

## Escenario de simulación interdisciplinaria en educación en enfermería: parto y nacimiento humanizados\*

Luciana Mara Monti Fonseca<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>

Juliana Cristina dos Santos Monteiro<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6470-673X>


Natália Del'Angelo Aredes<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1661-8601>

Juliana Villela Bueno<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0003-4909-9374>

Aline Natália Domingues<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-6764-7146>

Verónica Rita Dias Coutinho<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8073-4562>

Rui Carlos Negrão Baptista<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4125-1186>

**Objetivo:** desarrollar y validar con un panel de expertos un escenario de simulación clínica materno-infantil, relacionado con el parto y el nacimiento humanizados. **Método:** estudio metodológico basado en el marco de Jeffries y guías estandarizadas de la *International Nursing Association for Clinical Simulation in Learning*, que utilizó análisis con estadísticas descriptivas para los aspectos generales de la adhesión a las guías mencionadas e inferenciales para validar la *checklist* de acciones a través del *Intraclass Correlation Coefficient (ICC)*. **Resultados:** el escenario contiene objetivos de aprendizaje, recursos necesarios, orientaciones de *prebriefing* y *debriefing*, directrices, descripción de la situación simulada, participantes y roles, y *checklist* de las acciones esperadas. La validación obtuvo un nivel de acuerdo superior al 80% en todos los aspectos evaluados por 31 expertos, destacando el realismo del entorno y el entorno, los parámetros de los signos vitales, la alineación con la literatura científica y el estímulo del pensamiento crítico y la resolución de problemas. Además, el *checklist* de acciones fue validado con un acuerdo de 0,899 entre *expertos*, analizada estadísticamente por la prueba ICC y el alfa de Cronbach 0,908 (intervalo de confianza del 95%). **Conclusión:** el escenario simulado sobre el nacimiento humanizado y el parto puede fortalecer la articulación entre las disciplinas de salud de mujeres y niños, y fue validado por *expertos*.

**Descriptores:** Simulación; Parto Humanizado; Enfermería Obstétrica; Enfermería Neonatal; Educación en Enfermeira; Enseñanza.

\* Este artículo hace referencia a la convocatoria "Tecnologías educativas y métodos pedagógicos innovadores en la formación de recursos humanos en salud". Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Bolsa Produtividade DT - Proc. 301428/2016-6, Brasil.





<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Centro Colaborador de la OPS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, Goiânia, GO, Brasil.

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

### Cómo citar este artículo

Fonseca LMM, Monteiro JCS, Aredes NDA, Bueno JV, Domingues AN, Coutinho VRD, Baptista RCN. Interdisciplinary simulation scenario in nursing education: Humanized childbirth and birth. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3286.

[Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3681.3286>.

mes día año

URL

## Introducción:

La complejidad de las situaciones de salud que enfrentan los profesionales de enfermería en su vida diaria requiere un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que deben movilizarse de manera articulada para abordar las necesidades de salud de la población<sup>(1)</sup>.

Las Pautas Curriculares Nacionales para Enfermería determinan que el aprendizaje se centra en el estudiante como un sujeto activo en este proceso, y el profesor tiene el rol de facilitador y mediador<sup>(2)</sup>. Este documento dirigió los cambios curriculares en los proyectos pedagógicos de los cursos en todo el país, y su nueva versión preliminar, aprobada por la Comisión Nacional de Salud en 2018, presenta elementos compatibles con este aspecto, destacando aún más.

Sin embargo, para que estas pautas se traduzcan en mejoras en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es necesario invertir en capacitación basada en metodologías activas, que permitan un aprendizaje significativo<sup>(3)</sup>.

En este contexto, la simulación clínica se destaca como una estrategia alineada con el modelo de pedagogía activa, permitiendo a los estudiantes la oportunidad de desarrollar un aprendizaje complejo al experimentar situaciones realistas en un entorno seguro y sin riesgos<sup>(3)</sup>. A través de prácticas simuladas, el estudiante/profesional de la salud puede mejorar las habilidades técnicas, de comunicación y también de comportamiento, desarrollar la observación crítica, aprender a trabajar en equipo, ejercitar el razonamiento clínico y la toma de decisiones<sup>(1)</sup>.

La simulación clínica o realista tiene un atributo educativo importante para mejorar el rendimiento de los estudiantes en entornos de práctica, ya que permite la ejecución de una acción de asistencia en un entorno seguro, en el que es posible cometer errores sin perjudicarse a sí mismos ni a los demás, lo que refleja sobre el error y defina nuevas estrategias con miras a corregirlo antes de enviarlo a la práctica de atención<sup>(4-5)</sup>.

Otra ventaja importante de la simulación, que en particular motivó la realización de este trabajo, es la posibilidad de una interfaz entre contenidos y temas que generalmente están fragmentados en diferentes disciplinas. Como permite la articulación de contenidos en una perspectiva interdisciplinaria, la simulación se destaca en la educación de competencias y en el ejercicio del razonamiento clínico con vistas a la atención integral de la salud. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación fue desarrollar y validar un escenario de simulación en el área materna e infantil relacionada con el parto y el nacimiento humanizados.

## Método

Investigación metodológica para el desarrollo de un escenario de simulación clínica en una perspectiva interdisciplinaria y validación con *expertos* en el tema de la salud de mujeres y niños, realizada en el primer trimestre de 2019.

Para el desarrollo del escenario de simulación, adoptamos el marco propuesto por Jeffries<sup>(6)</sup> que se compone de los siguientes elementos: identificación del tema, objetivos de la simulación, participantes, escenario y proceso de *debriefing*, además de las guías de elaboración estandarizadas por la *International Nursing Association for Clinical Simulation in Learning* (INACSL)<sup>(7)</sup>.

El tema "parto humanizado" surgió de la relevancia de articular el conocimiento de la atención a mujeres y niños durante el parto y el nacimiento, problematizando situaciones reales en un entorno de laboratorio simulado. Este escenario se desarrolló como una actividad de un curso de formación para docentes, impartido en la institución donde se realizó la investigación, por especialistas en simulación europeos. El escenario se presentó inicialmente a los participantes de este curso y, en base a esta actividad, el escenario se mejoró con las sugerencias de los participantes y especialistas que impartían el curso para profesores.

Es probable que el escenario desarrollado sea realizado por profesores y facilitadores de ambas áreas, que generalmente se separan en disciplinas en los cursos de atención médica, pero que están intrínsecamente relacionados en el proceso de atención.

Para la validación de este escenario, ofrecemos un curso de actualización sobre la humanización de la atención obstétrica y neonatal en el que los participantes fueron invitados a validar el escenario de simulación, con la información de que la no aceptación no implicaría la continuidad de la participación en el curso, ni representaría carga de cualquier tipo. Todos los invitados aceptaron y firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación (CAAE: 02457118.9.0000.5393) carta No.3.134.086/2019, el 06 de febrero de 2019 y siguió todos los preceptos éticos previstos por la Resolución 466/2012.

Después de la aceptación, los participantes del curso se dividieron en tres grupos (con 10, 10 y 11 participantes) para la simulación, y en cada grupo, dos se ofrecieron como voluntarios para realizar la actuación en el escenario, cuya duración promedio fue 10 minutos. Como se estableció convencionalmente en la simulación, los otros miembros de los grupos observaron y participaron en la etapa de *debriefing*.

En la etapa de validación participaron 31 especialistas de enfermería en salud de mujeres y niños, que eran

docentes, enfermeros que trabajaban en servicios de salud con énfasis en el cuidado materno-infantil y estudiantes graduados en esta misma área de conocimiento, un número considerado excelente para el proceso de validación<sup>(8)</sup>.

La validación tuvo lugar en un Centro de Simulación y el escenario desarrollado fue de alta fidelidad conceptual, emocional y ambiental, con actores y facilitadores experimentados y especialmente capacitados para el escenario de investigación.

Por lo tanto, para la recopilación de datos del presente estudio, desarrollamos un instrumento a partir de un trabajo de validación de simulación robótica<sup>(9)</sup>, del grupo *Bay Area Simulation Collaborative* (BASC) para la validación de escenarios<sup>(10)</sup> y la *Simulation Design Scale*, traducida y validada para el idioma portugués<sup>(11)</sup>, y también incluimos un espacio abierto para comentarios de expertos.

Para mejorar el escenario y el instrumento desarrollado antes de la recopilación de datos, realizamos un estudio piloto entre los facilitadores, actores y estudiantes de posgrado invitados, con un total de seis participantes, momento en el cual se llevó a cabo el ensayo y la alineación de los actores entre los facilitadores, así como la gestión del simulador obstétrico de alta fidelidad utilizado en la simulación.

Después de completar la simulación (*prebriefing*, escena y *debriefing*), los participantes completaron los instrumentos de validación.

Para la validez, se utilizó el porcentaje de acuerdo, que consideró que el mínimo del 80% era satisfactorio entre los expertos<sup>(8)</sup>. Para garantizar la validación del instrumento, se realizó un análisis de acuerdo utilizando SPSS versión 21.0 para medir la consistencia de las decisiones de los evaluadores<sup>(12)</sup> utilizando el *Intraclass Correlation Coefficient* - ICC. ICC es un método estadístico que permite medir la fiabilidad de las evaluaciones que reflejan tanto el grado de correlación como el acuerdo entre los evaluadores<sup>(13)</sup> y, para cumplir con el propósito propuesto en el estudio, se utilizó el análisis de acuerdo absoluto, para medir si diferentes expertos asignarían puntajes similares utilizando el instrumento propuesto.

Los puntos de corte del análisis ICC generalmente varían según la referencia, pero siempre con valores entre 0 y 1, lo que indica una correlación alta cuanto más cerca de 1 y una correlación baja cuanto más cerca de 0. En el presente estudio, adoptamos el marco que define: ICC <0,4 como débil; 0,59> ICC > 0,4 como regular; 0,74> ICC > 0,59 como bueno y 1,0> ICC > 0,74 como excelente<sup>(14)</sup>.

Además, el análisis descriptivo evaluó el escenario de simulación con respecto a la información contenida que guía al alumno a resolver la situación del problema, la alineación con la evidencia científica, el realismo, los recursos utilizados, el nivel de dificultad y el *debriefing*.

## Resultados:

Como resultado del primer objetivo de este estudio, desarrollar el escenario de simulación, se denominó "Parto y nacimiento humanizados" y tenía los siguientes objetivos de aprendizaje: ofrecer asistencia humanizada durante el parto y evaluar clínicamente a la mujer y al recién nacido (RN), para fomentar el contacto piel con piel y la lactancia materna en la primera hora de vida.

La escena simulada presenta, en general, una parturienta primigesta adolescente, acompañada por su hermana en la sala de partos durante el período del parto. La parturienta se encuentra en una posición ginecológica y está siendo atendida por un profesional de la salud especializado en obstetricia con conducta irrespetuosa y fuera de alineación con las buenas prácticas de humanización en la atención. El recién nacido nace sonrojado, llorando y estornudando, Apgar 10/10 y es recibido por el profesional de la salud representado por un actor que recomienda colocar al bebé en la cuna calentada y llamar al pediatra. En este punto, la simulación tiene dos puntos de resultado predichos: 1- el participante voluntario en la escena sugiere que, debido a las buenas condiciones, el recién nacido se coloca junto a la madre para el contacto piel con piel y la lactancia materna, o 2- el participante voluntario en la escena coloca al recién nacido en la cuna calentada y llama al pediatra.

En cuanto a los recursos necesarios para implementar la simulación, recomendamos lo desarrollado y validado en este estudio, que consiste en: simulador obstétrico de alta fidelidad con simulador de recién nacido, un actor o actriz para representar al profesional de la salud que realiza el parto, un actor o actriz para representar al pediatra que puede ser llamado a la escena y una actriz para representar a la hermana de la parturienta. La decisión de cambiar el compañero es libre y no interfiere en el resultado del escenario, y puede ser la persona que el parturiente desea, como su cónyuge, madre, hermana o hermano, amigo o amiga, en cumplimiento de la Ley No 11.108, del 07 de abril de 2005<sup>(15)</sup>.

Destacamos la importancia del simulador obstétrico que permite a los participantes la percepción de que en realidad está ocurriendo un parto normal, hecho posible por la salida del bebé a través de la lubricación del canal de parto simulado. El lubricante aplicado al simulador debe ser compatible con el mantenimiento de su material, evitando riesgos de depreciación del maniquí.

La figura del profesional médico especialista en pediatría no se incluyó originalmente en el escenario, pero después de la validación (descrita a continuación), los *expertos* sugirieron su inclusión para fortalecer la semejanza con los centros de parto reales.

Es necesario tener una cuna calentada en el entorno simulado, una mesa auxiliar con materiales como fluidos para infusión intravenosa y materiales de acceso venoso, glucómetro con cintas, oxímetro, estetoscopio, esfigmomanómetro, campos estériles y filtro de agua con vasos. Aún en la perspectiva del apoyo ambiental, vale la pena señalar la importancia de un registro médico físico con datos sobre el parto, partograma, un formulario con las variables de la evaluación de Apgar y para registrar los datos de entrega, que deben ser preparados por los profesores con anticipación.

Para realizar la simulación, el primer momento fue el *prebriefing*, que comprende una preparación previa para lo que se experimentará en el escenario basado en el tema. Por lo tanto, los participantes recibieron previamente referencias científicas para el estudio del parto y el parto con un enfoque en la humanización de la atención. En el momento de la actividad simulada con los participantes, en el Centro de Simulación, el *prebriefing* siguió los pasos: acuerdo de las reglas, los roles a desempeñar, el respeto mutuo y la confidencialidad. Así, en el *prebriefing*, además de estos ítems, identificamos las experiencias de los participantes en simulaciones previas y en el parto y el parto, aclaramos que el objetivo general del escenario sería la asistencia en este contexto, informamos que el tiempo estimado de la escena tomaría diez minutos y presentamos el entorno y el funcionamiento de los equipos y maniqués. Se ofreció un momento para que los participantes se familiarizaran con el escenario. El *prebriefing* duró cinco minutos.

Antes de que el participante voluntario en la escena actuara adecuadamente en la situación problemática, participó en el turno de turno de un colega de la unidad de salud que presentó los datos contenidos en la Figura 1.

PASO DE GUARDIA
Simone, una parturienta primigesta de 15 años, con dilatación de 8 cm, es acompañada por su hermana en la sala de partos. Menciona que está experimentando un dolor intenso durante las contracciones, pero confía en la vía sea la de parto vaginal decidida en el período prenatal, que por cierto siguió todos los pasos y recomendaciones del Ministerio de Salud. PA=128x80 mmHg, FC=98 lpm, saturación de oxígeno=97%. Sin analgesia, sin suero.

Figura 1 - Datos que se refieren al cambio de turno en el escenario de parto y nacimiento humanizado simulado. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

Inmediatamente después del *prebriefing*, en la escena simulada, el papel de los actores se estableció de la siguiente manera:

- La acompañante debe permanecer al lado de la parturienta simulada sosteniendo su mano y pronunciando palabras de apoyo. Si, después del nacimiento, el participante voluntario en la escena condujera al bebé a la cuna, templada según lo recomendado por el médico que realizó el parto,

la acompañante debería preguntar si no es posible colocar al bebé en el regazo de la madre, ya que así fue como se le informó durante cuidado prenatal;

- Parturienta (simulador) que tiene su voz representada por un facilitador debe preguntar al participante voluntario en la escena durante el período expulsivo si puede tomar agua, alegando que tiene mucha sed; y si él podría tomar su mano, quejándose de dolor y pidiendo a los profesionales que no la toquen más;
- El obstetra profesional representaría una conducta inapropiada en la perspectiva de la humanización y subestimaría la queja de dolor y sed, respondiendo que, si necesita conocer la dilatación, repetirá el examen táctil y, al nacer, guiará al participante voluntario en la escena a colocar al recién nacido en la cuna templada y llamar al pediatra, sin ponerlo en contacto con la madre.
- El profesional médico pediátrico se alejaría aún más del foco principal del escenario, e incluso podría estar en otra habitación para ser activado por aquellos involucrados en el escenario, solo en vista del resultado 2 que implica llamar al pediatra antes de poner al binomio en contacto.

Para el desarrollo del escenario simulado, el *checklist* de acciones mínimas esperadas, que ha sido validado por los expertos, se muestra en la Figura 2 y ofrece las posibilidades de las respuesta de los evaluadores más allá de su realización o no, de si fue correcta o incorrecta y de si fue realizado en momento apropiado o tardío por el voluntario en la escena.

Checklist de acciones esperadas	1*	2†	3‡	4§
Realizar la recopilación de datos en el registro médico (plan de parto)				
Presentarse a la parturienta y a su acompañante				
Satisfacer las necesidades de la parturienta				
Identificar los signos del RN que indican la puntuación de Apgar				
Presentar autonomía y seguridad para recibir al recién nacido sin la necesidad de llamar al pediatra				
Poner al recién nacido en contacto inmediato piel a piel con la mujer y alentar el inicio de la lactancia materna.				
Secar el RN con un campo estéril.				
Cubrir el RN con campo seco				
Continuar alentando la lactancia materna				

\*1 = No se realizó; †2 = Realizado incorrectamente; ‡3 = Realizado correctamente en el momento equivocado; §4 = Realizado correctamente en el momento correcto

Figura 2 - *Checklist* de las acciones esperadas de los participantes voluntarios en la escena durante el escenario simulado de Parto y nacimiento humanizado. Ribeirão Preto, SP, 2019

Después de la escena simulada, el *debriefing* se centró en las discusiones relacionadas con la atención

humanizada a la parturiente y a su familia, la asistencia de enfermería en el parto de riesgo habitual, la evaluación del recién nacido y la puntuación de Apgar, la necesidad o no de intervenciones que dependan de la condición del binomio, estímulo del contacto piel a piel entre la madre y el bebé tan pronto como sea clínicamente posible, y preferiblemente, inmediatamente después del nacimiento y la lactancia materna en la primera hora de vida.

En respuesta al segundo objetivo del estudio, la validación de escenarios con expertos incluyó 31 enfermeros, en su mayoría de edades comprendidas entre 21 y 40 años (93,5%) y un curso completo de postgrado (77,4%), especialización (41,9%), seguido de maestría (29%) y doctorado (6,4%). La mayoría significativa de los enfermeros que participaron en este estudio tenían más de cuatro años de experiencia desde su graduación (n=26; 83,8%), con el área de especialidad bien dividida entre enfermería obstétrica y salud de la mujer (n=13; 41,9%) y neonatología, salud materno-infantil (n=10; 32,25%), con especialistas que también participan en cuidados intensivos y salud familiar.

En el momento de la recopilación de datos, el área principal de especialización era la atención de la salud (n=23; 74,1%), y algunos de ellos también estaban inscritos en cursos de posgrado. Dos profesores con doctorado participaron en el proceso de validación de escenarios.

Los resultados revelaron que los expertos consideraron adecuada la simulación por unanimidad en los siguientes aspectos: realismo, apoyo ofrecido a los participantes durante el curso de la actividad según lo previsto en el escenario escrito, objetivos de aprendizaje compatibles con la situación simulada y tipo simulador utilizado en el laboratorio.

Entre los 20 criterios evaluados, solo dos obtuvieron una adecuación inferior al 90%, con el resumen del caso presente en el escenario evaluado como adecuado por 25 expertos (80,6%) y parcialmente adecuado por los demás; y los datos suministrados al participante durante la simulación fueron evaluados como adecuados por 27 expertos (87,1%) y parcialmente adecuados por los demás.

Solo una de las enfermeras consideró inadecuado un aspecto con respecto al ítem que evaluó la opinión de alineación con la evidencia científica disponible, pero, al analizar su comentario libre en el cuestionario, encontramos que la inconsistencia no estaba en lo que el escenario propugna como acción esperada, sino en la forma como actuó la actriz de simulación. Por lo tanto, excluimos a este experto en el análisis de este ítem, ya que se esperaba que la actriz de simulación problematizara las desviaciones de las buenas prácticas clínicas, precisamente para que el participante pudiera identificar inconsistencias con la literatura científica.

La Figura 3 muestra otros aspectos evaluados y el nivel de adecuación otorgado por enfermeros especializados con una frecuencia de aprobación entre 90,3% y 96,5%.

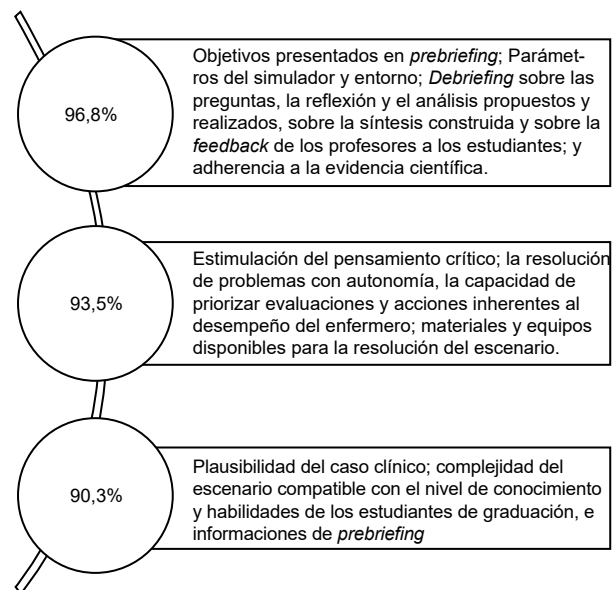


Figura 3 – Ítems evaluados por los expertos y frecuencia de aprobación integral por los expertos entre 90,3% e 96,5%. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019

En cuanto a la evaluación de los comentarios registrados por los expertos participantes, presentamos a continuación el contenido principal de las declaraciones, que se clasificaron en las categorías: 1- Fortalezas del escenario y 2- Sugerencias de mejora.

Los aspectos positivos más destacados por los expertos fueron la capacidad del escenario para aportar "elementos suficientes para la evaluación crítica y la toma de decisiones", y la clasificación de la simulación como "realista e intensa", que refleja desafíos reales de la rutina en la sala de partos por parte del enfermero, como la ruptura de la jerarquía de poderes de los profesionales de la salud con capacitación médica sobre los demás y la gran dificultad de fortalecer el papel protagonista de la parturiente en partos realizados por profesionales que no adoptan conductas humanizadas.

Con respecto a las sugerencias de mejora, los expertos reforzaron la importancia de utilizar el registro médico para pasar el turno en la escena e incluir más información sobre el parto, como la alimentación y la hidratación, por ejemplo.

Aun así, sugirieron una reducción en el período de parto expulsivo, comenzando la escena antes del período de expulsión del parto para permitir que el profesional se presente al parto y al acompañante, no sosteniendo el campo antes de una señal clara de que el bebé está en el canal vaginal e incluir al pediatra en la escena.

Hacemos hincapié en que se registraron otras sugerencias y se clasifican como una mejora no exclusivamente del escenario propuesto, sino de la conducta recomendada en situaciones de parto humanizado, tales como: informar el deseo de la parturienta con respecto al posicionamiento durante el parto, disminuyendo la intensidad de luz y ruido en el ambiente, pinzamiento tardío del cordón umbilical, que ofrece más tiempo para amamantar en la primera hora de vida.

En este contexto, el escenario mejoró al adherirse a las sugerencias en los siguientes elementos:

1- Inclusión en el registro médico de más información sobre el parto, 2- Reducción del período de parto expulsivo; 3- El actor o actriz que realiza el parto presentará el campo estéril solo cuando el bebé corone; e 4- Inclusión, en la descripción del escenario, de la recomendación de mencionar que hay un pediatra disponible para ser llamado en esa sala de partos a pedido, o presente desde el comienzo del escenario cerca de la cuna calentada (sin embargo, sin función prevista en él, dado el presupone solo para conferir mayor realismo).

Los otros elementos sugeridos no se consideraron en la adaptación del escenario porque consistían en o en la acción del participante de la simulación y varía según su conducta clínica; o porque querían precisamente intervenir en la adversidad para promover mejores condiciones para el parto y el acompañante (como el control de la luz y el ruido en la sala de partos).

En cuanto al nivel de acuerdo entre los expertos verificado a través del ICC, encontramos un excelente índice de acuerdo (ICC = 0.899) y un alfa de Cronbach = 0,908.

Este hallazgo indica que los 31 evaluadores tuvieron una alta correlación de respuesta en los ítems evaluados, al analizar el escenario simulado, lo que corresponde a un acuerdo de la percepción del desempeño o no de las actividades por parte de los involucrados durante la acción.

A través de este análisis fue posible validar el *checklist* de acciones esperadas por los participantes durante el escenario.

## Discusión

Los cursos de enfermería vinculados a las Instituciones de Educación Superior (IES) en Brasil han tenido el desafío de incorporar actividades teóricas y prácticas interdisciplinarias en sus planes de estudio, especialmente desde la publicación de las Directrices Nacionales del Plan de Estudios (*Diretrizes Curriculares Nacionais*, DCN)<sup>(2)</sup>, para superar la fragmentación heredada de la escuela tradicional.

A través de la interdisciplinariedad, que consiste en la articulación del conocimiento de diferentes disciplinas o materias con un enfoque en el desarrollo de las habilidades de resolución de problemas de los

estudiantes e intervenir en el mundo<sup>(16)</sup>, es posible ampliar la visión de los alumnos más allá de lo que ofrece cada lista de contenidos, lo que los lleva a comprender mejor cómo se identifican los problemas y cómo se articula el conocimiento para resolverlos.

El escenario de simulación desarrollado y validado tiene como objetivo contribuir a la interfaz entre las disciplinas del curso de enfermería y otras en el área de la salud que trabajan en el parto y el nacimiento, articulando las áreas de obstetricia y neonatología, o salud de la mujer y del niño, en una perspectiva más holística de las fases de la vida y los fenómenos de la reproducción humana.

Iniciativas como esta han sido alentadas por documentos que regulan los cursos de enfermería en el país<sup>(1)</sup> y la simulación, en general, llama la atención como una estrategia para fortalecer el aprendizaje integrado, crítico y resolutivo<sup>(17-18)</sup>.

Además de la articulación de la salud de la mujer y el contenido de salud infantil en enfermería, el escenario tiene potencial para el uso interprofesional, ampliando el concepto de interdisciplinariedad a otras categorías profesionales en el campo de la salud que trabajan con el objetivo común de promover una atención segura e integral a los pacientes y sus familias<sup>(19)</sup>.

La educación interprofesional en cursos promovidos por IES es alentada por la propia Organización Mundial de la Salud, de modo que hace posible la realización de una práctica colaborativa y con un avance importante en la comunicación<sup>(20)</sup>.

Aunque es ciertamente necesario, tanto la interdisciplinariedad como la Inter profesionalidad, sigue siendo un desafío romper las barreras de la enseñanza fragmentada en las IES.

Por otro lado, se han realizado avances con la reformulación de proyectos pedagógicos para cursos y desde el compromiso de estudiantes y docentes en el uso de métodos y estrategias activas, como el mapeo de competencias<sup>(21)</sup>, planes de estudio integrados con actividades de interfaz del área básica con el área específica<sup>(22)</sup> y los planes de estudio que incorporan la simulación<sup>(18)</sup>.

Los resultados de la validación fueron bastante positivos y las sugerencias de los expertos agregaron una mayor calidad al escenario, fortaleciendo su realismo y proporcionando información más específica relacionada con el parto humanizado, un tema que es muy importante en el contexto actual del país, en el que busca mejorar la calidad de la atención a las mujeres durante todo el ciclo del embarazo- puerperal, a fin de reducir la tasa de mortalidad materna que actualmente es 60 muertes por 100.000 nacimientos vivos<sup>(23)</sup>.

Por lo tanto, es necesario avanzar en aspectos del acceso universal a servicios de salud de calidad que sean efectivos y seguros, y que ofrezcan pautas confiables a

las mujeres, favoreciendo su autonomía para la toma de decisiones informadas durante la atención durante este período, para que tengan sus derechos respetados por los profesionales de la salud<sup>(24)</sup>.

Aún en el contexto epidemiológico nacional, la mortalidad infantil se redujo durante el análisis de los objetivos del milenio, alcanzando alrededor de 15 muertes por cada 1000 nacidos vivos en 2015<sup>(25)</sup>.

A pesar de los avances nacionales y mundiales, es importante tener en cuenta que el 45,1% de las muertes infantiles se producen en el período neonatal en todo el mundo<sup>(26)</sup>.

De estas muertes, la segunda causa principal de mortalidad neonatal, es decir, desde el día del nacimiento hasta los 28 días de vida, está relacionada con eventos intraparto (10,7% de las muertes en niños menores de cinco años), destacando la necesidad de fortalecer la enseñanza en esta área.

La integración de docentes de diferentes áreas en un entorno simulado tiene el potencial de favorecer la comprensión de los estudiantes y profesionales de la salud sobre la atención integral de principio a fin.

Combinando los contenidos de la atención de enfermería para el parto normal de bajo riesgo y la recepción y evaluación clínica del recién nacido, la primera hora dorada y la humanización, el escenario desarrollado y validado potencialmente rompe con la fragmentación y promueve la integración curricular.

Hacemos hincapié en la importancia de la etapa de validación y difusión del escenario probado, incluido el instrumento que utilizarán los facilitadores para llevar a cabo este escenario en sus IES, considerando que el conocimiento de métodos, modelos y guías de simulación estandarizadas por parte de los docentes son aspectos fundamentales para su implementación en el currículo<sup>(27)</sup>.

Los estudios que informan sobre el uso de la simulación en el área de la salud de las mujeres y los niños sugieren logros importantes con los estudiantes, como una mayor percepción de confianza en sí mismos para realizar partos<sup>(28)</sup>, trabajo en equipo y atención enfocada en el paciente durante la asistencia a la mujer durante el parto<sup>(29)</sup> y un mejor conocimiento sobre la evaluación clínica del RN<sup>(30)</sup>.

Reflexionando sobre los beneficios de implementar la simulación como una estrategia de aprendizaje desde la perspectiva de los métodos activos, enfatizamos que la disponibilidad de alta tecnología no es necesaria para garantizar el éxito de la actividad.

Investigaciones recientes realizadas en Guatemala analizaron el impacto de un curso de simulación con pocos recursos tecnológicos realizados in situ y obtuvieron resultados que fomentan el uso de la simulación en este contexto<sup>(29)</sup>.

Otro estudio desarrollado in situ con maestros de educación infantil y primaria mostró que la simulación contribuyó a aumentar la confianza en sí mismos de estos participantes para manejar los problemas de salud en las escuelas, lo que refuerza la relevancia de usar esta estrategia incluso fuera de centros de simulación<sup>(31)</sup>.

Por lo tanto, para las IES que no tienen un entorno de alta fidelidad, realizar la simulación en unidades de salud, cuando esté disponible para este propósito, puede ser una propuesta interesante.

O, incluso en un laboratorio con poco equipo o sin un simulador de alta fidelidad, es posible implementar la estrategia con un simulador portátil que tenga un costo significativamente menor y también presente resultados favorables en el proceso de enseñanza-aprendizaje<sup>(28)</sup>.

Incluso a partir de la simulación que combina partes anatómicas simuladas y un actor o actriz que representa al paciente, es posible fortalecer el aspecto de la comunicación interpersonal<sup>(28)</sup>, deteriorado en el aspecto no verbal cuando el estudiante debe comunicarse con un maniquí<sup>(32)</sup>.

La simulación clínica le permite al estudiante experimentar el estrés de participar en el equipo de salud durante el parto y ser responsable de evaluar las necesidades de salud y actuar de manera rápida, eficiente y de acuerdo con lo recomendado.

Los expertos que participaron en este estudio sugirieron incluir en la lista de acciones esperadas pinzamiento tardío del cordón umbilical, sin embargo, esto no se incorporó debido al proceso de validación en curso y porque el pinzamiento no sería realista, quedaría bajo la responsabilidad del profesional interpretado por un actor y no por el alumno en la escena.

En el *prebriefing*, que presenta pautas e información sobre el tema a través de videos, textos y otras fuentes inmediatamente antes de la escena simulada, los participantes deben ser guiados a los siguientes pasos de la actividad.

El *prebriefing* presenta una revisión de los objetivos del escenario, aconseja sobre el uso de equipos, maniqués, los roles que debe desarrollar cada persona en la escena, el momento de la ejecución del escenario y la situación a experimentar<sup>(7,33)</sup>, recomendaciones que se siguieron en este estudio.

El propósito de *prebriefing* es establecer un ambiente psicológicamente seguro para los participantes de la simulación, con el establecimiento de un "contrato" de trabajo para las actividades<sup>(7)</sup>.

Después del *prebriefing* y la escena simulada, tuvo lugar el *debriefing*, un momento importante de reflexión y discusión para consolidar el aprendizaje, lo que contribuye a mejorar el rendimiento de los estudiantes/aprendices en la práctica asistencia sanitaria<sup>(34)</sup>.

El *debriefing* fue estructurado siguiendo los pasos emocionales, conductuales y cognitivos y fue mediado por el facilitador, quien inicialmente buscó la expresión verbal de los participantes que estaban en la escena y, más tarde, la expresión de los otros miembros del grupo<sup>(35)</sup>.

Para fines operativos, podemos dividir el *debriefing* en las siguientes fases:

- Fase 1 - Reunión: realizada para escuchar al participante, utilizando la siguiente pregunta inicial: ¿cómo te sentiste al asistir al binomio? (tiempo previsto: 5 minutos);
- Fase 2 - Análisis: esta fase busca facilitar la reflexión y el análisis de las acciones de los participantes, con base en las siguientes preguntas: ¿cuáles fueron las acciones positivas que tomó? ¿Qué haría diferente si tuviera otra oportunidad? ¿Qué puedes tomar como aprendizaje? (tiempo previsto: 15 minutos);
- Fase 3 - Síntesis: el objetivo es identificar y analizar las situaciones aprehendidas a la luz de la evidencia científica (tiempo estimado: 5 minutos).

Las acciones recomendadas para el cuidado del binomio en la situación de parto y nacimiento se abordaron en el *debriefing*, como se sugiere en la sección Resultados de este trabajo.

Hacemos hincapié en que el *debriefing* sea necesario y puede llevarse a cabo de diferentes maneras, a partir de diferentes referencias, pero sugerimos el formato que implementamos en este estudio, considerando la evaluación positiva de los participantes.

Aunque se estipula un pronóstico de duración para cada fase<sup>(35)</sup>, el tiempo utilizado para el *debriefing* depende de las situaciones de los escenarios de simulación propuestos, los objetivos de la simulación, el facilitador y estudiantes. En el escenario actual, el *debriefing* fue de 20 minutos.

La contribución del estudio se refiere a la posibilidad de mejorar el aprendizaje significativo en el manejo del parto y parto humanizado junto con la capacitación de estudiantes y profesionales de la salud/enfermería.

La presente investigación contribuye al avance científico de la investigación en simulación de enfermería, a través del rigor metodológico adoptado.

Esto se debe a que el estudio presenta no solo el tema de un caso que no involucra urgencia y emergencia (el más contingente de escenarios simulados creados en enfermería), sino una nueva mirada a una situación que a menudo sucede, desafortunadamente, en hospitales y hospitales de maternidad y que la toma de decisiones de los enfermeros es necesaria para cambiar la realidad.

Además, el estudio presenta los pasos para el desarrollo y la validación de escenarios interdisciplinarios,

altamente recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

## Conclusión

La simulación es una estrategia de enseñanza-aprendizaje con un fuerte potencial de interdisciplinariedad y beneficios reconocidos en la literatura científica sobre el desarrollo de habilidades en las diversas ramas del conocimiento.

A partir de la necesidad de fomentar la articulación entre el conocimiento y reducir la fragmentación curricular, el escenario desarrollado involucra las áreas de salud de mujeres y niños, en temas generalmente contenidos en los planes de estas disciplinas para enfermería.

Al proponer la participación activa de los estudiantes para ayudar al binomio en el parto y el nacimiento humanizados, el escenario desarrollado en la articulación de los profesores en ambas áreas y validado por 31 enfermeros especializados contempla el tema del parto humanizado, la evaluación clínica del RN en la sala de partos, la promoción de la lactancia materna en la primera hora de vida y el contacto piel a piel entre la madre y el bebé y se puede reproducir con éxito durante el aprendizaje de los estudiantes sobre el tema.

## Referencias

1. Shin H, Ma H, Park J, Ji ES, Kim DH. The effect of simulation courseware on critical thinking in undergraduate nursing students: multi-site pre-post study. *Nurse Educ Today*. 2015 Apr;35(4):537-42. doi: 10.1016/j.nedt.2014.12.004
2. Ministério da Educação (BR). Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 3 de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. [Internet]. Diário Oficial da União. (7 nov 2001); [acceso 5 maio, 2019] Seção 1:37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
3. Baptista RCN, Martins JCA, Pereira MFC, Mazzo A. Students' satisfaction with simulated clinical experiences: validation of an assessment scale. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 Sep-Oct;22(5):709-15. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471>
4. Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2016 May;16:152. doi: 10.1186/s12909-016-0672-7
5. Alexander M, Durham CF, Hooper JI, Jeffries PR, Goldman N, Kardong-Edgren S, et al. NCSBN simulation guidelines for prelicensure nursing programs. *J Nurs Reg*. 2015 Oct;6(3):39-42. doi: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30783-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30783-3)



6. Jeffries PR. Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation. New York: National League for Nursing; 2012.
7. INACSL Standards Committee (USA). INACSL standards of best practice: simulation simulation-enhanced interprofessional education (Sim-IPE). *Clin Simul Nurs*. 2016 Dec;12(Suppl):34-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.011>
8. Alexandre NMC, Coluci, MZO. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. *Ciênc Saúde Colet*. 2011 Jul;16(7):3061-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
9. Dias DMV. O ensino da avaliação clínica da oxigenação e circulação do bebê pré-termo: integração simulação virtual e simulação robótica. [tese da internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2015 [Acesso 30 abr 2019]. 142p. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/.../22/...04092015.../DANIELLEMONTEIROVILELADIAS.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../22/...04092015.../DANIELLEMONTEIROVILELADIAS.pdf)
10. Waxman KT. The development of evidence-based clinical simulation scenarios: guidelines for nurse educators. *J Nurs Educ*. 2010 Jan;49(1):29-35. doi: [10.3928/01484834-20090916-07](https://doi.org/10.3928/01484834-20090916-07)
11. Almeida RGS, Mazzo A, Martins JCA, Pedersoli CE, Fumincelli L, Mendes IAC. Validation for the Portuguese language of the simulation design scale. *Texto Contexto Enferm*. 2015 Dec;24(4):934-40. doi: [dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014](https://doi.org/10.1590/0104-0707201500004570014)
12. Graham M, Milanowski A, Miller J. Measuring and promoting inter-rater agreement of teacher and principal performance ratings. [Internet]. [cited 5 May, 2019]. Washington: Center for Educator Compensation Reform; 2012. Available from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED532068.pdf>
13. Koo TK, Li MY. A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med*. 2016 Jun;15(2):155-63. doi: [10.1016/j.jcm.2016.02.012](https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012)
14. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994 Dec;6(4):284-90. doi: [10.1037/1040-3590.6.4.284](https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284)
15. Ministério da Saúde (BR). Lei no 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Diário Oficial da União, 8 abr 2005. [Acesso 5 mai, 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.html)
16. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
17. Lavoie P, Micahud C, Belisle M, Boyer L, Gosslein E, Grondin M, et al. Learning theories and tools for the assessment of core nursing competencies in simulation: a theoretical review. *J Adv Nurs*. 2018 Feb;74(2):239-50. doi: [10.1111/jan.13416](https://doi.org/10.1111/jan.13416)
18. Daley KM, Campbell SH. Integrating simulation-focused pedagogy into curriculum. 3<sup>rd</sup>ed. New York: Springer Publishing; 2018.
19. Tsakitzidis G, Timermans O, Callewaert N, Verhoeven V, Lopez-Hartmann M, Truijen S, et al. Outcome indicators on interprofessional collaboration interventions for elderly. *Int J Integr Care*. 2016 May;16(2):5. doi: [10.5334/ijic.2017](https://doi.org/10.5334/ijic.2017)
20. World Health Organization (WHO). Transforming and scaling up health professionals' education and training. [Internet]. [cited 5 May, 2019]. Geneva: World Health Organization Guidelines; 2013. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93635/1/9789241506502_eng.pdf)
21. Miranda FBG, Mazzo A, Pereira-Junior GA. Construction and validation of competency frameworks for the training of nurses in emergencies. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 Aug;26:e3061. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2631-3061](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2631-3061)
22. Makuch DMV, Zagonel IPS. Pedagogical approach in the implementation of curriculum programs in nurse training. *Esc Anna Nery*. 2017 Aug;21(4):e20170025. doi: [10.1590/2177-9465-EAN-2017-0025](https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0025)
23. Pacagnella RC, Nakamura-Pereira M, Gomes-Sponholz F, Aguiar RALP, Guerra GVQL, Diniz CSG, et al. Maternal mortality in Brazil: proposals and strategies for its reduction. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018 Sep;40(9):501-6. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1672181>
24. Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94-101. doi: [10.1016/S0968-8080\(12\)40657-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)40657-7)
25. Silva AF. Ensaio sobre a pobreza no Brasil. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2015.
26. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2016 Dec;388(10063):3027-35. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
27. Beroz S. A statewide survey of simulation practices using NCSBN Simulation Guidelines. *Clin Simul Nurs*. 2017 Jun;13(6):270-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.03.005>
28. DeStephano CC, Chou B, Patel S, Slattery R, Hueppchen N. A randomized controlled trial of birth

- simulation for medical students. *Am J Obstet Gynecol.* 2015 Jul;213(1):91.e1-91.e7. doi: 10.1016/j.ajog.2015.03.024
29. Walton A, Kestler E, Dettinger JC, Zelek S, Holme F, Walker D. Impact of a low-technology simulation-based obstetric and newborn care training scheme on non-emergency delivery practices in Guatemala. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016 Mar;132(3):359-64. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.08.009
30. Fonseca LMM, Aredes NDA, Fernandes AM, Batalha LMC, Apóstolo JMA, Martins JCA, et al. Computer and laboratory simulation in the teaching of neonatal nursing: innovation and impact on learning. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2808. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1005.2808>
31. Zonta JB, Eduardo AHA, Ferreira MVF, Chaves GH, Okido ACC. Self-confidence in the management of health complications at school: contributions of the *in situ* simulation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3174. doi: 10.1590/1518-8345.2909.3174
32. Góes FSN, Aredes NDA, Hara CYN, Fonseca LMM, Campbell SH. Simulation with standardized patients: nursing student's communication skills in health. *Rev Rene.* 2017 May/Jun;18(3):383-9. doi: 10.15253/2175-6783.2017000300014
33. Meakim C, Boese T, Decker S, Franklin AE, Gloe D, Lioce L, et al. Standards of best practice: simulation standard I: terminology. *Clin Simul Nurs.* 2013 Jun;9(6):S3-11. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.04.001>
34. Janicas RCSV, Narchi NZ. Evaluation of nursing students' learning using realistic scenarios with and without debriefing. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2019;27:e3187. doi: 10.1590/1518-8345.2936.3187
35. Coutinho VRD, Martins JCA, Pereira MFCR. Construction and validation of the Simulation Debriefing Assessment Scale (Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação - EADaS). *Rev Enferm Ref.* 2014 Jun;4(2):41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1392>

Recibido: 18.06.2019

Aceptado: 07.03.2020

Editora Asociada:  
Sueli Aparecida Frari Galera

**Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.


Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.

---

Autor de correspondencia:

Luciana Mara Monti Fonseca

E-mail: [lumonti@eerp.usp.br](mailto:lumonti@eerp.usp.br)

 <https://orcid.org/0000-0002-5831-8789>