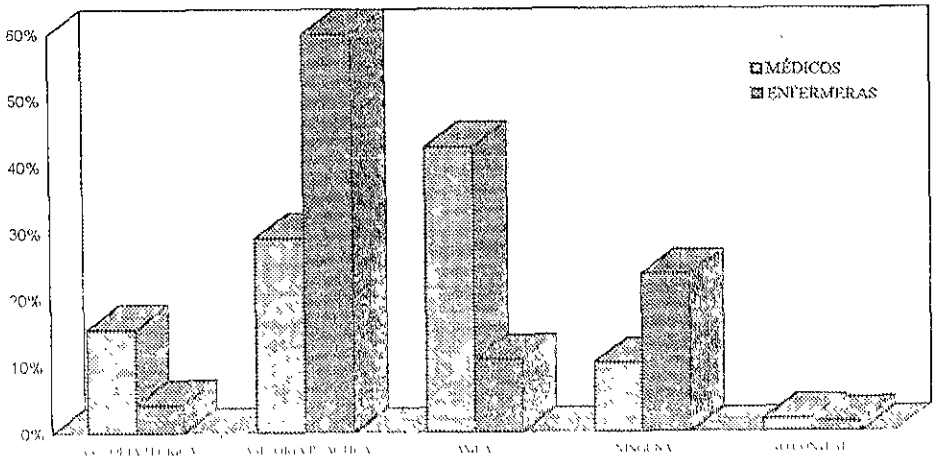
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIPO DE APOYO QUE LE FUE BRINDADO EN SU PRACTICA CLÍNICA Y POR PARTE DE QUIÉN LO RECIBIO ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No. 34

GRÁFICA No. 35

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIPO DE APOYO QUE LE FUE BRINDADO EN SU PRACTICA CLÍNICA Y POR PARTE DE QUIÉN LO RECIBIO ENEO 1997



FUENTE: Cuadro No. 35

CUADRO No. 34

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIPO DE APOYO QUE LE FUE BRINDADO POR PARTE DEL MÉDICO. ENEO 1997.

TIPO DE APOYO	MEDICO		ENFERMERA	
	Fo.	%	Fo.	%
ASESORÍA TEÓRICA	9	18.40	10	4.72
ASESORIA PRÁCTICA	58	27.36	121	57.08
AMBAS	91	42.92	28	13.21
NINGUNA	21	9.91	51	24.05
NO CONTESTÓ	5	1.41	2	0.94
TOTAL	212	100	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No. 35

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL TIPO DE APOYO QUE LE FUE BRINDADO POR PARTE DE LA ENFERMERA. ENEO 1997.

TIPO DE APOYO	MEDICO		ENFERMERAS	
	Fo.	%	Fo.	%
ASESORÍA TEÓRICA	33	15.58	9	4.25
ASESORIA PRÁCTICA	62	29.24	27	59.91
AMBAS	91	42.92	23	10.85
NINGUNA	22	10.38	50	23.58
NO CONTESTÓ	4	1.88	3	1.41
TOTAL	212	100	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No. 49

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

GRADO DE DOMINIO	AMNORREXIS		CANALIZAR PACIENTES		TRICOTOMIA		COLOCACION DE SONDA FOLEY	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TOTAL	52	24.53	179	84.43	192	90.57	189	89.15
REGULAR	61	28.77	28	13.21	17	8.01	20	9.44
DEFICIENTE	30	14.15	1	0.47	0	0	1	0.47
NO LO REALICÉ	64	30.19	1	0.47	1	0.47	0	0
NO CONTESTÓ	5	2.36	3	1.42	2	0.94	2	0.94
TOTAL	212	100	212	100	212	100	212	100

FUENTE: Idem

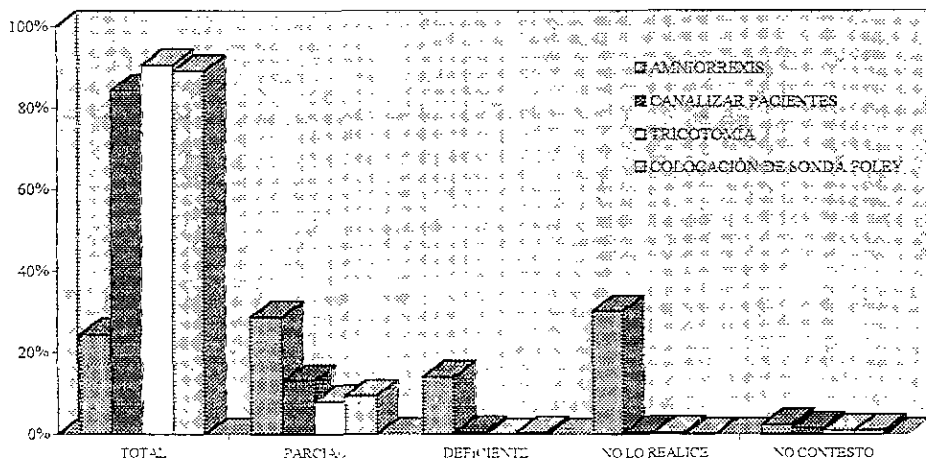
CUADRO No. 50

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

GRADO DE DOMINIO	INSTRUMENTAR CESAREAS		CIRCULAR LEGRADOS		CIRCULAR BLOQUEO EPIDURAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TOTALMENTE	90	42.45	148	69.81	162	76.42
REGULAR	94	44.34	46	21.70	38	17.92
DEFICIENTE	23	9.91	7	3.30	1	0.47
NO LO REALICÉ	5	2.36	9	4.25	6	2.83
NO CONTESTÓ	2	0.94	2	0.94	2	0.94
TOTAL	212	100	212	100	212	100

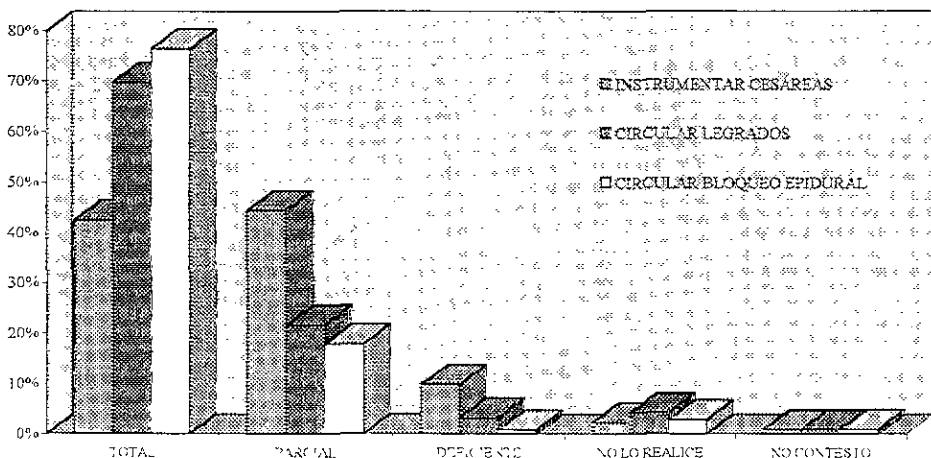
FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 49
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 49

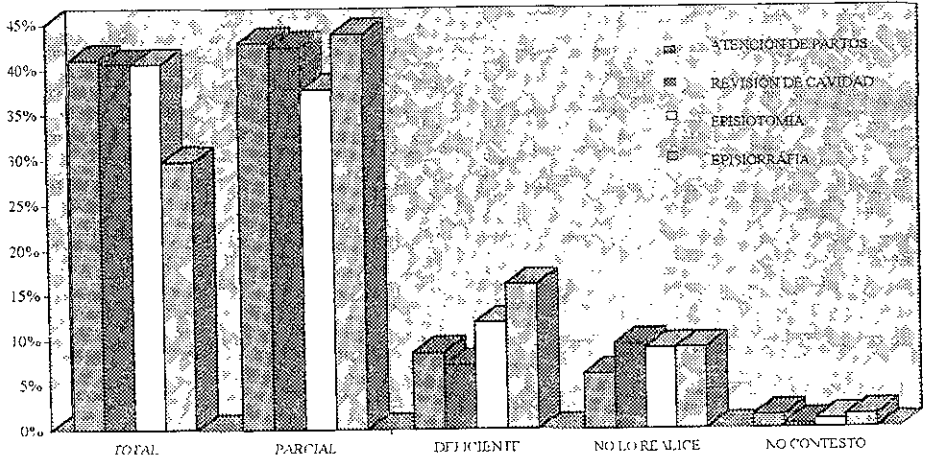
GRÁFICA No. 50
 RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997.



FUENTE: Cuadro No 50

GRÁFICA No. 47

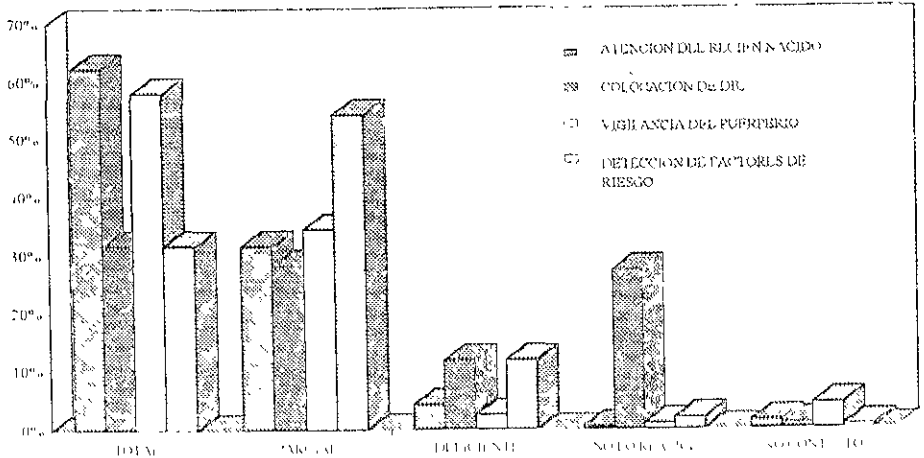
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 47

GRÁFICA No. 48

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACION DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 48

CUADRO No. 47

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997.

GRADO DE DOMINIO	ATENCIÓN DE PARTOS		REVISIÓN DE CAVIDAD		EPISIOTOMÍAS		EPISIORRÁFIAS	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
TOTAL	87	41.04	86	40.57	86	40.57	63	29.72
REGULAR	91	42.92	90	42.45	80	37.74	93	43.87
DEFICIENTE	18	8.49	15	7.08	25	11.79	34	16.04
NO LO REALICE	13	6.13	20	9.43	19	8.96	19	8.96
NO CONTESTO	3	1.42	1	0.47	2	0.94	3	1.41
TOTAL	212	100	212	100	212	100	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No. 48

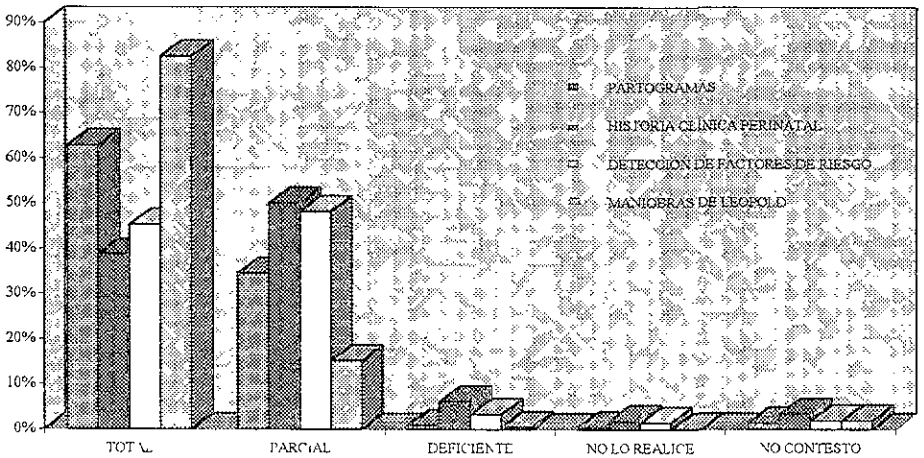
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997.

GRADO DE DOMINIO	ATENCIÓN DE L RECIEN NACIDO		COLOCACION DE DIU		VIGILANCIA DEL PUERPERIO		DETECCIÓN DE PARTOS DE ALTO RIESGO	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
TOTAL	132	62.26	67	31.60	123	58.02	67	31.60
REGULAR	67	31.60	60	28.31	73	34.43	115	54.25
DEFICIENTE	9	4.25	25	11.79	5	2.36	25	11.79
NO LO REALICE	1	0.47	58	27.36	2	0.94	4	1.89
NO CONTESTÓ	3	1.42	2	0.94	9	4.25	1	0.47
TOTAL	212	100	212	100	212	100	212	100

FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 45

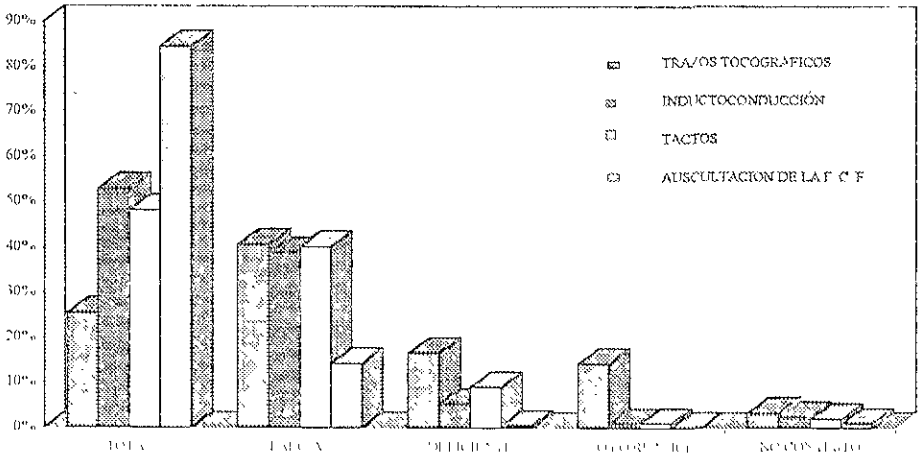
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997



FUENTE. Cuadro No 45

GRÁFICA No. 46

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997



FUENTE. Cuadro No 46

CUADRO No. 45

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS ENEO 1997

GRADO DE DOMINIO	PARTOGRAMAS		HISTORIA CLÍNICA PERINATAL		DETECCION DE FACTORES DE RIESGO PERINATAL		MANIOBRAS DE LEOPOLD	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TOTAL	133	62.74	82	38.68	96	45.28	175	82.55
REGULAR	73	34.43	106	50	102	48.11	32	15.09
DEFICIENTE	2	0.94	13	6.13	7	3.30	1	0.47
NO LO REALICE	1	0.47	4	1.89	3	1.42	0	0
NO CONTESTO	3	1.42	7	3.30	4	1.89	4	1.89
TOTAL	212	100	212	100	212	100	212	100

FUENTE: Idem

CUADRO No. 46

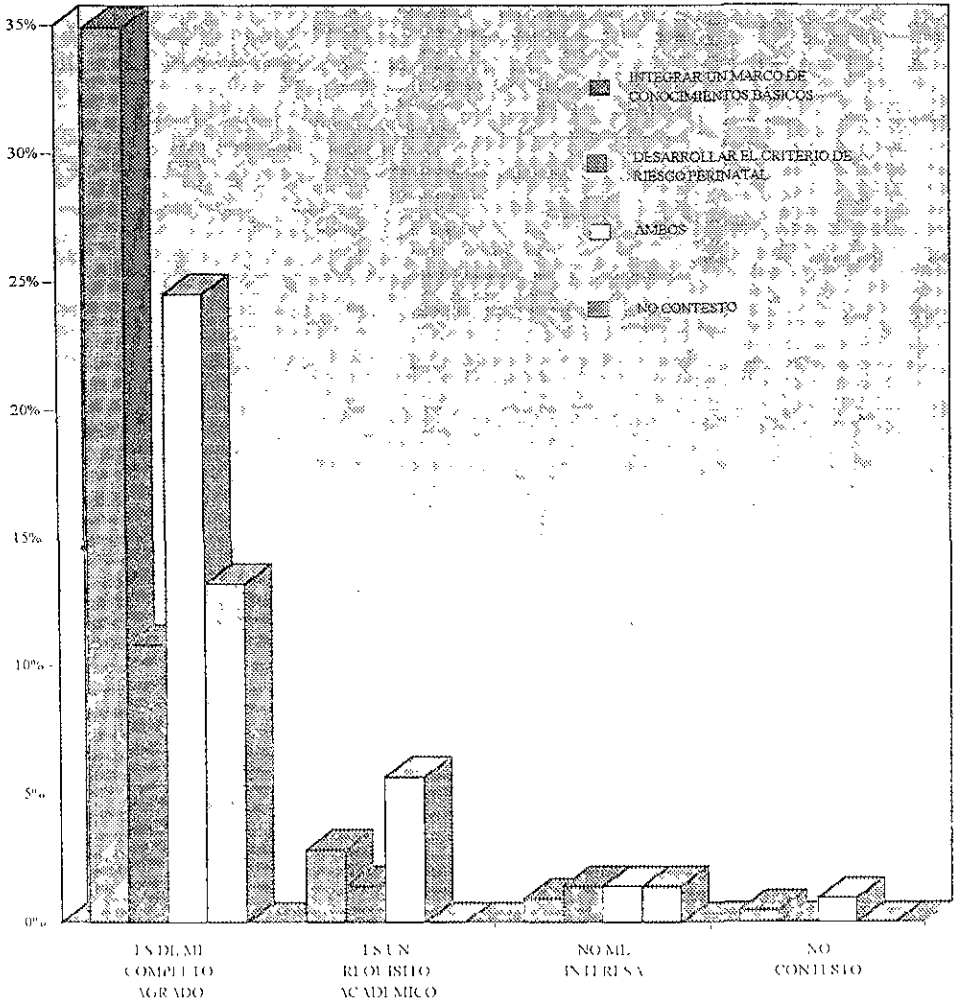
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO AL GRADO DE DOMINIO QUE POSEEN EN LA REALIZACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS. ENEO 1997.

GRADO DE DOMINIO	TRAZOS TOCOGRÁFICOS		INDUCTOCONDUCCION		TACTOS		AUSCULTACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TOTAL	54	25.47	112	52.83	102	48.11	179	84.44
REGULAR	86	40.57	82	38.68	85	40.10	30	14.15
DEFICIENTE	35	16.51	11	5.19	19	8.96	1	0.47
NO LO REALICÉ	30	14.15	2	0.94	2	0.94	0	0
NO CONTESTÓ	7	3.30	5	2.36	4	1.89	2	0.94
TOTAL	212	100	212	100	212	100	212	100

FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 44

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA PREFERENCIA QUE TIENEN POR LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE. ENEO 1997



II EN II Cuadro No. 11

CUADRO No. 44

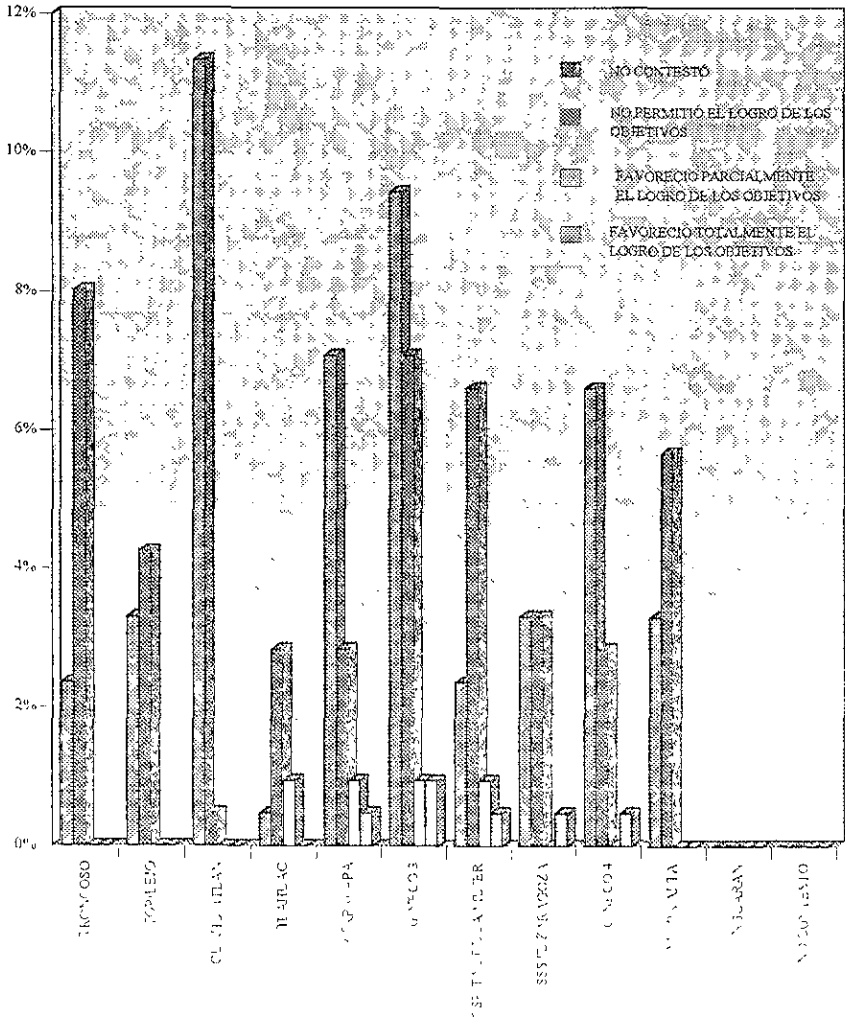
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA PREFERENCIA QUE TIENEN POR LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE ENEO 1997.

LOGRO DE OBJETIVOS	PREFERENCIA POR EL ÁREA OBSTÉTRICA									
	ES DE MI COMPLETO AGRADO		ES UN REQUISITO ACADÉMICO		NO ME INTERESA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BASICOS	74	34.91	6	2.83	2	0.94	1	0.47	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL.	23	10.85	3	1.42	3	1.42	0	0	29	13.68
AMBOS	52	24.53	12	5.66	3	1.41	2	0.94	69	32.55
NO CONTESTO	28	13.21	0	0	3	1.41	0	0	31	14.62
TOTAL	177	83.49	21	9.91	11	5.19	3	1.41	212	100

FUENTE Idem:

GRÁFICA No. 43

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CAMPO CLÍNICO RELACIONADO CON EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.



UNFV - Cuadro No. 43

CUADRO No. 43

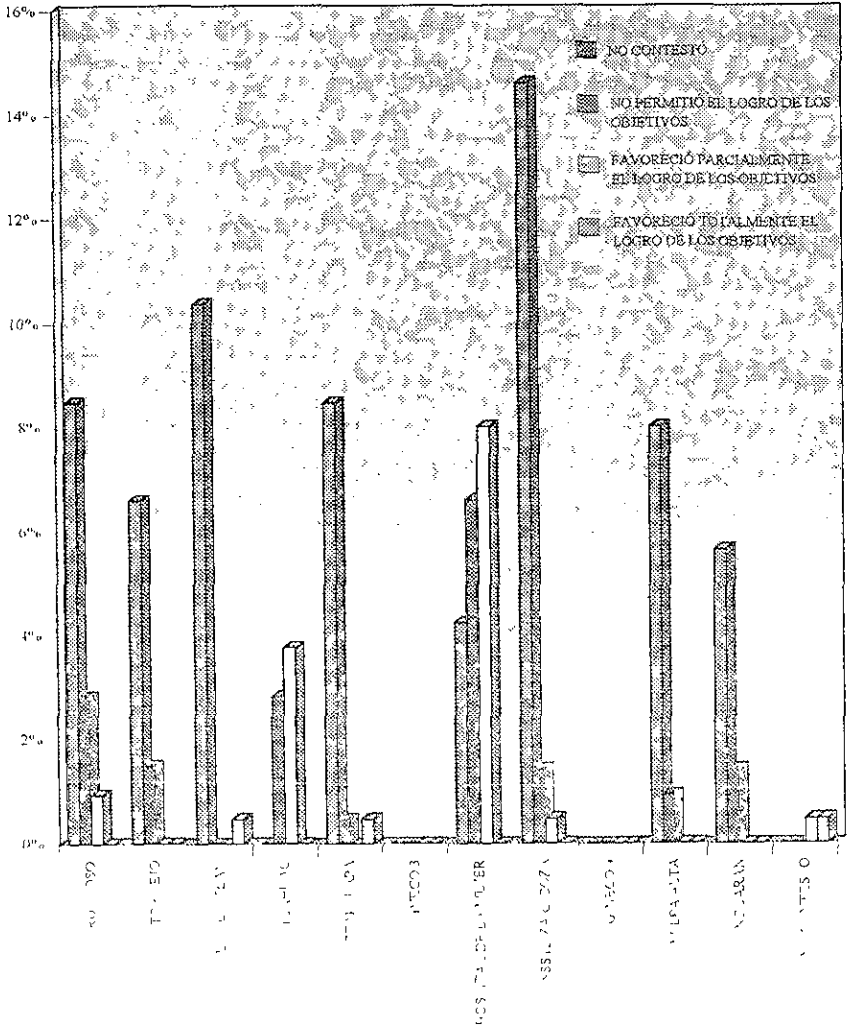
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CAMPO CLÍNICO RELACIONADO CON EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA ENEO 1997.

CAMPO CLINICO	LOGRO DE OBJETIVOS									
	FAVORECIÓ TOTALMENTE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		FAVORECIÓ PARCIALMENTE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		NO PERMITIÓ EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TRONCOSO	5	22.73	17	77.27	0	0	0	0	22	100
TOPILEJO	7	43.75	9	56.25	0	0	0	0	16	100
CUAHUITLAN	24	96.00	1	4.00	0	0	0	0	25	100
TLAHUAC	1	11.11	6	66.67	2	22.22	0	0	9	100
LZTAPALAPA	15	62.50	6	25.00	2	8.33	1	4.17	24	100
GINECO 3	20	51.28	15	38.46	2	5.13	2	5.13	39	100
HOSPITAL DE LA MUJER	5	22.73	14	63.63	2	9.10	1	4.54	22	100
ISSSTE ZARAGOZA	7	46.67	7	46.67	0	0	1	6.66	15	100
GINECO 4	14	66.67	6	28.57	0	0	1	4.76	21	100
MILPILTA	7	3.30	12	63.16	0	0	0	0	19	100
INGUARRÁN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
NO CONTESTO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100

FUENTE: Ídem

GRÁFICA No. 42

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CAMPO CLÍNICO RELACIONADO CON EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.



CUADRO No. 42

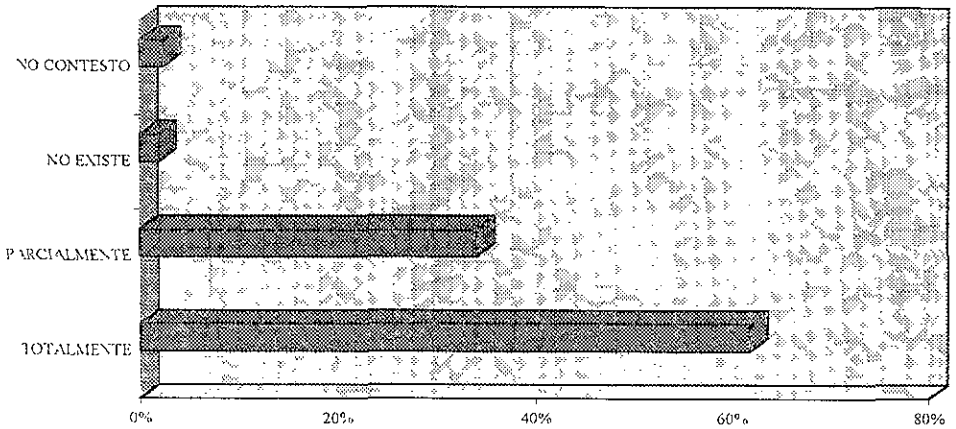
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE EL CAMPO CLÍNICO RELACIONADO CON EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA. ENEO 1997.

CAMPO CLÍNICO	LOGRO DE OBJETIVOS									
	FAVORECIÓ TOTALMENTE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		FAVORECIÓ PARCIALMENTE EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		NO PERMITIÓ EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
TRONCOSO	18	69.23	6	23.08	2	7.69	0	0	26	100
TOPILEJO	14	77.78	4	22.22	0	0	0	0	18	100
CUAUHUITLAN	22	95.65	0	0	0	0	1	4.35	23	100
TLÁHUAC	0	0	6	42.86	8	57.14	0	0	14	100
IZTAPALAPA	18	8.49	1	5.00	0	0	1	5.00	20	100
GINECO 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
HOSPITAL DE LA MUJER	9	22.50	14	35.00	17	42.51	0	0	40	100
ISSSTE ZARAGOZA	31	88.57	3	8.57	1	2.86	0	0	35	100
GINECO 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100
MILPA ALTA	17	89.47	2	10.53	0	0	0	0	19	100
INGUARAN	12	8.00	3	20.00	0	0	0	0	15	100
NO CONTESTÓ	0	0	0	0	1	50.00	1	50.00	2	100

FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 40

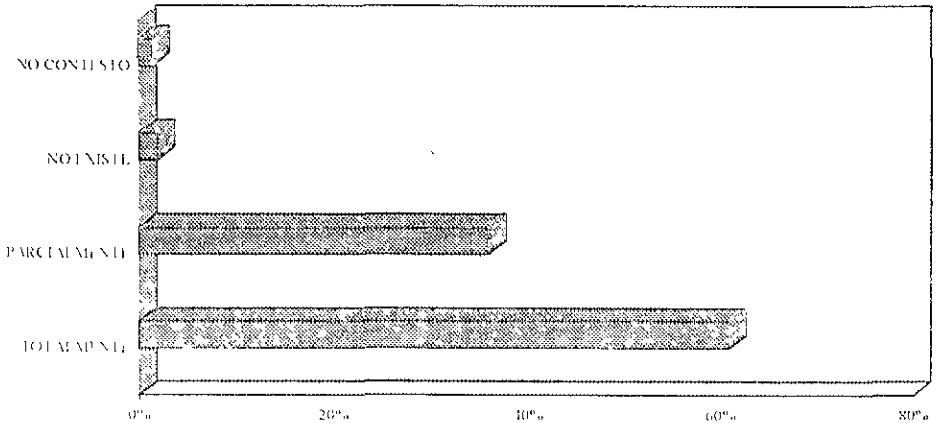
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA CONGRUENCIA QUE EXISTE ENTRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997.



FUENTE Cuadro No 40

GRÁFICA No. 41

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA CONGRUENCIA QUE EXISTE ENTRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 41

CUADRO No. 40

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA CONGRUENCIA QUE EXISTE ENTRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.

CONGRUENCIA TEÓRICA-PRÁCTICA	7o. SEMESTRE	
	To.	%
TOTALMENTE	131	61.79
PARCIALMENTE	72	33.96
NO EXISTE	4	1.89
NO CONTESTÓ	5	2.36
TOTAL	212	100

FUENTE: Idem.

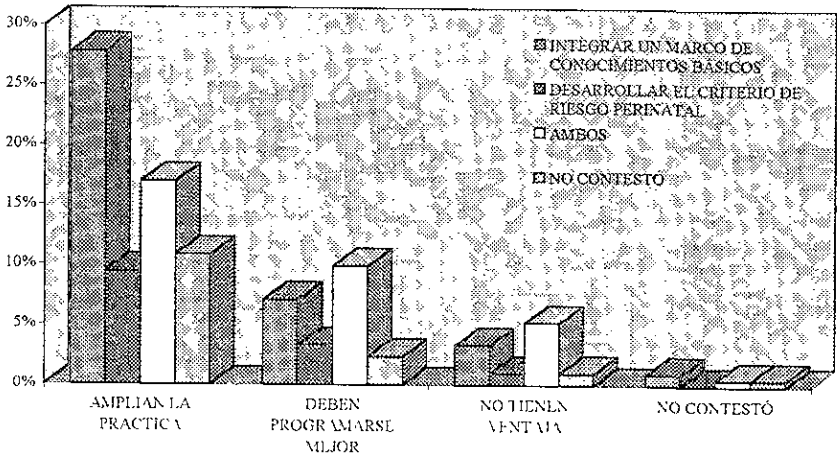
CUADRO No. 41

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA CONGRUENCIA QUE EXISTE ENTRE LOS CONTENIDOS DE LOS PROGRAMAS DE OBSTETRICIA Y LA PRÁCTICA CLÍNICA. ENEO 1997.

CONGRUENCIA TEÓRICA-PRÁCTICA	8o. SEMESTRE	
	To.	%
TOTALMENTE	129	60.84
PARCIALMENTE	76	35.85
NO EXISTE	4	1.89
NO CONTESTO	3	1.42
TOTAL	212	100

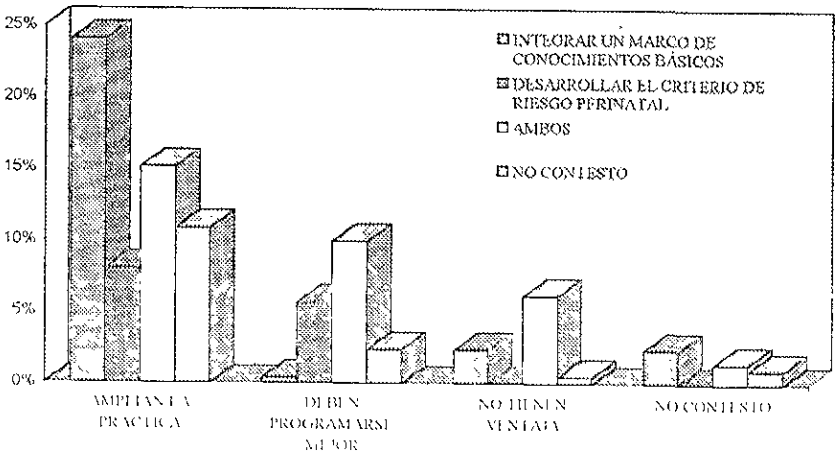
FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 38
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA ASIGNATURA ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 38

GRÁFICA No. 39
OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE LA ASIGNATURA. ENEO 1997



FUENTE Cuadro No 39

CUADRO No. 38

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 7o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA. ENEO 1997.

OBJETIVOS LOGRADOS	OPINIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS									
	AMPLIAN LA PRÁCTICA		DEBEN PROGRAMARSE MEJOR		NO TIENEN VENTAJA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	59	27.83	15	7.08	7	3.30	2	0.91	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	20	9.43	7	3.30	2	0.94	0	0	29	13.68
AMBOS	36	16.98	21	9.91	11	5.19	1	0.47	69	32.55
NO CONTESTO	23	10.85	5	2.36	2	0.95	1	0.47	31	14.62
TOTAL	138	65.10	48	22.64	22	10.38	4	1.88	212	100

FUENTE: Idem.

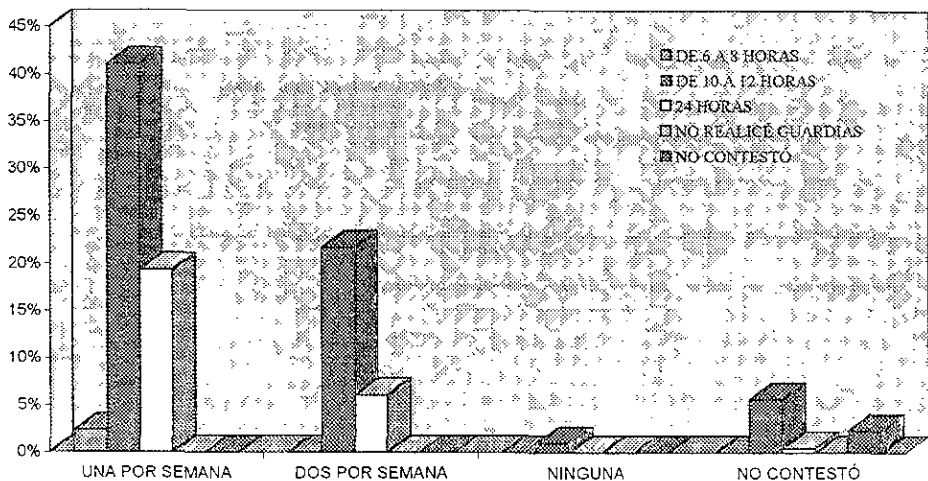
CUADRO No. 39

OPINIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8o. SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS Y EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE APRENDIZAJE DE LA ASIGNATURA. ENEO 1997.

OBJETIVOS LOGRADOS	OPINIÓN SOBRE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS									
	AMPLIAN LA PRÁCTICA		DEBEN PROGRAMARSE MEJOR		NO TIENEN VENTAJA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
INTEGRAR UN MARCO DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS	51	24.06	22	10.38	5	2.36	5	2.36	83	39.15
DESARROLLAR EL CRITERIO DE RIESGO PERINATAL	17	8.02	12	5.66	0	0	0	0	29	13.68
AMBOS	32	15.09	21	9.91	13	6.13	3	1.41	69	32.55
NO CONTESTO	23	10.85	5	2.36	1	0.47	2	0.94	31	14.62
TOTAL	123	58.02	60	28.36	19	8.96	10	4.72	212	100

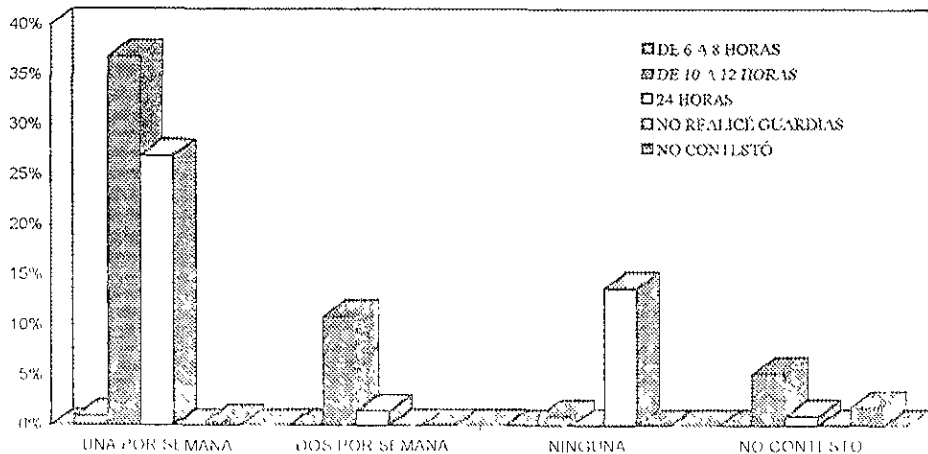
FUENTE: Idem

GRÁFICA No. 36
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DURACIÓN Y FRECUENCIA DE SUS GUARDIAS ENEO 1997



FUENTE. Cuadro No 36

GRÁFICA No. 37
RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DURACIÓN Y FRECUENCIA DE SUS GUARDIAS ENEO 1997



FUENTE. Cuadro No 37

CUADRO No. 36

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 7º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DURACIÓN Y FRECUENCIA DE SUS GUARDIAS. ENEO 1997.

DURACION DE LAS GUARDIAS	FRECUENCIA DE LAS GUARDIAS									
	UNA POR SEMANA		DOS POR SEMANA		NINGUNA		NO CONTESTÓ		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DE 6 A 8 HORAS	5	2.36	0	0	0	0	0	0	5	2.36
DE 10 A 12 HORAS	87	41.04	46	21.70	2	0.94	12	5.65	147	69.34
24 HORAS	41	19.34	13	6.13	0	0	1	0.47	55	25.94
NO REALICÉ GUARDIAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO CONTESTO	0	0	0	0	0	0	5	2.36	5	2.36
TOTAL	133	62.73	59	27.83	2	0.94	18	8.50	212	100

FUENTE Idem

CUADRO No. 37

RESPUESTA DE LOS ALUMNOS DE 8º SEMESTRE DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA CON RESPECTO A LA DURACIÓN Y FRECUENCIA DE SUS GUARDIAS ENEO 1997.

DURACION DE LAS GUARDIAS	FRECUENCIA DE LAS GUARDIAS									
	UNA POR SEMANA		DOS POR SEMANA		NINGUNA		NO CONTESTO		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
DE 6 A 8 HORAS	2	0.94	0	0	0	0	0	0	2	0.94
DE 10 A 12 HORAS	78	36.79	23	10.85	2	0.94	11	5.19	114	53.77
24 HORAS	57	26.89	3	1.42	0	0	2	0.94	62	29.25
NO REALICE GUARDIAS	0	0	0	0	29	13.68	0	0	29	13.68
NO CONTESTO	1	0.47	0	0	0	0	4	1.89	5	2.36
TOTAL	138	65.10	26	12.26	31	14.62	17	8.02	212	100

FUENTE Idem

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura de obstetricia en la ENEO está determinado por una serie de elementos relacionados entre sí como son: la tutoría, la actitud del estudiante, el programa de la asignatura, la evaluación teórica-práctica, el desarrollo de la práctica clínica, y principalmente el logro de los objetivos de aprendizaje

Al analizar la relación que existe entre el número de profesores y la supervisión de los procedimientos se encontró que el 16.51% de los alumnos de 7o. semestre opinaron “no haber sido supervisado nunca” en su práctica clínica. De este porcentaje el 8.02% cursó la asignatura con “un sólo profesor”, y el 6.61% tuvo “profesor y pasante”. Sin embargo otro 55.66% del alumnado refirió haber sido supervisado “casi siempre”, independientemente del número de docentes con que contaron ya que de dicho porcentaje el 25% tuvo “un solo profesor”, en contraste con el 18.40% que contó con “profesor y pasante”, (véase cuadro 1) En el caso de los alumnos de 8o. semestre sólo el 8.49% opinó “no haber sido supervisado nunca” del cual el 5.66% tuvo “un solo profesor” mientras que el 2.83% cursó la materia con “profesor y pasante” Pese a ello el 68.87% de la población refiere haber sido supervisada “casi siempre”, observándose que el 39.62% de dicha cifra contó con “un solo profesor”, mientras que el 20.76% tuvo “profesor y pasante” Aunado a lo anterior, tanto en 7o. como en 8o semestre, la “no supervisión” de los alumnos ocupó porcentajes bajos, 16.51% y 8.49% respectivamente

Lo antes mencionado llegó a concluir que el número de profesores por grupo no influye para que se supervise o no la práctica clínica de los alumnos. Sin embargo como se menciona anteriormente una cifra considerable de estudiantes no fue supervisada por lo que se hace objeto de análisis por las cuales se dio ésta situación (véase cuadro 2)

Tomando en cuenta que la calificación obtenida de alguna forma evalúa el proceso enseñanza-aprendizaje se pone de manifiesto el porcentaje de acreditación en los

alumnos. Se encontró que de la población estudiada de 7o. semestre, el 48.12% obtuvo MB, el 41.98% B y el 9.43% S. Del total de calificaciones aprobatorias el 4.25% se obtuvieron por examen extraordinario, el porcentaje restante lo hizo en forma ordinaria. (véase cuadro 3)

En el caso de los alumnos de 8o. semestre hasta el momento de la encuesta no habían sido evaluados.

Al monitoriar la asistencia y puntualidad del docente, se encontró que sólo el 58.49% de los alumnos de 7o semestre opinaron que la asistencia y puntualidad de los docentes fue “excelente”. Lo esperado debería de constituir el 100%. El 33.49% opinó que fue “regular”, mientras que 6.13% manifestó que fue “deficiente”. Esto puede indicar cierto grado de ausentismo. (véase cuadro 4)

La opinión de los alumnos de 8o semestre no divergen mucho de lo anterior, ya que solo el 55.19% opinó que la asistencia y puntualidad del docente fue “excelente” y el 35.85% consideró que fue “regular”, y el 1.89% lo calificó como “deficiente” (véase cuadro 5)

En este aspecto es importante considerar que en ocasiones los docentes se ausentan de su campo clínico por estar designados a otras actividades, tales como: juntas de academia y fungir como sinodales en exámenes profesionales; asistir a citas en otros campos clínicos (en el caso de 8o. semestre en donde se desarrolla la práctica clínica en dos sedes), etc.

En lo que respecta al tiempo destinado para impartir la teoría, se encontró que en los grupos de 7o. semestre de obstetricia I, tuvieron en promedio de 4 a 6 horas diarias de teoría sólo por 15 días; lo cual llevó a concluir al 73.5% de la población estudiada, que dicho tiempo destinado es “insuficiente” para cubrir los temas establecidos en el programa de la materia, aunque para el 25% restante fue “suficiente” Dicha situación se repite en 8o. semestre, donde las horas promedio diarias de teoría son también de 4 a 6, pero con la agravante de que sólo es por una semana. Esto puede ser cuestionado ya que en obstetricia II se abarcan temas sobre

patología obstétrica de mayor complejidad, y aunque la materia tiene un enfoque preventivo, se debe destinar el tiempo necesario para abordar adecuadamente dichos temas. Así encontramos que el 75.94% de la población consideró el tiempo del bloque teórico como “insuficiente”, aunque para el 20.76% de la población le pareció “suficiente”. (véase cuadros 6 y 7)

Lo anterior pone de manifiesto la evidente necesidad de destinar más tiempo al bloque teórico ya que como se establece en el planteamiento del problema sobre el análisis de los programas de obstetricia, si se sigue el orden del programa de la asignatura al impartir los contenidos según el tiempo asignado a la teoría éste no puede proporcionar al alumno un marco de conocimientos básicos previos a la práctica. Por ello, los docentes, de acuerdo a su experiencia, se han visto en la necesidad de modificar el orden en la impartición de los temas. Así se observa que en 7o. semestre el 58.02% de los alumnos manifestó que los contenidos del programa se impartieron de acuerdo al orden de éste, mientras que en el 37.73% se modificó la impartición de los temas.

De la misma forma en 8o. semestre al 64.15% de los alumnos se les impartió los temas de acuerdo al orden del programa, mientras que en el 32.55% hubo modificaciones.

Como se puede observar, en ambos semestres los porcentajes mayores corresponden a aquellos alumnos que cursaron la asignatura viendo los temas de acuerdo al orden del programa, esto sugiere que iniciaron la práctica clínica con conocimientos limitados (véase cuadros 8 y 9)

En cuanto a la utilización de técnicas didácticas y la retroalimentación de los temas durante el curso de la materia de obstetricia podemos decir que en los alumnos de 7o. semestre el 46.70% recibió “casi siempre” la retroalimentación en los temas, mientras que en el 54.24% tuvo contacto con docentes que utilizaron “casi siempre” técnicas y recursos didácticos, sin embargo el 18.87% de los

alumnos refirió que el docente no utilizó técnicas didácticas y otro 14.62% manifestó no haber tenido retroalimentación de los temas.

La opinión de los alumnos de 8o. semestre no difiere mucho, ya que el 47.64% opinó haber tenido “casi siempre” retroalimentación de los temas, y el 54.71% contó con docentes que utilizaron técnicas y recursos didácticos “casi siempre”. Cabe destacar que un 19.35% refirió que su docente no utilizó técnicas ni recursos didácticos, mientras que otro 7.55% nunca tuvo retroalimentación de los temas vistos. (véase cuadros 10 y 11)

En este rubro es importante considerar que la complejidad del proceso enseñanza aprendizaje requiere de la utilización por parte del docente de nuevas técnicas y recursos didácticos auxiliares para la impartición de temas, esto en combinación con la constante retroalimentación de los contenidos favorecen un verdadero aprendizaje en los alumnos, y aunque, se sabe que el material didáctico existe en la ENEO, la cantidad de ejemplares no son suficientes para el número de grupos que los utilizan durante el mismo periodo.

En lo que concierne a la bibliografía sugerida en el programa de obstetricia I que corresponde al 7o. semestre se puede observar que el 43.87% considera que es “reciente”, al 34.91% le pareció “atrasada”, y el 4% la concibe “obsoleta”. Al obtener este tipo de respuestas es evidente que los encuestados tienen conocimiento de que en el programa de obstetricia se sugiere la bibliografía, no obstante el 12.26% de la población “no la conoce”. Esto nos lleva a pensar que dichos alumnos nunca revisaron el programa de la asignatura.

En la bibliografía sugerida correspondiente al 8o. semestre, el 46.70% la considera “reciente”, el 34.90% “atrasada”, el 2.36% “obsoleta” y el 10.85% “no la conocen”.(véase cuadros 12 y 13)

Por otro lado, dado que los programas de la asignatura de Obstetricia son parte fundamental del proceso enseñanza aprendizaje, es interesante que al estudiarlos se tome en cuenta el apartado sobre la bibliografía sugerida, ya que ésta da la pauta

para la indagación y profundización de conocimientos, por lo tanto si la bibliografía no es actualizada y confiable se retrocederá en vez de avanzar.

Los criterios de acreditación que se tomaron en cuenta para la evaluación de los alumnos fueron:

En el 7o. semestre (obstetricia I) el 63.21% fue evaluado mediante exámenes, desempeño en la práctica hospitalaria, desarrollo de casos clínicos documentados y presentación de los mismos. Esta es una evaluación completa ya que el docente cuenta con una visión global del desarrollo de sus alumnos. El 32.55% contestó que sólo lo evaluaron con examen y práctica, en este caso, la evaluación es parcial ya que se descuidaron los casos clínicos que son de gran importancia para ayudar a formar o ampliar en el alumno el criterio de riesgo perinatal. Finalmente el 2.36% fue evaluado únicamente con exámenes.

En 8o semestre (obstetricia II) al 76.89% lo evaluaron mediante exámenes, práctica hospitalaria, casos clínicos investigación y presentación. Al 15.09% sólo con exámenes y practica. Al 1.89% con el rubro de otros que incluye: educación para la salud, elaboración de partogramas, periódicos murales, guardias, asistencia, trabajos de investigación, informes, exposición en clase, examen departamental, compendio de temas expuestos, elaboración de rotafolios y trípticos (véase cuadros 14 y 15)

El programa de la asignatura de obstetricia como ya se mencionó anteriormente abarca diversos aspectos teóricos y prácticos, con el objetivo de crear en el alumno un criterio de riesgo perinatal por ello se deben evaluar dichos aspectos sin omisión alguna ya que estos son complementarios. Partiendo de que no puede ser exitosa una práctica si hay una deficiente teoría y viceversa

También es importante considerar que en los programas de obstetricia I y II se plantean objetivos de aprendizaje que el alumno debe alcanzar al término de cada semestre, para ello la estructura de los programas está encaminada al logro de éstos

Por lo anterior resulta interesante conocer la opinión de éstos sobre la relación que existe entre el logro de objetivos planteados y los contenidos de los programas.

En lo referente al 7o. Semestre, obstetricia I, para el 61.32% los contenidos del programa fueron “suficientes”, para alcanzar los objetivos trazados, para el 24.06% “insuficientes” y para el 13.21% “excesivos”. De esta misma población el 50.47% opinó que los objetivos de la asignatura son “precisos”, el 32.07% consideró que son “ambiciosos” y sólo el 13.21% los consideró “limitados”.

Respecto al 8° semestre, obstetricia II, el 58.03% los contenidos del programa les fue suficiente, al 24.05% insuficiente y al 13.20% excesivos. De esta misma población el 50.48% opinó que los objetivos de la asignatura eran precisos, el 32.08% consideró que eran ambiciosos y solo el 13.20% los consideró limitados (ver cuadro 16 y 17)

Otro aspecto digno de análisis es el concerniente al tiempo destinado para la práctica clínica. En promedio la jornada hospitalaria en el 7o. semestre fue de 6 a 7 horas diarias, lo cual llevó a concluir al 69.33% de la población que dicho tiempo fue “suficiente” para vincular la teoría con la práctica. Mientras que para el 25.48% fue “insuficiente”.

De la misma forma, la jornada hospitalaria para los alumnos de 8o. semestre fue en promedio de 6 a 7 horas diarias, lo cual originó que el 69.34% de estos opinaran que dicho tiempo es “suficiente”, en contraste con el 24.06% que refirió ser “insuficiente”. (véase cuadros 18-19)

En relación al logro de los objetivos de aprendizaje, según el tiempo asignado a la práctica clínica de 7o. semestre, el 39.15% de la población encuestada opinó que sólo se cumplió el objetivo de “integrar un marco de conocimientos básicos” y para el 32.54% se logró el objetivo anterior y además pudo “desarrollar el criterio de riesgo perinatal”. En contraste con lo anterior el 69.34% de la misma población opinó que el tiempo de la práctica clínica fue “suficiente” y para el 25.47% fue “insuficiente”.

En cuanto al 8o. semestre, el 39.15% de la población opinó que sólo se cumplió el objetivo de “integrar un marco de conocimientos básicos”, y el 32.55% además de lograr dicho objetivo pudo “desarrollar el criterio de riesgo perinatal”. Aquí es de llamar la atención que el 69.34% de los alumnos a pesar de no haber logrado ambos objetivos de la materia, opinan que el tiempo de la práctica clínica fue “suficiente”, lo cual plantea cierta contradicción. (véase cuadros 20 y 21)

Aunado a lo anterior la supervisión del docente y la asesoría a los alumnos en la realización de procedimientos propicia una práctica clínica de calidad, ya que como hemos venido mencionando a lo largo del trabajo, el docente es el guía de los alumnos y por tanto responsable de la supervisión, la cual se logra con la presencia y puntualidad continua del docente. Por tanto tenemos los siguientes resultados:

En lo que concierne al 7o. semestre (obstetricia I), de la población que consideró que la asistencia y puntualidad del docente fue “excelente”, el 25.00% “siempre” fue supervisado, el 29.72% “casi siempre” y el 2.83% “nunca”, la población que consideró la asistencia y puntualidad del docente como “regular”, opinó en un 0.94% que “siempre” fue supervisado, un 23.11% “casi siempre”, y el 10.38% “nunca”, de los alumnos que opinan, que la asistencia y puntualidad del docente es “deficiente”, el 2.36% considera que “casi siempre” fue supervisado, y el 3.30% “nunca”

Con respecto al 8o. semestre tenemos que de la población que consideró la asistencia y puntualidad del docente como “excelente”, el 16.04% “siempre” fue supervisado, el 39.62% “casi siempre”, y el 2.36% “nunca”. Los encuestados que opinaron que la asistencia y puntualidad del docente fue “regular”, el 5.66% fue supervisado “siempre”, el 28.30% “casi siempre”, y otro 5.66% “nunca” (véase cuadros 22 y 23)

Como ya se mencionó en los cuadros anteriores, el éxito de una práctica clínica de calidad depende en gran medida de la supervisión y asesoría que pueda brindar el

docente a sus alumnos. En este aspecto el 33.02% de la población de 7o. semestre encuestada refirió que “siempre” que recibió asesoría en la realización de procedimientos el docente demostró poseer “suficiente” nivel de dominio de conocimientos, mientras que el 7.08% lo consideró “excesivo”. En aquellos que recibieron “casi siempre” asesoría, el 28.77% calificó como “suficiente” el nivel de dominio de conocimientos por parte del docente, el 3.30% “excesivo” y un 7.08% “insuficiente”. Finalmente, de los alumnos que “nunca” recibieron asesoría, el 8.49% consideró “suficiente” el nivel de dominio de conocimientos por parte del docente y un alarmante 10.38% lo consideró “insuficiente”.

En 8o. semestre, el 31.13% consideró que “siempre” que fue asesorado en su práctica, el docente demostró tener “suficiente” dominio de conocimientos, y el 10.85% “excesivo”. En el grupo que fue asesorado “casi siempre” el 39.15% consideró “suficiente” el dominio de conocimientos por parte de su profesor y un 4.71% calificó como “insuficiente” este nivel. Por último, aquellos que “nunca” recibieron asesoría, el 3.77% manifestó como “suficientes” los conocimientos de su docente y el 3.30% “insuficientes”. (véase cuadros 24 y 25)

En lo que respecta al nivel de dominio de los procedimientos y la supervisión de estos por parte del docente, se encontró que, el 21.70% de la población estudiada de 7o. semestre opinó que “siempre” fue supervisada y consideró que el nivel de dominio de los procedimientos que demostró poseer el docente fue “suficiente”. El 40.10% refirió que “casi siempre” fue supervisado y también calificó como “suficiente” el nivel de dominio de los procedimientos del docente.

En lo que concierne al 8o. semestre, obstetricia II, el 16.04% consideró que al ser supervisado “siempre” el docente demostró “suficiente” dominio de los procedimientos, el 54.24% opinó haber sido supervisado “casi siempre” y calificó como “suficiente” el dominio del docente sobre los procedimientos.

Sin embargo el 9.43% de los alumnos de 7o. y el 3.77% de los de 8o. semestre refirieron “nunca” haber sido supervisados en sus procedimientos lo cual llevó a

que en ambos se considera “insuficiente” el dominio de los procedimientos por parte del docente , ya que no conocieron el actuar de éste . (véase cuadros 26 y 27)

En cuanto a la disponibilidad de material y equipo en las diversas sedes de prácticas se encontró que en 7o. el 40 10% dispuso de ambos recursos “siempre”, un 52.83% “casi siempre”, mientras que una minoría del 6.60% refirió haber tenido carencias importantes de material y equipo, lo cual repercutió en la realización de algunos procedimientos.

Para los alumnos de 8° semestre la disponibilidad de material y equipo se dio “siempre” en un 33.02%, “casi siempre” en un 59.91%, y el 6.13% se enfrentó frecuentemente a la escasez de recursos. (véase cuadros 28-29)

En relación al logro de los objetivos de aprendizaje y la supervisión de los procedimientos por parte del docente, se encontró que en 7o. semestre el 25.94% de los alumnos fueron supervisados “siempre”; sinembargo de este porcentaje, tan sólo el 6 13% consideró alcanzar el 100% de los objetivos de la asignatura. El 55.66% refirió haber sido supervisado “casi siempre” y sólo el 7 08% de esta cifra manifestó cumplir totalmente sus objetivos.

Para el caso de los alumnos de 8o. semestre se observa que el 21 70% de los alumnos fueron supervisados en la realización de procedimientos “siempre”; empero sólo el 4 72% logró alcanzar al 100% los objetivos de aprendizaje. Mientras que del 69 34% que fue supervisado “casi siempre” el 9 90% alcanzó a cumplir ambos objetivos (véase cuadros 30-31)

En cuanto a la “interacción del docente con el personal del campo clínico” los alumnos del 7o semestre refieren en un 69 81% que el docente “siempre se relacionaba adecuadamente” y sólo un 23 11% considera que el docente “casi siempre se relacionaba” con el personal del campo clínico. Sin embargo el 5 19% opina que el docente “nunca se preocupó por relacionarse” con éstos.

Los alumnos del 8o. semestre refieren en un 74.53% que el docente “siempre se relacionaba adecuadamente”, el 23.11% considera que el docente “casi siempre se relacionaba”.

El punto anterior es de gran importancia, ya que de la buena interacción que tenga el docente con el personal del campo clínico dependerá la comunicación que exista entre éstos, el docente y los alumnos. También da la pauta para que el personal se vaya sensibilizando al quehacer del alumno. (véase cuadros 32-33)

En relación al “tipo de apoyo” que recibió el alumno y “de quién lo recibió” en el 7o. semestre, se tiene que el 18.40% recibió “asesoría teórica” por parte del “personal médico”, en cuanto a la “asesoría práctica” el 27.36% refiere haberla recibido. En cuanto al personal de enfermería se tiene que el 4.72% recibió “asesoría teórica” y el 57.08% “asesoría práctica”

En lo concierne al 8o. semestre la asesoría que se otorgó por parte del “personal médico” el mayor porcentaje (42.92%) opinó que le fue brindada tanto “asesoría teórica” como “asesoría práctica”. El “personal de enfermería” brindó mayor asesoría (59.91%) en el aspecto “práctico”, según los alumnos. Sin embargo hay un considerable porcentaje de la población tanto del 7o. (24.05%), como del 8o semestre (23.58%) que “no recibió asesoría” por parte del “personal de enfermería”, y un 24.05% en el 7o. semestre que “no recibieron asesoría” por parte del “personal médico”. (véase cuadros 34-35)

Por lo tanto el alumno en la práctica clínica, además de la supervisión del docente, cuenta con el apoyo del personal médico y paramédico, motivo por el cual es de gran interés conocer a través de la opinión de éstos, sobre el tipo de apoyo que recibió y por parte de quien lo recibió.

En lo que respecta a la “duración y frecuencia de las guardias” en la práctica clínica de obstetricia I, el 62.73% de la población realizó por lo menos “una guardia a la semana”; mientras que el 27.83% refirió haber realizado “dos por

semana”. En la mayoría de los casos (69.34%), estas duraban de “10 a 12 horas” y en menor escala (25.94%) duraban “24 horas”.

En lo que concierne a obstetricia II, la situación se modifica de manera alarmante, ya que a pesar de que el 65.10% de la población realizó por lo menos “una guardia a la semana”; el 14.16% refiere “no haber realizado ninguna”. Situación que priva a este sector de alumnos de experiencias favorables para fomentar el aprendizaje. De la población que realizó guardias, en el 53.77% duraron un promedio de “10 a 12 horas”, mientras que en el 29.25% de la población la duración de las guardias fue de “24 horas”

Tales resultados evidencian que en las guardias se brindan oportunidades de acción para los estudiantes; debido a la falta de recursos humanos, además de que al realizar las guardias se manifiesta el interés del alumno por aprender, lo cual favorece la captación y sensibilización del personal médico y paramédico de la institución a la presencia del alumno en los servicios de obstetricia. (véase cuadros 36-37)

Se menciona con anterioridad que el tiempo de la práctica ha sido un factor importante para la asignatura ya que éste podría también influir para el logro de los objetivos, sin embargo una solución a este problema es la implementación de guardias programadas, hecho que llevó a conocer qué opinan los alumnos encuestados sobre la realización de guardias y el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje. Los resultados revelan que del total de la población estudiada el 65.10% opina que “las guardias amplían la práctica”, el 39.15% logró en este tiempo “integrar un marco de conocimientos básicos”. El 32.5% logró además “desarrollar el criterio de riesgo perinatal”. No obstante el 22.64% opinó que “las guardias deben programarse”.

De los alumnos de 8o. semestre el 58.02% están de acuerdo en que “las guardias amplían la práctica”, mientras que para el 28.30% “deberían programarse mejor”, sin embargo el 39.15% opinó haber logrado “integrar un marco de conocimiento

básicos” y el 32.55% además de lo anterior logró “desarrollar el criterio de riesgos perinatal”. (véase cuadros 38-39)

La opinión sobre “si existe congruencia entre teoría y practica”, depende entre otras cosas de las oportunidades que el campo clínico brinda a los alumnos. Al respecto para los alumnos del 7o. semestre, el 61.79% opinó que “sí existió congruencia”, mientras que para el 33.96% “sólo parcialmente”. Entre alumnos de 8o. semestre el 60.84% opinó que existe “congruencia total” y el 35.85% “sólo parcialmente” (véase cuadros 40-41)

El logro de los objetivos de la práctica clínica para la asignatura de obstetricia I y II dependen en gran medida de los propios alumnos durante la práctica, así como de la institución asignada para ésta. Cabe destacar el campo clínico según la opinión de los alumnos de 7o. semestre que permitió el logro “total de los objetivos de aprendizaje fue el campo clínico Cuahutitlan con el 95.65% de opiniones al respecto. Posteriormente se encontró, el 90% de quienes la realizaron su práctica clínica en el Hospital de Iztapalapa, el 89.47% de quienes la realizaron en Milpa Alta, el 88.57% del Hospital ISSSTE Zaragoza, el 80% del Hospital de Inguarán, el 77.78% del Hospital de Topilejo, el 69.23% del Hospital de Troncoso y sólo el 22.50% del Hospital de la Mujer. (véase cuadro 42)

Por otro lado los porcentajes significativos que mencionan el logro parcial de los objetivos de aprendizaje según su campo clínico son: el 42.86% de los alumnos que realizaron su práctica clínica en el Hospital Tlahuac, el 35% de quienes estuvieron en el Hospital de la Mujer, el 23.08% del Hospital Troncoso, el 22.22% del Hospital Topilejo el 20% del Hospital de Inguaran. Por otro lado las opiniones sobre el campo que no permitió el logro de los objetivos son para el 57.14% de la población que realizó su práctica en el hospital Tlahuac y el 42.51% de los alumnos que estuvieron en Hospital de la Mujer el porcentaje en estos dos últimos campos que nos indican que el logro de los objetivos no se dio en su totalidad es alto, por lo que deberían ser cuestionados para la práctica de obstetricia I.

En el caso de los de 8o semestre los campos clínicos fueron diez, en estos, los campos clínicos que permitieron el logro "total" de los objetivos de aprendizaje fueron iniciando nuevamente el campo clínico Cuahutitlan con el 95.65% de opiniones al respecto Posteriormente se encontró, el 66.67% de quienes la realizaron su práctica clínica en el Hospital ISSSTE Zaragoza, el 62.50% de quienes la realizaron en Hospital de Iztapalapa, el 51.28% del Hospital de Ginecología No. 3, el 46.67% del Hospital de la Mujer, el 43.75% del Hospital de Topilejo, el 36.84% del Hospital de Ginecología No. 4 (véase cuadro 43)

Por otro lado los porcentajes significativos que mencionan el logro parcial de los objetivos de aprendizaje según su campo clínico son: el 77.27% de los alumnos que realizaron su práctica clínica en el Hospital Troncoso, el 66.67% de quienes estuvieron en el Hospital Tlahuac, el 66.63% del Hospital de la Mujer, el 63.16% del Hospital de Ginecología No. 4. el 56.25% del Hospital Topilejo, el 46.67% del Hospital Zaragoza ISSSTE Zaragoza, el 38.46% del Hospital de Ginecología No. 3. Por otro lado el 22.22% de la población que realizó su práctica en el Hospital Tláhuac opinó que no permitió el logro "total de los objetivos de la práctica de obstetricia II

En cuanto a la influencia que tiene la preferencia por el área obstétrica en el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje trazados. Los resultados reportan que el 83.49% de los alumnos consideran de su completo agrado el bloque obstétrico; mientras que un 5.19% manifiesta no interesarle. Pese al alto porcentaje de agrado de la asignatura, sólo un 39.15% de los estudiantes logran integrar un marco de conocimientos básicos obstétricos y un 13.68% desarrollar el criterio de riesgo perinatal. Lo anterior establece que en ambos casos se cumplió sólo uno de los dos objetivos básicos de la asignatura Por otro lado, se puede observar que sólo el 32.55% de los alumnos refieren haber cumplido ambos objetivos. Lo cual se deduce que la preferencia por la materia, aún cuando es muy aceptable no garantiza el logro de los objetivos de la asignatura (vease cuadro 44)

Los siguientes resultados manifiestan la habilidad y destreza de los alumnos de 8° en de la realización de los procedimientos específicos de obstetricia al finalizar el año destinado al bloque obstétrico:

- En lo que se refiere a la elaboración de partogramas, el 62.74% considera tener dominio total; mientras que el 34.43% manifiesta regular dominio en dicho procedimiento.
- La Historia Clínica Perinatal es de gran importancia ya que forma parte en el actuar del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, ya que de la buena elaboración de la historia clínica perinatal; se puede detectar, prevenir o tratar oportunamente alguna patología o complicación que en determinado momento pueda presentarse. Se observa que el 50% de la población estudiada, refiere tener regular dominio en tal procedimiento; mientras que sólo el 38.68% manifiesta dominarlo totalmente.
- El 48.11% de la población asegura tener regular dominio en la detección de factores de riesgo perinatales; mientras que el 45.28% de los alumnos refieren dominarlo. Lo anterior denota la necesidad de profundizar en el aspecto preventivo ya que como hemos venido diciendo a lo largo del trabajo, es el cimiento de la carrera.
- En la exploración física obstétrica adecuada; se encuentra la realización de las maniobras de Leopold; ya que permiten detectar oportunamente alguna situación, presentación, actitud o posición anómala, que retrase o impida el desarrollo normal de cualquier periodo del trabajo de parto. Afortunadamente 82.55% de la población estudiada refiere dominar totalmente el procedimiento, y el 15.09% lo domina regularmente. (véase cuadro 45)
- En la toma de trazos tocográficos, los porcentajes están divididos en los 4 grupos principales:
El 25.47% refiere tener dominio total en la realización del procedimiento; el 40.57% regular dominio; el 16.51% considera que no lo domina y el 14.15% manifiesta no haberlo realizado. En realidad estas cifras sólo proyectan la tecnología con la que tuvieron contacto los estudiantes, pues de ninguna

manera se puede utilizar como parámetro para saber si están capacitados en la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

- La inductoconducción del trabajo de parto debe ser dominada por el estudiante, ya que al realizar tal procedimiento, éste podrá conocer las posibles situaciones de riesgo que pudieran presentarse en el periodo expulsivo. Así tenemos que el 52.83% del universo de trabajo aseguran dominarlo totalmente; y el 38.68% manifiesta regula dominio.
- En la realización de tactos el (40 10%) de la población refiere que tiene regular dominio y un 48.11% lo domina totalmente. Se considera que este procedimiento es primordial en el seguimiento del trabajo de parto, por lo que se debería hacer hincapié en el alumno, sobre la importancia de realizarlos, quizá se justifiquen estas cifras al tener en cuenta que en muchos hospitales el personal médico no autoriza tan fácilmente que el estudiante realice tactos, por lo que es donde el docente debe actuar como mediador para favorecer las experiencias de aprendizaje.
- Sin duda uno de los procedimientos más comunes es la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal observándose que el 84.44% de los alumnos encuestados refieren total dominio, y el 14.15% lo domina regularmente (véase cuadro 46)
- Al hablar de obstetricia; sin duda el procedimiento más atractivo al estudiante de 7o. Y 8o semestre es la atención de partos; sin embargo para realizarlo se debe llevar una preparación previa que le permita comprender los sucesos que anteceden al nacimiento de un niño Se observó que de 212 alumnos encuestados, el 41.04% refiere dominar totalmente el 42.92% lo domina regularmente y un 8.49% que no lo domina. Pese a todo lo anterior un considerable 6% afirma nunca haber atendido un parto lo cual podría explicarse a que existen algunos factores que impiden que se realice dicho procedimiento durante las prácticas
- Generalmente el alumno que atiende un parto realiza revisión de cavidad. Sin embargo este procedimiento resulta muy riesgoso ya que el utero debe quedar

perfectamente limpio de residuos placentarios para evitar posteriores complicaciones. Es por ello que para que el estudiante pueda desarrollar la capacidad de detectar la presencia de restos placentarios, debe enfrentarse repetidas ocasiones a este procedimiento, desafortunadamente y debido a los muchos riesgo que acarrea éste procedimiento mal realizado, el personal médico prefiere realizarlo personalmente, razón por la que el 16.51 tuvo deficiente dominio o no lo realizó, situación considerada como deficiencia en la formación. Pese a ello un 83.02% de la población refiere dominarlo, tanto regularmente como totalmente.

- En lo que concierne a la realización de episiotomías el 40.57% del total de la población refiere dominar este procedimiento, el 37.74% tiene habilidad regular y un 9% que asegura nunca haber efectuado una episiotomía, sin embargo en la realización de la episiorrafía un 29.72% manifestó su dominio total, el 43.87% regular dominio mientras que un 9% refiere nunca haberla realizado. Se esperaría que los porcentajes en el dominio de ambos procedimientos coincidieran; debido a que son procedimientos complementarios e interdependientes. (véase cuadro 47)
- En obstetricia I y II, la atención del recién nacido debe ser familiar para el estudiante de 8o. Semestre. debido a que en asignaturas antecedentes se destinó tiempo para ello. De aquí que el 62.26% de los alumnos hayan manifestado dominar totalmente el procedimiento, quedando un 31.60% con dominio regular.
- En lo que concierne a la colocación de DIU, es de importancia resaltar que el 27.36% de la población nunca realizó el procedimiento, cuestión que preocupa ya que es eje de acción en la prevención, y en este caso la salud reproductiva, entonces cabe preguntarse por qué el 27.36% de los estudiantes nunca se enfrentó a esta experiencia. Así mismo es importante recordar que el alumno en semestres anteriores se ha enfrentado a experiencias de realizar prácticas en servicios de planificación familiar. El 59.91% de la población manifiesta total y regular dominio en la realización de este procedimiento

- Sin duda la atención obstétrica por parte del alumno no estaría completa sin la vigilancia del puerperio, que es otro de los procedimientos que realiza el estudiante en los semestres de 7° y 8°. afortunadamente podemos observar que el 58.02% de los alumnos encuestados refieren dominar totalmente el manejo del puerperio, y un 34.43% refiere tener regular dominio.
- Por otro lado, en el rubro que trata sobre la detección de partos de alto riesgo, el 31.60% manifiesta tener total dominio, el 54.25% afirma tener regular dominio; lo cual debería ser objeto de reflexión si recordamos el perfil del alumno de la LEO. (véase cuadro 48)
- La realización de amniorraxis es otro de los procedimientos en donde los porcentajes se encuentran considerablemente divididos; sin embargo resulta interesante que el 14.15% de la población refiere tener deficiencias en su realización y el 30.10% manifiesta nunca haberlo hecho. Ahora, si bien es cierto que es arriesgado practicar la amniorraxis sin habilidad, nos preguntamos cómo van a adquirir los estudiantes la destreza, si no se les da la oportunidad.
- Se puede resaltar que aquellos procedimientos que competen específicamente al área de enfermería alcanzaron el mayor porcentaje del total dominio; así mismo tenemos que la canalización de pacientes alcanzó el 84.43%; la realización de tricotomía un 90.57% y la colocación de sonda foley un 89.15%. Lo anterior se debe a que los alumnos se encuentran en constante contacto con dichos procedimientos a lo largo de la carrera. (véase cuadro 49)
- Uno de los procedimientos de enfermería en el área obstétrica son la instrumentación de cesáreas, en el cual la mayoría de los alumnos (44.34%) refirió tener dominio regular en la ejecución de este, alcanzado así un 42.45% el dominio total en su realización. Pese a lo anterior resulta importante destacar que un 10% de la población manifestó no dominarlo, mientras que un 2.5% declaró no haber realizado tal procedimiento. Por tanto, se puede afirmar que los alumnos llegan a 7° y 8° semestre con carencias en conocimientos básicos de obstetricia ya que en semestres anteriores los estudiantes de la Licenciatura

en Enfermería y Obstetricia tienen contacto con el área quirúrgica, razón por la cual no deberían presentarse cifras que manifiesten la omisión de realizar procedimientos como este.

- En lo que concierne a la función de enfermería circulante, el resultado pone de manifiesto que el 69.81% de los alumnos dominan totalmente los conocimientos al circular legrados y el 76.42 % al circular bloqueos epidurales. (véase cuadro 50)

6.1 RESULTADOS COLATERALES

Estos resultados son producto de las respuestas libres a preguntas abiertas a los entrevistados. Se presentan a manera de narración respetando la libre expresión de los mismos, asiendo la corrección ortográfica en el caso que lo ameritó.

En lo que se refiere a las experiencias más significativas que tuvieron los alumnos de 7o. y 8o. semestre, se encuentra en mayor frecuencia la atención de partos, realización de cuidados inmediatos al recién nacido y finalmente la atención integral a la paciente obstétrica. Aunado a ello, se encontraron algunas opiniones que valen la pena mencionar:

“Son una gran cantidad, no se puede hablar de experiencias significativas en un sólo comentario; sin embargo es satisfactorio el nivel de competencia de la ENEO en relación a los estudiantes de medicina, ya que la atención de los “ENEOS” es de mayor calidad y calidez”.

“Significativamente negativa, el irrespetuoso trato del personal médico”.

“Aprendí que la obstetricia no significa sólo atender partos; sino también es importante conocer el proceso de la salud reproductiva desde sus inicios y también la prevención y educación a los padres; la experiencia más significativa para mi ha sido que una madre me dijera “gracias señorita” porque ahora sé lo importante que es darle leche materna a mi hijo”.

Entre las sugerencias que plantean los alumnos para mejorar la práctica clínica, las más sobresalientes fueron: destinar mayor tiempo a los bloques teórico y práctico;

propicias para la práctica; constante capacitación para los docentes, brindar mayor asesoría en la Unidad Tocoquirúrgica por parte de los docentes; mejorar las relaciones docente-alumno; dar a conocer al personal de cada sede los objetivos de la práctica clínica, mejorar la programación de guardias.

Estando a punto de concluir las prácticas clínicas obstétricas, la mayoría de los alumnos refieren sentirse “bien” y “satisfechos”; sin embargo otro afirmaron sentirse “con falta de conocimientos”, “con falta de práctica” e “insatisfechos” Dentro del segundo grupo hubieron opiniones que llamaron la atención, tales como.

“me da igual, yo nunca aprendí nada y los hospitales son un asco, lo mismo que la carrera”

“decepcionado y frustrado, aunque reconfortado de que ya se acabó”.

“me gustó la obstetricia, pero que creo que para salir como se persigue en el perfil del egresado nos falta mucho, ya que si no tenemos apoyo ni siquiera de las autoridades de la escuela, menos podemos esperar apoyo en las instituciones. Nos faltan profesores buenos y material bueno en la escuela (libros). En general como enfermera con licenciatura me siento capaz pero en obstetricia no tanto”.

“siento que me faltan muchos conocimientos, ya que la teoría que tenemos que ver es demasiada y poco el tiempo, por lo tanto vemos todos los temas muy rápido y superficialmente. Además me falta práctica por que en el primer campo clínico (Hospital de la Mujer) nos limitaron demasiado”.

“frustrado por que no tiene un reconocimiento la LEO”

“frustrado porque en un año bine a destruir en lo que tres años había construido y todo por autoridades que no proporcionan el debido apoyo a los alumnos y escuela de la que tanto presumen”

“siento que me falta mayor conocimiento y práctica para poder desenvolverme en el ejercicio libre de la profesión”

“desilusionada ya que no pude realizar lo que compete a obstetricia como licenciada”

Con respecto a la pregunta que se plantea si la obstetricia debe de ser una especialidad, el 80% refirió que sí, aclarando que esta debe de ser complemento de los últimos semestres del pregrado (obstetricia I y II) éstas fueron algunas de las opiniones al respecto:

“sí, porque es un campo muy amplio de acción y con sólo dos semestres que nosotros la llevamos no es suficiente, se necesita una preparación mejor”.

“sí, porque ya no es tanta la enfermería sino se abarca más a todo lo que es obstetricia, que es amplio y que necesita de un año más de estudios, no es algo básico”.

“sí, porque creo que es tan amplia que un año no basta para conocerla toda”.

“sí, porque con lo que se ven en el programa de obstetricia I y II no es suficiente, ya que hay limitantes como el tiempo”.

“sí, porque es parte fundamental de la carrera sólo la tenemos por dos semestres, pero es mucho lo que abarca y es poco el tiempo para ver tanto lo de bajo como lo de alto riesgo”.

Aunado a lo anterior, el 20% de los alumnos que manifestó que la obstetricia no debe de ser una especialidad, lo refirieron porque entendieron que el último año de la LEO desaparecería.

Al preguntarles a los alumnos sobre la inquietud de realizar la especialidad en salud perinatal, el 58% contestó que les interesaría mucho realizarla ya que esto ayudaría a ampliar sus conocimientos obstétricos; sin embargo el 42% refirió en que no es su objetivo.

El 84% de la población estudiada considera que está preparada para comprender el proceso de la reproducción humana, ya que la formación que ofrece la LEO en este aspecto, permita que el alumno adquiriera conocimientos básicos de éste tema. Por otro lado el 16% restante que opina lo contrario lo atribuye al poco tiempo asignado a cada tema

SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

En el programa de la asignatura de obstetricia I y II se plantean objetivos de aprendizaje que el alumno debe de cumplir al término de ambos semestres, sin embargo esto no sucede así ya que se detectan puntos vulnerables, por lo que se sugiere lo siguiente:

El programa de la asignatura en su contenido es bueno, sin embargo dada la amplitud de este, resulta insuficiente el tiempo destinado a la teoría, por lo que se vuelve objeto de análisis dar prioridad a las unidades que contemplan los conocimientos claves para el inicio de la práctica, quedando al final aquellas que aborden aspectos sociales y culturales de obstetricia, o bien que el periodo dedicado a la teoría se amplié lo suficiente para que se abarque la mayor parte del programa antes de iniciar la práctica clínica

La implementación de guardias, que no se contemplan como obligatorias proporcionaron oportunidades de acción para el alumno, hecho que debería ser tomado en cuenta para que estas adquieran un carácter obligatorio

Así mismo es importante dar a conocer a los alumnos el programa de prácticas clínicas de la materia de obstetricia I y II, en donde se especifican las actividades de los procedimientos obstétricos a realizar en cada uno de los servicios durante la práctica clínica

Se sugiere que antes de iniciar la impartición de la asignatura de Obstetricia I y II, el docente conjuntamente con el alumno, deben realizar la revisión del programa de la materia, dado que este es la guía tanto en el bloque teórico, como en el práctico

Por otro lado en lo que respecta a la bibliografía, esta debe ser actualizada lo más frecuentemente posible, ya que día con día se realizan nuevas investigaciones y se proponen nuevas alternativas de solución

Se sugiere en relación al docente:

Al inicio de cada práctica clínica, es importante que el docente de a conocer al personal de enfermería y médico, de cada servicio por el cual van a rotar los alumnos, las actividades específicas de la práctica de obstetricia , así como los objetivos de la misma.

Realizar demostraciones prácticas de las actividades de obstetricia que el alumno va a realizar, con el fin de generar la confianza del mismo en cada uno de los procedimientos, tomando en cuenta que todas estas actividades son nuevas para el alumno..

Cabe destacar la importancia que tiene la retroalimentación de los de los objetivos de la asignatura, ya que de esta manera el alumno los tendrá presentes durante el desarrollo de su práctica clínica.

Para que la supervisión y la asesoría sean efectivas se requiere. que el docente domine totalmente los procedimientos y los conocimientos obstétricos, a través de la actualización, además de involucrarse constantemente en la práctica clínica

Por otro lado es importante que los docentes tomen en cuenta la lista sobre criterios de acreditación elaborada por la academia de obstetricia, de esta manera la evaluación para todos los alumnos sería homogénea.

La forma de trabajo para cursar la asignatura de obstetricia II se da mediante la exposición, por lo que según los resultados obtenidos , los alumnos requieren siempre de la retroalimentación de los temas por parte del docente además de la utilización de nuevas técnicas y recursos didácticos auxiliares para la impartición de los mismos.

Las oportunidades de acción que se le brindan al alumno en su práctica clínica, son en parte el resultado de la interacción del docente con el personal de la sede de prácticas, por lo que es necesario que se mantenga ésta interacción.

Se sugiere a las autoridades correspondientes de la ENEO , la creación de cursos de actualización accesibles. con carácter obligatorio para los docentes de la asignatura de obstetricia, con el fin de que su práctica clínica en esta rama no se

perda. Estos cursos también favorecerían la adaptación de los nuevos docentes que se integran a la academia de obstetricia

No obstante es importante dar a conocer que el material y recursos didácticos para la asignatura de obstetricia es bueno, sinembargo los ejemplares no son suficientes para cubrir la demanda de todos los grupos

Por otro lado se sugiere como tema de investigación posterior, conocer cuales son las causas de la no supervisión de procedimientos específicamente en la materia de obstetricia lo cual es fundamental por ser esta de carácter teórico práctico

Resultados colaterales

En cuanto a las sedes práctica que no permiten alcanzar el logro de los objetivos, se sugiere que así como se evalúa semestralmente a los docentes, se elabore un instrumento similar que permita detectar las sedes favorables para lograr el vínculo teoría-práctica de la asignatura de obstetricia

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS Ginecología y Obstetricia 3a. edición Edit Méndez México 1995 Pág 1029
- ALATORRE, Winter Edda. Origen y Desarrollo de la Partera, La Enfermera Clínica y la Enfermera Sanitarista en México. En: Enfermería al Día. México 1990 Vol. 15 No 9 Pág 14-17.
- ALATORRE, Winter Edda Proceso Histórico de la Enfermería.
- ÁLVAREZ, G. Gloria. et. al Salud Pública y Enfermería. En: Enfermería al Día México 1989 Vol 14 No. 8 Pág. 16-22.
- ÁLVAREZ, Manilla José Manuel. Conceptos Sobre la Atención Primaria de la Salud En. La Atención Primaria a la Salud Materno-Infantil GEN. México 1992 Pág 65-74.
- ARROYO, de Cordero Graciela. La Formación de Recursos de Enfermería para la Atención Primaria Perinatal En. La Atención Primaria a la Salud Materno-Infantil GEN. México 1992. Pág 151-164
- ARROYO, de Cordero, Graciela. Perspectivas en la Profesión de Enfermería. En Revista de Enfermería. IMSS. México 1992 Vol 5 No 1 Pág. 1-3.
- BABB, S Pamela Enfermería Hacia el Siglo XXI En Enfermería al Día. México 1990 Vol. 15 No 1 Pág. 20-23.
- BABB, S Pamela Perspectivas de Superación Profesional de la Enfermera. En: Enfermería al Día. México 1989 Vol. 14 No 1 Pág 23-25
- BALSEIRO, Almarío Lasty La Educación Continua Un Compromiso Profesional En Enfermería al Día México 1990 Vol 15 No 2 Pág 22-25
- BEHRMAN: E Richard et. al Tratado de Pediatría. 14a edición Edit Interamericana, México 1992 Pág 123 Vol. 1
- BEISCHER, Norma Obstetricia Básica con cuidados al Recién Nacido
- BENSON, Ralph, C Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 4ª edición Edit El Manual Moderno México 1986 Pag 1103

- BETHEA, C. Doris Enfermería Materno-Infantil 4ª. edición. Edit. Interamericana. México 1989. Pág. 428.
- BURROUGHS, Arlene. Enfermería Materno Infantil de Bleier. 5a. edición. Edit. Interamericana. México 1986 Pág. 542.
- CAMPOS, Campos Ma. de la Cruz. Enfermera en la Atención Prenatal. En: Revista de Enfermería. IMSS. mayo- diciembre 1991. Vol. 4 No 2-3 Pág. 67-70.
- DÍAZ, Ángel. Schwarcz, Ricardo. "El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno-Infantil". En: Revista Latinoamericana de Perinatología. Publicación Trimestral, Vol. 8, No. 2 1988 pp. 45-51.
- DICKASON J. Elizabeth. et. al. Asistencia Materno Infantil. Edit. Salvat. Barcelona España 1980. Pág. 523.
- ENEO-UNAM "El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno-Infantil". tomado de Antología de Obstetricia II. 1995, México, D.F. Edit. talleres coreográficos de la Coordinación del Sistema de Universidad Abierta UNAM.
- ENEO-UNAM. Programa Básico de la Asignatura de Obstetricia I y II.
- ENEO-UNAM. Programa de Prácticas Clínicas para la Materia de Obstetricia I y II.
- ET. AL. Atención Materno Infantil. Hospital Ginecoobstétrico No. 3.
- ET. AL México y Bolivia: Una Experiencia en el Trabajo con Parteras Tradicionales. Representaciones de O.P.S./O.M.S. de México y Bolivia. México 1994. Pág. 69
- ET AL Normas de Atención de Enfermería- Obstetricia en el Parto Normal y Participación en el Parto Prematuro. O.P.S. Uruguay 1975. Pág 72-92
- ET. AL. La Partera Tradicional en la Atención Materno-Infantil en México. S.S.A. México 1994. Pág. 273.
- ET AL. El Perfil de la Partera Tradicional en México. O.P.S /O.M S. México 1994 Pág 140.
- Et. AL Temas Selectos de Enfermería Perinatal. INP. México 1990. Pág. 162

- EQUIHUA, Medina Cristina Marco de Referencia y Resultados de Enfermería en Programa de Atención Materno-Infantil En: Revista de Enfermería. IMSS. México 1994 Vol. 4 No. 2-3 Pág. 91-98.
- GARCÍA, Ángeles Elvira. López Fuentes Magdalena Proyección de la Enfermera Materno-Infantil en la Comunidad En: Revista de Enfermería. IMSS. mayo-diciembre, 1991 Vol. 4 No 2-3 Pág. 75-76.
- GARCÍA, Olmos. L. et. al. Contenido de la Consulta de Enfermería en un Centro de Salud. En. Atención Primaria Barcelona, España 1992. Vol. 9 No. 4 Pág 15-20.
- GÓMEZ, R. Ma. Dolores. Matronas. ¿Cómo ha evolucionado la profesión?. En: Revista Rol de Enfermería. Enero Barcelona, España 1997 No. 221 Pág 71-74
- GONZÁLEZ, Reyes Laura Elena. La Legislación de la Enfermera en México. En. Revista de Enfermería. IMSS México 1991 Vol 4 No. 2-3 Pág 57-60.
- GONZÁLEZ, Rodríguez Francisco. Legislación en Enfermería. Edit. Trillas. México 1992 Pág 127
- GUYTON, Arthur C Tratado de Fisiología Médica. 4a. edición. Edit Interamericana México 1971. Pág 1084
- HAWKINS, Watson Joellen Enfermería Ginecológica y Obstétrica. 2a. edición. Edit. Harla. México 1984 Pág 587
- HIRSHFIELD, Y Miriam. La Nueva Función de las Enfermeras y Parteras En: Salud Mundial septiembre-octubre, 1993 Vol 4 No. 4 Pág. 2-3
- HUERTA, Torres Felicitas Instrumentación en el Quirófano. Edit Interamericana México 1987. Pág. 439
- IMSS. Para una Maternidad Segura Boletín Informativo. septiembre-octubre, 1992 Vol 10 No 5 Pág 1-3.
- INGALLS, A. Jor et al Enfermería Materno Infantil y Pediatría Edit Lumusa Mexico 1981 Pág 935

- KING Eunice M. Técnicas de Enfermería. Manual Ilustrado. 3a. edición. Edit. Interamericana México 1988. Pág. 1177.
- KOSSIER, Bárbara. Fundamentos de Enfermería. Edit Interamericana. México 1984. Pág. 964.
- LONG, C: Barbara. Enfermería Médico Quirúrgica. 5a. edición. Edit. Interamericana. México 1989. Pág. 900. Vol. I y II.
- Marco Jurídico y Programático del Programa de Planificación Familiar. En: Programa de Planificación Familiar. Pág. 12.
- MARTÍNEZ, M. María Elena. Participación de la Enfermería en Salud Ocupacional En: Enfermería al Día. México 1990. Vol. 15 No. 5 Pág. 20-21.
- MC DERMIT Ma. Teresa. Nuevas Direcciones en el Ejercicio de la Enfermería. En Revista de Enfermería. IMSS. México 1991. Vol. 1 No. 2-3 Pág. 56-58.
- Memorias: Situación Actual y Perspectivas de la Práctica Social de Enfermería en México. Primeras Jornadas Conmemorativas. 4º Aniversario de las Instalaciones de la ENEO-UNAM. Edit. Tesis Resendiz. México 1984. Pág. 151.
- MOLINA, Correa Lucrecia. La Salud de la Mujer. Boletín Informativo. IMSS. Pág 4-5.
- MONDRAGÓN, C Hector. Obstetricia Básica Ilustrada. 4ª edición. Edit. Trillas. México 1994. Pág. 822.
- MONTES, Chuc. La Participación del Promotor Voluntario en el Programa Materno-Infantil. Boletín Informativo, IMSS. noviembre-diciembre. 1990. Vol. 8 No 6 Pág. 3
- MONTES, Muñoz, M.J. Análisis y Perspectivas del Parto. En: Enfermería Clínica. julio-agosto, 1992. Edit. Doyma. Vol. 2 No. 4 Pág. 28-31.
- Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. Mayo México 1994. Pág. 66..
- OLDS, B: Sally. et al Enfermería Materno Infantil. 2a. edición. Edit. Interamericana. México 1987 Pág. 1283

- O' ROURKE K. Evaluación de un Programa de Capacitación de Parteras Tradicionales en Quetzaltenango, Guatemala. 1995. Pág. 503-513.
- PÉREZ, Loredo Díaz Luz. Notas sobre el Proceso Histórico-Social de Enfermería. En. Revista de Enfermería, IMSS. México 1992. Vol. 5 No. 1 Pág 45-47
- PINTO, A. Manuel. La Atención Tradicional del Parto en Huautla de Jiménez, Oaxaca. En Boletín Informativo, IMSS. enero-febrero. 1994. Vol 12 No. 1 Pág 2
- POSADAS, Robledo Francisco. et al. Lactancia Materna: Seguimiento Durante el Puerperio En: Ginecología y Obstetricia de México. octubre-noviembre 1996 Vol 64 Pág 392-398.
- PRITCHARD, Jack et al. Williams Obstetricia. 3ª edición. Edit. Salvat. México 1994. pagas. 900
- REYES, Camacho Rosa Patricia. Aspectos Jurídicos de la Enfermería En Enfermería al Día México 1989 Vol. 14 No. 4 Pág. 9-18.
- REYES, Castillo Manuel Plan Puebla: Estrategia para Disminuir la Mortalidad Materna y Perinatal Boletín Informativo, IMSS. julio-agosto, 1992. Vol 10 No 4 Pág 4-5
- REYES, Castillo Manuel La Reproducción Humana en el Medio Rural y su Interacción con el Equipo de Salud. En Boletín Informativo, IMSS. mayo-junio, 1992 Vol 10 No 3 Pág 1-2
- REYES, Domínguez Emma Tendencias de Status Socioeconómico y Participación de los Profesionales de Enfermería En Memorias, Situación y Perspectivas de la Practica Social de Enfermería en México Edit Tesis Resendez México 1984 Pág 125-131
- ROMERO, Aldana Eloisa. La Educación Continua en el Avance de Enfermería En Enfermera al Día México 1989 Vol 14 No 3 Pág 24-26.
- ROSALES, Barrera, Susana Fundamentos de Enfermería Edit Manual Moderno México 1991 Pág 600

- SACRISTÁN, Ruiz Federico. Enfermería en la Asistencia Materno-Infantil. ENEO- UNAM. México 1989. Pág. 7-14.
- SCOTT, R. James. et. al. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6ª edición Edit. Interamericana. México 1994. Pág. 1296.
- SHAVER; C: David. et. al. Manual Clínico de Obstetricia. 2a. edición. Edit Interamericana. México 1995. Pág. 959.
- SHOLTIS Brunner Lilian. Enfermería Práctica. Edit. Interamericana. México 1987. Pág. 984.
- UNAM. Memorias: Situación Actual y Perspectivas de la Práctica social de Enfermería en México. Pág. 129.
- VARGAS, Guerrero Mariana. Villasana Sánchez Ma. Josefa. Enfermería en la Atención Perinatal. En: Revista de Enfermería. IMSS. mayo-dic., 1991. Vol. 4 No. 2-3 Pág. 71-74
- VARGAS, Miranda Rafael. Maternidad sin Riesgo. En : Foro Mundial de la Salud. México 1992. Vol. 13 No. 1 Pág. 2-3.
- VELÁZQUEZ, Díaz Georgina. Importancia de las Parteras Rurales en el IMSS-Solidaridad. En: Boletín Informativo, IMSS. México 1993. Vol. 2 No. 3 Pág. 4-6.
- WOLFF Lewis Luverne. Fundamentos de Enfermería 4a edición. Edit. Harla. México 1992. Pág. 1108
- ZUZON; H. Diccionario de la lengua Española. 20a. edición. Edit. Real Academia Española. España 1984. Tomo II.

ANEXOS

ESPECIALIDAD? SÍ _____ NO _____

¿PORQUE?

39. ¿TE GUSTARÍA HACER LA ESPECIALIDAD EN SALUD PERINATAL?

SÍ _____ NO _____

¿PORQUE?

40. ¿CREES QUE UN ALUMNO DE 7º U 8º ESTÁ PREPARADO PARA COMPRENDER EL PROCESO DE LA REPRODUCCIÓN HUMANA?

SÍ _____ NO _____

¿PORQUE?

Elaborado por:
Contreras Reyes Patricia
Morales Acosta Ma. Lourdes
Pintado Rojas Mariana
Con la asesoría de:
Lic. Teresa Sánchez Estrada

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN



CÉDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Recabar datos que nos ayuden a evaluar el proceso enseñanza-aprendizaje de la asignatura de Obstetricia I y II, en base a la opinión de los alumnos de 8o. semestre de la Licenciatura en Enfermería y Obstétrica.

INSTRUCCIONES: Marca con una X una opción de respuesta de cada pregunta, ya que si contestas dos opciones, se invalida la respuesta. (La información que proporcionas será estrictamente confidencial).

I.- DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

¿Trabajas? SÍ _____ No _____ ¿En qué? _____

¿Cuántos profesores tienes en obstetricia?
7º _____ 8º _____

- _____ a) Un sólo profesor
- _____ b) Dos profesores
- _____ c) Profesor y pasante

1.- ¿QUÉ CALIFICACIÓN OBTUVISTE EN OBSTETRICIA I?
7º _____

- _____ a) S
- _____ b) B
- _____ c) MB

2.- ¿COMO LA OBTUVISTE?
7º _____

- _____ a) En el curso
- _____ b) Examen ordinario
- _____ c) Examen extraordinario

II.- BLOQUE TEÓRICO

3.- EN TU OPINIÓN LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES A CLASES FUE:

7º _____ 8º _____

- _____ a) Excelente
- _____ b) Regular
- _____ c) Deficiente.

7. ¿CÓMO FUERON SUS HORAS DIARIAS DE TEORÍA, PREVIAS A LA PRÁCTICA CLÍNICA?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) Excesivo
 ___ ___ b) Suficiente
 ___ ___ Insuficiente.
- ___ ___ a) De 0 a 3 horas
 ___ ___ b) De 3 a 6 horas
 ___ ___ c) Más de 6 horas.

8. ¿EL DOMINIO DE LOS CONTENIDOS POR PARTE DE LOS DOCENTES FUE?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) Excesivo
 ___ ___ b) Suficiente
 ___ ___ c) Insuficiente

9. ¿EL NIVEL DE PROFUNDIDAD CON QUE EL DOCENTE IMPARTIÓ LOS TEMAS DEL PROGRAMA DE OBSTETRICIA I Y II EN SU MAYORÍA FUERON?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) Profundos
 ___ ___ b) Moderados
 ___ ___ c) Superficiales

10. ¿LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE OBSTETRICIA I Y II FUERON IMPARTIDOS POR TU PROFESOR?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) De acuerdo al orden del programa
 ___ ___ b) Modificando el programa
 ___ ___ c) Sin ningún orden.

11. ¿SUS PROFESORES AL IMPARTIR SUS CLASES UTILIZARON TÉCNICAS Y RECURSOS DIDÁCTICOS?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) Siempre
 ___ ___ b) Casi siempre
 ___ ___ c) Nunca

12. ¿SUS PROFESORES RETROALIMENTABAN LOS TEMAS VISTOS?
- 7.º 8.º
- ___ ___ a) Siempre
 ___ ___ b) Casi siempre
 ___ ___ c) Nunca

- ___ ___ a) Exámenes
 ___ ___ b) Práctica
 ___ ___ c) Exámenes y práctica
 ___ ___ d) Casos clínicos (documentos)
 ___ ___ e) Casos clínicos (presentación)
 ___ ___ f) Ninguno de los anteriores
 ___ ___ g) Todos los anteriores
 ___ ___ h) Otros
 (especifica): _____

- 34.- ¿QUÉ OPINAS DE LOS CAMPOS CLÍNICOS EN LOS QUE REALIZASTE TUS PRÁCTICAS? (ESPECIFICA).
- _____
- _____
- _____

- 35.- DESCRIBE LA EXPERIENCIA MÁS SIGNIFICATIVA DURANTE TU PRÁCTICA DE OBSTETRICIA:
- _____
- _____
- _____

- 36.- ENUNCIA 5 SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA PRÁCTICA DE OBSTETRICIA:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- 37.- ESTANDO A PUNTO DE CONCLUIR LA PRÁCTICA DE OBSTETRICIA ¿CÓMO TE SIENTES?
- _____
- _____
- _____
- _____

VI.- PREFERENCIA POR EL ÁREA OBSTÉTRICA

27.- LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA PARA MÍ ES:

- a) De mi completo agrado
- b) Un requisito académico
- c) No es mi área de interés

VII. PROGRAMA DE LA ASIGNATURA DE OBSTETRICIA

28.- SEÑALA LOS OBJETIVOS QUE LOGRASTE DURANTE LA PRÁCTICA:

- a) Integrar un marco de conocimientos básicos de los aspectos anatómicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales que intervienen en el proceso reproductivo, así como de las técnicas obstétricas que, en conjunto, te permitan proporcionar una atención integral a la paciente de bajo riesgo perinatal y al recién nacido eutóxico.
- b) Desarrollar el criterio de riesgo perinatal, para detectar y evaluar el mismo, con el fin de planear y ejecutar acciones preventivo-terapéuticas, en la asistencia del grupo materno-infantil de alto riesgo, en los tres niveles de atención.

29.- CONSIDERO QUE LOS OBJETIVOS DE LA ASIGNATURA SON:

- a) Ambiciosos
- b) Precisos
- c) Limitados

30.- LOS CONTENIDOS DE LA ASIGNATURA SON:

- | | | |
|-----|-----|-------------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Excesivos |
| ___ | ___ | b) Suficientes |
| ___ | ___ | c) Insuficientes. |

31.- ¿EXISTE CONGRUENCIA ENTRE LOS CONTENIDOS DEL PROGRAMA Y TU PRÁCTICA?

- | | | |
|-----|-----|-----------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Totalmente |
| ___ | ___ | b) Parcialmente |
| ___ | ___ | c) No existe. |

32.- LA BIBLIOGRAFÍA QUE SUGIERE EL PROGRAMA ES:

- | | | |
|-----|-----|-------------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Reciente |
| ___ | ___ | b) Atrasada |
| ___ | ___ | c) Obsoleta |
| ___ | ___ | d) No la conozco. |

III. BLOQUE PRÁCTICO

11.- EN TU OPINIÓN LA ASISTENCIA Y PUNTUALIDAD DE LOS DOCENTES A LA PRÁCTICA FUE:

- | | | |
|-----|-----|---------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Excelente |
| ___ | ___ | b) Regular |
| ___ | ___ | c) Deficiente |

12.- CONSIDERAS QUE EL TIEMPO DE LA PRÁCTICA FUE:

- | | | |
|-----|-----|------------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Excesivo |
| ___ | ___ | b) Suficiente |
| ___ | ___ | c) Insuficiente. |

13.- EL DOMINIO DE LOS PROCEDIMIENTOS POR PARTE DEL DOCENTE FUE:

- | | | |
|-----|-----|-----------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Excesivo |
| ___ | ___ | b) Suficiente |
| ___ | ___ | c) Insuficiente |

14.- ¿RECIBISTE ASESORÍA INDIVIDUAL POR PARTE DE TUS DOCENTES DURANTE TU PRÁCTICA CLÍNICA?

- | | | |
|-----|-----|-----------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Siempre |
| ___ | ___ | b) Casi siempre |
| ___ | ___ | c) Nunca. |

15.- LOS PROCEDIMIENTOS QUE REALIZASTE DURANTE TU PRÁCTICA FUERON SUPERVISADOS POR TUS DOCENTES?

- | | | |
|-----|-----|------------|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Siempre |
| ___ | ___ | b) A veces |
| ___ | ___ | Nunca. |

16.- LA INTERACCIÓN DEL DOCENTE CON EL PERSONAL DEL CAMPO CLÍNICO, LA CONSIDERAS COMO:

- | | | |
|-----|-----|---|
| 7° | 8° | |
| ___ | ___ | a) Siempre se relacionaba adecuadamente |
| ___ | ___ | b) Se relacionaba a veces |
| ___ | ___ | c) Nunca se preocupó por relacionarse. |

IV. ORGANIZACIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

17. TU CAMPO CLINICO FUE: (NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN)

7º Semestre _____

8º Semestre _____

18. CONSIDERAS QUE TU CAMPO TE AYUDÓ A CUMPLIR LOS OBJETIVOS DE TU PRÁCTICA:

7º 8º

- ___ a) SI, fue excelente campo clinico
 ___ b) A veces se favorecia mi práctica
 ___ c) NO, nunca se nos dieron oportunidades.

19. TU HORARIO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS FUE:

7º Semestre _____

8º Semestre _____

20. EL HOSPITAL EN DONDE REALIZASTE TUS PRÁCTICAS CLÍNICAS CONTABA CON EL MATERIAL Y EQUIPO NECESARIO PARA REALIZAR TUS PROCEDIMIENTOS:

7º 8º

- ___ a) Siempre
 ___ b) A veces
 ___ c) Nunca

21. ¿QUE TIPO DE APOYO RECIBISTE POR PARTE DEL PERSONAL MEDICO EN TU PRACTICA CLÍNICA:

7º 8º

- ___ a) Asesoría teórica
 ___ b) Asesoría práctica
 ___ c) No recibí asesoria.

22. ¿QUE TIPO DE APOYO RECIBISTE POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN TU PRACTICA CLÍNICA:

7º 8º

- ___ a) Asesoría teórica
 ___ b) Asesoría práctica
 ___ c) No recibiste asesoria

23. ¿QUÉ OPINAS DE LA REALIZACIÓN DE GUARDIAS?

7º 8º

- ___ a) Amplian la práctica
 ___ b) Deben programarse mejor
 ___ c) No les veo ventaja

24. ¿CUÁNTAS HORAS DURABAN TUS GUARDIAS?

7º Semestre _____

8º Semestre _____

25. ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZASTE GUARDIAS?

7º Semestre _____

8º Semestre _____

V. PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA OBSTÉTRICA EN EL PREGRADO

26. DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS, SEÑALA EL GRADO DE DOMINIO QUE TIENES EN CADA UNO DE ELLOS:

PROCEDIMIENTO	DOMINIO			NO LO REALICÉ
	TOTAL	REGULAR	DEFICIENTE	
1.- Partograma				
2.-H. C. perinatal				
3.- Detección de factores de riesgo perinatales				
4.- Maniobras Leopold				
5.- Trazos tocográficos				
6 - Inductoconducción				
7.- Realización de tactos				
8.- Auscultación de F.C.F.				
9.- Atención de partos				
10.- Revisión de cavidad				
11.- Episiotomias				
12.- Episiorrafias				
13.- Atención del R.N.				
14.- Colocación de DIU				
15.- Vx. del puerperio				
16.- Detección de partos de alto riesgo				
17.- Amniorraxis				
18.- Canalizar pacientes				
19.- Tricotomía				
20.- Colocación de s. foley				
21.- Instrumentar cesáreas				
22.- Circular Legrados				
23.-Circular Bloqueo Epidural				