

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Nivel de conocimiento sobre parto y atención del recién nacido en internos
de medicina humana en la Universidad Católica de Santa María, 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Gallegos Alfaro, Valeria Isabel

ORCID: 0009-0005-0439-6748

Moscoso Mena, Angie Gabriela

ORCID: 0009-0002-3802-9186

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor (a)

Dr. Montes Cáceres, Miguel Cristóbal

ORCID: 0000-0002-6309-5487

Arequipa – Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 11 de Marzo del 2025

Dictamen: 013991-C-EPMH-2025

Visto el borrador del expediente 013991, presentado por:

2017244062 - GALLEGOS ALFARO VALERIA ISABEL

2017601672 - MOSCOSO MENA ANGIE GABRIELA

Titulado:

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PARTO Y ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN INTERNOS DE
MEDICINA HUMANA EN LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, 2024**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29448066 - AGUILAR FLORES JULIO DAMIAN
DICTAMINADOR**



**29318266 - GUTIERREZ MORALES JAVIER HERBERT
DICTAMINADOR**



**29703252 - CAM HURTADO DE MIRANDA YOICE ELIA
DICTAMINADOR**



Nivel de conocimiento sobre parto y atención del recién nacido en internos de medicina humana en la Universidad Católica de Santa María, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	www.uv.es Fuente de Internet	5%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	2%
3	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	docplayer.es Fuente de Internet	2%
5	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	1%
6	repositorio.usmp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
8	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
10	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	riem.facmed.unam.mx Fuente de Internet	<1%

Dedicatoria

Nos gustaría dedicar el presente trabajo a nuestros padres, pilares fundamentales de nuestras vidas, les dedicamos este logro con profundo agradecimiento y cariño. Su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio han sido la fuerza motriz que nos ha permitido alcanzar nuestros objetivos y superar nuestros límites.

Gracias por creer en nosotras, por animarnos a perseguir nuestros sueños y por estar siempre allí para nosotros, en los momentos buenos y malos. Su influencia en nuestras vidas ha sido invaluable y hemos aprendido de su ejemplo, su fortaleza y su determinación.

Este logro no sería posible sin su apoyo, guía y amor durante toda la carrera. Así que les agradecemos desde lo más profundo de nuestros corazones por todo lo que han hecho por nosotras.

Hoy, al culminar este capítulo en Medicina Humana, reafirmamos que insistir, persistir y nunca desistir es la clave para alcanzar los sueños.

Agradecimientos

A mi familia y amigos, quienes fueron mi sostén y compañía a lo largo de este desafiante camino.

A mi familia, por su amor incondicional, su apoyo en cada momento, sus consejos sabios y, sobre todo, por la paciencia infinita que me tuvieron en los días más difíciles. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudé.

A los amigos que encontré en esta travesía, con quienes compartí desvelos, alegrías y desafíos. Gracias por estar ahí cuando las cosas no iban bien, por ser mi refugio y mi impulso. Juntos demostramos que el esfuerzo compartido hace el camino más llevadero, tanto en lo académico como en la vida misma.

Agradezco profundamente a mi familia, que me brindó su apoyo incondicional y amor durante mi carrera. Aunque inicialmente sintieron temor y desconcierto, siempre estuvieron a mi lado y me dieron la fuerza para confiar en mí.

También quiero agradecer a mis amigos, con quienes compartí 7 años de estudio, noches en vela y esfuerzo.

Agradezco especialmente a mis maestros y doctores, que me guiaron y enseñaron con dedicación y paciencia.

Y finalmente, quiero agradecer a Joaquín, quien estuvo a mi lado en los buenos y malos momentos. Su apoyo me dio la tranquilidad y la seguridad que necesitaba para seguir adelante.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de Conocimiento sobre atención de parto y atención de recién nacidos en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María 2024. **Método:** Investigación descriptiva y transversal ejecutada en los Establecimientos de Salud de Nivel Hospital Goyeneche, Hospital Regional Honorio Delgado, Clínica Arequipa y Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco (Cusco) desde enero hasta diciembre de 2024. Se empleó un método de muestreo no probabilístico de tipo censal. La muestra consistió en 128 internos de medicina asignados a los hospitales indicados. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario de 15 ítems, validado por especialistas. **Resultados:** La edad promedio es de 25.2 años, con un rango de entre 23 y 34 años, la mayoría de los estudiantes iniciaron entre 2017 y 2018. La puntuación media es de 17.2 con un rango amplio de entre 4 y 30 puntos. Un amplio grupo de estudiantes alcanzo "Regular" La mayoría de los estudiantes obtienen entre 14 y 20 puntos. Existe una correlación negativa débil (-0.1973) que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), sugiriendo que los estudiantes más jóvenes tienden a tener puntuaciones ligeramente más altas. **Conclusiones:** El nivel de conocimiento sobre parto y atención de recién nacido fue regular en los internos de medicina. Todos los recién nacidos en los hospitales analizados recibieron atención inmediata. Se recomienda desarrollar programas de formación que aborden de manera efectiva los conocimientos y habilidades necesarios para la atención del parto y el recién nacido.

Palabras clave: Nivel de conocimiento, Partos, Atención de recién nacido.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge on childbirth care and newborn care in medical interns at the Catholic University of Santa María 2024. **Method:** Descriptive, cross-sectional study carried out at the Health Establishments at the Goyeneche Hospital Level, Honorio Delgado Regional Hospital, Arequipa Clinic and Adolfo Guevara Velasco National Hospital (Cusco) from January to December 2024. Non-probabilistic census-type sampling was carried out. The total population was 128 medical interns, distributed in the aforementioned hospitals. A 15-question questionnaire validated by experts was applied. **Results:** The average age is 25.2 years, with a range between 23 and 34 years, most students started between 2017 and 2018. The average score is 17.2 with a wide range between 4 and 30 points. A large group of students achieved “Regular” Most students score between 14 and 20 points. There is a weak negative correlation (-0.1973) that is statistically significant ($p < 0.05$), suggesting that younger students tend to have slightly higher scores. **Conclusions:** The level of knowledge about childbirth and newborn care was average in medical interns. All newborns in the hospitals analyzed received immediate care. It is recommended to develop training programs that effectively address the knowledge and skills necessary for childbirth and newborn care.

Keywords: Knowledge level, Childbirth, Newborn care

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....
AGRADECIMIENTOS.....
RESUMEN.....
ABSTRACT.....
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: Planteamiento teórico	3
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1. Enunciado del problema	4
1.2. Descripción del problema	4
1.2.1. Análisis u operacionalización de las variables.....	4
1.2.2. Interrogantes básicas.....	5
1.2.3. Tipo de investigación:	5
1.2.4. Diseño de Investigación:.....	5
1.2.5. Nivel de Investigación:	5
1.2.6. Relacional	5
1.3. Justificación del problema	5
1.3.1. Relevancia Clínica	5
1.3.2. Preparación Profesional	5
1.3.3. Currículo Educativo	6
1.3.4. Impacto en la Salud Pública	6
1.3.5. Promoción de Prácticas Basadas en Evidencia.....	6
1.3.6. Desarrollo de Competencias Interpersonales.....	6
2. Marco Teórico	7
2.1. Conocimientos Teóricos	7
2.2. Habilidades Prácticas.....	7
2.3. Aspectos Éticos y Psicológicos	7
2.3.1. Protocolos y Normativas.....	7
2.3.2. Evaluación y Retroalimentación	8
3. Análisis de antecedentes investigativos	25
3.1. A nivel internacional	25
3.2. A nivel nacional	25
3.3. A nivel local	27

4. OBJETIVOS	27
4.1. Objetivo general	27
4.2. Objetivos específicos	28
5. Hipótesis.....	28
CAPÍTULO II: Planteamiento operacional	29
1. Material y métodos.....	30
1.1. Diseño del estudio:	30
1.2. Población:	30
1.3. Muestra:	30
1.4. Procedimientos y técnicas:	30
1.5. Consideraciones éticas.....	31
1.6. Plan de análisis:	31
1.7. Organización.....	31
1.8. Recursos	31
1.8.1. Recursos Humanos Responsable de la investigación:	31
1.8.2. Recursos físicos:	31
1.8.3. Recursos económicos:	31
1.8.4. Recursos institucionales:	32
CAPITULO III: Resultados	33
1. Características sociodemográficas.....	34
2. Correlación edad y nivel de conocimiento:.....	46
3. Relación de número de partos atendidos y atenciones inmediatas en hospitales vs. Puntuación: correlaciones entre variables:.....	49
DISCUSIÓN	60
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	68
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	68
ANEXO 2 CUESTIONARIO.....	69

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables	4
Tabla 2 Test de Malinas	18
Tabla 3 Test de Apgar	20
Tabla 4 Distribución por genero	34
Tabla 5 Promedio de edad por año de inicio.....	35
Tabla 6 Estadísticas de Puntuación por Sexo:	36
Tabla 7 Estadísticas por pregunta	42
Tabla 8 Nivel de conocimiento	44
Tabla 9 Hospitales con Mayor Número de Partos y Atenciones inmediatas	56
Tabla 10 Correlación entre cantidad de partos y nivel de conocimiento	56
Tabla 11 Correlación entre atenciones de recién nacidos y nivel de conocimiento	56
Tabla 12 Número promedio de partos atendidos y atenciones inmediatas por interno de acuerdo a hospital	58



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución por genero	34
Gráfico 2 Distribución de edad, año de inicio y puntuaciones de los estudiantes	35
Gráfico 3 Distribución de Género	38
Gráfico 4 Año de Inicio de Estudios:.....	39
Gráfico 5 Distribución de Edad	40
Gráfico 6 Análisis por pregunta	41
Gráfico 7 Distribución de Puntuaciones	43
Gráfico 8 Puntuaciones por Sexo (Boxplot)	44
Gráfico 9 Gráfico en Porcentajes	45
Gráfico 10 Correlación entre Edad y Puntuación	46
Gráfico 11 Distribución de Puntuaciones por Grupo de Edad.....	47
Gráfico 12 Distribución de Edades de los participantes	48
Gráfico 13 Distribución de Edades	49
Gráfico 14 Distribución de puntuación obtenida	51
Gráfico 15 Genero	52
Gráfico 16 Gráfico de dispersión para ver la relación entre experiencia práctica y puntuación.....	53
Gráfico 17 Regresión lineal entre experiencia práctica y puntuación	54
Gráfico 18 Regresión lineal Partos Atendidos VS Puntuación	55
Gráfico 19 Distribución y tendencias	57
Gráfico 20 Promedio de Partos Atendidos y Atenciones por Hospital	57
Gráfico 21 Gráfico de dispersión para analizar la relación entre partos atendidos y atenciones inmediatas.	59

INTRODUCCIÓN

Las acciones regionales orientadas a mejorar la salud materna cuentan con el respaldo del Plan Estratégico de la OPS para el período 2020–2025, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030, los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia global para erradicar la mortalidad materna prevenible. En el año 2018, los países miembros de la OPS aprobaron el Plan de acción para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2018-2030, cuyo objetivo es reducir la tasa de mortalidad materna en la región a un máximo de 30 fallecimientos por cada 100,000 nacidos vivos para el año 2030 (1). Este esfuerzo alinea con el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio establecido en el año 2000, centrado en la reducción de la mortalidad materna. Un indicativo clave de avance en este objetivo es el incremento en el número de partos atendidos por personal cualificado. Se observa una relación inversa entre los partos asistidos por personal capacitado y las tasas de mortalidad materna en naciones en desarrollo (2). Las directrices de la Guía de Práctica Clínica para la vigilancia y manejo de partos de bajo riesgo abogan por una atención obstétrica segura y fiable, el uso de prácticas basadas en evidencia científica sólida, el cumplimiento de las leyes de derechos humanos vigentes y el fomento de iniciativas para minimizar la morbilidad y mortalidad materna. Es esencial que los profesionales sanitarios adhieran a estas directrices y participen en formación continua para reforzar sus competencias.

En la Universidad Católica de Santa María, los estudiantes de medicina en su séptimo año deben rotar por diversas instalaciones hospitalarias para especializarse en ginecología y obstetricia, según lo establecido por la facultad de medicina. El currículo de esta especialización incluye un enfoque detallado en la atención al parto, combinando enseñanza teórica y práctica. Durante este año, los estudiantes también se involucran en ginecología y obstetricia, participando en actividades de aprendizaje práctico y aprendizaje basado en problemas (3). Un componente destacado del programa de Práctica de Medicina Reproductiva implica gestionar de manera integral la atención materna y neonatal, permitiendo a los estudiantes manejar casos reales de atención a madres y recién nacidos. Posteriormente, durante la pasantía médica, los estudiantes también realizaron una pasantía en el departamento de G&O e incorporaron al programa los temas del parto normal y anormal, incluida la atención de la maternidad. Participar en los cuidados de la maternidad a través del aprendizaje, colaborar en la reanimación neonatal y los cuidados de la maternidad, y recibir consejos y sugerencias. El objetivo de estas actividades es que los estudiantes pongan en práctica sus conocimientos sobre salud reproductiva, atención del

recién nacido. Al finalizar el internado médico, el estudiante deberá haber adquirido las habilidades necesarias para aplicarlas en el proceso de servicio a la sociedad. Esto se puede hacer en entornos clínicos, tanto en áreas rurales como urbanas.





1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención de parto y atención de recién nacido en internos de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María en el 2024?

1.2. Descripción del problema

a) Área de Intervención de conocimiento

- Área general: Ciencias de la salud.
- Área específica: Medicina Humana.
- Especialidad: Neonatología y Ginecología y obstetricia.
- Línea: Atención de parto y atención del recién nacido.

1.2.1. Análisis u operacionalización de las variables

Tabla 1
Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Indicadores	Escala
Variable Dependiente: Nivel de conocimiento Sobre atención del parto y recién nacido.	Se medirá mediante un cuestionario validado que evalúe el conocimiento de los internos en temas como: - Gestión de partos normales y sus complicaciones. - Cuidados iniciales para el neonato, incluyendo evaluación de Apgar, reanimación neonatal, entre otros. -Cuidados del recién nacido (lactancia materna, higiene, detección de problemas).	Cuestionario con preguntas de opción múltiple, verdadero/falso, o preguntas abiertas.	Ordinal
Variables Independientes: Sexo: Edad:	Categoría nominal con dos valores Masculino y Femenino. Variable cuantitativa continua que representa la edad del interno en años.	Instrumento: Registro de datos sociodemograficos del interno. Registro de datos sociodemográficos del interno.	Categórica. Intervalo.
- Hospital de origen - Número de partos atendidos	Se determinará el lugar donde se realizó el internado medico Se determinará el número de partos atendidos.	Registro de datos obtenidos.	Ordinal
-Número de atenciones inmediatas al recién nacido. -Año de ingreso a la universidad	- Se determinará el número de atenciones al recién nacido - Se determinará el año de ingreso a la universidad.	Registro de datos obtenidos.	Ordinal

1.2.2. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención de partos de alumnos que estén cursando su internado médico de la universidad Católica de Santa María?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre atención de recién nacidos de alumnos que estén cursando su internado médico de la universidad Católica de Santa María?

1.2.3. Tipo de investigación:

Observacional

1.2.4. Diseño de Investigación:

Descriptivo

1.2.5. Nivel de Investigación:

1.2.6. Relacional

1.3. Justificación del problema

La atención del parto y recién nacido es un aspecto fundamental en la práctica médica, especialmente para los estudiantes de medicina en su séptimo año, cuando se espera que tengan un conocimiento sólido y habilidades prácticas para enfrentar situaciones obstétricas. A continuación, se presentan las razones que justifican la realización de este estudio:

1.3.1. Relevancia Clínica

El parto representa un momento fundamental tanto para la mujer como para el neonato. Proporcionar una atención correcta durante un parto eutócico es esencial para disminuir tanto la morbilidad como la mortalidad materna y neonatal. La evaluación del conocimiento de los estudiantes ayudará a detectar áreas que requieren fortalecimiento en su educación.

1.3.2. Preparación Profesional

Los estudiantes de séptimo año están en la etapa final de su formación médica. Es esencial que tengan una comprensión sólida de la fisiología del parto, las complicaciones que pueden surgir y las intervenciones necesarias para asegurar un parto seguro. Este estudio ayudará a determinar si están adecuadamente preparados para enfrentar situaciones reales en su práctica clínica futura.

1.3.3. Currículo Educativo

Este análisis ayudará a determinar la eficacia del currículo académico en la preparación académica de los estudiantes. Reconocer deficiencias en sus conocimientos permitirá a los educadores hacer los ajustes necesarios en los programas académicos y en las técnicas pedagógicas, garantizando así una formación más completa para los médicos del futuro.

1.3.4. Impacto en la Salud Pública

Una atención deficiente durante el parto puede tener consecuencias graves para la salud pública. Al fortalecer la capacitación de los futuros médicos en el manejo del parto y la atención neonatal, se favorecerá la disminución de complicaciones obstétricas y la mejora de los índices de salud materno-infantil en la comunidad.

1.3.5. Promoción de Prácticas Basadas en Evidencia

Un estudio que analice los conocimientos de los estudiantes puede fomentar una mayor orientación hacia la práctica basada en evidencia en la atención obstétrica. Esto es crucial para implementar las mejores prácticas y protocolos en el manejo del parto y de recién nacido.

1.3.6. Desarrollo de Competencias Interpersonales

La atención del parto no solo implica conocimientos técnicos, sino también habilidades interpersonales y de comunicación. Evaluar el conocimiento de los estudiantes en este ámbito puede resaltar la importancia de la empatía y el apoyo emocional durante el proceso de parto.

La justificación de este estudio radica en la necesidad de asegurar que los futuros médicos estén debidamente preparados para atender un evento tan vital como el parto y atención del recién nacido. Al evaluar sus conocimientos y habilidades, se pueden implementar mejoras en la formación académica, contribuir a la salud pública y fomentar una atención de calidad para las damas y sus recién nacidos. Esto no solo beneficiará a los estudiantes, sino que también impactará positivamente en la comunidad en general.

2. Marco Teórico

Para analizar los conocimientos sobre la atención del parto eutócico en estudiantes de séptimo año de medicina humana, se pueden considerar varios aspectos clave:

2.1. Conocimientos Teóricos

Fisiología del Parto: Comprensión de las etapas del trabajo de parto, cambios hormonales y mecanismos de dilatación.

Signos de Parto: Identificación de las fases del parto (fase de latencia, fase activa y fase de expulsión).

Cuidados Prenatales: Importancia del seguimiento durante el embarazo y factores de riesgo que pueden influir en el parto (4).

2.2. Habilidades Prácticas

Evaluación del Progreso del Parto: Capacidad para realizar exámenes vaginales, monitorizar contracciones y evaluar la posición del feto.

Intervenciones Básicas: Conocimiento de maniobras como la maniobra de Leopold y la preparación para el parto (asepsia, colocación de la madre, etc.).

Resucitación Neonatal: Fundamentos en la atención inmediata del recién nacido, incluida la reanimación si es necesario (5).

2.3. Aspectos Éticos y Psicológicos

Consentimiento Informado: Importancia de obtener el consentimiento y mantener a la madre informada.

Apoyo Psicológico: Estrategias para brindar apoyo emocional a la madre durante el trabajo de parto.

2.3.1. Protocolos y Normativas

Conocimientos sobre Protocolos de Atención: Familiaridad con los protocolos establecidos para la atención del parto eutócico en su contexto local (hospitalario o ambulatorio).

Manejo de Complicaciones: Identificación de situaciones que pueden complicar un parto eutócico y protocolos de derivación (6).

2.3.2. Evaluación y Retroalimentación

Exámenes y Simulaciones: Realización de exámenes teóricos y simulaciones prácticas para evaluar la comprensión y habilidades.

Retroalimentación de Instructores: Importancia de recibir retroalimentación sobre el desempeño en prácticas y simulaciones.

Realizar un análisis exhaustivo de estos aspectos permitirá determinar el nivel de preparación y conocimientos de los estudiantes sobre la atención del parto eutócico, lo cual es fundamental para su formación y para garantizar una atención segura y eficaz a las madres y recién nacidos (7).

Embarazo

El embarazo se refiere al período desde la concepción hasta el nacimiento de un bebé. El embarazo dura unos nueve meses, aunque los expertos prefieren calcularlo en semanas. No se sabe exactamente cuándo se implanta el embrión en el útero, por lo que se cree que el embarazo comienza con el último período menstrual de la mujer. A partir de este punto, el feto se desarrolla durante 40 semanas hasta el nacimiento. Durante este período, las damas experimentan diversos cambios físicos y mentales debido a los cambios hormonales. Estos cambios provocan diferentes síntomas según la etapa del embarazo. Sin embargo, no todas las damas embarazadas experimentarán los mismos síntomas, ya que cada embarazo es diferente al igual que cada mujer (8).

Control de embarazo

La atención prenatal o atención prenatal es el seguimiento que se realiza durante todo el embarazo. Los chequeos físicos efectuados por un ginecólogo deben llevarse a cabo mensualmente durante los primeros siete meses de gestación y con más frecuencia conforme se aproxima la fecha del parto. Durante cada consulta, se efectúan evaluaciones rutinarias para monitorear la evolución del embarazo, aunque algunas pruebas se reservan exclusivamente para embarazos considerados de alto riesgo.

El seguimiento del embarazo se realiza porque es necesario para la salud de la madre y del bebé. Durante el embarazo pueden ocurrir diversas complicaciones tanto para el bebé como para la madre, pero se pueden prevenir o evitar monitoreando el progreso. Por tanto, la anticoncepción se utiliza para prevenir adecuadamente las complicaciones, asesorar a la madre y controlar el estado del feto (9). El seguimiento del embarazo incluye una serie de

pruebas y visitas médicas continuas para controlar el crecimiento de su bebé. Las pruebas de diagnóstico y control más habituales durante el control parental son:

Examen obstétrico:

- Medir el peso y la presión arterial
- Análisis de sangre y orina
- Ecocardiografía
- Examen de ultrasonido obstétrico
- Pruebas de diagnóstico prenatal

Este es un término utilizado por los expertos para referirse a las condiciones en las que se desarrolla el proceso del parto. Este tipo de parto incluye un parto vaginal normal o parto natural. No se requieren equipos o técnicas especiales para facilitar esta actividad. Sin embargo, el médico puede administrar anestesia durante la cirugía para evitar dolor a la madre. Además, el médico debe ajustar la posición de sus manos para levantar al bebé para no lesionarlo.

A. Fases del parto

I. Dilatación

En esta fase, el cuello uterino alcanza una dilatación total de 10 centímetros (cm), se libera el tapón mucoso y las membranas fetales se rompen (10).

II Expulsivo

Este período marca el nacimiento del bebé. Durante el mismo, las contracciones se intensifican, haciéndose más continuas y dolorosas (10).

III. Alumbramiento

Esta etapa incluye la expulsión de la placenta y una contracción intensa del útero, que adquiere una forma esférica para prevenir el sangrado. Fuera de un entorno hospitalario, este momento representa el mayor riesgo para la vida de la madre debido al peligro de hemorragia obstétrica (11).

B. Maduración y dilatación del cérvix

1.- El proceso de la maduración cervical:

Maduración y dilatación del cérvix 1.- La maduración del cuello uterino es un fenómeno que consta de tres fases, las cuales pueden ocurrir de manera secuencial o, en algunos casos, simultánea. Estas fases incluyen: el ablandecimiento, el borramiento y la dilatación. El ablandecimiento consiste en una disminución progresiva de la firmeza del tejido cervical, proceso que comienza desde el inicio del embarazo y se mantiene de forma continua, acentuándose notablemente poco antes del parto. Desde el punto de vista obstétrico, la consistencia del cuello uterino se categoriza en cuatro grados, de acuerdo con la clasificación de Calkins:

- Grado 0: Firmeza comparable a un higo maduro
- Grado I: Firmeza similar a los labios
- Grado II: Firmeza similar al ala de la nariz
- Grado III: Firmeza similar al cartílago de la oreja (12).

El borramiento del cérvix implica su eliminación como canal. Este proceso comienza en la parte superior, el orificio cervical interno, y gradualmente involucra todo el tejido del cérvix hasta el istmo. Al completarse el borramiento, el cérvix se reduce a un orificio de pocos milímetros de grosor que se abre directamente a la cavidad uterina, dejando de existir como canal cervical. El borramiento es el paso preliminar a la dilatación, especialmente en mujeres que no han parido anteriormente, aunque en mujeres que ya han tenido hijos, a veces se alcanzan de 3 a 4 cm de dilatación sin que el borramiento sea total. El borramiento se cuantifica en centímetros (de 0 a > 3 cm) o como un porcentaje del canal cervical que queda, asignando el 100 % a un cuello sin borramiento y el 0 % a un borramiento completo (13).

La dilatación del cérvix no avanza significativamente sin el reblandecimiento y borramiento previos. Una vez que se ha completado el borramiento, la abertura del orificio cervical externo puede presentar una dilatación de apenas 0,5 cm, aunque en mujeres que han tenido varios partos, esta medida puede ser mayor. Durante la fase activa del trabajo de parto, la dilatación progresa de manera rápida hasta alcanzar más de 10 cm, lo que permite el paso adecuado del feto. La evaluación de la dilatación cervical se realiza midiendo su apertura en centímetros.

La madurez cervical se determina por la combinación de los tres fenómenos mencionados anteriormente, a los cuales, en ciertas ocasiones, se añaden otros criterios como la posición

del cérvix dentro de la pelvis. Se han propuesto varios sistemas de puntuación para cuantificar esta madurez, siendo el más conocido el sistema de puntuación de Bishop (14).

2.- El mecanismo de la maduración cervical:

Para comprender adecuadamente la maduración del cérvix, es fundamental examinar sus tres componentes principales:

- **Primero, el colágeno**, que está formado por fibras de tropocolágeno compuestas por tres cadenas de polipéptidos enrolladas en espiral. La estabilidad del colágeno se ve influenciada por la variabilidad en el número de enlaces entre estas cadenas, que cambia con la "edad" del colágeno. El colágeno tipo I representa el 70% y el tipo III, el 30%, con una pequeña cantidad de elastina, menos del 1%, acompañando a estas fibras.
- **Segundo, los proteoglicanos**, que consisten en glicosaminoglicanos, unos mucopolisacáridos ácidos que se unen a un núcleo proteico central. Estos están distribuidos alrededor del colágeno y se conectan a este en intervalos regulares. En el cérvix, los más significativos son el sulfato de dermatan, que constituye el 50%, el sulfato de heparan el 15% y el ácido hialurónico también el 15%.
- **Finalmente, el miometrio**, una capa muscular que constituye alrededor del 15% cerca del cuerpo uterino, pero que disminuye a menos del 5% hacia el orificio cervical externo, localizándose siempre en la periferia del cérvix.

El reblandecimiento del cérvix se debe principalmente al aumento del contenido de agua, un proceso que implica:

Una reducción del 50% en el colágeno, que además experimenta hidrólisis y reorganización debido a cambios metabólicos inducidos por la actividad incrementada de colagenasa y elastasa, provenientes de fibroblastos locales o neutrófilos que lo infiltran.

- Una disminución del 50% en los glicosaminoglicanos, que también modifican su composición,
- Un significativo aumento en la imbibición acuosa, que intensifica los cambios de composición mencionados (15).

El borramiento y la dilatación del cuello uterino se producen como consecuencia de la acción de las contracciones uterinas sobre el tejido conectivo cervical, el cual ya se encuentra preparado. El tejido muscular periférico, gracias a su continuidad funcional con el miometrio, se incorpora con cada contracción al segmento uterino inferior, desplazando

consigo el tejido conectivo adyacente. Se ha observado una correlación significativa entre el nivel de borramiento y la intensidad de la actividad uterina (16).

Las contracciones uterinas no solo facilitan, sino que también intensifican este proceso, apoyadas por la presión hidrostática ejercida por la bolsa de las aguas, que actúa como una cuña dentro del canal cervical, o bien por la presión directa de la presentación fetal.

La dilatación cervical es el resultado de los mismos mecanismos que impulsan el borramiento. Las contracciones siguen integrando progresivamente más tejido cervical hacia el istmo en un movimiento similar al de un sacacorchos, mientras que la bolsa de las aguas o, en su ausencia, la presentación fetal, ejercen presión lateral sobre las paredes del cuello uterino (17).

C. Trayectoria del feto a través del canal de parto

Durante el trabajo de parto, sin importar la presentación o la posición del feto, este debe adaptar sus diámetros más amplios a los espacios más grandes de la pelvis en cada uno de sus niveles para lograr salir al exterior. Esto significa que, en todos los casos, la presentación fetal realiza una rotación para ajustarse a este requisito anatómico.

En alrededor del 95% de los partos, la presentación fetal es cefálica, con una postura predominantemente flexionada, denominada presentación de vértice u occipital. En esta situación, el punto de referencia es la fontanela menor o lambdoidea, y los diámetros craneales más reducidos que se presentan son el suboccipitobregmático, en el plano anteroposterior o sagital, y el biparietal en el plano transversal.

El avance del feto a través del canal de parto es un proceso continuo; sin embargo, con fines educativos, se divide en etapas sucesivas que, aunque en ocasiones pueden superponerse parcialmente, tienen el propósito de simplificar la comprensión del mecanismo del parto (18).

Acomodación:

Este término refiere a la manera en que la cabeza del feto hace contacto con el estrecho superior de la pelvis. En este punto, debido a que el diámetro transversal es el mayor de la pelvis (casi igual en dimensiones a los oblicuos), la cabeza del feto ajusta su diámetro sagital a esta orientación para cumplir con el principio general de adaptación. En este instante, el punto guía, conocido como la fontanela menor, no está perfectamente centrada dentro de la pelvis, sino que tiende a estar ligeramente lateralizada. Esto ocurre porque no es necesario

que la cabeza esté completamente flexionada al existir suficiente espacio, lo que se refleja en la subflexión que desplaza periféricamente la fontanela lambdoidea. Las posiciones más frecuentes de acomodación, en orden descendente de frecuencia, incluyen la OIIT con la fontanela menor orientada hacia las 3 en punto, la OIIA hacia las 2, la OIIT hacia las 9, la OIDA hacia las 10, la OIIP hacia las 4, y la OIDP hacia las 8 (19).

La acomodación frecuentemente se asocia con un grado de flexión lateral del cuello fetal, causando que la sutura sagital de la cabeza no esté perfectamente alineada en el centro de la pelvis, sino que se desplace hacia un lado. Esto permite que el parietal del lado opuesto quede más centrado y más bajo en la pelvis, un fenómeno conocido como asinclitismo. Cuando la sutura sagital se inclina más hacia el promontorio y el parietal anterior desciende más, se le llama asinclitismo anterior o de Naegele, mientras que en la condición opuesta se conoce como asinclitismo posterior o de Litzmann. Aunque raro, la cabeza puede ser sinclítica, con la sutura sagital centrada y ambos parietales descendiendo de manera equitativa. La alternancia de los asinclitismos juega un papel crucial en facilitar el tránsito de la cabeza fetal a través del canal del parto (20).

Descenso:

La presión generada por el miometrio, que se contrae en las áreas del fondo y cuerpo del útero, impulsa al feto hacia abajo cuando encuentra una zona de menor resistencia, formando el canal del parto. En las etapas finales, la contracción de la prensa abdominal también contribuye a la expulsión del feto hacia el exterior. Este proceso de descenso es continuo y ocurre simultáneamente con otros movimientos fetales que serán analizados (21).

Flexión:

Durante la acomodación, el espacio en la pelvis es suficientemente amplio, lo que generalmente no requiere una flexión máxima de la cabeza. Sin embargo, la máxima flexión ocurre solo cuando la relación entre los diámetros pélvicos y los fetales se aproxima a un límite crítico. A medida que la cabeza desciende y los diámetros se estrechan, el ecuador de la presentación fetal experimenta un fuerte roce contra las paredes del canal del parto. Este roce actúa sobre una "palanca biológica" formada por el diámetro anteroposterior del ecuador de la presentación, cuyo fulcro es la articulación atlooccipital.

Debido a que el brazo anterior de esta palanca es más largo que el posterior, conforme a la ley de la palanca, la cabeza fetal experimenta una mayor flexión. Cuando se alcanza la máxima flexión, el diámetro más grande del ecuador de la presentación es el

suboccipitobregmático, el cual es el menor diámetro anteroposterior de la cabeza fetal, y resulta inusual que la fontanela menor quede centrada en la pelvis (21).

Rotación interna:

A medida que la presentación fetal avanza hacia el estrecho medio de la pelvis, el diámetro mayor transita de ser transversal a anteroposterior. Para acomodarse a este cambio, la presentación debe rotar hasta posicionar el occipucio detrás de la sínfisis del pubis, alineando así el diámetro mayor de su ecuador con el principio mecánico del parto. Esta rotación varía, siendo de aproximadamente 45° en las posiciones OIIA y OIDA, 90° en las OIIT e OIOT, y casi 135° en las OIIP e OIOP; estas dos últimas indican un pronóstico menos favorable para el desarrollo del parto por la extensa rotación requerida, mientras que las dos primeras presentan un pronóstico más favorable. A medida que el descenso prosigue, la estructura pélvica no varía, lo que significa que no se necesitan más rotaciones para el tránsito de la cabeza, aunque eventualmente se requerirá otra rotación para ajustar el diámetro biacromial a la pelvis y facilitar el parto de los hombros (21).

Extensión:

Conforme la cabeza se expulsa, sigue flexionándose más por el efecto de palanca descrito anteriormente. Tras superar el periné y liberarse del rozamiento con el canal del parto, la cabeza adopta una postura neutra una vez que está completamente fuera. Algunos textos mencionan que la expulsión final de la cabeza se logra mediante un movimiento activo de extensión, apoyándose en la parte inferior de la sínfisis del pubis. Aunque parece ser una extensión, este movimiento en realidad no ocurre hasta que la cabeza ha pasado el suelo perineal y sería impracticable de otra manera, debido a la resistencia del suelo perineal y a que provocaría consecuencias adversas, como la presentación de diámetros progresivamente mayores al periné, incrementando el riesgo de lesiones perineales.

Rotación externa:

Una vez que la cabeza fetal ha salido, el diámetro que podría dificultar la expulsión del resto del cuerpo es el bisacromial. Dado que este diámetro se encuentra orientado en un ángulo de 90° con respecto al plano anteroposterior de la cabeza, se alinea adecuadamente durante la expulsión de la cabeza. Para que el resto del cuerpo atraviese el canal de parto, es necesario que este diámetro se oriente en sentido anteroposterior, posicionando un hombro detrás de la sínfisis del pubis y el otro frente al sacro. Como consecuencia de este ajuste, el cuerpo del feto, especialmente la cabeza, que ya ha salido y mira hacia atrás, gira en dirección opuesta

a la rotación interna, lo que hace que el feto quede mirando hacia uno de los muslos de la madre.

Desprendimiento de los hombros y Expulsión fetal total

Tras la rotación externa, se produce la salida de los hombros, iniciando con el hombro anterior, ubicado justo detrás de la sínfisis del pubis, seguido por el hombro posterior, situado frente al sacro. Una vez que los hombros han salido, la menor resistencia y la mayor flexibilidad del resto del cuerpo fetal generalmente permiten que el resto del feto sea expulsado sin complicaciones, completándose así el parto sin necesidad de rotaciones adicionales. Aunque en otros tipos de partos cefálicos las rotaciones puedan parecer opuestas a las de un parto normal de vértice, esto es solo una apariencia, ya que el mecanismo por el cual el feto atraviesa la pelvis, independientemente de la presentación, siempre se rige por el principio de alinear los diámetros mayores de la presentación con los de la pelvis en cada uno de sus planos (22).

D. Alumbramiento

Tras la expulsión del feto, concluye la segunda etapa del parto y da inicio la tercera, conocida como alumbramiento. Durante esta fase, la placenta se desprende de su inserción en el útero y es expulsada junto con las membranas.

Desprendimiento placentario: La placenta se separa de la pared uterina y es expulsada al exterior.

Contracciones uterinas: Estas contracciones contribuyen a controlar el sangrado posparto.

Duración: Esta etapa suele durar aproximadamente 30 minutos.

La placenta está adherida a la decidua basal mediante tabiques y vellosidades de anclaje que se extienden profundamente hasta alcanzar la capa esponjosa de la decidua. El desprendimiento placentario se explica por la expulsión del feto y la consecuente reducción significativa del volumen uterino, lo que mantiene una contractilidad uterina similar a la observada en la fase final del periodo expulsivo. La disminución del volumen uterino reduce drásticamente la superficie de inserción placentaria, provocando el plegamiento de la placenta y generando fuertes tensiones en la zona de inserción. Estas tensiones rompen el punto más débil, ubicado en la parte inferior de la capa esponjosa de la decidua. La ruptura en este nivel afecta a los vasos sanguíneos, y el desprendimiento avanza gracias a la

formación de un hematoma en la superficie de desinserción, apoyado por las contracciones uterinas.

La placenta se desprende por completo en pocos minutos y queda libre dentro de la cavidad uterina. Una vez desprendida, las contracciones uterinas facilitan su expulsión, aunque la posición reclinada de la mujer y la menor transmisión de fuerza cuando la placenta alcanza el segmento uterino inferior pueden dificultar su expulsión completa. Este proceso se ve favorecido durante un parto en posición de cuclillas o mediante tracciones suaves del cordón umbilical junto con presión sobre el segmento uterino inferior.

El tamaño considerable de la placenta y la firme inserción del corion amnios a esta hacen que, al desprenderse, arrastre consigo las membranas, las cuales están débilmente adheridas a la decidua. Si el desprendimiento comienza en el centro y avanza de manera centrífuga, la placenta se proyecta en la cavidad uterina de forma similar a la inversión de un dedo de guante, conteniendo el hematoma detrás de la placenta gracias a las membranas circundantes, lo que permite su expulsión sin manifestar hemorragia. Este es el mecanismo de desprendimiento de Schultz. Si el desprendimiento inicia desde un borde, el hematoma será visible externamente antes de que la placenta asome por uno de sus extremos, lo que se conoce como el mecanismo de desprendimiento de Duncan (22).

E. Hemostasia uterina

Después de la expulsión de la placenta, toda la sangre que fluye hacia el espacio intervelloso, cuyo flujo durante un embarazo a término oscila entre 500 y 750 ml/min, se derramaría en la cavidad uterina y, posteriormente, al exterior si no fuera por mecanismos de hemostasia rápidos y eficaces.

El primer mecanismo, y el más crucial, es el estrangulamiento de las arterias espirales que irrigan el espacio intervelloso, junto con todas las demás arterias espirales, mediante la acción de las fibras miométricas. Estas arterias, que son ramificaciones de las arterias arcuatas, se entrelazan con las fibras del miometrio, y una contracción intensa de estas fibras ejerce un efecto mecánico de compresión sobre los vasos, interrumpiendo la circulación y, por ende, la perfusión del espacio intervelloso, ya sea antes o después del desprendimiento placentario. Este mecanismo fundamental se conoce como "miotaponamiento" (23).

La reducción y detención del flujo sanguíneo en las arterias espirales, provocada por el miotaponamiento, permite que la sangre estancada coagule. Este proceso se ve favorecido por el estado general de hipercoagulabilidad de la gestante y por la liberación local de

tromboplastinas, lo que resulta en la formación de trombos extensos y firmes que ocluyen los vasos. Esta oclusión se consolida en las dos horas siguientes y se denomina "trombotaponamiento". Si el trombotaponamiento es efectivo, la relajación y el ascenso uterino que siguen al miotaponamiento no tienen consecuencias adversas, ya que los vasos están bloqueados. La eficacia de este mecanismo es tal que incluso mujeres con afibrinogenemia congénita no presentan un sangrado posparto diferente al de aquellas con una coagulación normal (24).

Cambios Hormonales:

- **Oxitocina:** La oxitocina, conocida como la hormona del amor, es la hormona que inicia y controla las contracciones uterinas.
- **Prostaglandinas:** Las prostaglandinas ayudan a suavizar y dilatar el cuello uterino.
- **Estrógeno:** El estrógeno ayuda a preparar el cuerpo para el trabajo de parto y el parto.
- **Progesterona:** La progesterona, que mantiene el embarazo, disminuye sus niveles durante el trabajo de parto.
- **Cambios Físicos:**
- **Dilatación cervical:** El cuello uterino se dilata de 0 a 10 centímetros.
- **Borramiento:** El cuello uterino se acorta y se adelgaza.
- **Descenso fetal:** El bebé desciende por el canal de parto.
- **Ruptura de membranas:** La bolsa de aguas (amnios) se rompe.
- **Pujo:** La madre siente la necesidad de pujar para ayudar a expulsar al bebé.
- **Factores que Influyen en el Trabajo de Parto:**
- **Edad materna:** Las damas más jóvenes tienden a tener partos más rápidos.
- **Parto previo:** Las damas que han tenido partos previos suelen tener partos más rápidos.
- **Posición fetal:** La posición del bebé en el útero puede afectar la duración del trabajo de parto.
- **Tamaño fetal:** Un bebé grande puede hacer que el trabajo de parto sea más largo.
- **Salud materna:** Las condiciones médicas de la madre pueden afectar el trabajo de parto (25).

Evaluación del parto

Para proporcionar la atención adecuada, es crucial determinar en qué etapa del parto se encuentra una mujer. Esto se logra mediante el uso del test de Mechelen (Tabla 1). El resultado de este test influirá en la decisión sobre si es posible trasladar a la mujer a un centro

hospitalario o si el parto deberá realizarse en el lugar. Una vez identificada la etapa del nacimiento, se podrá ofrecer la atención apropiada (26).

Tabla 2
Test de Malinas

Puntuación 0 1 1
Paridad 1 2 \geq 3
Ruptura de las membranas No Reciente \geq 1 h
Intervalo de las contracciones > 5 min. 3-4 min \geq 3 min
Duración de las contracciones < 1 min. 1 min. \geq 1 min
Duración del parto < 3 h 3-5 h \geq 6 h
Resultado
> 7 y / o pujos Parto
5-7 Traslado critico
< 5 Traslado convencional
Tiempo de parto según la exploración cervical
Dilatación Primípara Secundípara Multípara
5 cm. 4 h 3 h 1 h 30 min.
7 cm. 2 h 1 h 30 min.
9 cm. 1 h 30 min. > 30 min.
Dilatación completa Parto Parto Parto

Fuente: Fernández E, Leal S, García M, Vázquez Rodríguez (2016)

Atención obstétrica

El primer paso en la atención a una mujer en labor de parto consiste en realizar un historial clínico detallado para comprender las particularidades de la madre y del embarazo. Este historial es un recurso esencial que facilita la provisión de atención inmediata. Es fundamental obtener información sobre antecedentes familiares de enfermedades genéticas de la pareja, el estado de salud actual de la gestante, hábitos tóxicos y alergias. También es crucial prestar atención a la vacunación materna, en particular contra el tétanos y la rubéola. Además, se debe asegurar una comunicación efectiva con la madre y mantener un entorno seguro durante toda la atención obstétrica (27).

Nuestro enfoque de la práctica clínica se basa en el mejor conocimiento científico disponible.

- Afeitarse el perineo.
- Enemas.
- Apoyo durante todo el proceso.
- Apoyo durante el parto
- Reduce el dolor durante el parto.
- La situación de la madre durante el período expulsivo.
- Episiotomía.
- Alumbramiento
- Entrega de instrumentos.
- Cesárea.
- La madre y el recién nacido tienen contacto piel con piel.
- Atención posparto inmediata.
- Amamantamiento.
- Participación de la usuaria en la toma de decisiones (27).

Atención neonatal

Una vez que nace el niño, es necesario evaluar su condición. Esta evaluación debe realizarse dentro de los 30 segundos posteriores al nacimiento. Nunca espere los resultados de la prueba de Apgar para comenzar la reanimación. Para realizar la evaluación se formulan tres preguntas (28):

- ¿Ha terminado su embarazo?
- ¿El bebé respira o llora?
- ¿Tiene buen tono muscular?

Si la respuesta a estas preguntas es sí, no es necesario reanimar al bebé y no se le debe separar de la madre, sino ponerlo en contacto piel con piel (28).

Tabla 3
Test de Apgar

Presentación	0 1 2
Color de la piel	Azulada Extremidades azules Cuerpo rosado
Tono muscular	No hay tono Algunos Activo Movimientos
Reflejos	No hay respuesta a Muecas, llanto sin Llanto fuerte, tos, Estímulos fuerza estornudos
Respiración	No respira Suave o de forma Fuerte irregular
Actividad cardíaca	No hay latido < 100 Ipm > 100 Ipm

Fuente: Fernández E, Leal S, García M, Vázquez Rodríguez (2016)

Reanimación Neonatal: Un Primer Paso Crucial

La reanimación neonatal comprende una serie de intervenciones críticas ejecutadas justo después del nacimiento para garantizar la supervivencia y el bienestar del neonato. Este proceso es esencial y puede determinar la diferencia entre la vida y la muerte en bebés que enfrentan problemas respiratorios o circulatorios al nacer. Estos procedimientos están diseñados para estabilizar al recién nacido y asegurar que sus funciones vitales se mantengan adecuadamente desde los primeros momentos de vida..

¿Cuándo se necesita reanimación neonatal?

La reanimación neonatal es necesaria cuando un recién nacido presenta signos de dificultad respiratoria o problemas circulatorios, como:

No respira o respira débilmente: La ausencia de respiración o una respiración superficial puede ser un signo de asfixia o problemas pulmonares.

Color azulado o morado: La piel azulada o morada, especialmente alrededor de la boca y las manos, indica una falta de oxígeno en la sangre.

Frecuencia cardíaca baja: Un ritmo cardíaco lento puede ser un signo de problemas circulatorios.

Tono muscular débil: Un bebé con tono muscular débil puede tener dificultades para respirar o moverse.

Pasos clave de la reanimación neonatal:

Evaluación inicial: El primer paso consiste en una rápida valoración del recién nacido para establecer si requiere intervención de reanimación. Es crucial comprobar la respiración, la frecuencia cardíaca y el tono muscular del bebé inmediatamente después del nacimiento.

Secado y estimulación: Se debe secar al bebé con una toalla seca y estimularlo con un toque suave o un frotamiento en la espalda.

Posicionamiento: Colocar al bebé en posición de decúbito dorsal (boca arriba) con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás para abrir las vías respiratorias.

Ventilación: Si el bebé no respira o respira débilmente, se debe iniciar la ventilación con una mascarilla y un balón de oxígeno o con un respirador.

Compresiones torácicas: En caso de que el recién nacido presente una frecuencia cardíaca baja, es esencial realizar compresiones torácicas para ayudar a estimular y mantener la circulación sanguínea.

Medicamentos: Dependiendo de la situación y la respuesta del neonato a las intervenciones iniciales, puede ser necesario administrar medicamentos. Uno de los más comunes es la adrenalina, utilizada para estimular la respiración y la función cardíaca del bebé (28).

Equipo de reanimación neonatal:

- **Mascarilla y balón de oxígeno:** Para proporcionar oxígeno al bebé.
- **Respirador:** Para proporcionar ventilación mecánica.
- **Aspirador:** Para eliminar las secreciones de las vías respiratorias.
- **Termómetro:** Para controlar la temperatura del bebé.
- **Adrenalina:** Un medicamento que puede ayudar a estimular la respiración y el corazón.
- **Importancia de la formación:** Es fundamental que los profesionales de la salud que atienden a los recién nacidos tengan una formación adecuada en reanimación neonatal. Los cursos de reanimación neonatal enseñan las habilidades y técnicas necesarias para brindar una atención oportuna y eficaz en caso de emergencia.

Importancia de la Evaluación y Manejo Neonatal:

La evaluación y manejo neonatal es un proceso crucial que comienza inmediatamente después del nacimiento. Incluye:

Evaluación física: Examen físico completo para identificar cualquier problema de salud.

Valoración del estado respiratorio: Asegurar que el bebé respira adecuadamente.

Control de la temperatura: Regular la temperatura del bebé para evitar la hipotermia.

Monitoreo de la frecuencia cardíaca: Verificar el ritmo cardíaco del bebé.

Alimentación: Iniciar la lactancia materna o la alimentación con fórmula.

Prevención de infecciones: Implementar medidas para prevenir infecciones (29).

Lactancia Materna:

Beneficios de la lactancia materna:

La lactancia materna es la forma ideal de nutrición para los bebés, proporcionando no solo nutrientes esenciales para su crecimiento y desarrollo sino también anticuerpos que protegen contra múltiples enfermedades, como infecciones respiratorias, diarrea y alergias.

Recomendaciones de lactancia:

La OMS recomienda que la lactancia materna sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido, y sugiere que, a partir de ese momento, se combine con la introducción de alimentos complementarios, manteniendo la lactancia hasta los dos años de edad o incluso más.

Apoyo a la lactancia materna:

Es crucial ofrecer apoyo continuo a las madres que amamantan para ayudarlas a superar desafíos y asegurar una lactancia exitosa.

Alimentación infantil:

Introducción de alimentos complementarios:

A partir de los 6 meses, es recomendable introducir alimentos complementarios que acompañen a la lactancia materna, ajustados a las necesidades nutricionales del bebé.

Recomendaciones para alimentos complementarios:

Estos alimentos deben ser seguros, nutritivos y apropiados para la edad del niño. Es vital introducir nuevos alimentos gradualmente para detectar cualquier signo de alergia.

Diversidad alimentaria:

Se debe fomentar la diversidad en la dieta del bebé para garantizar una nutrición completa y equilibrada, proporcionando todos los nutrientes necesarios.

Importancia en la atención neonatal:**Atención inmediata al recién nacido:**

Esto implica realizar una evaluación completa del estado de salud del recién nacido e iniciar la lactancia materna lo más pronto posible después del parto. Esta práctica no solo contribuye a un inicio saludable para el bebé, sino que también refuerza el vínculo afectivo entre la madre y su hijo.

Asesoramiento: El personal médico debe brindar asesoramiento a las madres sobre la lactancia materna y la alimentación infantil, incluyendo la técnica adecuada de lactancia, la frecuencia de alimentación y la detección temprana de problemas.

Infecciones Neonatales:

Definición: Las infecciones neonatales son infecciones que se adquieren durante el embarazo, el parto o inmediatamente después del nacimiento.

Principales tipos:

Infecciones congénitas: Se adquieren durante el embarazo.

Infecciones perinatales: Se adquieren durante el parto.

Infecciones posnatales: Se adquieren después del nacimiento.

Causas: Las infecciones en los recién nacidos pueden originarse por diversos agentes patógenos, incluyendo virus, bacterias, parásitos y hongos.

Síntomas: Los síntomas de las infecciones neonatales pueden variar dependiendo del tipo de infección, pero pueden incluir:

- Fiebre
- Dificultad respiratoria
- Letargia
- Irritabilidad
- Pérdida de peso
- Vómitos
- Diarrea

Prevención:

Cuidado prenatal adecuado: Las damas embarazadas deben recibir atención prenatal regular para prevenir infecciones.

Prácticas de higiene: Es importante mantener una buena higiene durante el parto y el cuidado del bebé para prevenir infecciones.

Vacunación: La vacunación puede ayudar a prevenir algunas infecciones neonatales.

Enfermedades Neonatales:

Definición: Las enfermedades neonatales son condiciones médicas que afectan a los recién nacidos.

Principales tipos:

- **Defectos de nacimiento:** Problemas de salud presentes al nacer.
- **Prematurez:** Nacimiento antes de las 37 semanas de gestación.
- **Bajo peso al nacer:** Peso al nacer inferior a 2,5 kg.
- **Ictericia neonatal:** Coloración amarillenta de la piel y los ojos.
- **Hipoglucemia neonatal:** Niveles bajos de azúcar en sangre.
- **Prevención:**

Cuidado prenatal adecuado: La atención prenatal regular puede ayudar a detectar y prevenir algunas enfermedades neonatales.

Prácticas de higiene: Es importante mantener una buena higiene durante el parto y el cuidado del bebé para prevenir infecciones.

Vacunación: La vacunación puede ayudar a prevenir algunas enfermedades neonatales.

Importancia en la Atención Neonatal:

Detección temprana: Es crucial detectar precozmente las infecciones y enfermedades neonatales para poder brindar un tratamiento oportuno.

Manejo adecuado: El manejo adecuado de las infecciones y enfermedades neonatales es fundamental para mejorar la supervivencia y el bienestar del bebé (30).

3. Análisis de antecedentes investigativos

3.1. A nivel internacional

Ávila S. y colaboradores en el año 2020 (31), realizaron una investigación titulada "Evaluación de habilidades técnicas de médicos internos en la atención del parto", la cual se enfocó en analizar la capacitación de los médicos internos de la UNAM en el manejo del parto eutócico y su impacto en la morbilidad y mortalidad materna. **Objetivo:** Evaluar las habilidades técnicas de estos profesionales en la atención del parto. **Método:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal durante el año 2018, utilizando una lista de verificación de 17 ítems que evaluaba cuatro áreas clave. Se clasificaron las habilidades en cuatro niveles, y se emplearon simuladores de baja fidelidad. Los estudiantes de cuarto año tuvieron dos actividades de simulación relacionadas con el parto. **Resultados:** Participaron 239 médicos internos. Aquellos que rotaron por ginecología y obstetricia (G y O) obtuvieron una media de 45.7, en tanto que los que no rotaron lograron 28.48, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0.00$). El instrumento de evaluación tuvo un Alfa de Cronbach de 0.917. **Conclusiones:** Ambos grupos mostraron habilidades insuficientes, pero los que rotaron en G y O tuvieron un mejor desempeño. Se recomienda implementar estrategias de refuerzo y evaluación, como la simulación clínica, para mejorar las competencias en la atención del parto.

Pérez et al. en el año 2023 (32), en su trabajo titulado "Determinación del Nivel de Conocimiento sobre Atención Neonatal en Enfermeras" **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre atención neonatal en enfermeras. **Metodología:** Diseño: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Participantes: Enfermeras que trabajan en unidades de neonatología ($n=X$). Instrumento: Cuestionario validado que evalúa el conocimiento sobre atención neonatal, incluyendo temas como reanimación, cuidados básicos, detección de complicaciones, etc. **Resultados:** Nivel de conocimiento: Se reportará el porcentaje de enfermeras que alcanzaron un nivel de conocimiento considerado "alto", "medio" o "bajo" sobre atención neonatal.

3.2. A nivel nacional

Núñez et al. en el año 2019 (33), llevaron a cabo una investigación titulada "Nivel de conocimientos sobre atención de paciente con emergencia obstétrica en internos de medicina 2022" en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), con el

propósito de evaluar el nivel de conocimiento de estudiantes de séptimo año en el manejo de emergencias obstétricas. **Objetivo:** Determinar el grado de conocimiento de los internos de medicina en la atención de emergencias obstétricas. **Método:** Se realizó un estudio de corte transversal entre enero y febrero de 2023, en el que participaron 125 internos de medicina que realizaban sus prácticas en hospitales de Lima-Callao bajo la supervisión del Ministerio de Salud (MINSA). Se utilizó un cuestionario para evaluar sus conocimientos, y los datos obtenidos se analizaron de manera descriptiva mediante el software IBM SPSS 26.0. **Resultados:** La mediana de edad de los participantes fue de 27 años, con un 50.4% de mujeres. La mayoría de los internos realizó su internado en el Hospital Nacional 2 de Mayo. Se observó que el 65.6% de los estudiantes presentaba un nivel intermedio de conocimientos en emergencias obstétricas. **Conclusiones:** Aunque la mayoría de los internos mostró un conocimiento intermedio, se enfatiza la necesidad de reforzar la formación teórica y práctica de los estudiantes para contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Cobeña et al. en el año 2016 (34), realizaron un trabajo de investigación titulado, Conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado neonatal por enfermeros de neonatología en Hospital Naylamp y Hospital las Mercedes 2016. El retraso en el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel inmediato, y el inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, son tres prácticas simples que proveen un beneficio inmediato al recién nacido, pueden tener un impacto a largo plazo en la nutrición y la salud del bebé y, posiblemente, afecten el desarrollo del niño mucho más allá del periodo neonatal, por ello es crucial que las enfermeras responsables de la atención inmediata. Es así que esta investigación de tipo descriptivo correlacional comparativo, tuvo como **Objetivo** determinar la relación entre el nivel de conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado inmediato del recién nacido por enfermeras de neonatología del Hospital Naylamp y Hospital las Mercedes de Chiclayo en enero de 2016. La población muestral estuvo conformada por 12 enfermeras, se utilizó como instrumento la encuesta y la lista de cotejo ambas validadas por juicios de expertos. Obteniéndose como **resultado** que existe relación significativa directa de grado muy fuerte entre el nivel de conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado inmediato del recién nacido. Demostrándose que solo el 41.7% de las enfermeras aplican lo que conocen respecto a las tres practicas

esenciales, el 25% de ellos sus conocimientos y aplicación es regular y deficiente. Entre ambos hospitales se encuentra que las enfermeras del hospital Naylamp han demostrado tener mayor nivel de conocimientos y prácticas para la atención inmediata del recién nacido, en comparación con las enfermeras del hospital las Mercedes.

Palabras clave: contacto piel a piel, conocimiento, clampeo tardío, lactancia materna, prácticas.

Ramon y colaboradores en el año 2023 (35), llevaron a cabo el estudio llamado conocimiento y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia del hospital san juan de Lurigancho 2023. El parto en posición vertical no es solo una alternativa, sino una práctica ancestral que sigue vigente. Actualmente, algunos hospitales en el país la implementan cuando cuentan con los recursos adecuados. Sin embargo, es más común en partos domiciliarios, especialmente en comunidades andinas y amazónicas. Así que esta investigación tuvo como **objetivo:** Determinar la cantidad de conocimientos y el nivel de actitudes hacia el parto vertical en Internos de Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, 2023. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional **Resultados:** Grado de conocimiento sobre parto vertical, 52% conocimiento alto, 28% conocimiento bajo y el 20% demostró conocimientos promedio, De acuerdo con el grupo de “definiciones y posiciones”, obtuvo mayor porcentaje conocimiento “alto” 48%; sobre el grupo de “ventajas y desventajas” predominó el conocimiento “medio” 44% y en cuanto a “indicaciones y contraindicaciones” gran parte prevaleció nivel “alto” 68%; por otro lado en cuanto a las actitudes, el 76% tuvo una actitud negativa y el 24% tuvo una actitud favorable. **Conclusiones:** La mayoría de los internos del Hospital San Juan de Lurigancho en el año en 2023, el conocimiento era “alto” y las actitudes “desfavorables” **Palabras claves:** conocimientos, actitudes, estudiantes, obstetricia, trabajo de parto

A nivel local

No se encontraron trabajos referentes a nuestro tema de estudio.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de Conocimiento sobre atención de parto y atención de recién nacidos en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María 2024

4.2. Objetivos específicos

- Analizar la relación entre el nivel de conocimiento y variables sociodemográficas como el sexo y la edad de los internos de los internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2024.
- Determinar si existen correlación entre edad y nivel de conocimiento entre internos de medicina que han realizado rotaciones, y puntuaciones por hospital, Universidad Católica de Santa María, 2024.
- Determinar la cantidad de las atenciones inmediatas y partos atendidos en los Hospitales donde se realiza el internado de medicina por los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, 2024.
- Relación entre nivel de conocimiento y cantidad de partos atendidos y atenciones inmediatas de los internos de medicina de la universidad católica de santa maría, 2024.

5. Hipótesis

Existe una correlación importante entre el número de partos atendidos y la capacidad de aplicar correctamente las prácticas esenciales para el cuidado del recién nacido, lo que a su vez se relaciona con el nivel de conocimiento en la materia, en los internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María 2024.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Material y métodos

1.1. Diseño del estudio:

Para determinar en qué medida los internos de medicina poseen las habilidades necesarias para la atención de recién nacidos, se llevará a cabo un estudio con el siguiente diseño:

- **Descriptivo:** Se calcularán las frecuencias y porcentajes de respuestas acertadas e incorrectas para obtener una visión general del nivel de conocimiento.
- **Comparativo:** Se realizará un análisis de las diferencias en los conocimientos según características sociodemográficas de los participantes, empleando pruebas estadísticas como el t-test y ANOVA.

Los criterios de inclusión para los participantes requieren que estén matriculados en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, se encuentren realizando su internado médico. La evaluación se llevará a cabo entre febrero y diciembre de 2024. La muestra, estratificada y seleccionada de forma aleatoria, estará compuesta por 128 internos de medicina, elegidos de un total de 248.

Se evaluará el conocimiento sobre los cuidados esenciales del recién nacido (como el pinzamiento del cordón umbilical, el contacto piel a piel y la lactancia materna) mediante un cuestionario validado de 15 preguntas de opción múltiple. Cada pregunta tendrá un valor de 2 puntos, sumando un máximo de 30 puntos. El nivel de conocimiento se clasificará en tres categorías: bueno (26-30 puntos), regular (20-24 puntos) y deficiente (18 puntos o menos)(34).

1.2. Población:

Los participantes serán estudiantes que estuvieran inscritos en la facultad de medicina, que estén cursando su séptimo año de medicina de la Universidad Católica de Santa María.

1.3. Muestra:

Tomada de forma aleatoria estratificada, de 128 internos de medicina de un universo de 248.

1.4. Procedimientos y técnicas:

Para la evaluación contara con un evaluador y una hoja de indicaciones, cuestionario para el participante. Además de realización de cuestionario por Google forms para recolección de datos y estadística.

1.5. Consideraciones éticas

- Consentimiento informado de los participantes.
- Anonimato y confidencialidad en la recolección de datos.

1.6. Plan de análisis:

A pesar de que la evaluación se enfoca primordialmente en medir las habilidades técnicas, se han incluido ítems relacionados con el primer aspecto de la evaluación, que consiste en la identificación del estudiante y la verificación de la identidad de su paciente. Este componente se considera esencial, aunque no se evalúa la forma en que el estudiante se comunica o expresa, ya que abordar estos aspectos comunicacionales requeriría un análisis más exhaustivo y posiblemente otro estudio específico para estas habilidades interpersonales.

Este diseño permitirá obtener una visión clara del grado de conocimiento de los estudiantes sobre el parto eutócico y cómo diferentes factores pueden influir en su aprendizaje.

1.7. Organización

Se han llevado a cabo los trámites necesarios con el comité de ética médica para obtener la autorización requerida que permita acceder a la información que se necesita recolectar. Además, se seguirán las normativas y protocolos establecidos por la universidad para el procesamiento adecuado de los datos, garantizando así la confiabilidad y validez de los resultados obtenidos. Este proceso asegura el cumplimiento de los estándares éticos y legales en la investigación.

1.8. Recursos

1.8.1. Recursos Humanos Responsable de la investigación:

Los responsables de la investigación

1.8.2. Recursos físicos:

Infraestructura del Hospital Goyeneche de Arequipa y UCSM.

1.8.3. Recursos económicos:

Fue autofinanciado

1.8.4. Recursos institucionales:

Servicios del Hospital Goyeneche de Arequipa. Biblioteca de la Universidad Católica de Santa María.





CAPITULO III RESULTADOS

1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

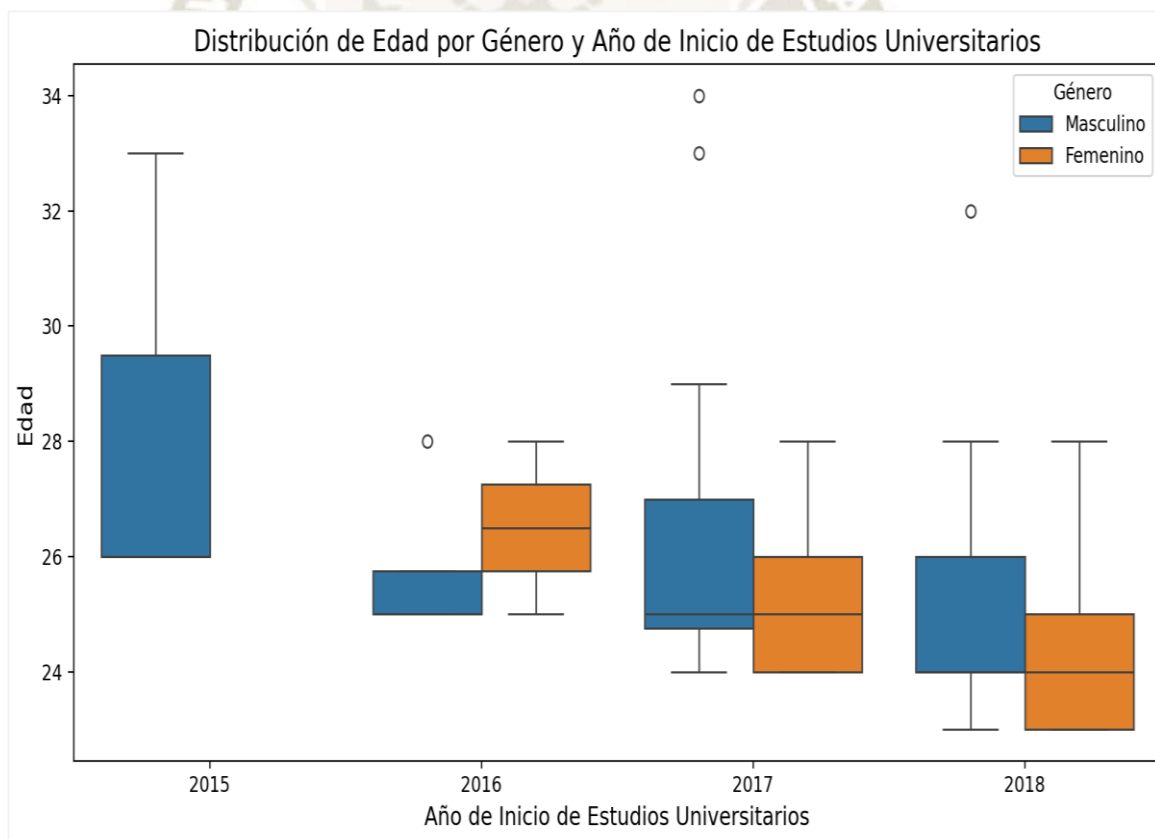
Tabla 4
Distribución por género

	N°	Promedio	ETS	Min.	25%	50%	75%	Máximo
Femenino	69	24.84	1.36	23	24	25	26	28
Masculino	59	25.69	2.44	23	24	25	26	34

Fuente: Matriz de datos

- Las damas poseen una edad promedio de 24.84 años, en tanto que los hombres tienen un promedio de 25.69 años.
- La edad máxima para los hombres es 34 años, en tanto que para las damas es 28 años.

Gráfico 1
Distribución por género



Fuente: Matriz de datos

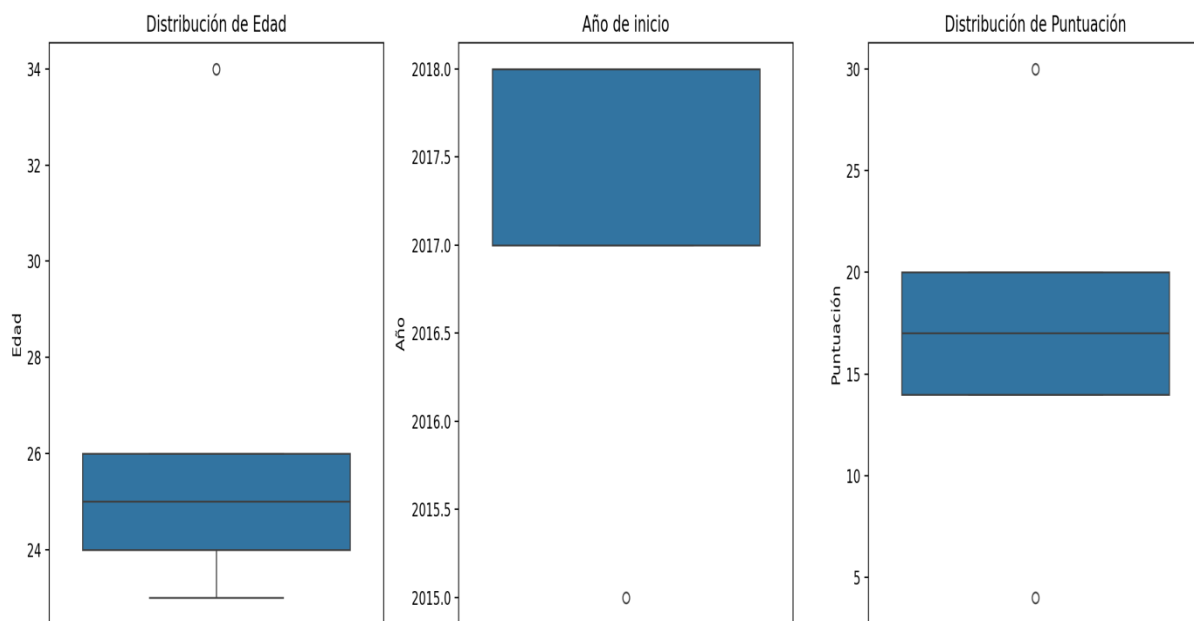
Tabla 5
Promedio de edad por año de inicio

Año	Edad
2015	28.33
2016	26
2017	25.74
2018	24.64

Fuente: Matriz de datos

- Los estudiantes que comenzaron en 2015 tienen la edad promedio más alta (28.33 años), en tanto que los que comenzaron en 2018 tienen la más baja (24.64 años).

Gráfico 2
Distribución de edad, año de inicio y puntuaciones de los estudiantes



Fuente: Matriz de datos

Observaciones principales:

- La edad promedio es de 25.2 años, con un rango entre 23 y 34 años
- La mayoría de los estudiantes iniciaron entre 2017 y 2018
- La puntuación media es 17.2, con un rango amplio entre 4 y 30 puntos
- Hay una desviación estándar de 4.42 puntos en las puntuaciones

Tabla 6
Estadísticas de Puntuación por Sexo:

Sexo	N° de participantes	Media	Desviación estándar	Mínimo	25%	50%	75%	Máximo
Femenino	69.0	17.5652	4.1567	8.0	16.0	16.0	20.0	30.0
Masculino	59.0	16.8474	4.7153	4.0	14.0	18.0	20.0	26.0

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

Femenino:

- **Número de participantes:** 69
- **Media:** 17.57, lo que indica que las damas tienen, en promedio, una puntuación de 17.57.
- **Desviación estándar:** 4.16, lo que sugiere que hay una variabilidad moderada en las puntuaciones de las damas.
- **Mínimo:** 8.0, lo que significa que la puntuación más baja entre las damas es 8.
- **Percentiles:**
 - **25%:** 16.0 (el 25% de las damas tiene puntuaciones de 16 o menos).
 - **50% (Mediana):** 16.0 (la puntuación mediana es 16, lo que indica que la mitad de las damas tiene puntuaciones menores o iguales a 16).
 - **75%:** 20.0 (el 75% de las damas tiene puntuaciones de 20 o menos).
- **Max (Máximo):** 30.0, lo que indica que la puntuación más alta entre las damas es 30.

Masculino:

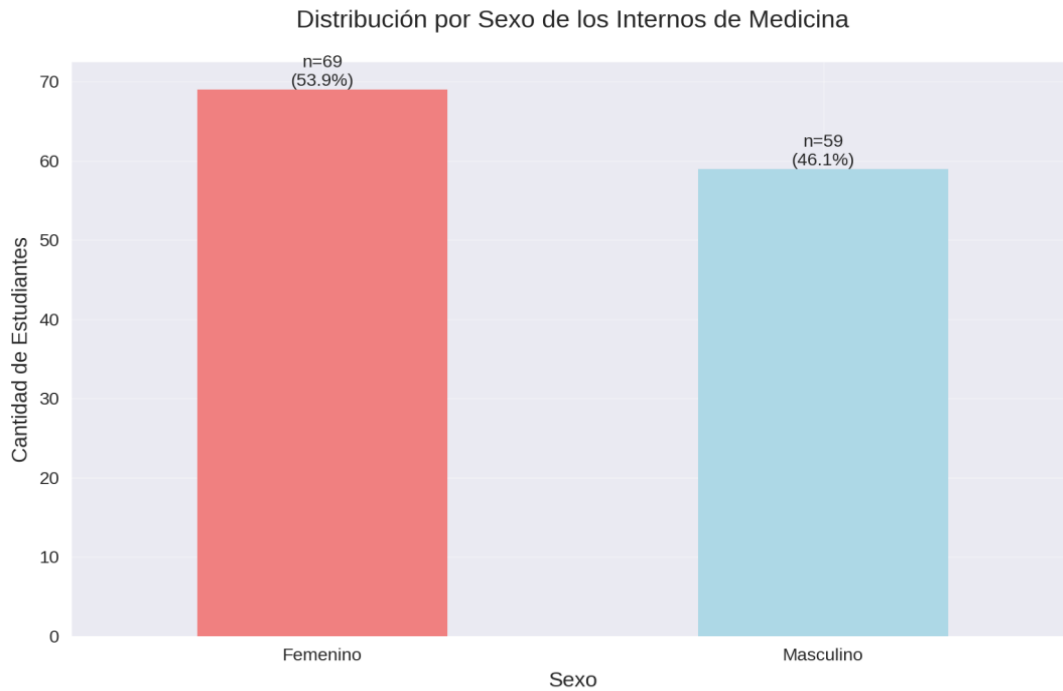
- **Número de participantes:** 59
- **Media:** 16.85, lo que indica que los hombres tienen, en promedio, una puntuación de 16.85.
- **Desviación estándar:** 4.72, lo que sugiere que hay una mayor variabilidad en las puntuaciones de los hombres en comparación con las damas.

- **Mínimo:** 4.0, lo que significa que la puntuación más baja entre los hombres es 4.
- **Percentiles:**
 - **25%:** 14.0 (el 25% de los hombres tiene puntuaciones de 14 o menos).
 - **50% (Mediana):** 18.0 (la puntuación mediana es 18, lo que indica que la mitad de los hombres tiene puntuaciones menores o iguales a 18).
 - **75%:** 20.0 (el 75% de los hombres tiene puntuaciones de 20 o menos).
- **Máximo:** 26.0, lo que indica que la puntuación más alta entre los hombres es 26.

Comparación entre Femenino y Masculino:

- **Promedio:** Las damas poseen una media de 17.57, que es ligeramente más alta que la de los hombres, que es de 16.85.
- **Desviación estándar:** La desviación estándar es mayor en los hombres (4.72) que en las damas (4.16), lo que indica que las puntuaciones de los hombres son más dispersas.
- **Mínimos:** La puntuación mínima entre los hombres (4) es significativamente más baja que la mínima entre las damas (8), lo que sugiere que hay hombres que han obtenido puntuaciones considerablemente bajas.
- **Máximos:** La puntuación máxima entre las damas (30) es más alta que la máxima entre los hombres (26).

Gráfico 3 Distribución de Género



Fuente: Matriz de datos

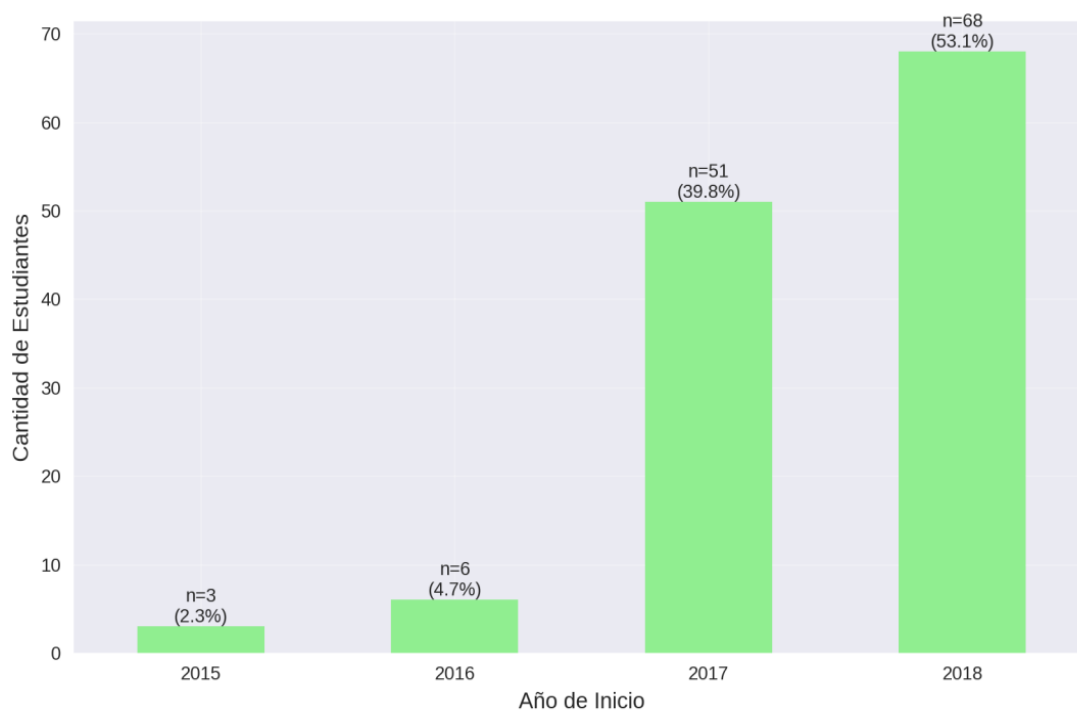
Interpretación:

Hay una ligera mayoría de participantes femeninos. Aproximadamente (53.9%) participantes son mujeres y (46.1%) son hombres. La diferencia de género no es muy marcada, mostrando una distribución relativamente equilibrada.

Gráfico 4

Año de Inicio de Estudios:

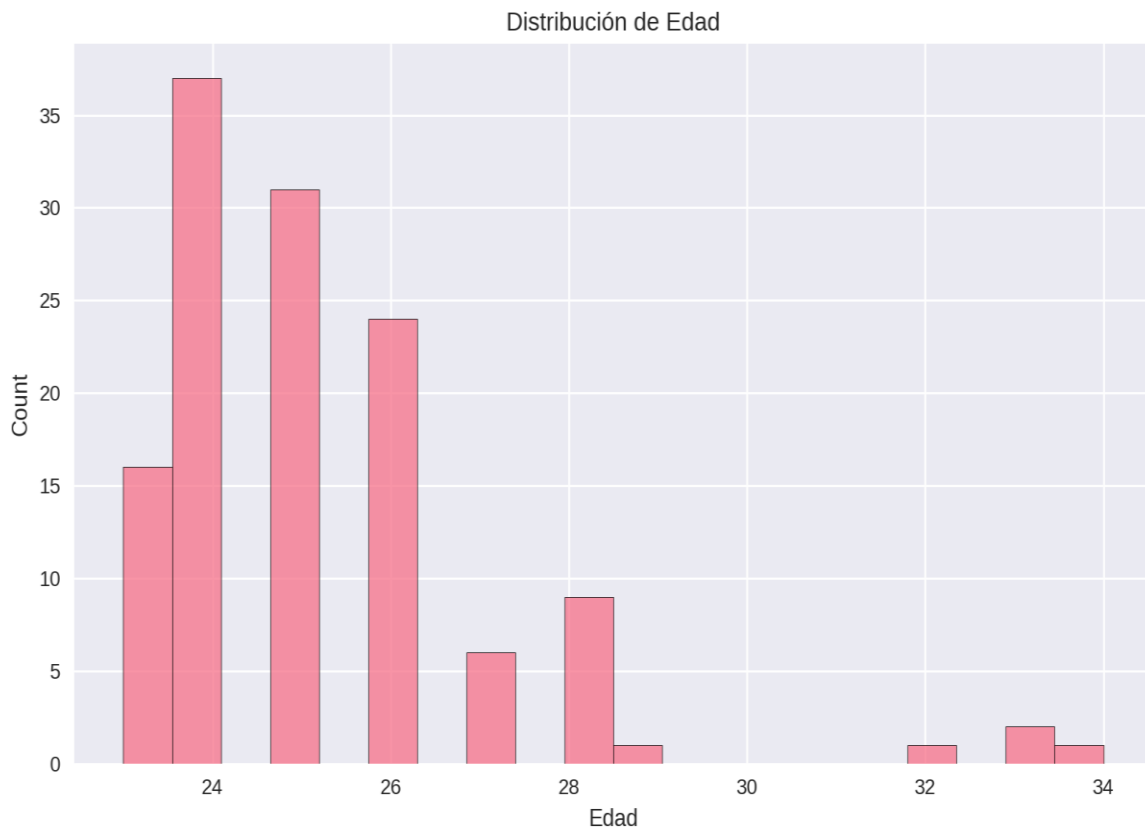
Distribución por Año de Inicio de Estudios



Fuente: Matriz de datos



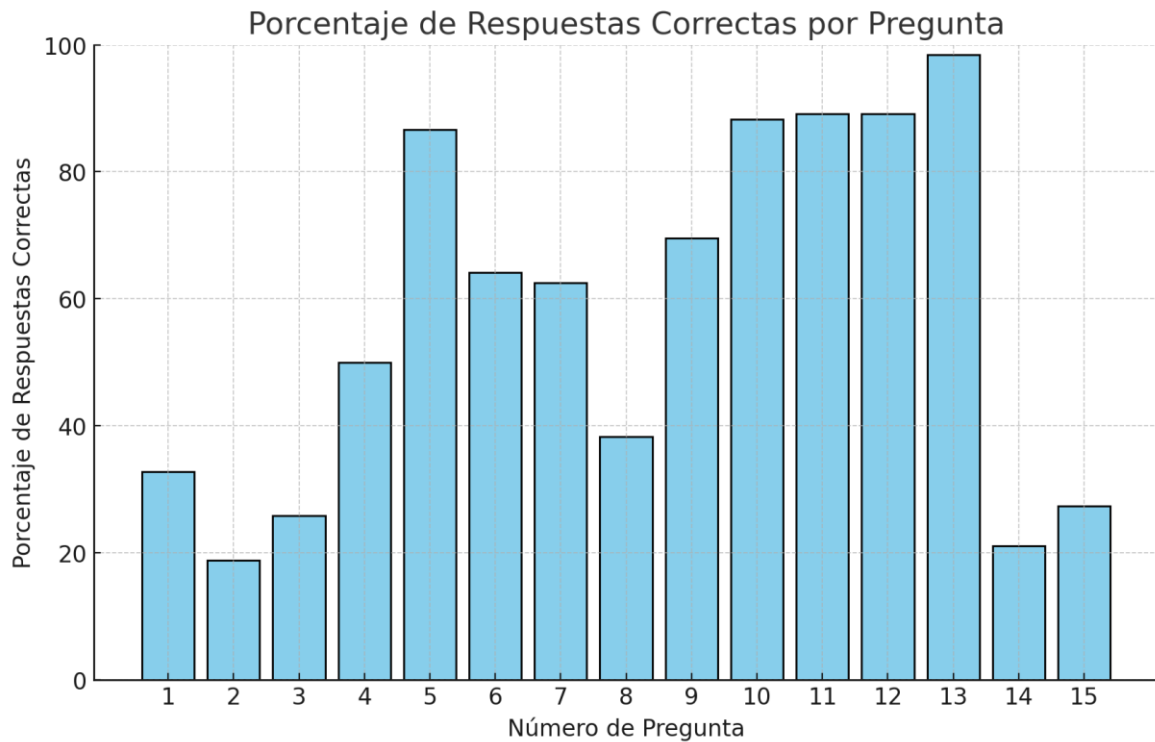
Gráfico 5
Distribución de Edad



Fuente: Matriz de datos

- La distribución de edad muestra una concentración principal entre 24-26 años
- La mayoría de los internos tienen alrededor de 25 años
- Hay algunos casos atípicos de estudiantes mayores de 30 años
- La distribución es ligeramente asimétrica hacia la derecha (cola derecha más larga)

Gráfico 6
Análisis por pregunta



Fuente: Matriz de datos

Observaciones importantes:

Variabilidad en el desempeño:

- Se observa una gran diferencia entre las preguntas más fáciles y las más difíciles, lo que sugiere que algunos temas pueden requerir mayor atención o revisión en la enseñanza.
- Por ejemplo, en tanto que algunas preguntas superaron el 80% de respuestas acertadas, otras no alcanzaron ni el 30%.

Tabla 7
Estadísticas por pregunta

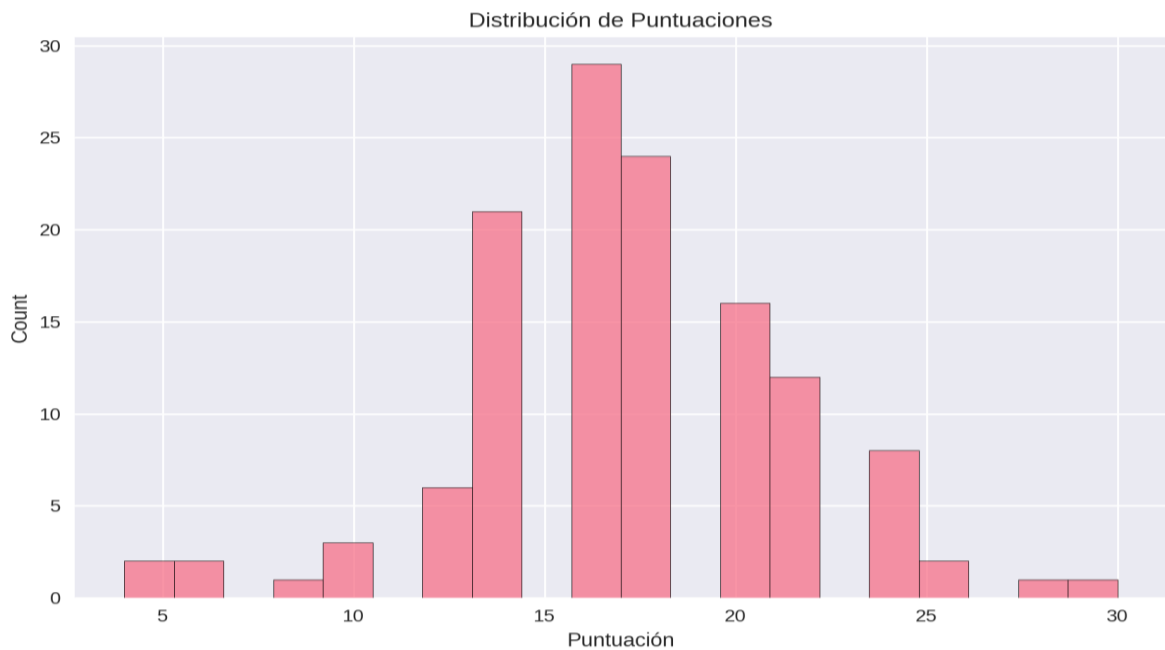
Número de pregunta	Respuesta correcta	Número de respuestas acertadas	Porcentaje de respuestas acertadas
1	d	43	32,8%
2	d	24	18,8%
3	d	33	25,8%
4	c	64	50%
5	a	111	86,7%
6	d	82	64,1%
7	c	80	62,5%
8	c	49	38,3%
9	b	89	69,5%
10	c	113	88,3%
11	a	114	89,1%
12	d	114	89,1%
13	c	126	98,4%
14	d	27	21,1%
15	a	35	27,3%

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

- Preguntas con más cantidad de respuestas acertadas: Las preguntas 11, 12 y 13 fueron las que tuvieron un mayor porcentaje de respuestas acertadas. Esto podría indicar que los participantes tienen un buen conocimiento sobre los temas evaluados en estas preguntas.
- Preguntas con menor cantidad de respuestas acertadas: Las preguntas 2, 3, 14 y 15 fueron las que tuvieron un menor porcentaje de respuestas acertadas. Esto podría indicar que los participantes tienen dificultades para comprender los temas evaluados en esta pregunta.

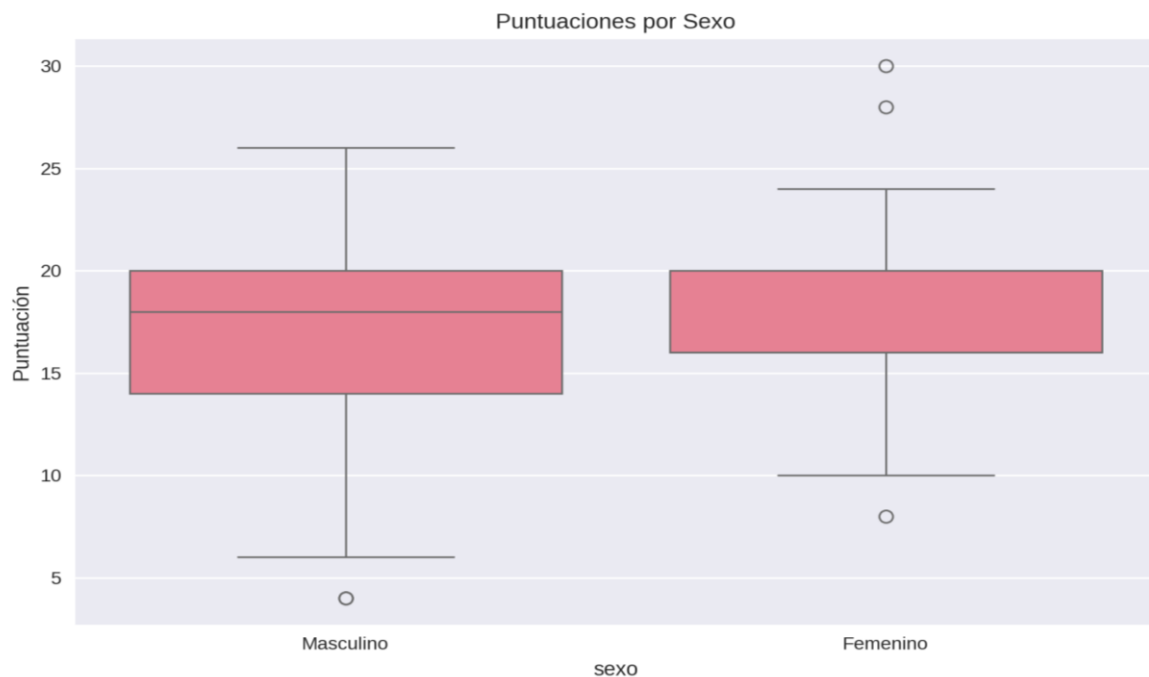
Gráfico 7
Distribución de Puntuaciones



Fuente: Matriz de datos

- Las puntuaciones se distribuyen aproximadamente de forma normal
- La mayoría de los estudiantes obtienen entre 14 y 20 puntos
- La media se encuentra alrededor de 17 puntos
- Hay algunos casos excepcionales con puntuaciones muy altas (cerca de 30) y muy bajas (cerca de 4)

Gráfico 8
Puntuaciones por Sexo (Boxplot)



Fuente: Matriz de datos

- Las medianas son similares entre ambos géneros
- Las damas muestran una dispersión ligeramente menor en sus puntuaciones
- Las damas poseen una puntuación media ligeramente superior (17.57) que los hombres (16.85)
- Se observan algunos valores atípicos en ambos grupos, especialmente en el grupo femenino.

Tabla 8

Nivel de conocimiento

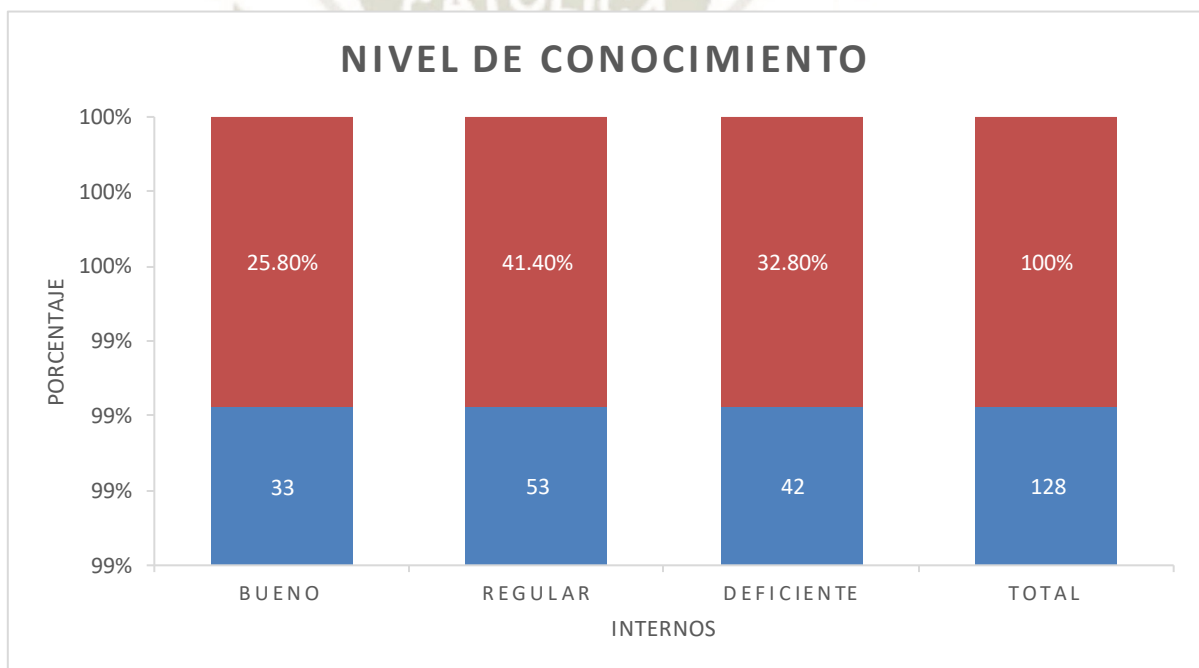
Interno	Puntuación	Porcentaje
Bueno	33	25.8%
Regular	53	41.4%
Deficiente	42	32.8%
Total	128	100%

Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

Bueno: 33 internos (25.8%) obtuvieron una puntuación entre 26 y 30 puntos, lo que indica un buen nivel de conocimiento. Regular: 53 internos (41.4%) obtuvieron una puntuación entre 20 y 24 puntos, lo que indica un nivel de conocimiento regular. Deficiente: 42 internos (32.8%) obtuvieron una puntuación de 18 puntos o menos, lo que indica un nivel de conocimiento deficiente

Gráfico 9
Gráfico en Porcentajes



Fuente: Matriz de datos

2. CORRELACIÓN EDAD Y NIVEL DE CONOCIMIENTO:

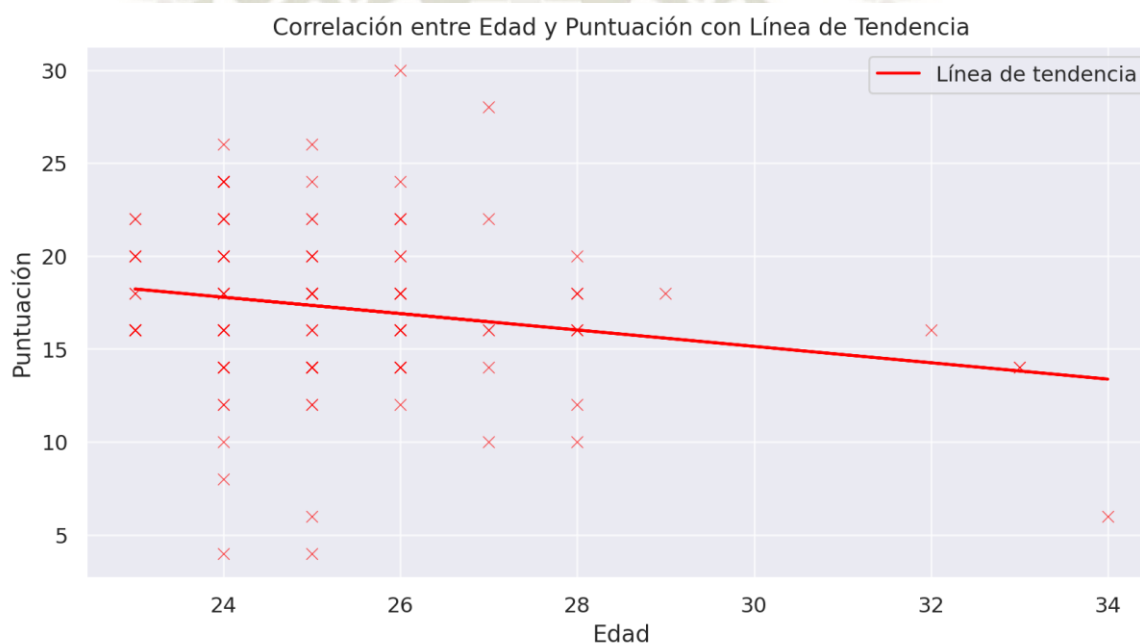
Correlación entre Edad y Puntuación:

Coefficiente de correlación: -0.1973

Valor p: 0.0256

Existe una correlación negativa débil (-0.1973) que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), sugiriendo que los estudiantes más jóvenes tienden a tener puntuaciones ligeramente más altas.

Gráfico 10
Correlación entre Edad y Puntuación



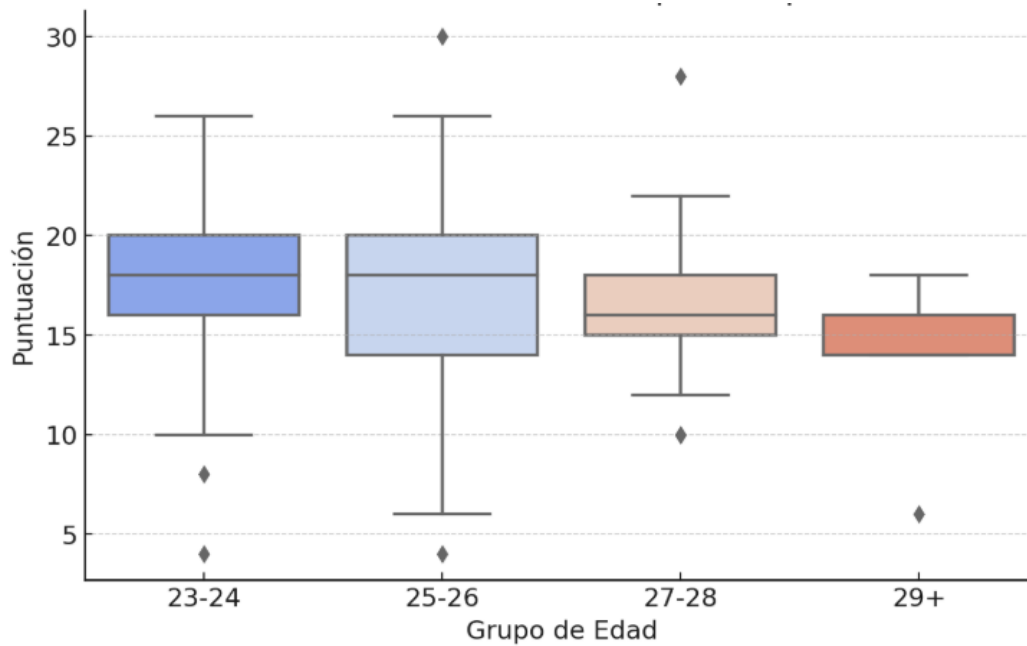
Fuente: Matriz de datos

Matriz de datos

- No se observa una correlación clara entre la edad y la puntuación
- Los puntos están dispersos sin mostrar un patrón definido
- Esto sugiere que la edad no es un factor determinante en el rendimiento
- La mayoría de las puntuaciones se concentran en el rango medio independientemente de la edad
- Se observa una leve tendencia negativa, lo que sugiere que a mayor edad, la puntuación tiende a disminuir ligeramente

Gráfico 11

Distribución de Puntuaciones por Grupo de Edad



Fuente: Matriz de datos

1. Boxplot de evaluación por grupo de edad:

- No se observa una tendencia clara entre la edad y la puntuación.
- Las medianas son similares en los diferentes grupos de edad.

El ANOVA muestra:

ANOVA - Diferencias entre grupos de edad:

F-statistic: 1.4266

p-value: 0.2382

No hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad ($p > 0.05$).

Prueba de Normalidad:

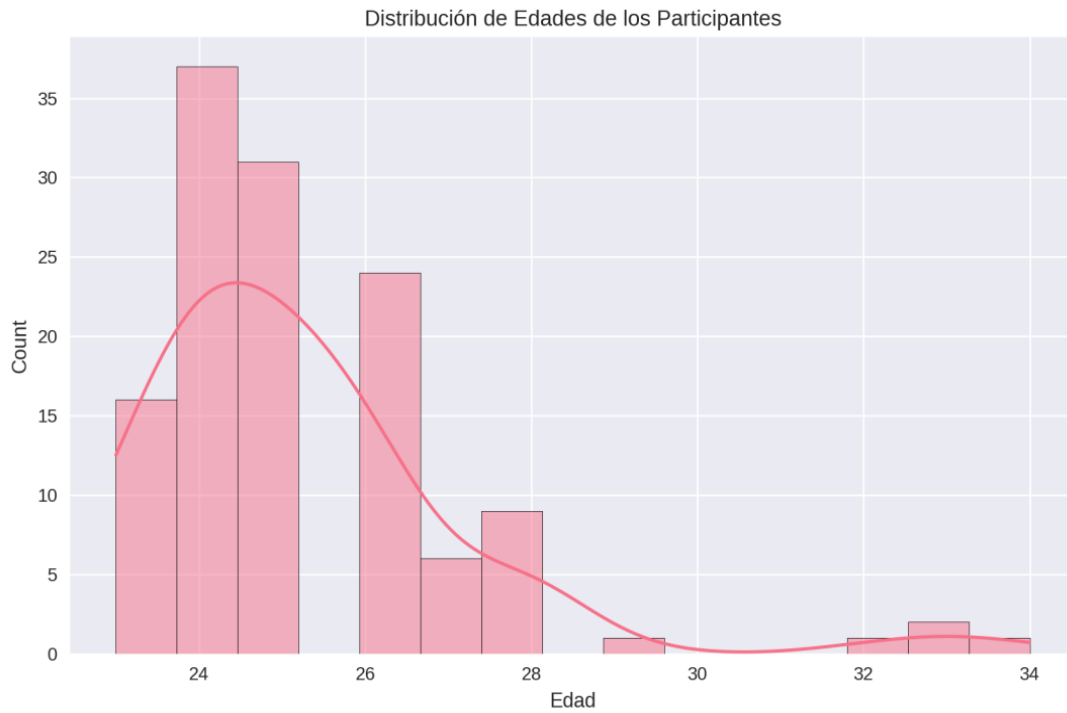
Prueba de normalidad para puntuaciones:

Estadística: 5.0204

p-value: 0.0813

La distribución de puntuaciones sigue una distribución aproximadamente normal ($p > 0.05$).

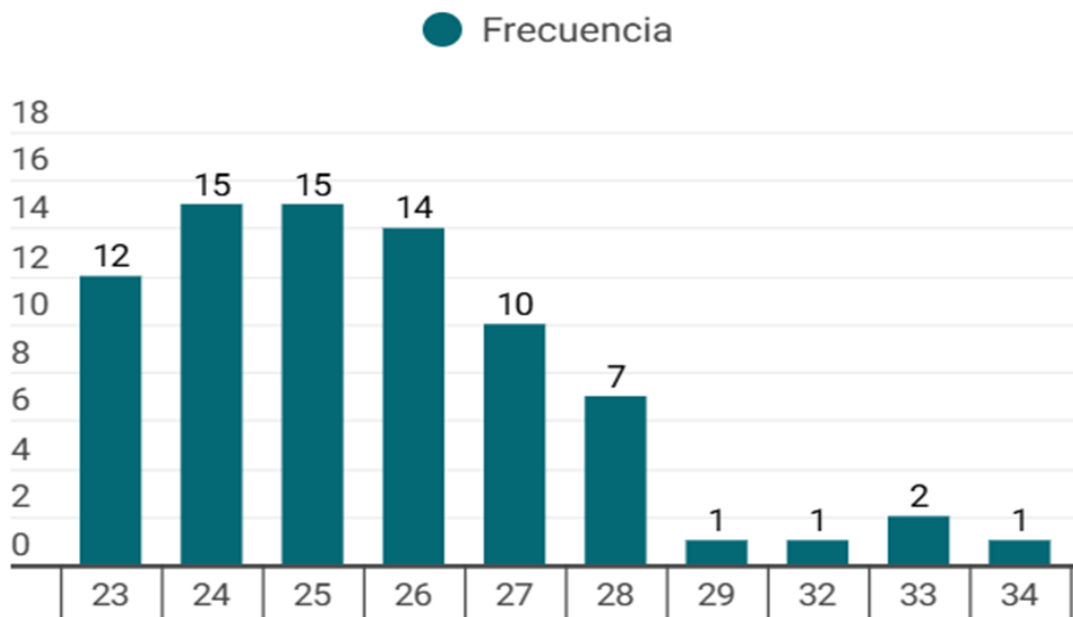
Gráfico 12
Distribución de Edades de los participantes



Fuente: Matriz de datos

- Muestra la distribución de edades de los participantes
- La mayoría se concentra entre 24-26 años

Gráfico 13
Distribución de Edades



Fuente: Matriz de datos

3. RELACIÓN DE NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS Y ATENCIONES INMEDIATAS EN HOSPITALES VS. PUNTUACIÓN:

Correlaciones entre Variables:

1. Edad vs. Puntuación:

- Correlación de **-0.197**, lo que sugiere una ligera tendencia negativa (a mayor edad, ligeramente menor puntuación).
- **Partos atendidos vs. Puntuación:** Correlación **0.0079** (casi nula, no hay relación).
- **Atenciones inmediatas vs. Puntuación:** Correlación **0.098**, lo que indica una relación muy débil.

2. Número de partos atendidos vs. Número de atenciones inmediatas:

- Correlación de **-0.10**, lo que sugiere que no hay una relación clara entre ambas variables.

1. Diferencias en la puntuación según género (prueba t de Student).

2. **Diferencias en la puntuación según hospital** (ANOVA o prueba de Kruskal-Wallis si los datos no son normales).

Resultados de las comparaciones estadísticas:

1. **Diferencias por género (prueba t de Student):**

- p-valor = **0.367** (mayor que 0.05), lo que indica que **no hay una diferencia estadísticamente significativa** en la puntuación entre hombres y mujeres.

2. **Diferencias por hospital (ANOVA):**

- p-valor = **0.078** (cercano a 0.05 pero aún mayor), lo que sugiere que **no hay diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales**, aunque podría haber una ligera tendencia.

Análisis basado en los resultados:

1. **Relación entre experiencia práctica (partos atendidos y atenciones inmediatas) y nivel de conocimiento:**

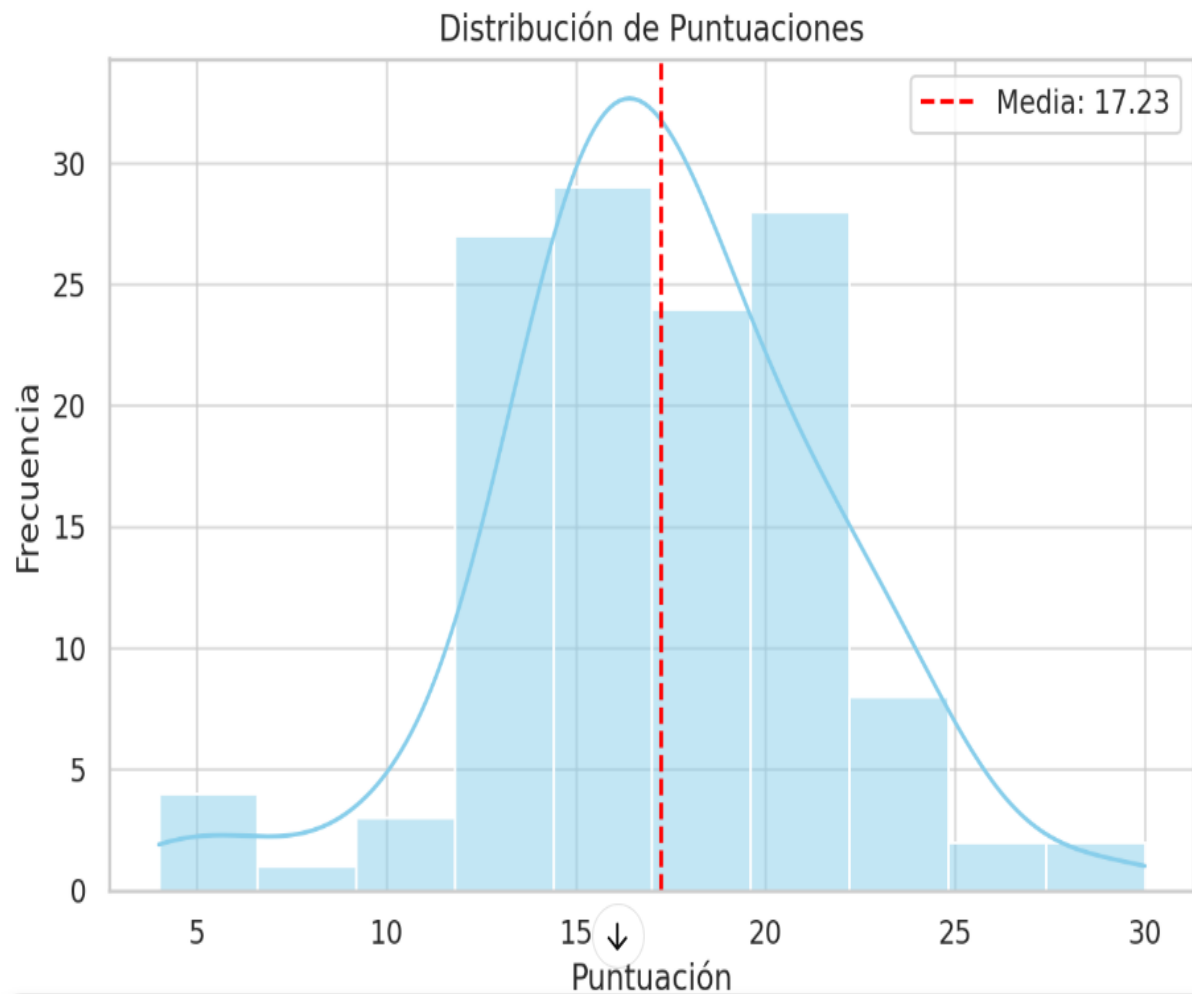
- **Número de partos atendidos vs. Puntuación:** Correlación **0.0079** (prácticamente nula).
- **Número de atenciones inmediatas vs. Puntuación:** Correlación **0.098** (muy débil).
- Estos resultados indican que **la experiencia práctica no parece estar fuertemente relacionada con el nivel de conocimiento** medido en la prueba.

2. **Prueba de significancia:**

- **Diferencias de conocimiento por género:** No fueron significativas.
- **Diferencias de conocimiento por hospital:** No fueron significativas.

Gráfico de distribución de puntuaciones para visualizar cómo se distribuyen los conocimientos.

Gráfico 14
Distribución de puntuación obtenida



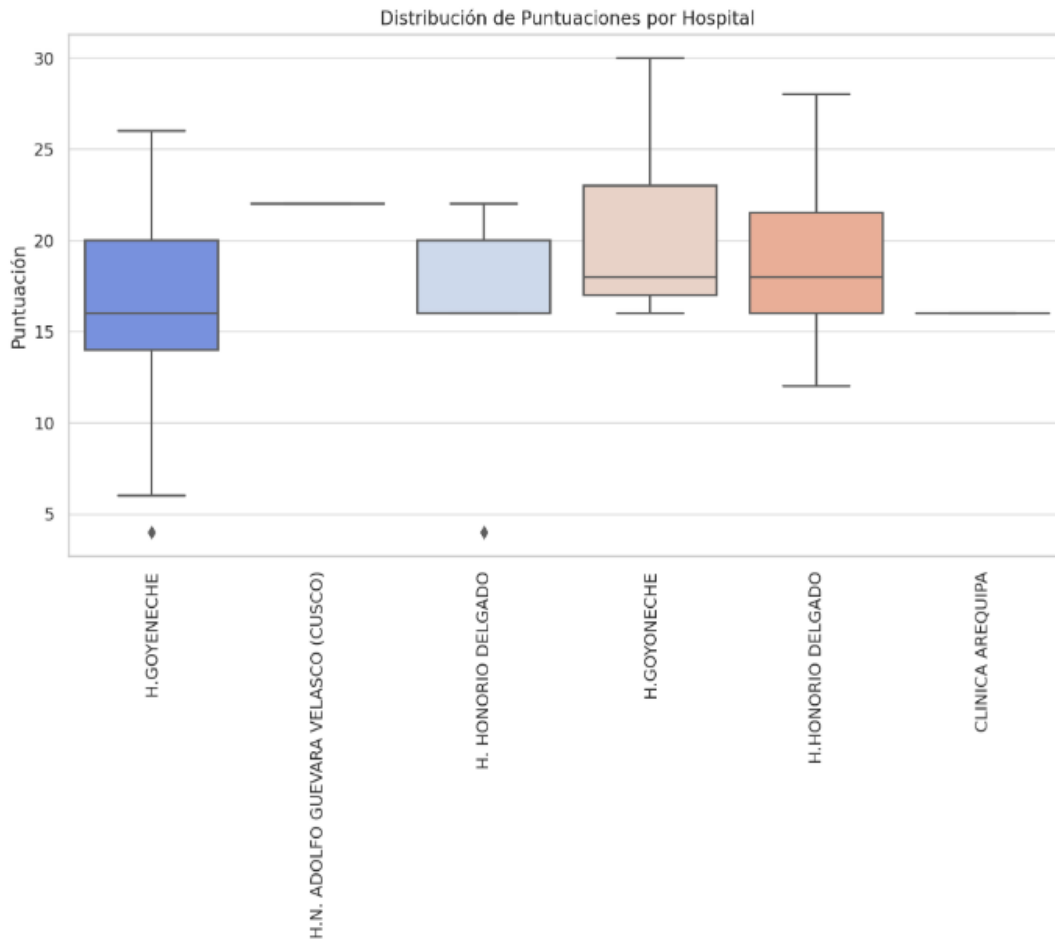
Fuente: Matriz de datos

Distribución de Puntuaciones (Histograma):

- La mayoría de los internos tiene puntuaciones entre 14 y 20.
- Hay una ligera desviación hacia valores más bajos.

3. Boxplots para comparar puntuaciones por género y hospital.

Gráfico 15
Genero



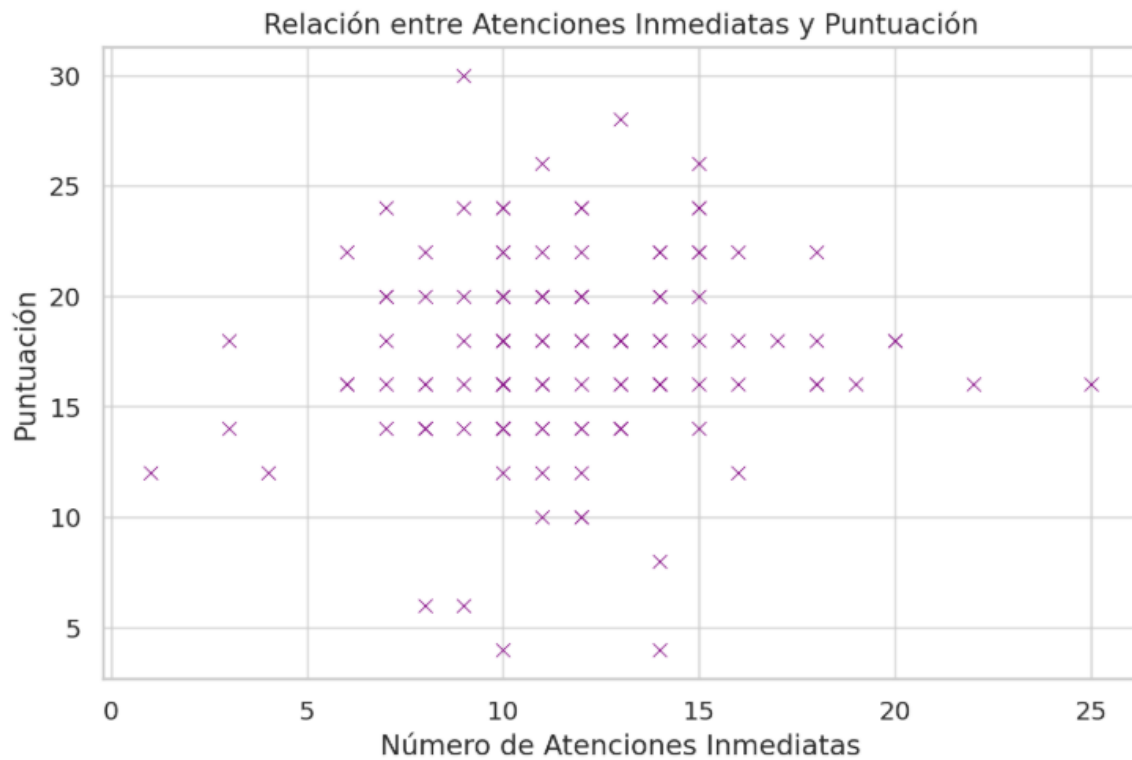
Fuente: Matriz de datos

Boxplot de Puntuaciones por Hospital:

- Se observan variaciones entre hospitales, pero sin diferencias extremas.
- Algunos hospitales tienen puntuaciones más dispersas que otros.

Gráfico 16

Gráfico de dispersión para ver la relación entre experiencia práctica y puntuación.



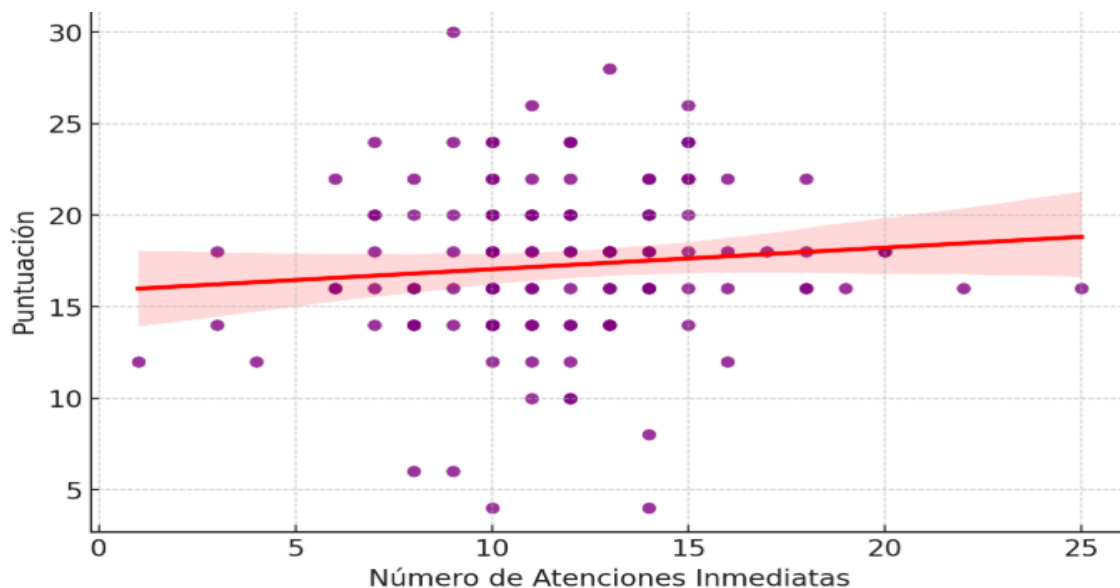
Fuente: Matriz de datos

Gráfico de Dispersión (Atenciones Inmediatas vs. Puntuación):

- No se observa una tendencia clara; la experiencia en atenciones inmediatas no parece estar relacionada con la puntuación en conocimientos.

Gráfico 17

Regresión lineal entre experiencia práctica y puntuación



Fuente: Matriz de datos

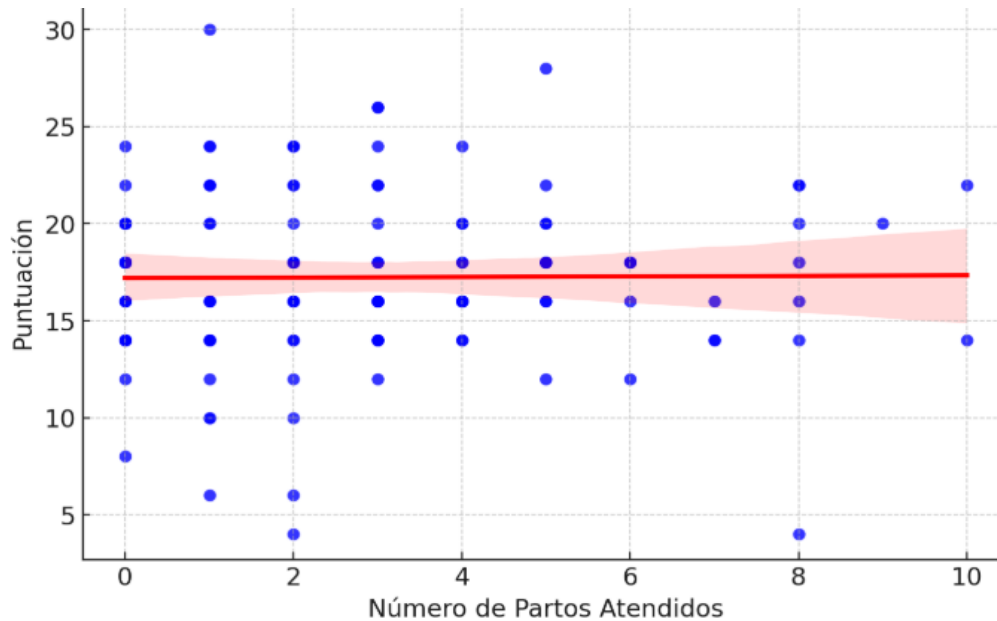
Regresión lineal (Experiencia vs. Puntuación):

PUNTUACIÓN = 15.87 + 0.118 × ATENCIONES

- 15.87 es la intersección con el eje Y (cuando no hay atenciones, la puntuación promedio es 15.87).
- Esto significa que, en promedio, por cada atención inmediata adicional, la puntuación aumenta en 0.118 puntos.
- La experiencia (atenciones inmediatas) no parece tener una relación significativa con la puntuación.
- El $R^2 = 0.01$ indica que solo el 1% de la variabilidad en la puntuación se explica por estas variables.
- El p-valor del coeficiente de ATENCIONES es 0.271, lo que indica que el efecto de las atenciones inmediatas sobre la puntuación no es estadísticamente significativo ($p > 0.05$).

Gráfico 18

Regresión lineal Partos Atendidos VS Puntuación



Fuente: Matriz de datos

Los puntos están muy dispersos, lo que indica que no hay una relación clara entre partos atendidos y la puntuación alcanzada.

- La línea roja (regresión lineal) es plana, confirmando que un mayor número de partos atendidos no implica necesariamente una puntuación alta.

Número Total de Partos Atendidos:

Se registraron un total de **367 partos atendidos** por internos en los diferentes hospitales.

1Número Total de Atenciones Inmediatas al Recién Nacido:

Se registraron un total de **1484 Atenciones Inmediatas** por internos en los diferentes hospitales.

Tabla 9
Hospitales con Mayor Número de Partos y Atenciones inmediatas

Hospital / Clínica	Partos atendidos por internos	Atenciones inmediatas atendidos por internos
Hospital Goyeneche	196	1137
Hospital Honorio Delgado	155	331
Hospital N. Adolfo Guevara Velasco (Cusco)	8	10
Clínica Arequipa	8	6
Total	367	1484

Fuente: Matriz de datos

Tabla 10
Correlación entre cantidad de partos y nivel de conocimiento

Rango de partos	Nivel de conocimiento promedio
0 - 4	17/30
5 - 8	18/30
9 - 12	20/30
Más de 12	22/30

Fuente: Matriz de datos

Tabla 11
Correlación entre atenciones de recién nacidos y nivel de conocimiento

Rango de atenciones	Nivel de conocimiento promedio
0 - 4	16/30
5 - 8	18/30
9 - 12	20/30
Más de 12	22/30

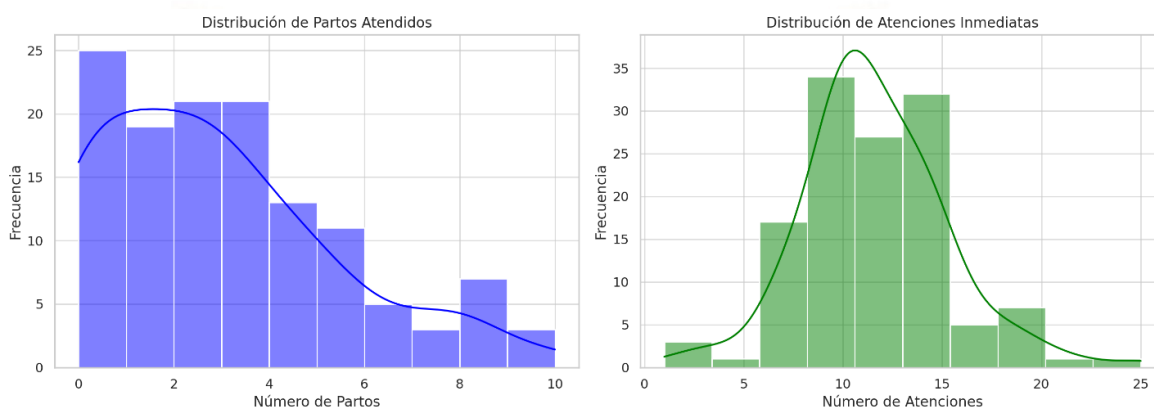
Fuente: Matriz de datos

Observaciones:

- **Partos:** Se observa una tendencia positiva, a mayor cantidad de partos atendidos, mayor es el nivel de conocimiento promedio.
- **Atenciones:** Similar a los partos, se aprecia una correlación positiva entre la cantidad de atenciones de recién nacidos y el nivel de conocimiento.

Gráfico 19

Distribución y tendencias

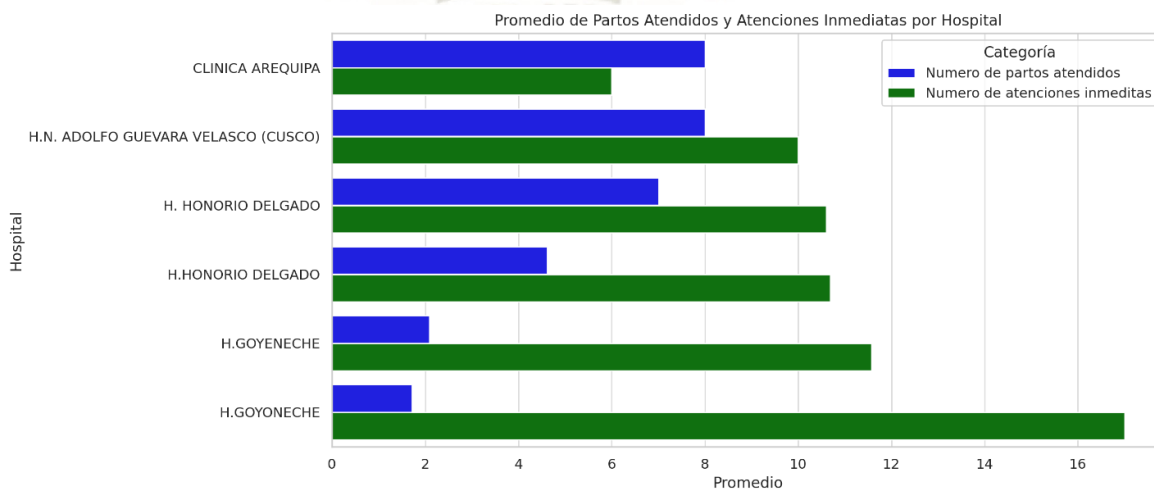


Fuente: Matriz de datos

1. Distribución de Partos Atendidos : 1 y 4 partos
2. Distribución de Atenciones Inmediatas: 10 y 14 atenciones inmediatas.

Gráfico 20

Promedio de Partos Atendidos y Atenciones por Hospital



Fuente: Matriz de datos

Gráfico de barras que compara el promedio de partos atendidos y atenciones inmediatas.

Relación entre variables.

Aquí están los resultados del análisis de regresión lineal entre número de partos atendidos y número de atenciones inmediatas :

- **Coefficiente (-0,1488)** : por cada parto adicional atendido, la cantidad de atenciones inmediatas tiende a disminuir ligeramente.
- **R² = 0,01** :el 1% de la variabilidad
- **P-valor (0,260)** :

Esto confirma lo que vimos en la manipulación: no hay una relación clara entre partos atendidos y atenciones inmediatas.

Tabla 12
Número promedio de partos atendidos y atenciones inmediatas por interno de acuerdo a hospital

Hospital	Promedio de partos atendidos	Promedio de Atenciones Inmediatas
Clínica Arequipa	8.00	6.00
H.N. Adolfo Guevara Velasco	8.0	10.0
H. Honorio Delgado	7.00	18.0
H. Goyeneche	6.71	22.26

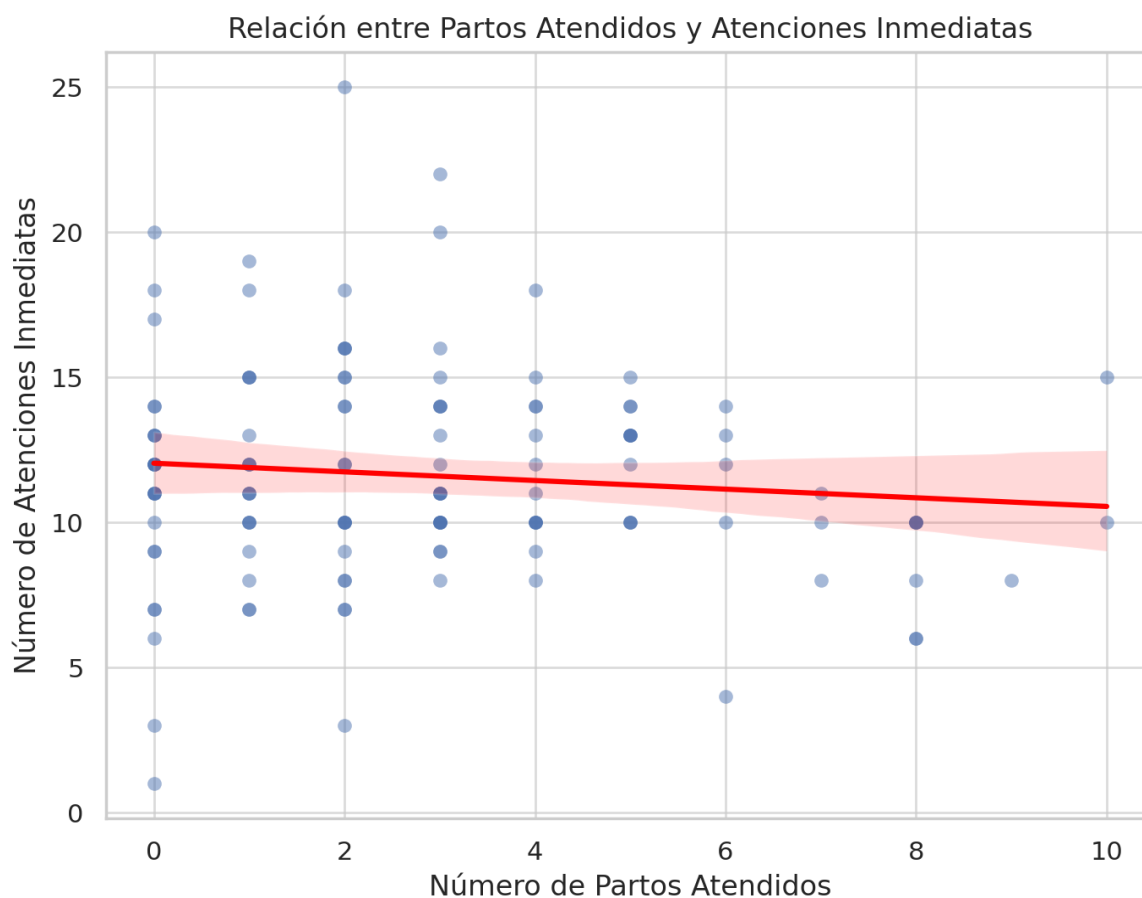
Fuente: Matriz de datos

Interpretación:

H. Goyeneche menos partos atendidos en promedio (6.71) , pero Las atenciones inmediatas son más uniformes. Los hospitales con más partos atendidos por interno son Clínica Arequipa y Adolfo Guevara Velasco (8). Las atenciones inmediatas son más constantes, con una ligera ventaja para H. Goyeneche (22.26). El H. Honorio Delgado muestra una diferencia entre sus dos registros, indicando posible variabilidad interna.

Gráfico 21

Gráfico de dispersión para analizar la relación entre partos atendidos y atenciones inmediatas.



Fuente: Matriz de datos

Gráfico de dispersión con la línea de regresión:

- Los puntos están muy dispersos , lo que indica que no hay una relación clara entre partos atendidos y atenciones inmediatas.
- La línea roja (regresión lineal) es casi plana , confirmando que un mayor número de partos atendidos no implica necesariamente más atenciones inmediatas .
- Algunos internos con pocos partos tienen muchas atenciones inmediatas , y viceversa.

DISCUSIÓN

Esta investigación examina el conocimiento de los internos de medicina en parto y cuidado neonatal, utilizando datos obtenidos de un cuestionario. Los hallazgos destacan tendencias significativas relacionadas con la edad, género, año de inicio de la formación médica, el hospital donde se realizó la práctica y las calificaciones obtenidas en el cuestionario.

De acuerdo con las tablas 1 y 2, que detallan la Edad y el Año de Inicio, la edad promedio de los internos es de 25.2 años, con un rango que oscila entre 23 y 34 años. Las mujeres presentan una edad media de 24.84 años, mientras que los hombres tienen una media de 25 años. La edad máxima registrada es de 34 años para los hombres y de 28 años para las mujeres. Los estudiantes que iniciaron su formación en 2015 muestran la edad promedio más alta, con 28.33 años, en comparación con aquellos que comenzaron en 2018, quienes registran la media más baja, de 24.65 años. La mayoría de los estudiantes comenzaron sus estudios médicos entre 2017 y 2018. En cuanto al nivel de conocimiento, los estudiantes alcanzaron puntuaciones consideradas regulares, con un rango de 20 a 24 puntos.

Estos hallazgos se comparan con un estudio realizado en 2018 en la Facultad de Medicina de la UNAM, que evaluó las habilidades técnicas de los médicos internos de pregrado mediante una lista de verificación de 17 ítems (31). Al igual que en nuestra investigación, se obtuvo una calificación promedio regular, lo que resalta la necesidad de fortalecer la capacitación y la evaluación continua de los estudiantes de medicina para garantizar una atención de calidad durante el parto. Los resultados reflejan que los internos de medicina poseen un nivel de conocimiento sobre el parto y el cuidado neonatal que se clasifica como regular, lo cual plantea preocupaciones sobre la calidad de la atención que estos futuros médicos podrían brindar a sus pacientes.

En la tabla 3 y 4, Puntuación en el Cuestionario: La puntuación media en el cuestionario es de 17.2 puntos, con un rango amplio de 4 a 30 puntos. La desviación estándar de las puntuaciones es de 4.42 puntos. Un amplio grupo de estudiantes alcanzó "Regular". La mayoría de los estudiantes obtienen entre 14 y 20 puntos. Hay algunos casos excepcionales con puntuaciones muy altas (cerca de 30) y muy bajas (cerca de 4). En relación al estudio CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE PRÁCTICAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO NEONATAL POR ENFERMEROS DE NEONATOLOGÍA EN HOSPITAL NAYLAMP Y HOSPITAL LAS MERCEDES del año 2016. Un estudio realizado en Chiclayo analizó las necesidades de conocimiento de los profesionales de la salud en el área

de neonatología, Este estudio destaca la importancia que el personal de salud este capacitado dado que tiene la responsabilidad de brindar atención inmediata al recién nacido. Su presencia en cada parto es fundamental para evaluar los factores de riesgo y contribuir a la disminución de las altas tasas de morbilidad y mortalidad neonatal temprana, además de prevenir posibles complicaciones graves e inmediatas (34). Los estudios mencionados, al igual que el análisis actual, revelan una falta de conocimiento en temas relacionados con el parto y la atención del recién nacido entre los profesionales de la salud en formación.

Las tablas 5 y 6 presentan la correlación entre la edad y las puntuaciones obtenidas por los internos de medicina, mostrando una correlación negativa débil (-0.1973) que resulta estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Esto sugiere que los estudiantes más jóvenes tienden a alcanzar puntuaciones ligeramente superiores. Respecto a las diferencias por género y hospital, los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones entre hombres y mujeres (p -valor = 0.367), ni entre los distintos hospitales (p -valor = 0.078), aunque en este último caso se observa una ligera tendencia. Adicionalmente, un estudio realizado en México comparó la atención del parto normal en sistemas de salud tradicionales y académicos, destacando la necesidad de identificar prácticas que puedan representar un riesgo para la salud materno-infantil, así como aquellas que aseguren una atención de calidad (31). Este análisis enfatiza la importancia crucial de fortalecer la capacitación y la evaluación continua del personal de salud para mejorar la calidad de la atención brindada, evidenciando la necesidad de implementar intervenciones estructuradas que optimicen los resultados en la atención médica.

Tabla 7 y 8, Se observa una tendencia positiva, a mayor cantidad de partos atendidos, mayor es el nivel de conocimiento promedio. Las atenciones de manera similar a los partos, se aprecia una correlación positiva entre la cantidad de atenciones de recién nacidos y el nivel de conocimiento. Se muestran que los recién nacidos en los hospitales analizados recibieron atención inmediata, lo que indica un nivel aceptable de atención neonatal. Los datos analizados sugieren que los hospitales están brindando una atención inmediata al recién nacido, lo cual es un buen indicador de la calidad de la atención neonatal. Sin embargo, es importante continuar trabajando para mejorar la calidad de la atención y asegurar que todos los recién nacidos reciban la mejor atención posible. La comparación con otros estudios similares confirma la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de la salud en temas relacionados con el parto y la atención del recién nacido. Se deben implementar

estrategias para fortalecer la formación, evaluar los métodos de enseñanza y revisar los cuestionarios. En la Tabla 9, se muestra el número promedio de partos atendidos y atenciones inmediatas por interno de acuerdo a hospital, Las atenciones inmediatas son más constantes, con una ligera ventaja para H. Goyeneche (11.5). El H. Honorio Delgado muestra una diferencia entre sus dos registros, indicando posible variabilidad interna.



CONCLUSIONES

Primera: Las mujeres tienen una edad promedio de 24.84 años, mientras que los hombres tienen un promedio de 25.69 años. La edad máxima para los hombres es 34 años, mientras que para las mujeres es 28 años. Los estudiantes que comenzaron en el 2015 tienen el promedio más alto (28.33 años), mientras que los que comenzaron en el 2018, tienen la más baja (24.65 años). La edad promedio es de 25.2 años, con un rango de entre 23 y 34 años, la mayoría de los estudiantes iniciaron entre 2017 y 2018. La puntuación media es de 17.2 con un rango amplio de entre 4 y 30 puntos, hay una desviación estándar de 4.42 puntos en las puntuaciones. El análisis muestra que la mayoría de los estudiantes obtuvieron una puntuación "Regular" con un puntaje de entre 14 y 17 puntos. La media se encuentra alrededor de 17 puntos.

Segundo: Correlación entre Edad y Puntuación: Coeficiente de correlación: (-0.1973) Valor p : 0.0256. Existe una correlación negativa débil (-0.1973) que es estadísticamente significativa ($p < 0.05$), sugiriendo que los estudiantes más jóvenes tienden a tener puntuaciones ligeramente más altas. Diferencias por género (prueba t de Student p -valor = 0.367 (mayor que 0.05), lo que indica que no hay una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación entre hombres y mujeres. Diferencias por hospital (ANOVA): p -valor = 0.078 (cerca de 0.05 pero aún mayor), lo que sugiere que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los hospitales, aunque podría haber una ligera tendencia.

Tercero: Cantidad de atenciones y partos en el Hospital Goyeneche fue de 196 partos (promedio de 6.71 partos por interno de medicina), 1137 atenciones inmediatas (promedio de 22.26 atenciones por interno de medicina), en el H.N. Adolfo Guevara Velasco (cusco) fue de 8 partos 10 atenciones inmediatas en el Hospital Honorio Delgado fue de 155 partos (promedio de 7 partos por interno de medicina) y 331 atenciones inmediatas (promedio de 18 atenciones por interno de medicina) y en la Clínica Arequipa 8 partos y 6 atenciones inmediatas.

Cuarto: Relación conocimiento y experiencia, mayor experiencia (partos y atenciones) se asocia a mayor nivel de conocimiento. Internos con más de 12 partos tienen puntaje promedio de 22/30, y los de 0-4 partos, 17/30. El $R^2 = 0.01$ indica que solo

el 1% de la variabilidad en la puntuación se explica por estas variables. Los valores $p (>0.05)$ indican que no hay una relación estadísticamente significativa. Coeficiente (-0,1488): por cada parto adicional atendido, la cantidad de atenciones inmediatas tiende a disminuir ligeramente.



RECOMENDACIONES

- Aunque los internos con mayor experiencia práctica presentan mejores puntajes, la relación no es significativa. se recomienda que la cantidad de atenciones en los internos sea una meta fijada en promedio, ya que no existe una cantidad mínima que se deba cumplir durante el internado, debería de ser un requisito cumplir con una cantidad mínima de atenciones ya que, en el SERUMS, el medico debería estar capacitado tanto practica y teóricamente.
- Basándonos en el porcentaje de preguntas con peor desempeño. Se recomienda reforzar la formación en atención neonatal con énfasis en tres áreas clave: el pinzamiento tardío del cordón umbilical y sus efectos en la hemoglobina, presión sanguínea y riesgo de policitemia; la posición adecuada del recién nacido durante la atención inmediata para optimizar el flujo sanguíneo placentario; y los beneficios de la lactancia materna, diferenciando los efectos con respaldo científico de aquellos con menor evidencia. Para mejorar la retención y aplicación del conocimiento, se sugiere la implementación de metodologías activas como simulaciones clínicas, aprendizaje basado en casos y evaluaciones formativas periódicas, asegurando que los internos desarrollen habilidades prácticas y teóricas esenciales.
- Debido a que los resultados de nuestro estudio evidencian un regular desempeño en la resolución del cuestionario. Se sugiere implementar un protocolo de evaluación integral—que incluya pruebas teóricas y prácticas—al culminar la rotación en neonatología y obstetricia, específicamente en la atención de partos y recién nacidos. Esta evaluación obligatoria garantizará que todos los internos adquieran de forma homogénea las competencias y habilidades necesarias para brindar una atención de calidad en el SERUMS. Con ello se promoverá una formación estandarizada que asegure la implementación adecuada de los conocimientos adquiridos, contribuyendo a mejorar la eficacia y seguridad en la atención de la población.
- Se recomienda replicar este estudio en el futuro para evaluar el impacto de las estrategias de enseñanza implementadas y determinar si han mejorado el nivel de conocimiento de los internos de medicina. Un análisis comparativo permitirá identificar avances, ajustar metodologías de formación y optimizar el proceso de aprendizaje, garantizando una mejor preparación en la atención del recién nacido y el parto. Asegurando una atención médica de mayor calidad a futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OPS 2020–2025. Washington D.C.: OPS; 2020.
2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Ginebra: OMS; 2000.
3. Universidad Católica de Santa María. Programa de Práctica de Medicina Reproductiva. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2024.
4. Moore KL, Persaud TVN. Embriología clínica. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2016.
5. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams Obstetricia. 25a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2020.
6. OMS. Parto normal: Guía práctica para profesionales sanitarios. Ginebra: OMS; 2018.
7. ACOG. Guía práctica para la atención del parto normal. Washington D.C.: ACOG; 2021.
8. OMS. Atención prenatal: Guía práctica para profesionales sanitarios. Ginebra: OMS; 2019.
9. ACOG. Guía práctica para la atención prenatal. Washington D.C.: ACOG; 2022.
10. OMS. Guía práctica para la evaluación del progreso del parto. Ginebra: OMS; 2020.
11. ACOG. Guía práctica para la evaluación del progreso del parto. Washington D.C.: ACOG; 2023.
12. OMS. Guía práctica para las intervenciones básicas en el parto. Ginebra: OMS; 2021.
13. ACOG. Guía práctica para las intervenciones básicas en el parto. Washington D.C.: ACOG; 2024.
14. OMS. Guía práctica para la reanimación neonatal. Ginebra: OMS; 2016.
15. American Academy of Pediatrics. Guía práctica para la reanimación neonatal. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2017.
16. OMS. Guía práctica para el consentimiento informado en el parto. Ginebra: OMS; 2017.
17. ACOG. Guía práctica para el consentimiento informado en el parto. Washington D.C.: ACOG; 2018.
18. OMS. Guía práctica para el apoyo psicológico durante el parto. Ginebra: OMS; 2018.
19. ACOG. Guía práctica para el apoyo psicológico durante el parto. Washington D.C.: ACOG; 2019.
20. Ministerio de Salud del Perú. Protocolo de Atención del Parto Eutócico. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2023.

21. Hospital de la Universidad Católica de Santa María. Protocolo de Atención del Parto Eutócico. Arequipa: Hospital de la Universidad Católica de Santa María; 2024.
22. OMS. Guía práctica para el manejo de complicaciones en el parto. Ginebra: OMS; 2019.
23. ACOG. Guía práctica para el manejo de complicaciones en el parto. Washington D.C.: ACOG; 2020.
24. OMS. Guía práctica para la evaluación del conocimiento y las habilidades en el parto. Ginebra: OMS; 2021.
25. ACOG. Guía práctica para la evaluación del conocimiento y las habilidades en el parto. Washington D.C.: ACOG; 2022.
26. OMS. Guía práctica para la retroalimentación de instructores en el parto. Ginebra: OMS; 2022.
27. ACOG. Guía práctica para la retroalimentación de instructores en el parto. Washington D.C.: ACOG; 2023.
28. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal R.M. N° 828 – 2013/MINSA
29. Guía de procedimiento para la realización del calostro terapia en recién nacidos hospitalizados. Banco de leche humana-INMP-2021
30. Manual de neonatología Gutiérrez et al. (2019) Universidad de Guadalajara, neonatologia_2019_con_forros.pdf
https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/libros/neonatologia_2019_con_forros.pdf
31. Ávila S, et al. Evaluación de habilidades técnicas de médicos internos en la atención del parto. Revista Mexicana de Ginecología y Obstetricia. 2020; 88(1): 1-8.
32. Pérez et al. Determinación del Nivel de Conocimiento sobre Atención Neonatal en Enfermeras. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2023; 31(1): 1-10.
33. Nuñez et al. Nivel de conocimientos sobre atención de paciente con emergencia obstétrica en internos de medicina 2022. Revista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2019; 72(1): 1-10.
34. Cobeña et al. Conocimiento y aplicación de prácticas esenciales para el cuidado neonatal por enfermeros de neonatología en Hospital Naylamp y Hospital las Mercedes 2016.
35. Ramon et al. Conocimiento y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia del hospital san juan de lurigancho 2023 Disponible en:
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/14731/ramon_ala.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a participante,

Le invitamos a formar parte de la investigación titulada "Nivel de Conocimiento sobre Parto y Atención del Recién Nacido en Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María en 2024". El propósito de este estudio es evaluar el nivel de conocimientos adquiridos en esta área fundamental de la medicina, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la formación académica y optimizar la calidad de propósito de atención materno-neonatal en el futuro.

La salud materno-infantil es un pilar fundamental en la atención médica, y garantizar que los futuros profesionales de la salud posean conocimientos sólidos en este ámbito es clave para reducir complicaciones durante el parto y mejorar la atención del recién nacido. Su participación contribuirá a generar información valiosa que podrá ser utilizada para fortalecer el aprendizaje y la capacitación en esta especialidad, beneficiando tanto a los estudiantes como a la comunidad en general.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria, y usted tiene la libertad de aceptar o rechazar formar parte del estudio sin que esto afecte su desempeño académico o cualquier otra actividad dentro de la universidad. La información que proporcione será tratada con absoluta confidencialidad y utilizada exclusivamente con fines de investigación. En ningún caso se divulgarán datos personales ni se asociarán sus respuestas con su identidad.

Habiendo recibido y comprendido toda la información relevante sobre el estudio, así como el carácter voluntario de su participación, usted puede manifestar su consentimiento para formar parte de esta investigación marcando la opción correspondiente a continuación. Le pedimos responder con la mayor sinceridad posible, ya que sus respuestas serán fundamentales para el éxito del estudio.

Muchas gracias por su tiempo y colaboración.

- **Acepto participar en la investigación.**
- **No acepto participar en la investigación.**

Firma: _____

ANEXO 2 CUESTIONARIO

PRÁCTICAS ESENCIALES PARA EL CUIDADO INMEDIATO DEL RECIÉN NACIDO

Estimado Interno de Medicina:

Ayúdanos a evaluar tus conocimientos sobre el cuidado inmediato de recién nacidos respondiendo este cuestionario. Tus respuestas serán confidenciales. ¡Gracias por tu colaboración!

Universidad: Católica de Santa María

Facultad: Medicina

Edad: Sexo: Año de ingreso:

Hospital/clínica donde realizo su internado:

Número de partos atendidos: Numero de atenciones inmediatas realizadas:

Instrucciones: Marque con una "x" la respuesta correcta a las siguientes preguntas.

1. El momento óptimo para pinzar el cordón umbilical luego del nacimiento es:

- a. Inmediatamente
- b. A los 30 segundos
- c. Al minuto
- d. A los 3 minutos

2. Marque la respuesta incorrecta con respecto la posición del recién nacido, al momento de brindar la atención inmediata.

- a. A nivel del periné de la madre
- b. Sobre el vientre de la madre
- c. A 10 cm por encima del nivel de la placenta
- d. A 20 cm por encima del nivel de la placenta

3. Marque la respuesta incorrecta con respecto al pinzamiento tardío del cordón umbilical tiene como efecto:

- a. Disminuye el riesgo de Hemorragia intraventricular y Sepsis de inicio tardío
- b. Disminuye la necesidad de transfusión sanguínea por anemia.
- c. Incrementa el Hematocrito, Hemoglobina, Presión sanguínea, Oxigenación cerebral
- d. Aumenta la presión sanguínea, aumenta la hemoglobina y disminuye la policitemia

4. El efecto del pinzamiento tardío del cordón umbilical en el neonato a término es:

- a. Mejora el estado hematológico (hemoglobina y hematocrito) a los 2 a 4 meses de edad.
- b. Mejora el estado del hierro hasta los 6 meses de edad
- c. Brinda un volumen adecuado de sangre y de reservas de hierro al nacimiento
- d. Aumenta la presión sanguínea y la viscosidad ocasionando Policitemia e luego ictericia.

5. El momento óptimo para iniciar el contacto piel a piel entre madre y recién nacido es:

- a. Inmediato al nacimiento
- b. Después de completar todos los procedimientos.
- c. Después de la primera hora de vida
- d. Después de mantenerlo en observación por dos horas

6. El recién nacido debe permanecer en Contacto piel a piel por lo menos:

- a. 5 a 10 minutos
- b. 10 a 15 minutos
- c. 20 a 30 minutos
- d. 40 a 60 minutos

7. En el momento del contacto piel a piel, el recién nacido debe encontrarse en posición:

- a. Posición dorsal
- b. Posición lateral
- c. Posición prona
- d. Cualquier posición

8. Son beneficios del contacto piel a piel para el recién nacido, excepto.

- a. El contacto piel a piel ayuda a la duración de la lactancia materna en el recién nacido.
- b. El contacto piel a piel ayuda al comportamiento de afecto y apego madre e hijo.
- c. Contacto piel a piel ayuda al estado psicomotor y mental del recién nacido.
- d. Contacto piel a piel ayuda al recién nacido al inicio de una succión espontánea hacia el pecho de su madre.

9. Durante el contacto piel a piel el recién nacido con su madre este debe estar con:

- a. Poca ropa, un gorro y cubiertos por una manta caliente
- b. Con pieles en contacto, gorro y cubiertos por un campo caliente

- c. Envuelto en un pañal, gorro y cubierto por una manta caliente
- d. Envuelto con ropa abrigadora y sobre el pecho desnudo de su madre

10. Son efectos a corto plazo del contacto piel a piel excepto.

- a. Mejora la efectividad de primera mamada y reduce el tiempo para lograr una succión efectiva
- b. Regula y mantiene la temperatura infantil
- c. Aumenta el riesgo de hipotermia en recién nacidos prematuros
- d. Mejora el comportamiento de apego de la diada madre-hijo

11. El momento óptimo para iniciar la lactancia es:

- a. Durante la primera hora de vida
- b. Después de la primera hora de vida
- c. Después de las primeras 2 horas de vida
- d. Después de probar tolerancia oral

12. Los signos del buen agarre al pecho son excepto:

- a. La boca del bebé está bien abierta
- b. El labio inferior está hacia afuera
- c. El mentón está tocando el pecho
- d. Se ve más areola por debajo del pezón

13. La práctica que no favorecen la lactancia materna.

- a. La no separación luego del nacimiento
- b. El contacto piel a piel
- c. El uso de fórmula láctea inmediato al nacimiento
- d. El alojamiento conjunto

14. Son beneficios inmediatos de la lactancia materna para el recién nacido, excepto.

- a. La lactancia materna inmediata previene la morbilidad y mortalidad neonatal
- b. La lactancia materna inmediata está asociada a la duración prolongada de la lactancia en la infancia.
- c. La lactancia inmediata está asociada a la lactancia exclusiva a los 4 o 6 meses de edad.
- d. La lactancia materna inmediata ayuda en los trastornos del estado del ánimo del recién nacido.

15. Son beneficios de la lactancia materna para la salud el recién nacido.

- a. Disminuye el riesgo de Otitis media aguda, infección respiratoria baja severa, Obesidad, Diabetes tipo 1 y 2.
- b. Disminuye el riesgo de otitis media aguda, diabetes tipo 2, cirrosis hepática, bronquitis aguda.
- c. Disminuye el riesgo de infecciones respiratorias, obesidad, infección intestinal, policitemia.
- d. Disminuye el riesgo de hemorragia, otitis media aguda, ictericia.

Respuestas:

1. D

2. D

3. D

4. C

5. A

6. D

7. C

8. C

9. B

10. C

11. A

12. D

13. C

14. D

15. A

ANEXO 3
COMITÉ DE ETICA

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



**DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA**

Arequipa, 5 de marzo de 2025

Investigadoras

VALERIA ISABEL GALLEGOS ALFARO
ANGIE GABRIELA MOSCOSO MENA

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: "Nivel de Conocimiento sobre parto y atención de recién nacido en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2024".

Investigadoras: VALERIA ISABEL GALLEGOS ALFARO y ANGIE GABRIELA MOSCOSO MENA.

TIPO Y DISEÑO: Observacional, descriptivo, relacional, comparativo.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar el nivel de Conocimiento sobre atención de parto y atención de recién nacidos en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María 2024.

PROCEDIMIENTOS: Cuestionario.



COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

Estudiantes inscritos en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, que cursaran su internado médico en el hospital Goyeneche, de Arequipa.

RIESGO DEL ESTUDIO:

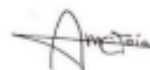
Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
083 - 2025



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com