



**UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Tesis monográfica para optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía  
General**

**Título:**

**Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la  
vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital  
Alfonso Moncada Guillén – Ocotal, en el período Octubre a Diciembre  
del 2018.**

**Autor:**

**Br. Luis Carlos Balmaceda Montiel**

**Tutor:**

**MSc. MD. Dr. José de los Ángeles Méndez  
Gineco – Obstetra / Hospital Bertha Calderón Roque-Managua**

**Enero, 2019**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Dedicatoria**

**Dedico este estudio al Don de la Vida, que es un regalo de Dios, que es el trasfondo de esta monografía.**

**A mis padres que son el sustento armonioso, económico y moral para seguir adelante.**

**A mis maestros y a mi Alma Mater, la Facultad de Ciencias Médicas de UNAN-Managua, a mis grandes maestros, que dejaron una huella en mi vida profesional.**

**Luis Carlos Balmaceda Montiel**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Agradecimiento**

**A mi Nuestro Señor Dios, por sembrar mi vocación médica y hacerla germinar.**

**A mis padres por su apoyo incondicional.**

**A mis maestros en la universidad y en el internado rotatorio de pregrado, especialmente a mi maestro Dr. José de los Ángeles Méndez, por impulsarme a conocer la gineco-obstetricia, por enseñarme y guiarme la atención de un parto, la nobleza y elegancia de un médico.**

**Al Hospital Escuela Bertha Calderón, el hospital donde nací, donde atendí mi primer parto y donde he preparado mi tesis.**

**Luis Carlos Balmaceda Montiel**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **Opinión del tutor**

**La calidad de atención en estos momentos es uno de los parámetros fundamentales de las autoridades del Ministerio de Salud para valorar de qué manera estamos haciendo la atención en salud y lo cual garantiza el futuro de la nación.**

**Medir cómo están naciendo nuestros bebés es la forma más vulnerable de medir la calidad de la atención.**

**Un partograma es la forma objetiva para identificar en el momento oportuno alteraciones del trabajo de parto y dar respuesta.**

**En este esfuerzo investigativo del Bachiller Balmaceda Montiel, se propuso lograr como objetivo fundamental medir la importancia del partograma y lo logró, sus resultados están apegados a una metodología básica y completa.**

**Reciba mis más altas muestras de felicitaciones.**

**Atentamente,**

**MSc. M.D. José de los Ángeles Méndez**

**Tutor**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## Resumen

**Introducción:** La graficación del parto eutócico a través del partograma, es un instrumento efectivo y barato para la vigilancia del parto, dónde se toman decisiones oportunas en relación a los tiempos de dilatación del cuello uterino con el descenso de la presentación, previendo complicaciones materno-fetales.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, en el período de octubre a diciembre de 2018.

**Diseño metodológico:** Descriptivo de corte transversal, tiene un universo de 328 casos, con una muestra escogida de manera aleatoria simple, constituida por 92 expedientes clínicos, obtenida mediante el programa de Software estadístico Decision Analyst STATS 2.0 con un intervalo de confianza del 95%, precisión del 5% y proporción esperada del 10%.

**Resultados y discusión:** los expedientes clínicos en estudio fueron madres en su mayoría de 20 a 34 años (41%), con unión de hecho estable (64.13%), que cursaron primaria (56.2%), madres primigestas, primíparas, que tuvieron partos con una duración menos de 4 horas (45.65%), en la hora de atención fueron en los turnos nocturnos 15:00-6:59 horas (58.69%), en cuanto al nivel académico del personal de salud en la atención del parto fueron médicos internos de pregrado acompañados en algunas ocasiones por un médico general o gineco-obstetra (50%). El promedio general de la calidad del llenado del partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud el 90 % se realizó de forma satisfactorio, en 3% el llenado no fue adecuado por lo cual se consideró insatisfactorio y el restante 7% representa los criterios no aplicables para su evaluación en el partograma. Sin embargo, al cálculo total trata que el 36.95% obtuvo un promedio mayor o igual de 90 puntos y el 39.13% fue entre 80-89 puntos, observándose fallas en el llenado de la identidad del paciente, número de expediente y llenado de las casillas de observación.

**Conclusiones:** Los datos encontrados muestran que en la Sala de Labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, Nueva Segovia, el promedio de los criterios no cumplen los estándares de satisfacción del Ministerio de Salud, lo cual sugiere que es producto de la saturación de pacientes, el poco personal de salud que labora en el servicio de gineco-obstetricia, en especial en los turnos nocturnos, incluyendo la desinformación y las habilidades para realizar un partograma del personal, para la vigilancia y toma de decisiones oportunas.

---

Palabras claves: Partograma, parto, vigilancia del trabajo de parto.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Antecedentes.....</b>	<b>9</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>11</b>
<b>Planteamiento del problema.....</b>	<b>13</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>15</b>
<b>Diseño metodológico.....</b>	<b>44</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>60</b>
<b>Discusión de resultados.....</b>	<b>65</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>72</b>
<b>Recomendaciones.....</b>	<b>73</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>75</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>77</b>

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente en Nicaragua existen grandes controversias en cuanto a la atención materno-infantil en la atención del parto, a pesar de la lucha de la calidad en la atención, hace reflexionar sobre el parto humanizado que diariamente se aplica en las instituciones del Ministerio de Salud y el uso correcto de las herramientas disponibles como el partograma, especialmente en Hospital Regional de Nueva Segovia. Uno de los grandes logros se cumplió con las “Casas maternas”, los albergues a embarazadas en cada municipio del país.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, es una de las bellezas de la naturaleza, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas durante el trabajo de parto mediante la vigilancia materna y fetal garantizando el cuidado continuo provisto durante este periodo para la identificación oportuna de la aparición de estos riesgos o complicaciones.

El partograma es el formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto que constituye un proceso fisiológico cuyo resultado es la expulsión del feto y de los anexos embrionarios a través del canal del parto, considerándose activo cuando hay presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino.

Actualmente se reconoce que el mejor método para vigilar el proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio el partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo; es por eso que el Ministerio de Salud de Nicaragua con el propósito de estandarizar y mejorar la atención en los cuidados obstétricos esenciales diseñó la Normativa-011 : *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo* donde incorporó el partograma con curva de alerta adoptado del Centro Latinoamericano de Perinatología (C.L.A.P.), que constituye un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de la atención del parto de forma individual permitiendo de esta manera ser una estrategia efectiva para mejorar la salud materna y perinatal.

En el ámbito institucional para alcanzar los objetivos de maternidad segura se debe evaluar de manera frecuente la calidad de atención que se brinda a la embarazada durante el trabajo de parto, parto y puerperio, puesto que todo aquello que amenaza el bienestar del binomio madre-hijo debe enfatizar la búsqueda de soluciones oportunas en el parto y los cuidados obstétricos esenciales; por eso, el partograma con curva de alerta al ser una fuente de valiosa información para el análisis y la toma de decisiones ha suscitado en el Ministerio de Salud de Nicaragua una hoja de evaluación del partograma con curva de alerta que valora tanto el interpretado como el llenado del mismo.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

La hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud para medir la calidad de atención brindada por los servicios de obstetricia a nivel nacional evalúa de forma individual y conjunta 17 acápites esenciales, de los cuales 13 de ellos corresponden a llenado y gráfico adecuado tal como es el llenado de los datos generales de identificación de la paciente, tiempo e inicio de la elaboración del partograma, selección del patrón de construcción de la curva de alerta, grafico de la curva real hasta el momento del nacimiento, grafico de la curva de alerta, grafico del descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge, grafico de la ruptura espontánea de membranas o la ruptura artificial de membranas, grafico de los cambios de patrones en la curva de alerta, llenado de la información de las casillas complementarias y utilización de las casillas de observación; y los 4 acápites restantes están dirigidos al interpretado satisfactorio de la curva real respecto a la curva de alerta, las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal, las variaciones de la frecuencia de las contracciones uterinas e interpretación adecuada de la información de las casillas complementarias.

El Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, es un centro de referencia regional de Nueva Segovia que cuenta con el servicio de gineco-obstetricia no posee antecedentes de estudios que permitan conocer la situación actual de calidad de atención durante el trabajo de parto y parto; es por tal razón que este centro debe ser evaluado para obtener información que permita conocer el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto mediante la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud, lo que permitirá brindar atención con calidad y calidez al binomio madre/hijo.



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **ANTECEDENTES**

El partograma tuvo grandes cambios y postulados en su génesis, fue creado ante la necesidad de tener una herramienta gráfica del parto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para la utilización de este instrumento, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad. (Nápoles, Bajuelo, Téllez & Couto, 2004).

En Luanda (2002) se realizó un estudio sobre la evaluación de un modelo adaptado del partograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), planteándose el objetivo de estudiar el impacto de una intervención educacional en parteras sobre el uso de dicho instrumento, concluyéndose que ellas necesitan mayor entrenamiento en el uso correcto del partograma (Sánchez & Torres, 2015).

En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Parra C y otros realizaron un estudio sobre la evaluación gráfica del partograma en primigestas con manejo médico del trabajo del parto, los resultados muestran que el uso de este manejo médico del trabajo de parto produciría un aumento del tiempo de la fase activa y disminución de la segunda fase, a expensas de un aumento de los partos instrumentales al comparar con otros estudios en la literatura internacional, también encontró que a un total de 60.4% de las pacientes se les realizó análisis de partograma (Parra C, y otros, 2005).

Un estudio realizado en la ciudad de Quito, Ecuador que tuvo como objetivo evaluar el llenado del partograma como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto de mujeres embarazadas ingresadas al Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora entre Enero y Febrero de 2010 encontró que el 63% presentó un llenado correcto del partograma, el 58% trazo correctamente la curva de alerta y un 75% la curva de dilatación. Se encontró el diagnóstico de distocia de labor en el 66%, de los mismos, el 46% tomaron decisiones farmacológica, principalmente oxitocina; el 68% cumplen con las normas de monitoreo de calidad de la atención, con el control y registro horario del trabajo de parto. El 27% de parto fue por cesárea. Finalmente se obtuvo buenos resultados perinatales (Cañizares Coto, 2010).

Un estudio realizado en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo acerca de la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto. En el cual se revisaron 100 expedientes clínicos y partogramas se encontró que el grupo etario mayoritario fue de 19 a 34 años, con escolaridad secundaria, estado civil acompañado y de procedencia rural. Con respecto a los antecedentes Gineco-obstétricos predominaron las primigestas, seguidas de las nulíparas, con 3 o más controles prenatales y entre 37 - 40 6/7 semanas de gestación. La calidad del

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

Llenado de los datos del partograma según los criterios revisados fue del 72% que si los cumple, en cambio 16% no se cumple. En cuanto a la calidad de la interpretación de los datos del partograma en el 84% se cumplen los datos generales de identificación de la paciente, en cambio 16% no se cumple. Y en los acápite del cumplimiento de la hoja del partograma emitidos por el Ministerio de Salud el porcentaje del cumplimiento según los 17 criterios revisados fue del 75% se cumple, en cambio 13% no se cumple por lo que se concluye un cumplimiento insatisfactorio del correcto llenado del partograma (Flores Puerto, 2015).

En Jinotega, se realiza un estudio acerca del llenado e interpretación del partograma en a vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega dónde identificó que el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20-34 años. En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes eran primigestas, multíparas, sin ningún aborto, ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo. En cuanto al parto el 100% finalizó vía vaginal, predominando las pacientes que no tuvieron conducción del trabajo de parto, con una duración menor de 4 horas, en su mayoría no hubo complicaciones maternas-fetales. Con respecto al porcentaje del cumplimiento del partograma encontramos que solo un 33.9% (95) cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15% (185) con un llenado insatisfactorio, por lo que el cumplimiento de la interpretación del partograma, tiene un porcentaje significativo a favor del cumplimiento (interpretación) adecuado (Sánchez & Torres, 2015).

En el Hospital “Bertha Calderón Roque”, en el periodo Enero-Marzo del 2014 por la Br. Jacqueline Logo y Denis Montoya se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y parto en el cual se revisaron 121 expedientes de un universo de 702 nacimientos que cumplieron con los criterios. La mayoría de las mujeres en estudio pertenecían al grupo de edad menor de 19 años de edad, el mayor de los porcentajes eran primigestas, nulíparas, sin ningún aborto, ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo. Del total de partogramas revisados cuidadosamente el 78.5% fue llenado satisfactoriamente; en relación a la interpretación del partograma, el 61.2% fue satisfactorio. Se encontró que en cuanto al llenado e interpretación de partograma durante el estudio realizado de enero a marzo con la hoja de monitoreo emitida por el Ministerio de Salud de Nicaragua el 69.4% era satisfactoria (Logo Canales & Montoya Zepeda, 2014).

En el Hospital Escuela “San Juan de Dios” de Estelí, en el 2015 se encontró que los partogramas revisados no cumple los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud de Nicaragua por déficit de trabajadores de salud con la que cuenta el servicio de Gineco-obstetricia y la falta de interés y poca información del llenado correcto del partograma. (Espinoza C. & Flores E., 2015).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## JUSTIFICACIÓN

El parto es un acto fisiológico, es por eso que nacer es considerado tan natural como morir. Actualmente la natalidad mundial fluctúa entre 1.2 por 1000 habitantes en los países desarrollados y 8.5 en los países en desarrollo, y de continuar así la población actual de  $6.5 \times 10^9$  aumentará a  $9.8 \times 10^9$  habitantes en el año 2050. (Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR – OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010)

Durante el trabajo de parto y parto, tanto la madre como el bebé, se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar un registro adecuado del trabajo de parto y parto y así poder prevenir estos riesgos de manera oportuna; el partograma constituye la herramienta adecuada que nos permite identificar de forma temprana una complicación para incidir en ella o evitarla, este dice mucho si se interpreta correctamente pero depende del médico la dinámica que realizará para abordar correctamente a la mujer embarazada, de ahí que es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre-hijo realizada por personal comprometido y capacitado.

Por tal razón, con este trabajo, se pretende proporcionar evidencia científica acerca del correcto llenado del partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto para la toma de decisiones de manera oportuna y de esta manera poder evitar que muchas mujeres lleguen a complicaciones tan graves en un proceso tan natural como lo es el parto.

Así mismo, hacer énfasis, en los puntos o acápites de la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta (instrumento de evaluación) en los que se está fallando y poder emitir recomendaciones específicas de forma dirigida a todos los Centros de atención Obstétrica a nivel nacional; con el firme propósito de que este estudio sirva como guía para que se implementen otros estudios evaluadores de la calidad en los servicios obstétricos a nivel de todo el país.

De tal manera, que con este estudio, se pretende conocer la calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, en el periodo de Octubre a Diciembre del 2017, puesto que no existen antecedentes de estudios que evalúen sobre los conocimientos estandarizados de uso e interpretación del partograma contemplados en la Normativa-011 : NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO.

Esta investigación contribuirá a fortalecer la vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto, la cual es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones que tiene por objetivo disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal, dar un seguimiento con alta calidad, evitar la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan, teniendo la ventaja de ser económico y fácil de realizar.

Es así como no sólo se quiere conocer el problema mediante el monitoreo de la calidad del llenado e interpretado del partograma, el compromiso que se tiene es obtener una respuesta ante esta problemática, instando a las demás personas del gremio médico en los distintos departamentos de nuestro país a implementar el llenado e interpretado adecuado del partograma con curva de alerta.

Es de esta manera que se permitirá involucrarse en esta problemática, crear conciencia de la importancia de este medio visual que actúa como un sistema de advertencia temprana, detectando una complicación y darle una respuesta en el momento oportuno. Y a la vez permitir actualizar los conocimientos, estandarizarlos y poner en práctica los procedimientos y técnicas que como profesional de la salud deben ser manejados y seguidos.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar el proceso dinámico del trabajo de parto es el partograma; un instrumento gráfico que recopila información sobre las distintas variables fisiológicas de la madre y el feto durante el trabajo de parto y parto, basado en tres componentes: la condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes con disminución de las complicaciones obstétricas y mejoría de los resultados perinatales como disminución del índice de cesárea y porcentaje de asfixia perinatal.

Para la atención calificada del parto se garantiza que todas las personas que atienden el parto tengan conocimientos, aptitudes, el equipo y tecnología necesaria (Partograma) para realizarlo de forma limpia y segura; además de contar con los medios para intervenir o referir de forma oportuna si se presenta una complicación obstétrica, y es por ello, que el Ministerio de Salud de Nicaragua dispuso a desarrollar una hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta con la intención de evaluar constantemente tanto el llenado como el interpretado por parte del personal médico.

Definitivamente, al usar el partograma como método de monitoreo se consigue establecer un sistema de trabajo seguro para aquellos que presten servicios de salud y beneficios para aquellos que lo reciben, en este caso, el binomio madre-hijo y actualmente en el Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotol no existen antecedentes que evalúen de forma objetiva la calidad del llenado e interpretado del partograma con curva de alerta en el personal médico que atiende el proceso dinámico del parto; razón por la cual se ha formulado la siguiente interrogante:

**¿Cómo es el cumplimiento del llenado e interpretado del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotol, en el período Octubre-Diciembre de 2018?**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Evaluar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, en el período Octubre-Diciembre de 2018.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar los principales datos de filiación de las pacientes en estudio.
- Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio.
- Mencionar los datos generales asociados al parto y nacimiento.
- Evaluar la calidad del llenado del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.
- Valorar la calidad de interpretación del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.
- Determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Marco teórico**

### **1. Trabajo de parto y partos eutócicos.**

El parto es el resultado esperado de múltiples procesos embriológicos, con un feliz fin que es un nuevo ser humano en la vida, gracias a la perfección de la anatomía y fisiología de la mujer.

#### **1.1 Definición de parto**

- a. Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gramos, se tomando en cuenta cuando el producto es igual o mayor de 22 semanas de gestación completas, contadas desde el primer día de última menstruación (Schwarz, 2005).
- b. El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
- c. Parto es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

#### **1.2 Fisiología del parto**

El embarazo en el ser humano dura aproximadamente 270 días a partir del momento de la fertilización o bien de 284 días desde el primer día del periodo menstrual previo a la concepción. Presenta un aumento en las últimas semanas de gestación frecuencia de las contracciones uterinas irregulares aumenta gradualmente con el fin de llevar al término del embarazo, hasta instaurar contracciones útiles para un trabajo de parto (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

El origen de las ondas contráctiles está auspiciado por dos marcapasos fisiológicos, es el nacimiento de la contracción uterina, se localizan en la zona cornual bilateral del útero. El marcapaso derecho es el dominante en la mayoría de las mujeres. Alternan su función de modo que no se disparan simultáneamente. La contracción normal se difunde desde marcapaso hacia el resto del útero a 2 centímetros por segundo, e invade todo el órgano en 15 segundos. La mayor parte de la onda normal se

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

propaga hacia abajo, por ubicación del marcapaso, sí hay interferencia de marcapasos se denomina incoordinación uterina (Sánchez, 2014).

En fisiología de la contracción es indispensable el triple Gradiente Descendente que a través de una onda contráctil ideal del útero se realice una propagación descendente (que inicia en la parte superior del útero), con una duración sistólica mayor arriba que abajo y una Intensidad es mayor arriba que abajo. Por tanto las partes bajas ceden y el cérvix se dilata (Sánchez, 2014).

Las contracciones uterinas tienen dos funciones, preparan el canal del parto y generan borramiento y dilatación del cuello uterino, provocando una distensión del segmento uterino inferior que une el cuerpo con el cuello. En el trabajo de parto existe la prensa abdominal, donde colaboran todos los músculos de la pared abdominal anterior para cooperar en las contracciones de manera extrínseca (Sánchez, 2014).

La diferencia entre el cuerpo y el cuello uterino, se torna evidente al momento del parto. El cuello uterino, el cual es duro en ausencia de gestación y durante ella, hasta poco antes del parto, se reblandece y se dilata, mientras el cuerpo uterino se contrae y expulsa al feto. Un factor es el aumento de estrógenos circulantes producido por mayor cantidad de dehidroepiandrosterona circulante, la cual eleva el potencial de excitación del útero, así como el número de conexiones comunicantes entre células miométricas y provoca la generación de más prostaglandinas, las cuales a su vez originan las contracción uterinas. En el ser humano, aumenta la secreción de hormona liberadora de corticotropina en el hipotálamo fetal; a esto, se agrega, la mayor producción de esta misma hormona (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

Se incrementa la concentración de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) circulante en el feto, y el aumento resultante en el cortisol acelera la maduración del sistema respiratorio. Por consiguiente, de cierta manera, el feto elige este momento para nacer, al elevarse la secreción de hormona liberadora de corticotropina (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

Durante el embarazo, el número de receptores de oxitocina en el miometrio y la decidua (la cual constituye el endometrio del embarazo) se multiplica más de 100 veces y alcanza su punto máximo al principio del trabajo de parto. Los estrógenos incrementan el número de



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

receptores de oxitocina, y la distensión uterina al final de la gestación también aumenta su formación. Probablemente el incremento considerable de receptores de oxitocina provoca la reacción del útero a una concentración plasmática normal de oxitocina (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

Una vez que ha iniciado el trabajo de parto, las contracciones uterinas dilatan el cuello uterino y esta dilatación a su vez estimula señales a los nervios aferentes que incrementan la secreción de oxitocina. La concentración de oxitocina plasmática se eleva, con lo cual hace posible la acción de mayor cantidad de esta hormona sobre el útero. Así, se establece un mecanismo de retroalimentación positiva que ayuda al parto y termina con la expulsión de los productos de la concepción. La oxitocina aumenta las concentraciones uterinas de dos maneras actuando directamente sobre las células del músculo uterino liso para que se contraigan, y estimulando la formación de prostaglandinas en la decidua. Estas últimas propician las contracciones inducidas por la oxitocina (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

Durante el trabajo de parto, los reflejos medulares y las contracciones voluntarias de los músculos abdominales (pujo) también ayudan en el parto. Sin embargo, puede haber parto sin pujar y sin incremento de reflejo en la secreción hipofisaria de oxitocina (Barret, Barman, Boitano & Brooks, 2010).

### 1.3 Clasificación del parto

#### a. Según evolución fisiológica

b. **Parto normal o eutócico:** es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos (Ricardo Schwarzc, 2005).

c. **Parto distócico:** es el que presenta alguna alteración de su evolución, dentro de este se encuentra la distocia contráctil del útero, del mecanismo de trabajo de parto, parto prolongado evaluado porque en el partograma sobrepase el percentil 90 de la curva de dilación cervical en función del tiempo, entre otros. (Ricardo Schwarzc, 2005).

d.

#### e. Según edad gestacional:

1. **Pretérmino:** parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea. Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro que consta a partir de 22 a 27 semanas y el parto prematuro que abarca de las 28 a 36 semanas cumplidas (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

2. **De término:** es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación (Ricardo Schwarzc, 2005).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

3. **Postérmino o post-maduro:** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más (Ricardo Schwarzc, 2005).

**f. Según intervención de agentes externos**

1. **Parto de comienzo espontáneo:** es el que inicia sin que haya intervenido agentes externos (Ricardo Schwarzc, 2005).
2. **Parto inducido o provocado:** es el que se inicia por la intervención deliberada de agentes externos (misoprostol, oxitocina, patológicos o traumáticos) (Ricardo Schwarzc, 2005).

**g. Según la presentación del feto**

Presentación cefálica o pélvica (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**h. Según la vía del nacimiento**

Vía vaginal y vía cesárea (Ministerio de salud-Nicaragua, 2008).

**i. Según el número de fetos**

Único o múltiple (Ministerio de salud-Nicaragua, 2008).

**1.4 Características del trabajo de parto eutócico**

El trabajo de parte corresponde al período desde el inicio de las contracciones regulares hasta la expulsión de la placenta (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006).

Los primeros valores del trabajo de parto fueron determinados por primera vez por Enmanuel Friedman, que en la década de 1950, publicó sus estudios sobre cientos de partos normales y anormales, quien representó gráficamente la dilatación cervical y el descenso del feto en función del tiempo (Gibbs, Karlan, Haney & Nygaard, 2008). La curva de dilatación cervical observada durante el trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea y la del descenso principalmente en la división pélvica es hiperbólica (Guzmán, 2014). La curva grafica del parto se utilizó para reconocer los patrones individuales que se desvían de la normalidad y para guiar la naturaleza y el momento de aplicación de intervenciones. Una evaluación más reciente de los patrones del parto considera los cambios tanto del tratamiento médico del parto (incluyendo mayores tasas de inducción, mayor utilización de oxitocina y anestesia regional, mayores tasas de monitorización fetal continua) como de las características de las pacientes (incluyendo aumento del índice de masa corporal y disminución de la tasa de tabaquismo, factores que han contribuido a un aumento del tamaño fetal), e indica una duración

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

significativa más larga de la fase activa del parto en la población contemporánea independientemente de esto, la práctica del seguimiento del parto de manera formal, parece mejorar el resultado del parto.

En 1994, la Organización Mundial de la salud, introduce la utilización de una “curva de parto” o partograma y de un protocolo consensuado sobre el tratamiento del parto, donde se asoció a una reducción del porcentaje de partos prolongados, de partos que precisaban estimulación y sepsis postparto (Fernández & Shiguiyama, 2012).

El trabajo de parto reconocible clínicamente se divide en tres fases o períodos, cada una de ellas con velocidad y duración normales establecidas por la estadística (Gibbs, Karlan, Haney & Nygaard, 2008).

Primer período, comienza cuando se producen contracciones uterinas muy espaciadas con la frecuencia, la intensidad y duración suficiente para producir adelgazamiento del cuello uterino, llamado borramiento. Este período del trabajo de parto termina cuando el cuello uterino se dilata por completo, diez centímetros, para permitir el paso de la cabeza fetal. Por lo tanto, el primer período del trabajo de parto es la etapa de borramiento y dilatación del cuello uterino (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006).

Friedman creó el concepto de tres divisiones funcionales del trabajo de parto para describir los objetivos fisiológicos de cada una, la primera denominada división preparatoria, donde el cuello uterino se dilata poco pero sus componentes de tejido conectivo cambian mucho; la segunda corresponde a la división de dilatación, durante la cual la dilatación avanza a su tasa más rápida, y la tercera llamada división pélvica, que inicia con la fase de desaceleración de la dilatación del cuello uterino y ocurren los mecanismos clásicos del trabajo de parto que incluyen a los movimientos cardinales-fetales en presentación cefálica, encajamiento, flexión, descenso, rotación interna, extensión y rotación externa (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006).

La curva sigmoidea que representa la dilatación del cuello uterino se define en dos fases: la fase latente correspondiente a la división preparatoria y la fase activa de la dilatación del trabajo de parto normal. Además, Friedman subdividió la fase activa en fase de desaceleración, de máxima pendiente y la fase de desaceleración (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Fase latente:** el inicio de la fase latente del trabajo de parto, definido por Friedman en 1972, corresponde al momento en que la madre percibe las contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termine entre los 3 y 5 centímetros de la dilatación, un umbral que puede ser clínicamente útil porque define los límites de dilatación, más allá de los cuales es de esperar un trabajo de parto activo (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006). Ver anexo 1.

**Fase activa:** según la curva de Friedman, la primera subdivisión de la fase activa se conoce como aceleración, es una etapa corta que comienza cuando culmina la fase latente e inicia verdaderamente el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 centímetros de dilatación, lo cual es indicativo de la regularización de las contracciones uterinas (dinámica uterina útil) en frecuencia, intensidad y duración. Una vez llegado a los 5 centímetros de dilatación cervical sigue la fase de pendiente máxima, que se extiende hasta alcanzar los 8 centímetros de dilatación en las siguientes 3 horas consecutivas, ya que las nulíparas dilatan a una velocidad normal de 1.2 centímetros por hora y las multíparas a 1.5 centímetros por hora aproximadamente (varía según literaturas obstétricas), razón por la cual Friedman considera que esta etapa de pendiente máxima es un indicador adecuado de la eficacia global del motor de la máquina del parto (las contracciones uterinas). La tercera subdivisión conocida como desaceleración va de los 8 centímetros a la dilatación completa (10 centímetros) y continúa de forma invisible con la retracción de las fibras musculares del anillo cervical de la dilatación sobre el polo fetal de la presentación que se ofrece para que con su avance lograr rebasarlo totalmente; también en esta fase se inicia conjuntamente el descenso de la presentación (Guzmán, 2014). Ver anexo 1.

El segundo período, comienza cuando la dilatación cervical está completa y termina con el nacimiento. Por eso, el segundo período del trabajo de parto es la etapa de expulsión fetal (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2011). La duración promedio es de casi 50 minutos para las nulíparas y 20 minutos para las multíparas, pero puede ser variable (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap & Wenstrom, 2006).

Tercer período, comienza justo después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta. Por lo tanto, el tercer período del trabajo de parto es la etapa de la separación y la expulsión de la placenta (Cunningham F.G., Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2011).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **1.5 Confirmación del trabajo de parto.**

#### **a. Pródromo de trabajo de parto**

Cuello uterino no dilatado no borrado, contracción uterinas útiles irregulares (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

#### **b. Inicio del trabajo de parto**

En **nulíparas**, el borramiento del 100% y dilatación de 3 centímetros y 3 a 4 contracciones en 10 minutos de 40 a 45 segundos de duración (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

En **Múltiparas**, el borramiento es del 50%, dilatación de 3 centímetro y 3 a 4 contracciones en 10 minutos de 40 a 45 segundos de duración (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

#### **c. Trabajo de parto**

Borramiento de 50 a 100%, dilatación de 4 a 10 centímetros (el cuello uterino se dilata 1 centímetro por hora), contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

### **1.6 Mecanismo del trabajo de parto en la presentación cefálica**

Los movimientos pasivos que el feto ejecuta para salir a través del canal del parto, el conducto pélvico-genital, son variables según la presentación, posición y variedad de posición en la presentación. La mayor parte de los movimientos ocurre de forma simultánea y son progresivos (Schwarzc, 2005).

Las presentaciones cefálicas, según la actitud fetal, ofrecen variadas varias modalidades de distinto mecanismo y pronóstico (Schwarzc, 2005). Estadísticamente el 95% de las presentaciones son cefálicas, el 99% se trata de una modalidad de vértice y de ellas 95% la variedad es occipito-iliaco izquierdo anterior, luego occipito-iliaco derecho posterior, menos frecuente occipito-iliaco izquierdo posterior y occipito-iliaco derecho anterior (Avilez, 2011).

El mecanismo de trabajo de parto tiene por objetivo que el feto atraviese el canal del parto y salga al exterior, y se consigue gracias a tres momentos: encajamiento, descenso y desprendimiento, cada uno con sus respectivos movimientos (Avilez, 2011).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### 1.6.1 Encajamiento

Tiene por objetivo que el diámetro biparietal atraviese el estrecho superior de la pelvis materna, Primer plano de Hodge, (Avilez, 2011). Para lograr este objetivo la cabeza debe orientarse en el diámetro pelviano más conveniente y aminorar sus diámetros, modificando su actitud (Schwarzc, 2005).

Con el encajamiento, la cabeza ejecuta tres movimientos asociados:

**-Orientación:** al principio, la cabeza, en actitud intermedia, acomoda el diámetro occipito-frontal de 12 centímetros (diámetro problema) al diámetro más favorable del estrecho superior de la pelvis materna, el diámetro oblicuo izquierdo (Avilez, 2011). Los diámetros transversos cefálicos que se presentan miden 9.5 centímetro el biparietal y 8 centímetros el bitemporal, la circunferencia tiene una forma de ovoide y mide 34 centímetros en un feto de término (Schwarzc, 2005).

**- Flexión:** luego, cuando la contracción uterina actúa sobre el tallo rígido que forma la columna vertebral del feto, la presión ejercida se transmite hacia la articulación occipito-atlantoidea y actúa sobre la cabeza, cuya constitución ofrece dos brazos de palanca, uno más largo (brazo frontal) y el otro más corto (brazo occipital). Al chocar, al frente contra la pelvis, esta hace contrapresión de abajo hacia arriba y produce la flexión de la cabeza. El contorno de la cabeza se reduce, se hace menos oval y mide 33 centímetros, y sus diámetros disminuyen. El diámetro occipito-frontal es reemplazado por el diámetro suboccipito-frontal, que mide 10.5 centímetros, el biparietal se mantiene (9.5 centímetros), pero el bitemporal se eleva y deja de tenerse en cuenta (Schwarzc, 2005).

**-Asinclitismo:** posteriormente, para descender, la cabeza no necesita cambiar de orientación ni de actitud, por lo tanto el descenso puede hacerse sinclítico o asinclítico mediante un movimiento “de campana”. Se llama sinclitismo a la coincidencia de los ejes fetales y maternos, lo cual se aprecia por la inclinación de la cabeza en relación con la pelvis; la cabeza en las pelvis normales descienden rectamente en la excavación, cayendo la sutura sagital “a plomo” y descendiendo, por lo tanto, ambos parietales al mismo tiempo, siempre con la sagital en el diámetro oblicuo, de modo que en su línea equidistante del pubis y del promontorio (Schwarzc, 2005). Pero a menudo la sutura sagital está deflexionada en dirección posterior al promontorio o anterior hacia la sínfisis del pubis y una deflexión lateral de este tipo dentro de la pelvis se denomina Asinclitismo. Sí la sutura sagital yace cerca de la sínfisis del pubis, se presenta una mayor parte del parietal posterior, lo que corresponde a un Asinclitismo posterior, en caso de Asinclitismo posterior extremo puede palparse fácilmente la parte posterior del oído (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Rouse & Spong, 2011).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

Una vez realizado estos tres movimientos, más un leve descenso, la cabeza está encajada (Avilez, 2011).

### 1.6.2. Descenso

El objetivo de este momento es que el feto avance y progrese y atravesase el canal del parto el cual se lleva a cabo mediante dos movimientos esenciales:

**-Descenso propiamente dicho:** la cabeza como tal como se encajó (diámetro oblicuo izquierdo), baja hasta llegar a la “rodilla del canal del parto”, que consta del músculo elevador del ano, espinas ciáticas que están ubicadas en el III plano de Hodge (Avilez, 2011).

**Rotación interna:** al llegar al III plano de Hodge, la cabeza realiza un movimiento de rotación anti-horaria de 45° para vencer la rodilla y conjuga diámetro suboccípito-bregmatico con el diámetro antero-posterior del estrecho inferior de la pelvis materna más favorable (anteroposterior). El faccilimus de flexión en cabeza es en sentido antero-posterior y con este movimiento, la cabeza queda en óptima posición para el desprendimiento (Avilez, 2011).

### 1.6.3. Desprendimiento

En el desprendimiento es objetivo es que la presentación (y el feto) salga al exterior, lo cual se consigue por tres importantes movimientos:

**Deflexión:** Se produce un movimiento en “cornada, avance y retroceso de la cabeza luego de cada contracción y pujo. Con la cabeza en occípito-púbica, hay oposición de la vagina, vulva y periné. El periné se abomba y el ano se abre. Cuando se logra un buen hipomoclión o punto de apoyo del occipucio debajo del pubis se inicia el desprendimiento y en el periné aparecen los parietales y fontanela mayor. Con la “Cabeza coronando (raíz de la nariz en contacto con el cóccix) sale el resto de la cabeza con la cara mirando al suelo (occipucio en dirección al pubis) (Avilez, 2011).

**Restitución:** Es un movimiento espontaneo que hace que la cabeza recupere su relación anatómica con los hombros logrando que el diámetro b-iacromial sea perpendicular al diámetro occipito frontal. Es un movimiento horario de 45° que favorece y acompaña al mecanismo de trabajo de parto de los hombros, por lo tanto son consecuencia del mismo (Avilez, 2011).

**Rotación externa:** Una vez que los hombros realizan su rotación interna se da la rotación externa de la cabeza. Es un movimiento horario de 45° que se da a consecuencia de la rotación interna de los hombros (Avilez, 2011).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **2. Anormalidades en el trabajo de parto**

### **2.1. Alteración de la fase preparatoria**

**Fase latente prolongada:** Friedman y Sachtleben (1963) la definieron como una fase de latencia mayor de 20 horas en la mujer nulípara y de 14 horas en la múltipara y no hay progreso de la dilatación mayor de 3 centímetros. Estos tiempos corresponden al percentil 95 (Cunningham F. G., Leveno, Bloom, Hauth, Rouse, & Spong, 2011). En la mayoría de las nulíparas, la causa más frecuente es un cuello inmaduro al comienzo del trabajo de parto, es decir, la existencia de tejido grueso, sin borramiento o dilatación; mientras que en las múltiparas es el falso trabajo de parto. Otros factores que modifican la duración de la fase latente se encuentran la sedación excesiva o la analgesia epidural, anestesia conductiva administrada antes del inicio de la fase activa del trabajo de parto, disfunción uterina tipo hipodinamia con contracciones uterinas débiles y no coordinadas y las causas desconocidas. El pronóstico de esta anomalía es bueno y, en la mayoría de los casos, termina en un parto normal, aunque se puede presentar agotamiento materno y alteraciones hidroelectrolíticas producto de un trabajo de parto prolongado (Aller & Pagés, 2012).

La conducta terapéutica depende de las condiciones del cuello uterino. Si es desfavorable y no hay contraindicación para retrasar el parto por 6 a 10 horas, se prefiere el descanso terapéutico que consiste en colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo, mantenerla bien hidratada con soluciones endovenosas, con monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y, en caso de ser necesario, administrar sedantes opiáceos como morfina (Aller & Pagés, 2012).

Si las condiciones cervicales persisten y desaparece la dinámica uterina, se debe considerar que se trata de un falso trabajo de parto y se da de alta a la paciente. Si el cuello uterino permanece desfavorable, a pesar de persistir la dinámica uterina, se pueden administrar sedantes opiáceos y oxitócicos porque se puede tratar de una alteración de la coordinación uterina; se debe realizar monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal y de la dinámica uterina. En caso de que el cuello sea favorable se realiza la conducción del trabajo con oxitócicos, amniorrexis y monitoreo fetal intraparto (Aller & Pagés, 2012).



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **2.2. Alteración de la fase de dilatación**

### **Fase activa prolongada**

También llamada fase activa lenta, se caracteriza por una velocidad de dilatación menor de 1,5 centímetros /hora en multíparas y de 1,2 centímetros /hora en nulíparas. El diagnóstico requiere de, al menos, dos tactos con un mínimo de una hora de separación y, frecuentemente, se asocia con una fase latente prolongada. Las causas más frecuentes son las mal posiciones fetales, la desproporción feto-pélvica, las contracciones hipotónicas y la anestesia conductiva. El tratamiento y pronóstico depende de la causa (Aller & Pagés, 2012).

### **Prolongación del descenso**

Ocurre cuando la velocidad de descenso es menor de 2 centímetros/hora, en las multíparas y menor de 1 centímetros/hora en las nulíparas. Al igual que en el caso anterior, el tratamiento dependerá de la etiología. Las causas más frecuentes son: Desproporción feto-pélvica, presentaciones fetales anómalas, sedación excesiva o anestesia de conducción mal administrada, cuello rígido, tumores pélvicos que bloquean el canal del parto, rotura prematura de membranas, polihidramnios y otras causas desconocidas al ingreso de la paciente (Aller & Pagés, 2012).

## **2.3. Alteración de la fase pélvica**

### **Fase de expulsión prolongada**

Llamada también “fase de desaceleración prolongada” es una alteración difícil de detectar, a no ser que se realicen tactos frecuentes al final de la fase activa. En condiciones normales la duración media de la fase de desaceleración es de 54 minutos en la nulípara y de 14 minutos en la multípara (Aller & Pagés, 2012).

Se habla de fase de desaceleración prolongada cuando dura más de 3 horas en nulíparas y de una (1) hora en multíparas. Las causas más frecuentes son las presentaciones en occipito-posterior y occipito-tranversa (Aller & Pagés, 2012).

### **Detención secundaria de la dilatación**

Es la alteración más frecuente de la fase activa y ocurre cuando se interrumpe la dilatación cervical por 2 horas o más. En la mayoría de los casos se debe a desproporción feto-pélvica y el tratamiento es con cesárea (Aller & Pagés, 2012).

Todos estos trastornos se producen de forma combinada y, frecuentemente, es difícil distinguir uno de otro (Aller & Pagés, 2012).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **Detención del descenso**

Consiste en la falta de progresión en el avance fetal a lo largo del canal del parto y el diagnóstico se hace cuando, mediante dos exploraciones vaginales distanciadas por 1 hora, la presentación permanece en el mismo plano. Las causas más frecuentes son contracciones uterinas inadecuadas, mal posición fetal, desproporción feto-pélvica y anestesia regional. El tratamiento y pronóstico dependerá del agente causal (Aller & Pagés, 2012).

### **Fracaso del descenso**

Se refiere a fracaso del descenso cuando no ocurre descenso de la presentación durante la fase de desaceleración o durante el periodo expulsivo. Su frecuencia es de 4% del total de partos y es causado por desproporción cefalo-pélvica. El tratamiento es la cirugía de cesárea (Reece & Hobbins, 2009).

## **2.4. Trabajo de parto precipitado**

El trabajo de parto precipitado es aquel en el cual existe una actividad uterina exagerada, bien coordinada y con una duración del trabajo de parto, desde su inicio hasta la expulsión del feto, de menos de 3 horas. Se caracteriza por dilatación muy rápida con contracciones uterinas intensas y frecuentes que producen un descenso precipitado (Aller & Pagés, 2012).

Ocurre en el 2% de los casos y se presenta cuando existe una disminución de la resistencia de las partes blandas maternas, asociado a contracciones uterinas y abdominales anormalmente vigorosas que no producen dolor intenso. En ocasiones es provocado en forma iatrogénica por el uso indiscriminado de estimulantes de la contracción (Aller & Pagés, 2012).

Si se realiza el diagnóstico antes del parto y si el monitoreo electrónico revela signos de sufrimiento fetal, se debe administrar anestesia peridural, omitir los estimulantes de la contracción y usar agentes tocolíticos que inhiben las contracciones uterinas. Las consecuencias materno-fetales del parto precipitado pueden ser: ruptura uterina, laceraciones del canal del parto, embolismo de líquido amniótico, hemorragia postparto, hipoxia fetal por disminución del flujo útero-placentario, trauma cerebral por el descenso brusco de la presentación, traumatismo del recién nacido y hemorragia fetal por desgarramiento del cordón umbilical, y se deben a la falta de adaptación de los tejidos y órganos materno-fetales al trabajo de parto (Aller & Pagés, 2012).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

El tratamiento del parto precipitado se logra suspendiendo la administración de estimulantes de la contracción uterina como oxitocina. La analgesia no modifica el patrón de contracción, la anestesia epidural puede tener un efecto sedante pasajero, sólo la anestesia con halotano e isoflurano pueden tener un efecto más prolongado, pero no se utiliza en la práctica (Aller & Pagés, 2012).

## 2.5. Falso trabajo de parto

Es una entidad frecuente y causa de consulta de muchas pacientes cerca del término de la gestación. El dolor es producido porque las **contracciones de Braxton-Hicks** se hacen más intensas a partir de la semana 30 y provocan distensión del segmento uterino y del cuello. El tratamiento del falso trabajo se hace con analgésicos convencionales (Aller & Pagés, 2012).

## 2.6. Diferencias entre las contracciones del falso trabajo de parto y del parto verdadero (Aller & Pagés, 2012).

### Trabajo de parto Falso

- Irregularidades en cuanto a aparición.
- Se alivian al caminar.
- Dolor en hipogastrio.
- Ceden con analgésicos.
- No provocan dilatación cervical.

### Verdadero trabajo de parto

- Regulares y cada vez más intensas y frecuentes.
- No se alivian al caminar.
- Dolor en hipogastrio irradiado a caderas.
- No ceden con analgésicos.
- Provocan dilatación y borramiento cervical.

## 3. La gráfica del parto: partograma

### Definición de partograma

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo (Nápoles, Bajuelo, Téllez, & Couto, 2004) Ver anexo N°2.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **3.2. Generalidades del partograma.**

Emmanuel Friedman (1954-1978) estudió cuidadosamente miles de mujeres con trabajo de parto normal y anormal mediante examen en serie del cérvix para definir la tasa esperada de avance y detectar patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular (Jimenez & Carpio, 2009).

En su tratado acerca del trabajo de parto Friedman afirmó “que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto; salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la parturienta es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto”. La curva de dilatación cervical observada durante un trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea (Jimenez & Carpio, 2009).

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; éstos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo (Jimenez & Carpio, 2009).

### **3.3. Requisitos para la atención con calidad del binomio madre-hijo durante el trabajo de parto y parto**

La atención integral de la gestante en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales y clínicos que intervienen en el proceso del nacimiento (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas antes del inicio del trabajo de parto. El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Identificar el trabajo de parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotal, en el período de octubre a diciembre 2018.

2. Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

a. Verificar la actividad contráctil: identificar la frecuencia óptima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de Hg o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

b. Evaluar la pelvis o “canal del parto”: en la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

c. Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: conjuntamente con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cérvix (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

d. Evaluar las características fetales o “contenido del parto”: es el feto con sus particularidades quién finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica. El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas. Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

e. Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: El feto vivo es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio del trabajo de parto se deben verificar las condiciones

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino y en relación con la actividad contráctil del útero. Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (tocómetro) antes de iniciar el trabajo de parto y durante la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Además el registro gráfico de la historia del trabajo de parto (partograma) con sus novedades es la mejor herramienta para garantizar un resultado materno y perinatal óptimo (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

### **3.4 Fisiología del trabajo de parto, parto y su relación con el partograma**

La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de la fase activa (4 centímetros de dilatación) hasta la dilatación completa (10 centímetros) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanzó el 80%, es decir los 8 centímetros. (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

Friedman (1955, 1967) describió las diferentes etapas del trabajo de parto, considerando tres etapas: la primera o fase latente, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 centímetros de dilatación, puede durar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 centímetros, con óptima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última etapa o expulsivo, cuando se completa el descenso de la cabeza fetal hasta el introito vulvar y ocurre el nacimiento del feto. Con base en esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como una herramienta clínica para la vigilancia del trabajo de parto, llamado partograma. (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo de parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz et. Al., Publicación Científica del CLAP, No 1153, 1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una “línea de alerta” (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso. Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

### **3.5. Objetivos del Partograma**

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto.
2. Proveer al personal médico y parteras de un instrumento económico y accesible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Reducir el índice de cesáreas y las asfixias al nacer, así como sus secuelas. (Nápoles, Bajuelo, Téllez, & Couto, 2004).

### **3.6. Ventajas del Partograma**

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.
2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.
3. Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.
4. Es capaz de explicar los altos índices de cesáreas en algunos hospitales.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y accesible. (Nápoles, Bajuelo, Téllez, & Couto, 2004).

### **3.7. Ventajas del partograma del Centro Latinoamericano de Perinatología.**

El partograma del Centro Latinoamericano de Perinatología ofrece algunas ventajas sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

1. Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010). Ver anexo N°2.

2. Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010).

3. Presenta una tabla independiente para el registro de las condiciones clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto o mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010).

4. Es dinámico y fácil de interpretar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando ésta se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010).

5. Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede determinar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles y difíciles de encontrar (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010).



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **3.8. Como utilizar el partograma de Centro Latinoamericano de Perinatología**

1. Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

2. Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería). (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

3. En la parte inferior izquierda del partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardiaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto. Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

4. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La grafica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 centímetros y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

5. En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar la “hora real”, es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las “horas reales” de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real” (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

6. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

7. Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es multípara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

8. Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. Si la paciente ingresa en 5 centímetros de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

b. Si la paciente ingresa en 6 centímetros de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

c. Sí se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 centímetros de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y el siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base (Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2005).

9. Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. Emplear la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de DeLee. Si se usa la clasificación por tercios de pelvis, se dividirá en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedarán los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero.

b. Emplee el icono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. Por tanto si después de llegar a dicha dilatación no hay descenso adecuado de la presentación se deben reevaluar todos los parámetros descritos en el numeral 3 (Requisitos para la atención con calidad del binomio madre-hijo durante el trabajo de parto y parto) para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea (Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia, 2010).

### **3.9. Uso del Partograma con curva de alerta**

Con la paciente ingresada en sala de labor, iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

1. Llenar en el partograma los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

2. En la hora real en que inicia la elaboración del mismo, se debe registrar la tensión arterial o presión arterial en milímetros de Mercurio (MmHg), pulso, posición materna representada como (LD): Lateral Derecho, (LI): Lateral Izquierdo, (D): Dorsal (acostada boca arriba), (SS) Semi-sentada, (S) Sentada, (PC): Parada o Caminando, duración de las contracciones uterinas medidas en segundos o unidades de Montevideo, intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro). Si es requerido, utilizar las casillas de Observaciones; éstas casillas se encuentran en la parte inferior del partograma, con las letras a, b, c, d hasta la letra o. Cada una de estas letras se corresponde con el tiempo real representado en el partograma. Si tuviese que anotar una observación, cuya interpretación lleve a una decisión de diagnóstico, de tratamiento y/o de referencia; marque con un asterisco la letra correspondiente y en una hoja adicional en blanco registre los comentarios diagnósticos, de tratamiento y/o de referencia; si posteriormente realizó otra valoración en la misma hora en tiempo real, no marque la letra b con asterisco, sino que utilice nuevamente la letra a, pero en esta ocasión regístrela como a.2, y siguientes valoraciones siempre en la misma hora en tiempo real, pueden ser registradas como a.3, a.4 (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

3. En el sector central del partograma deberá registrarse y valorarse desde el inicio del trabajo de parto,

**Frecuencia Cardíaca Fetal (F.C.F.)**, el cual se representa por un cuadrado en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del Partograma y que van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardíaca fetal debe medirse entre contracciones (período de relajación). Se toma la frecuencia cardíaca fetal por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de DIPS tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 centímetros de dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo período (período expulsivo).

Cuando se investiga el DIPS II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto (Schwarz, 2005).

Se considera normal frecuencia cardíaca fetal entre 120 y 160 latidos por minutos, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (frecuencia cardíaca fetal menor de 120) o taquicardia (frecuencia cardíaca fetal mayor de 160) en período de relajamiento se debe sospechar sufrimiento fetal.

También debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**Actividad uterina;** donde la frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triangulito en el tiempo real del Partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Las variaciones de las contracciones uterinas, deben interpretarse: Si bien en el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) , variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Dilatación cervical:** se grafica utilizando un punto en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**Variedad de Posición de la Presentación:** se debe determinar al momento de realizar el tacto vaginal para precisar la dilatación cervical. Recordar que la variedad de posición de la presentación cefálica más frecuente, es la Occipito Izquierda Anterior (OIA), seguida por la Occipito Derecha Posterior; por lo tanto estas son las primeras variedades de posición que todo trabajador de la salud que atiende partos debe tratar de identificar (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**Planos Hodge:** de acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, tomando como punto de referencia el diámetro biparietal del polo fetal deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos:

a. Primer plano: Promontorio a borde superior de la sínfisis púbica, coincide con el estrecho superior. Cuando el polo fetal llega a este Plano, la presentación está móvil.

b. Segundo plano. Es paralelo al anterior. Va desde el borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la segunda vértebra sacra. Cuando la presentación lo alcanza está fija.

c. Tercer plano. Paralelo al anterior, está a nivel de las espinas ciáticas. Cuando la presentación llega a este plano se considerará encajada.

d. Cuarto plano. Paralelo al anterior, a la altura de la punta del cóccix no retro-pulsado. La Presentación está profundamente encajada, aquí es donde se produce la rotación interna del feto.

Sí la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, no un ascenso (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**La Curva Real:** que debe elaborarse en todo Partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos vaginales realizados por la persona que examina.

La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la madre en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Al monitorear el Partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que:

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

a. A la madre le fue realizada una cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de por qué se decidió la realización de esta cirugía.

b. La madre fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución. Una copia del Partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**La Curva de Alerta** (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intercepta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el Partograma que se encuentra entre los 4 y 5 centímetros de dilatación cervical). Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero, punto de inicio o punto de partida. En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 centímetros, 5 centímetros, 6 centímetros, 7 centímetros, 8 centímetros, 9 centímetros, 10 centímetros. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente, puede realizarse posterior al nacimiento (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**Ruptura prematura de membranas:** si las membranas ovulares se rompen de manera espontánea en tiempo real debe registrarse (REM: Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse (RAM: Ruptura Artificial de Membranas). Si se observa la salida de meconio de forma espontánea o se identifica éste al realizar el tacto vaginal, en el Partograma, en tiempo real, la presencia de Meconio debe registrarse M (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**4. Elaboración de la Curva de Alerta:** El recurso de salud que vigila el trabajo de parto o atiende partos, debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes: Vertical: Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad (Vertical significa caminando, parada o sentada); Horizontal: hay 2 categorías Múltiparas y Nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

5. Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes tactos vaginales realizados, con la curva de alerta previamente

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

elaborada: La Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinámia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio materno-fetal (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

6. Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el Partograma: De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Se debe tomar en cuenta que la vigilancia del trabajo de parto no significa estar haciendo tactos vaginales, sino la valoración integral de la parturienta, de hecho, la utilización adecuada del Partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

### **3.10. Instrucciones para el monitoreo del partograma con curva de alerta**

**Partograma:** Registre el número del expediente monitoreado. Anotar **1** en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar **0**. Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008)

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

1. **Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta:** Se considera que los datos generales están adecuadamente llenados, cuando en el partograma se registran los nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
2. **Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma:** A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 centímetros de dilatación (Trabajo de Parto), captada en sala de emergencias o en salas de hospitalización, deberá iniciársele la elaboración del partograma. No confundir con el inicio de la elaboración de la curva de alerta, la cual debe elaborarse cuando la dilatación cervical es de al menos 4.5 centímetros. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
3. **Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta:** Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las 5 variantes: Vertical: Todas con membranas íntegras, no importando la paridad. Horizontal: en donde hay 2 categorías Multíparas y Nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
4. **Gráfica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento:** En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice **parto**. En los casos en donde se indicó y realizó cesárea, la curva real deberá dibujarse hasta la dilatación correspondiente al momento en donde se indicó la cirugía de emergencias. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
5. **Gráfica adecuadamente la Curva de Alerta:** La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 centímetros de dilatación cervical). En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 centímetros, 5 centímetros, 6 centímetros, 7 centímetros, 8 centímetros, 9 centímetros, 10 centímetros. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente puede realizarse posterior al nacimiento. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta:** Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado). Tampoco es normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**Gráfica adecuada de la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge:** Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV. En Nicaragua prácticamente no utilizamos los Planos de De Lee. Tómese en cuenta que si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, pero nunca un ascenso. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**8. Gráfica adecuada de la variedad de posición de la presentación:** Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP. Menos frecuentes son las variedades transversas y Occipito Sacras (OS). Al momento del expulsivo, la mayoría de estas presentaciones como parte de la rotación interna de la cabeza fetal se convierten en Occipito Púbcas (OP). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**9. Gráfica adecuada de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF):** El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**10. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal:** La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables. En los casos en que no se requiera una interpretación de la FCF porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

**11. Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas:** Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**12. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas:** En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) . Variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta. En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará N.A. (No Aplica).

Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No.10). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**13. Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM):** Debe graficarse la Rotura de Membranas ya sea esta espontánea (REM), o artificial (RAM) al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real. En los casos en que no haya REM o RAM, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008),

**14. Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas):** Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se cambia el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta anterior. En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

**15. Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas:** Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008)

**16. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria:** No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. Variaciones que están fuera de lo normal, deben originar comentarios que lleven a decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación de la información complementaria, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13, o entre 12 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 14). (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

**17. Observaciones:** Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Al final, haga un promedio (vertical) de cada partograma, dividiendo el número de parámetros que fueron cumplidos (marcados con X) entre 17 que es el total de parámetros que se monitorean en cada partograma o entre el número de parámetros a valorar excluyendo los NA. Horizontalmente podemos también sacar un promedio por parámetro, dividiendo el total de cumplidos (marcados con X) entre el total de partogramas monitoreados. Esto nos permite focalizarnos en los ítems en que necesitamos reforzar la capacitación de miembros de personal de salud. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotal, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

### **Tipo de estudio**

Descriptivo de corte transversal

### **Área de estudio**

El Hospital Escuela Alfonso Moncada Guillén-Ocotal, fundado desde el siglo pasado, ubicado en la cabecera departamental de Nueva Segovia, en la ciudad de Ocotal, institución regida por el Ministerio de Salud de Nicaragua, a través del SILAIS Nueva Segovia.

Actualmente la unidad brinda atención en salud con los servicios de medicina general, medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía pediátrica, ortopedia y traumatología, infectología pediátrica, neonatología, ortopedia oncológica, urología, otorrinolaringología, oftalmología, cardiología, dermatología, radiología, anestesiología y psiquiatría.

Es una institución estatal sin fines de lucro y de referencia regional para el departamento de Nueva Segovia, cubriendo doce municipios, siendo la unidad de mayor resolución en la región de tres hospitales primarios municipales (Jícaro, Quilalí y Jalapa). A partir del segundo semestre del 2017, se indicó la referencia al hospital regional la atención de parto en todas las madres adolescentes, disponiéndolo como factor de riesgos brindar una mejor vigilancia especializada.

La sala de Labor y Parto cuenta con recursos humanos altamente calificados y motivados para brindar la mejor atención materno-infantil, poniendo en práctica en todo momento el parto humanizado y la calidad a la atención del paciente, este personal está compuesto por dos enfermeras, un especialista gineco-obstetra, un médico general y dos médicos internos de pregrado, que son asignados en turnos rotatorios. Estructuralmente el servicio dispone de cuatro camas, para vigilancia del trabajo de parto y postparto, consta tres camillas de expulsivo, colinda a la sala de neonatología y con un acceso fácil al salón de operaciones reservado exclusivamente para el servicio de Gineco-obstetricia.

### **Universo o Población**

El universo es el total de nacimientos por vía vaginal que fueron atendidos en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela Alfonso Moncada Guillén-Ocotal, en el período de octubre a diciembre de 2018. La población fue constituida por 328 partos a los cuales se tuvo acceso a sus expedientes clínicos en la sala de archivo.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **Muestra**

La muestra es de tipo probabilística por muestreo aleatorio simple obtenida a través del programa de software estadístico **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** utilizando un intervalo de confianza del 95% con una proporción de éxito (esperada) del 10% y una precisión del 5%, la cual correspondió a 102 partos. Se analizaron 92 expedientes clínicos con partograma, correspondiente al 28.04% del universo.

### **Criterios de Inclusión**

Expedientes completos y legibles.

### **Criterios de exclusión**

Expedientes clínicos extraviados, incompletos o ilegibles.

### **Métodos e instrumentos de recolección de información**

Para la recopilación de información se realizaron las siguientes actividades:

1. Previa solicitud de autorización de la subdirección docente del hospital para la realización de la tesis monográfica en el Hospital Escuela Alfonso Moncada-Ocotol a través de una carta firmada y sellada por los autores y el tutor.
2. Revisión de expedientes clínicos del grupo de población a estudio en el área de archivo, correspondientes al período de octubre a diciembre de 2018 para verificar que cada uno de ellos cumpliera con los criterios de inclusión antes definidos, tomando en cuenta a su vez, los criterios de exclusión.
3. Aplicación del instrumento de recolección de datos (Ver anexo N°4) y hoja de monitoreo para el Partograma con curva de alerta (Ver anexo N°3) que fue adoptada del Ministerio de Salud de Nicaragua a cada uno de los expedientes clínicos de los partos atendidos. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).
4. Resguardando los criterios éticos de la investigación metodológica se realizó la recolección de datos aplicando el instrumento por el investigador a cargo para evitar los sesgos que pueden afectar la validez del estudio y lograr el cumplimiento de los objetivos.
5. Previamente se realizó una prueba piloto con 20 fichas aplicadas para detectar posibles errores y corregirlos ya que se pueden presentar a la hora del diseño del instrumento, recolección de los datos y análisis.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Procesamiento de la información**

El procesamiento de la información obtenida a través de la hoja de recolección de datos y hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta se realizó ingresando los datos en una matriz de variable codificada previamente elaborada con el programa **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)** para luego realizar el análisis.

## **Plan de tabulación y análisis**

Una vez que toda la información recolectada estuvo disponible en la matriz de variables se procedió a establecer análisis de frecuencias para todas las interrogantes planteadas, más cruce de variables de interés. También para determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud se realizó de forma manual y uno a uno de los expedientes clínicos revisados obteniendo el promedio del partograma de dividir el total criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables multiplicado por 100 (cien) y el promedio global al dividir el total de partogramas que obtuvieron un promedio mínimo de 90 entre el total de partogramas monitoreados multiplicado por 100 (cien).

La hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud consta de 13 (trece) criterios que evalúan la calidad del llenado del partograma por lo tanto el promedio general del mismo se obtendrá de la suma individual de los resultados en porcentaje según corresponda a satisfactorio, no satisfactorio y no aplica para luego dividirlo entre 13 (trece); además se valoran 4 (cuatro) criterios que corresponden a la calidad de interpretado de los datos más importantes derivados de la vigilancia estricta del trabajo de parto, y de forma similar el promedio general de calidad de interpretación del partograma se realiza a partir de la suma individual de los resultados en porcentaje según corresponda a satisfactorio, no satisfactorio y no aplica para después dividirlo entre 4 (cuatro). Ver anexo N°3.

De acuerdo a la Normativa 011 del Ministerio de Salud de Nicaragua se establece que partograma bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicar el instrumento de monitoreo (Hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta) se obtiene en promedio de todos los 17 (diecisiete) ítems al menos el 90%. (Ministerio de Salud-Nicaragua, 2008).

Se priorizaron partogramas de asfixias severas y moderadas, síndrome de aspiración de meconio (S.A.M.), hemorragia post parto y cesáreas indicadas como resultado de la vigilancia del trabajo de parto. Posteriormente la información se presentará en tablas de frecuencia y porcentaje más gráficos de porcentaje.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Variables**

**Objetivo N°1:** Describir los principales datos de filiación del grupo en estudio

- ✓ Edad
- ✓ Escolaridad
- ✓ Estado Civil

**Objetivo N°2:** Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio.

- ✓ Gestaciones
- ✓ Paridad
- ✓ Abortos
- ✓ Cesáreas

**Objetivo N°3:** Mencionar los datos generales asociados al parto y nacimiento.

- ✓ Conducción del trabajo de parto.
- ✓ Duración del trabajo de parto.
- ✓ Tiempo del nacimiento.
- ✓ Nivel académico de atención al nacimiento.

**Objetivo N°4:** Evaluar la calidad del llenado del partograma por inciso de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.

- ✓ Datos generales de identificación de la paciente completos.
- ✓ Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.
- ✓ Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta.
- ✓ Gráfico adecuado de la curva real, hasta el momento del nacimiento.
- ✓ Gráfico adecuado de la curva de alerta.
- ✓ Gráfico adecuado de la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.
- ✓ Gráfico adecuado de la variedad de posición de la presentación.
- ✓ Gráfico adecuado de la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Gráfico adecuado de la frecuencia de las contracciones uterinas
- ✓ Gráfico de manera adecuada en caso de la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).
- ✓ Gráfica adecuada de los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).
- ✓ Datos en la información complementaria de las casillas: Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, localización e intensidad del dolor.
- ✓ Uso adecuado de las casillas de observaciones.
- ✓ Promedio general de calidad del llenado del partograma.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°5:** Valorar la calidad de interpretación del Partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.

- ✓ Interpretación adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.
- ✓ Interpretación adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal.
- ✓ Interpretación adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.
- ✓ Interpretación adecuadamente la información complementaria.
- ✓ Promedio general de calidad de interpretación del partograma.

**Objetivo N°6:** Determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud

- ✓ Promedio del partograma.
- ✓ Promedio Global.



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### Operacionalización de variables

**Objetivo N°1: Describir los principales datos de filiación del grupo en estudio.**

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/valor
<b>Edad</b>	Tiempo en años, desde el nacimiento hasta el momento de la atención del parto.	Años	19 años o menos 20 a 34 años 35 años o más
<b>Estado civil</b>	Circunstancia conyugal que tiene o no la paciente con otra persona.	Relación de pareja	Soltera Unión estable Casada Viuda
<b>Escolaridad</b>	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la atención del parto.	Último nivel de estudio avanzado	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°2: Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio.**

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala / valor</b>
<b>Gestas previas</b>	Número de embarazos previos de la paciente.	Número de embarazos	Primigestas Multigestas Gran-Multigesta
<b>Paridad</b>	Número de partos por vía vaginal previos en la paciente.	Número de partos vaginales	Nulípara Primípara Multípara Gran-multípara
<b>Aborto</b>	Número de nacimientos con un peso del producto de la gestación menor de 500 gramos o todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación.	Número de abortos	0 1 2 3 o más
<b>Cesáreas</b>	Número de nacimientos por la vía abdominal previos acontecidos en la paciente.	Número de cesáreas	0 1 2 3

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°3: Mencionar los datos generales asociados al parto y nacimiento.**

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala/valor</b>
<b>Duración del trabajo de parto</b>	Tiempo transcurrido en horas desde el inicio de la etapa activa del trabajo de parto hasta el nacimiento.	Horas	Menor de 4 horas 4-5 horas 6 horas o más
<b>Período de nacimiento</b>	Tiempo laboral del personal médico en que se atendió el parto.	Horas	7:00 a 14:59 horas  15:00 a 6:59 horas
<b>Conducción del trabajo de parto</b>	Es la regularización de contracciones uterinas, iguales o semejantes al trabajo de parto espontáneo mediante el uso de oxitocina	Utilización de fármacos	Sí  No
<b>Nivel académico de la atención del nacimiento</b>	Es el grado de formación médica del personal de salud que atiende el parto.	Nivel académico	Médico interno de pregrado.  Médico y cirujano general.  Médico especialista.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°4: Evaluar la calidad del llenado del partograma por inciso de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/valor
<b>Datos generales de identificación de la paciente completos.</b>	Se considera lleno, cuando en el partograma se registran los nombres y apellidos de la paciente y fecha de atención.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma</b>	El partograma debe iniciarse cuando la paciente grávida alcanza las contracciones uterinas dolorosas de 40 segundos de duración al menos, de intensidad normal y al menos 3 centímetros de dilatación (trabajo de parto), captada de la sala de emergencias o en salas de hospitalización.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta.</b>	El personal de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las cinco variantes: vertical (membranas íntegra, sin importar paridad), horizontal (multiparidad o nuliparidad), cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón puede graficarse con flechas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<p><b>Gráfico adecuado de la curva real hasta el momento del nacimiento</b></p>	<p>La curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma reflejando el momento del parto. En los casos en donde se realiza cesárea, la curva real deberá dibujarse hasta la dilatación correspondiente al momento en donde se indica la cesárea terapéutica de urgencias.</p>	<p>Nivel de cumplimiento</p>	<p>Satisfactorio  No satisfactorio</p>
<p><b>Gráfico adecuado la curva de alerta</b></p>	<p>La curva de alerta (línea discontinua, punteada) debe iniciarse en los casos de madres que llegan con poca dilatación cervical, al momento que la curva real se intersecta con la línea de base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 centímetros de dilatación cervical). En situaciones en donde la madre llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir 4.5 cm, 5 cm, 6 cm, 7 cm, 8 cm, 9 cm y 10 cm. Sí llega en período expulsivo y el parto es inminente debe realizarse posterior al nacimiento reflejando los datos que se lograron captar.</p>	<p>Nivel de cumplimiento</p>	<p>Satisfactorio  No satisfactorio</p>
<p><b>Gráfico adecuado de la presentación en los planos de Hodge</b></p>	<p>Se grafica a través de un círculo con las partes craneales palpables representando la variedad de posición de la presentación con un descenso lógico y gradual según el avance del trabajo de parto en los planos de Hodge.</p>	<p>Nivel cumplimiento</p>	<p>Satisfactorio  No satisfactorio</p>

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Gráfico adecuado de la variedad de posición de la presentación</b>	Las variedades de posición de la presentación del vértice, en orden de frecuencia, son Occipito-íliaco-izquierda-anterior, Occipito-íliaco-izquierda-Posterior, Occipito-íliaco-derecho-Anterior y Occipito-íliaco-Derecha-Posterior; menos frecuentes las variedades transversas y Occipito-sacras. Al momento del descenso se instaura la posición Occipito-púbica (OP).	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Gráfico adecuado de la frecuencia cardíaca fetal</b>	El partograma permite graficar la frecuencia cardíaca fetal desde un mínimo de 90 por minuto hasta 200 por minuto como máximo, tomado en un lapso de tiempo de un minuto. Se representa con un cuadro relleno (■) según el valor en el tiempo de la gráfica.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Gráfico adecuado de la frecuencia de las contracciones uterinas.</b>	Se representa la frecuencia de las contracciones uterinas, con un triángulo ( $\Delta$ ) según la cantidad de contracciones en 10 minutos, normalmente se producen 3 a cinco contracciones. El tiempo de duración se refleja en las casillas de parte inferior.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Gráfico de forma adecuada de la Ruptura espontánea de membrana y ruptura artificial de membranas.</b>	Se debe reflejar contiguo al punto graficado de la dilatación cervical correspondiente a la curva real según el tacto vaginal y la inspección ginecológica.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Gráfico adecuado de los cambios de patrones en la curva de alerta</b>	Se refleja gráficamente el momento en que la madre cambia de posición vertical (caminando o sentada) a horizontal (decúbito) y/o al momento de ruptura de membranas (artificial o espontánea), de inmediato se cambia el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva según corresponda, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta anterior.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Datos en las casillas de información complementaria</b>	El adecuado llenado de las casillas complementarias en la parte inferior brinda datos importantes en el progreso del parto, tomando en cuenta la presión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracción, duración de las contracciones y la localización e intensidad del dolor que refiere la madre.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Uso adecuado de las casillas de observación</b>	Las casillas de observación deben marcarse con una "x" según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los eventos de riesgos o anormales, que traducen decisiones diagnósticas o terapéuticas.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio
<b>Promedio general de calidad del llenado del partograma</b>	Es el promedio total obtenido en cuanto al nivel de satisfacción de los 13 criterios de llenado del partograma con curva de alerta en la unidad de salud en evaluación.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°5: Valorar la calidad de interpretación del Partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/valor
<b>Interpretación adecuada de la curva real respecto a la curva de alerta</b>	Generalmente, la curva real no debe cruzar la curva de alerta, ya que refleja un trabajo de parto prolongado. No es normal que la curva real sea vertical y que se aleje demasiado de la curva de alerta (trabajo de parto intempestivo o parto precipitado por hiperdinámia uterina por oxitócicos o espontáneo. La curva de alerta es el tiempo máximo normal esperado que puede durar el trabajo de parto.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio  No satisfactorio
<b>Interpretación adecuada de las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal</b>	La frecuencia cardíaca fetal se considera normal entre 120 a 160 latidos por minutos y la variabilidad no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse, las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal correspondiente a DIPS tipo I, DIPS tipo II y a DIPS variables. La frecuencia cardíaca fetal debe medirse entre contracciones (período de relajación).	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio  No satisfactorio
<b>Interpretación adecuado de las variaciones de las contracciones uterinas</b>	En el trabajo de parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos, de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal. Variaciones en cualquier de los parámetros requieren una interpretación que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para las parturientas.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio  No satisfactorio  No aplica



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotlán, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Interpretación adecuado de la información complementaria</b>	El partograma no se limita en registrar correctamente la información de las casillas, se debe hacer un análisis diagnóstico para decisiones terapéuticas.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio No aplica
<b>Promedio general de la interpretación del partograma</b>	Es el promedio total obtenido en cuanto al nivel de satisfacción de los cuatro criterios de interpretación del partograma con curva de alerta en la unidad en evaluación.	Nivel de cumplimiento	Satisfactorio No satisfactorio No aplica

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Objetivo N°6: Determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

Variable	Definición operacional	Indicador	Escala/valor
<b>Promedio del partograma</b>	Es el resultado que se obtiene de dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables multiplicado por 100.	Nivel de cumplimiento	≥ 90 puntos 80-89 puntos 70-79 puntos 60-69 puntos 50-59 puntos 40-49 puntos 30-39 puntos 20-29 puntos
<b>Promedio global</b>	Es el resultado que se obtiene de dividir el total de partogramas que obtienen un promedio del partograma de 90 como mínimo entre el total de partogramas monitoreados multiplicado por 100.	Nivel de cumplimiento	≥ 90 % ≤89%

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **Aspectos éticos**

Se solicitó el permiso y apoyo a la sub-dirección docente del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol y al servicio de archivo, con el compromiso que el trabajo investigativo se apegará a la ética médica y los protocolos del Ministerio de Salud de Nicaragua, bajo los principios de una investigación de carácter y rigor científico.

Resguardando confidencialidad y anonimato de los datos proporcionados. Se evitara la utilización de los datos para fines distintos a los del estudio. Garantizando la privacidad del paciente según el expediente clínico. Es responsabilidad de los investigadores asegurarse de la calidad de los datos que le serán proporcionados, ya que estos deberán tener alta validez y fiabilidad.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## RESULTADOS

En el Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotál, Nueva Segovia se realiza el estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto, entre octubre y diciembre 2018 se analizaron 92 expedientes clínicos con partograma, correspondiente al 28.04% del universo. Se obtuvieron los siguientes resultados de acuerdo a cada objetivo realizado.

### **Objetivo 1: Caracterizar los principales datos de filiación del grupo en estudio.**

Respecto al estado civil se observa que el mayor predominio estuvo en unión de hecho estable con 59 pacientes (64.13%), 21 pacientes solteras (22.8%) y 12 pacientes casadas (13,04%), (ver en anexo, tabla 1).

En el grupo etéreo se notó que predominantemente fueron madres entre 20 y 34 años (ver anexo, tabla 1) con 38 mujeres (41%), luego madres adolescentes con 19 años o menos que tuvo 40 pacientes (43.47%) y con menor frecuencia madres “añosas” de 35 años a más con 14 pacientes (15.21%).

En la escolaridad de las madres en estudio 52 cursaron algún grado de primaria (56.52%), 30 pacientes hicieron estudios de secundaria (32.60%), 2 pacientes que tuvieron educación universitaria (2.17%) y finalmente 8 eran analfabetas (8.69%).

### **Objetivo 2: Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio.**

En la paridad se determinó que 27 de las pacientes eran nulíparas (58.69%), 27 pacientes (29.34%) fueron primíparas y finalmente 38 pacientes (11.95%) fueron entre las múltiparas (Ver anexo, tabla 2).

Las gestaciones previas se encontró que 36 de las pacientes atendidas eran primigestas (39.13%), madres multigestas fueron 37 (40.21%) y gran-multigestas fueron 19 pacientes (20.65%).

Respecto a los antecedentes personales de aborto tenemos que 84 de las pacientes en estudio no presentaban ningún antecedente (91.30%), mujeres con un aborto previo 6 (6.52%) y solo dos pacientes (2.17%) presentaba dos abortos previos al embarazo actual (ver anexo, tabla 2).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

En los antecedentes de cesáreas se encontró que las una paciente con antecedentes de cesárea anterior hace 14 años (1.08%) y 91 pacientes sin antecedentes previos de cesárea (98.91%). (Ver en anexos, tabla 2)

En la edad gestacional del tema a estudio se cuenta con 87 nacimientos tenían embarazo entre 37-41 6/7 semanas de gestación (94.56%) y mayor de 42 semanas eran 5 nacimientos (5.4%), (ver anexo, tabla 2).

### **Objetivo 3: Mencionar los datos generales asociados al parto y nacimiento.**

En relación a la conducción del trabajo de parto se observó que a 59 pacientes (64.13%) no fue necesario realizarles conducción y 33 pacientes (35.86%) fueron conducidas durante el trabajo de parto (Ver en anexo, tabla 3).

En cuanto a la duración del trabajo de parto se determinó que en 15 casos (16.30%) estuvieron entre 4 y 5 horas, 42 casos (45.65%) fue menor a 4 horas y en 35 casos (38.04%) tuvieron una duración de 6 horas o mayor (ver en anexo, tabla 3)

En la finalización del embarazo se encontró que 87 de las pacientes (94.56%) nacieron vía vaginal y por medio de vía abdominal con cesárea 5 casos (5.4%) (Ver en anexo, tabla 3)

En lo que respecta al momento de la hora del nacimiento, en hora militar, se notó que 38 pacientes (41.30%) que dieron a luz entre las 7:00-14:59, contrario a 54 pacientes (58.69%) que lo hicieron entre las 15:00-6:59 horas. (Ver tabla 3, en Anexos).

Al referirse al nivel académico del personal de salud en la atención del parto se encontró que 46 pacientes (50%) fueron atendidas por un médico interno de pregrado, 23 partos (25%) por un médico general y 23 partos (25%) por el médico Gineco-obstetra. (Ver tabla 3, en anexos).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

#### **Objetivo 4: Evaluar la calidad del llenado del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

El llenado adecuado de los datos generales de identificación de la paciente resultó que en 85 casos (92%) se completó de forma satisfactoria y solo 7 casos (7.6%) no fue satisfactoria la forma del llenado (Ver tabla 4, en anexos).

En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma se encontró que en 90 casos (97.82%) se empezó satisfactoriamente y solo en 2 casos (2.17%) no se empezó satisfactoriamente. (Ver tabla 4, en anexos).

La selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta se observó que en 90 casos (97.82%) fue satisfactoria y en 2 casos (2.17%) que no fue satisfactorio. (Ver tabla 4, en anexos).

En relación al gráfico adecuado de la curva real hasta el momento del nacimiento se determinó que en 90 casos (97.82%) se realizó satisfactoriamente y en dos casos (2.17%) no se hizo satisfactoriamente (Ver tabla 4, en anexos).

En el gráfico de la curva de alerta se obtuvo que en 88 casos (95.65%) se construyó de forma satisfactoria con un llenado adecuado y en 4 casos (4.34%) no satisfactoria. (Ver tabla 4, en anexos).

El gráfico adecuado de la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge resultó que en 90 casos (97.82%) se graficó satisfactoriamente y 2 casos (2.17%) no fue satisfactorio por una representación ambigua (ver en tabla 4, anexos).

En cuanto a gráficos adecuados de la variedad de posición de la presentación se encontró como resultado que en 90 casos (97.82%) se graficó satisfactoriamente y 2 casos (2.17%) no fue satisfactorio, por una representación ambigua (Ver tabla 4, en anexos).

En respecto a los gráficos adecuados de la frecuencia cardiaca fetal se observa que 90 casos (97.82%) se graficó satisfactoriamente y 2 casos (2.17%) no fue satisfactorio (Ver tabla 4, en anexos)

En gráficos adecuados de la frecuencia de las contracciones uterinas se notó 90 casos (97.82%) se graficó satisfactoriamente y 2 casos (2.17%) no fue un registro satisfactorio (Ver tabla 4, en anexos)

El gráfico adecuado de la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM) resultó que 40 casos (43.47%) fueron registradas satisfactoriamente y un grupo de 52 casos (56.52%) que no aplicaron a una ruptura de membranas en el transcurso del partograma (Ver tabla 4, en anexos).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

En el gráfico adecuado de los cambios de patrones en la curva alerta se encontró que 40 casos (43.47%) fueron registradas satisfactoriamente y un grupo de 52 casos (56.52%) que no aplicaron a una ruptura de membranas en el transcurso del partograma. (Ver tabla 4, en anexos).

Sobre el llenado adecuado de las casillas de información complementaria se notó que en 80 casos el llenado fue satisfactorio (86.95%) y 12 casos (13.04%) el llenado fue insatisfactorio (Ver tabla 4, en anexos).

En la utilización adecuada de las casillas de observación alcanzamos determinar que en 15 casos (16.30%) se empleó satisfactoriamente, pero en 77 pacientes (83.69%) no aplicó el criterio del registro de alguna observación. (Ver tabla 4, en anexos).

En el promedio general de la calidad del llenado del partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud podemos afirmar que el 90 % se realizó de forma satisfactorio, en 3% el llenado no fue adecuado por lo cual se consideró insatisfactorio y el restante 7% representa los criterios no aplicables para su evaluación en el partograma.

#### **Objetivo 5: Valorar la calidad de interpretación del Partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud**

La adecuada interpretación de la curva real respecto a la curva de alerta notamos que en 85 casos (92.39%) se realizó de forma satisfactoria y 7 casos (7.60%) fue no satisfactorio. (Ver tabla 5, en anexos)

En cuanto a la interpretación adecuada de las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal resulta que en 89 partogramas (96.73%) se realizó de forma satisfactoria y en 2 partogramas (2.17%) no fue satisfactorio y en 1 partograma (1.08%) faltantes no aplico el criterio. (Ver tabla 5, en anexos)

La interpretación adecuada de las variaciones de las contracciones uterinas se observa que en 89 partogramas (96.73%) se realizó de forma satisfactoria y en 2 partogramas (2.17%) no fue satisfactorio y en 1 partograma (1.08%) no aplico el criterio. . (Ver tabla 5, en anexos).

En interpretación adecuada de la información complementaria se valora en 15 casos (16.30%) se empleó satisfactoriamente, pero en 77 pacientes (83.69%) no aplicó el criterio del registro de alguna observación (Ver tabla 5, en anexos).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

El promedio general de calidad del interpretado del partograma con curva de alerta se puede afirmar que el 75.53% se realizó de manera satisfactoria, en el 3.73 % se notó que el interpretado fue inadecuado e insatisfactorio y el restante 21.19% representa los criterios que se consideraron como no aplicables para su evaluación. (Ver tabla 5, en anexos)

**Objetivo 6: Determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

El promedio del partograma calculado se trata de 34 casos (36.95%) el promedio obtenido fue  $\geq$  de 90 puntos, en 36 casos (39.13%) fue entre 80-89 puntos, en 7 casos (7.6%) hubo un promedio de 70-79 puntos, en 6 casos (6.52%) la calificación estuvo entre 60-69 puntos, en 2 casos (2.17%) observamos que la puntuación era de 50-59, en otro grupo de 3 casos (3.2%) notamos que se mantuvo entre 40-49 puntos, en 2 casos (2.17%) se lograron de 30-39 puntos y en los últimos 2 casos (2.17%) restantes apreciamos un puntaje de 20-29 puntos. (Ver tabla 6, en anexos).

Al finalizar se logra afirmar que solo en 34 casos (36.95%) el promedio global del partograma obtenido fue  $\geq$  de 90%, no obstante en los faltantes 58 casos (63.04%) fue  $\leq$  de 89%. (Ver tabla 6, en anexos).



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotal, en el período de octubre a diciembre 2018.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Realizado el estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la sede regional de Nueva Segovia en el Hospital Alfonso Moncada Guillén de Ocotal, entre octubre y diciembre 2017, con mujeres mayoritariamente rural y sin ningún estudio precedente en Nueva Segovia, se puede interpretar lo siguiente:

**Primer objetivo: Caracterizar los principales datos de filiación del grupo en estudio.**

Iniciando con el estado civil de cada mujer, que influye en el estado emocional y conyugal de cada paciente, se encontró que la mayoría de mujeres estaban en unión de hecho estable, quizá podría ser una situación cultural nicaragüense, similar a los estudios realizados en el Hospital San Juan de Dios de Estelí Espinoza & Flores (2015), por Flores (2015) en el Hospital Santiago de Jinotepe y por Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón, seguido de madres solteras y en una minoría madres casadas.

En el grupo etéreo, la mayoría son madres adolescentes, un grupo con altos factores de riesgos para complicaciones obstétricas maternas e infantiles, con mayores riesgos de partos pretérminos, ocasionando un problema de salud pública en zonas rurales y urbanas. Dato coincide con el grado de educación que la mayoría fue primaria, un dato tético a futuro, una joven con baja educación y siendo madre, con pocas oportunidades laborales, que se debe tomar el trasfondo a futuro lo que implica un hijo criado por una madre adolescente.

En segundo lugar están las madres de 20 a 30 años, un dato al menos positivo en cuanto a que por la edad, factor de riesgo no modificables, este grupo queda excluido. En tercer y último lugar, madres añosas, mayores de 35 años en menor cantidad, pero que sigue presente, con riesgos para síndrome hipertensivo y hemorragias postparto

El nivel de escolaridad, la mayoría son madres que cursaron algún grado de primaria, en segundo lugar educación secundaria, en tercer lugar madres analfabetas y en un insignificante 2.17% madres que lograron ir a la universidad hasta en ese momento final de su embarazo. Se podría considerar algo esperado por el grupo etéreo, sin embargo, es lamentable que la mayoría tengan un nivel de educación primaria, para tener entender y crear con mayor facilidad conciencia de una planificación familiar oportuna, comprender ciertas terapéuticas en los controles prenatales y posnatales, así como el cuidado neonatal.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### **Segundo Objetivo: Identificar los principales antecedentes obstétricos de las pacientes en estudio.**

En la paridad se determinó que la mayoría eran nulípara, coincide el de mayor cantidad del grupo etario, madres adolescentes. Datos similares al estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón por Logo & Montoya (2014). Se puede dar la pauta y valorar los posibles métodos de planificación y cumplimiento de este mismo para un futuro parto y alterar el tipo de paridad en madres adolescentes.

Entre los antecedentes obstétricos, se nota que la mayoría son primigestas, primípara y adolescentes, con un inicio de relaciones coitales a temprana edad, sin determinar, si era un embarazo deseado, o incluso, por la idiosincrasia nicaragüense, tomar en cuenta una posible víctima de abuso sexual, datos que coinciden con información de estudios previos en Jinotega por Carballo (2015) y Espinoza & Flores (2015).

Los datos de abortos previos en estas mujeres no son relevantes, ya que solo 8.60% aproximadamente sufrieron uno o más al embarazo actual, un factor de riesgos menos. La mayoría no representaba ningún antecedentes de abortos, similar al estudio realizado en el Hospital Victoria Motta de Jinotega por Carballo (2015) y Espinoza & Flores (2015) en el Hospital San Juan de Dios de Estelí.

Las cesáreas previas, que es un factor de riesgos para una hemorragia postparto, atonía uterina y ruptura uterina si existe un trabajo de parto franco y con un período intergenésico corto solo representa como antecedente el 1.08% en relación al embarazo actual, disminuyendo el índice de cesárea y menor tiempo de hospitalización.

Un dato que llama la atención es que la mayoría fueron embarazos a término y una pequeña minoría pos-término, un dato positivo que representa menos factores de riesgos para muertes neonatales temprana y tardía. Pero se debe tomar en cuenta que el estudio se basa en partogramas, donde debe existir un mecanismo de trabajo de parto a término, ya que no se toma en cuenta los trabajos de partos pretérminos ni cesáreas. Dato similar al estudio realizado en Jinotega por Carballo (2015).

### **Tercer objetivo: Mencionar los datos generales asociados al parto y nacimiento.**

La gran parte de los partos registrados en los partogramas no fue necesaria una conducción con oxitocina y solo un 35.86% fueron conducidas durante el trabajo de parto, similar al estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón por Logo & Montoya (2014).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

La duración del trabajo de parto en su mayoría fue menor de 4 horas, en segundo lugar aquellos partos que duraron seis o más horas, y una pequeña parte, aquellos trabajos de partos que duraron entre cuatro y cinco horas. Se debe considerar siempre que a pesar de lo esperado 1-2 centímetros por hora, usar con racionalidad y aplicando criterios el uso de útero-estimulantes, por los riesgos de meconio y sufrimiento fetal, poli-sistolia y taqui-sistolia y una futura ruptura uterina.

La finalización del embarazo la mayoría terminó en parto vía vaginal, a como se esperaba y solo en cinco casos, terminaron en cesárea de emergencia, por alguna complicación o distocia del trabajo de parto. Este dato coincide con estudios realizados en el Hospital Bertha Calderón por Logo & Montoya (2014) y Espinoza & Flores (2015) en el Hospital San Juan de Dios de Estelí.

En el momento de la hora del nacimiento, se notó que la mayoría de nacimientos fueron 15:00-6:59 horas, tiempo crucial donde hay guardia nocturna y de madrugada, con menos cantidad de personal asistencial, y cuatro horas de apoyo por otro especialista de ginecología en 6 horas al inicio del turno, contribuyendo a un mal llenado del partograma por la saturación laboral que existe en estas horas; datos similares a los encontrados por Carballo (2014) en el Hospital Victoria Motta y por Espinoza & Flores (2015).

En cuanto al nivel académico del personal de salud que atendió los partos en estudio se encontró que la mayoría fueron atendidos por el médico interno de pregrado, en tercer lugar médicos y cirujanos generales y en cuarto lugar, médicos especialistas en Gineco-obstetricia. Un dato que llama mucho la atención, es que existe por reglamento interno del Hospital Alfonso Moncada que todo parto eutócico debe ser vigilado por el especialista y todo parto distócico deba ser atendido directamente por el Gineco-obstetra. En ningún se reportó la atención por enfermería, ni se hace mención de enfermeras materno-infantiles.

#### **Cuarto Objetivo: Evaluar la calidad del llenado del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

El llenado de los datos generales de identificación en el partograma de los datos de la madre fue satisfactoria en la mayoría de los casos y solo en 7 casos no se realizó de forma satisfactoria siendo las principales debilidades la ausencia o registro incompleto tanto del nombre completos de la madre, el número de expediente y la fecha clara en que se realiza el partograma; dato que no es exacto en aquellos partos donde tuvieron un trabajo de parto que inicia en la noche y termina en la madrugada en el turno 15:00 – 6:59 horas. Datos que difieren a los reportes del estudio realizado por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo que en solo un poco más del 50% se vio que este es satisfactorio y se igual al estudio realizado en el Hospital San Juan de Dios de Estelí por Espinoza & Flores (2015).

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma el 90% se inició de manera satisfactoria cuando la madre inicia un trabajo de parto, captada en la sala de emergencias o en sala de Alto Riesgo Obstétrico, solo en dos casos no se inició el partograma adecuadamente. Datos similares a los estudiados por Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua, Espinoza & Flores (2015) en el Hospital San Juan de Dios y en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo por Flores (2015).

Las gráficas de la curva real hasta el momento del nacimiento se realizó satisfactoriamente casi totalmente, se trazó hasta la línea superior del partograma que dice parto cuando se produjo parto eutócico vía vaginal y en los casos donde se indicó y realizó cesárea la curva real se hizo hasta la dilatación correspondiente al momento donde se indicó el procedimiento quirúrgico; en similitud con los estudios del Hospital San Juan de Dios de Estelí por Espinoza & Flores (2015), en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo por Flores (2015) y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

En la selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta fue satisfactoria la mayoría (97.82%) con el reconocimiento clínico y obstétrico, la mayoría con una posición acostada, la integridad o no de las membranas y con las leyendas adecuadas (flechas) en el gráfico de parto, similar a estudios previos en el Hospital San Juan de Dios de Estelí por Espinoza & Flores (2015) y en el Hospital Bertha Calderón por Logo & Montoya (2015).

En el gráfico adecuado de la curva de alerta, posterior a ver los resultados de la selección de esta, se encontró que el 95.65% de los casos se construyó de manera satisfactoria, al momento en que la curva real se intersecta con la línea de base, especialmente en las madres con poca dilatación y en las situaciones donde las madres llegaron con trabajo de parto avanzado, solo un 4.34% no se cumplía con criterios correspondientes para su construcción datos que difieren con los gráficos de curvas de alerta inadecuados en otros estudios como en el caso de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, Espinoza & Flores en el Hospital San Juan de Dios de Estelí y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Respecto a los Planos de Hodge, en el 90% de los partogramas se graficó satisfactoriamente relacionado a adecuada vigilancia con el grado de dilatación y el número de tactos vaginales realizados, sin embargo en dos casos los gráficos fueron ambiguos y mal elaborados; resultados similares con los obtenidos por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

En los gráficos adecuados de la variedad de posición de la presentación encontramos que el 97.82% de los casos se realizó de manera satisfactoria donde existe una adecuada correlación con los hallazgos del examen físico registrado en las notas clínicas de ingreso y de recibo a labor y parto, satisfactorio como en los casos de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

En las gráficas de la frecuencia cardiaca fetal el 97% de los casos se realizó de forma satisfactoria cada 30 minutos, representado con una leyenda adecuada, sin al realizar una comparación es similar a los datos encontrados en el estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

El gráfico adecuado de la frecuencia de las contracciones uterinas el 97.82% de los casos se graficó de manera adecuada, previendo una taquisistolia, alteraciones en las contracciones uterina y un posible sufrimiento fetal, dato similar al de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

En las gráficas de las Rupturas Espontánea de Membranas y la Ruptura Artificial de Membranas con amniotomía resultó el 43.47% fueron registradas de manera satisfactoria y el grupo restante no aplicaron, resultados que no varían en relación a los datos reportados en el estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua, se puede considerar que el motivo es que se trata de un proceso del trabajo de parto evidente, que puede variar todo el trabajo de parto y el tiempo de nacimiento, así como alertas según el color y la definición del líquido amniótico expulsado durante la ruptura.

El gráfico adecuado en los cambios de patrones de la curva alerta para los partogramas se encontró que el 43.47% fueron registradas satisfactoriamente y en un 56.52% no aplicó a una ruptura en el transcurso del parto, similar a los encontrados en los trabajos de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Para el llenado adecuado de las casillas de información complementaria notamos que el 86.95% fue satisfactorio, brindando una información útil y precisa en tiempo real de las eventualidades del trabajo de parto. Solo en un 13% no se completó de manera satisfactoria con evaluaciones incompletas e insuficientes durante intervalos prolongados dejando brechas clínicas en la vigilancia obstétrica; datos con similitud a los reportes de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua, pero con variabilidad en cuanto a los resultados del trabajo de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

Las casillas de observación fueron no fueron llenadas adecuadamente, sin hacer el uso correcto de las mismas, ya que las notas clínicas del médico y enfermería reflejan indicaciones u observaciones sin ser registradas en el partograma, un reto para el servicio de Gineco-obstetricia, en un 83.69% no aplicó el uso de las casillas de observación; diferente a los resultados presentados en los estudios realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

El promedio general de calidad del llenado del partograma con curva de alerta basado en los criterios se puede asegurar que el 90% se realizó de forma satisfactoria según los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud en la vigilancia del parto eutócico, un mancha a estos criterios son las casillas de observación que erraron con un registro inadecuado, comparando con otros estudios, hay mucha semejanza en los trabajos realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

#### **Quinto objetivo: Valorar la calidad de interpretación del Partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud**

La adecuada interpretación de la curva real respecto de la curva de alerta notamos que en su mayoría el 92.39% se realizó de forma satisfactoria, se considera la oportuna toma de decisiones en particular con las situaciones cuando la curva real cruzó la curva de alerta, prolongación de un trabajo de parto, así como la presentación de curva real vertical que se aleja demasiado de la curva de alerta con inminente trabajo de parto precipitado evitando de esta forma complicaciones, y en un 7.6% de los casos fue no satisfactoria poniendo en riesgo el binomio madre-hijo durante el trabajo de parto, estos resultados son similares a los del reporte de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y porcentajes mayores con respecto al trabajo de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal resultó que la mayoría, un 96.7% se realizó de forma satisfactoria, reflejando adecuadamente las leyendas analizando de manera oportuna las decisiones en el trabajo de parto de las pacientes, previendo complicaciones fetales que pusieran en riesgo el bienestar fetal, de la misma manera, previniendo un posible óbito fetal intrahospitalario intra-parto, solo en dos casos no fue satisfactorio con falta de vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal; resultados parecidos a los de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

La interpretación de la información complementaria resultó que un 16.30% se realizó de forma adecuada y el 83.69% restante de los casos no aplicó el registro de alguna reseña complementaria durante el trabajo de parto. Los datos semejantes a resultados obtenidos por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

El promedio general de calidad de interpretación del partograma con curva de alerta basado en los criterios evaluados se puede afirmar que los resultados obtenidos en fueron muy por arriba del 50%, con un 75.53% los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud, similares a los estudios realizados en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo por Flores (2015) y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua, podemos observar que los datos del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí.

**Sexto objetivo: Determinar el nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud.**

El cálculo del promedio del partograma trata mayoritariamente de los partogramas con un promedio obtenido fue  $\geq$  de 90 puntos que representa el 36% de los casos y el 39.13% fue entre 80-89 puntos, con un grado de deficiencia bajo y solo en dos casos extremos tuvieron un puntaje de 20 a 29 puntos como los puntajes más bajos del estudio, fallas en el llenado del partograma, estos parámetros deben de ser reforzados como retos para el Hospital Alfonso Moncada para obtener un promedio general por arriba de 9 puntos.

En general, de los noventa y dos expedientes revisados el 36.95% cumple un porcentaje mayor del 90% y los 63% restantes obtuvieron un puntaje menor o igual a 89 puntos lo que se puede interpretar que en la Sala de Labor y Parto del Hospital Regional Alfonso Moncada Guillén de Ocotál no se cumple con los estándares de calidad del Ministerio de Salud, presentando serias deficiencias para el llenado e interpretado satisfactorio de la hoja del partograma, crucial para tomar decisiones obstétricas oportunas en el trabajo de parto, dependiendo de manera particular en cada caso de cada madre. A su vez, interfiriendo en los indicadores de muerte materna, muerte fetal, óbitos fetales intrahospitalarios y los índices de cesáreas de la unidad de salud regional.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas en el estudio se observa que el mayor predominio de estuvo mujeres de unión de hecho estable, de 20 a 34 años y con un nivel de escolaridad de primaria.
2. Entre los antecedentes obstétricos, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes atendidas fueron madres nulíparas, primigestas, sin antecedentes de cesáreas ni abortos, con parto a términos con 37 a 41 6/7 semanas de gestación.
3. Los datos generales asociados al parto y nacimiento se determinó que la mayor fueron partos eutócicos, que duraron menos de 4 horas en su mayoría, en los horarios de turno nocturno 15:00 a las 6:59 horas (hora militar) y atendidos por un médico interno de pregrado, vigilado por solo un médico general o un gineco-obstetra.
4. En la evaluación de la calidad del llenado del partograma se afirma que el porcentaje de satisfacción es del 90%, y el porcentaje de no satisfactorio obtenido está en 3% y un 7% restante representa los criterios no aplicables para evaluar. Las principales debilidades con respecto a los criterios de llenado del partograma se encontraron en los datos generales de identificación de la paciente y el llenado de las casillas de observación.
5. En la evaluación de la calidad de interpretación del partograma se encontró que el 75.53% se realizó de forma satisfactoria, en el 3.73% la calidad de interpretado fue inadecuado y el restante 21.19% no aplicaba a los criterios para su evaluación.
6. En el Hospital Alfonso Moncada, el promedio global de los partogramas a estudio no se cumple de forma satisfactoria con los estándares de calidad del Ministerio de Salud en lo que se refiere a calidad del llenado e interpretado adecuado del partograma hasta de los casos, solo un 36.95% de los casos logró un puntaje mayor de 90%.



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## **Recomendaciones**

### **A las autoridades del Ministerio de Salud**

- Promover la realización de trabajos en las principales unidades de salud del país donde se atienden partos y se utiliza la hoja del partograma con curva de alerta para evaluar sobre la calidad del llenado e interpretado adecuado del mismo a nivel nacional y focalizar en ciclos rápidos de mejoría continúa de los criterios que no se están cumpliendo.
- Facilitar formación continua sobre la calidad del llenado e interpretado de la hoja del partograma dirigido especialmente a los médicos internos de pregrado y a todo el personal que se involucra en la vigilancia del trabajo de parto y atención del parto.
- Realizar evaluaciones contantes de los partogramas haciendo uso de la hoja de parámetros para el partograma con curva de alerta en todas las unidades de salud donde se atienden partos según normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacida y puerperio de bajo riesgo, cumpliendo los parámetros de calidad del Ministerio de Salud.

### **A los coordinadores del SILAIS Nueva Segovia y las autoridades del Hospital Alfonso Moncada Guillén**

1. Establecer estrategias de formación continua entre el personal de salud para homogenizar los conocimientos sobre el llenado e interpretado satisfactorio de la Hoja del Partograma con curva de alerta.
2. Recopilar de este y muchos trabajos monográficos precedentes para instar a los recursos médicos y de enfermería para la realización de trabajos posteriores donde se evalúen los logros y avances obtenidos a partir de la publicación de esta investigación.
3. Incrementar el número de médicos generales, médicos gineco-obstetras y enfermeras gineco-obstetra para la sala de labor y parto en el Hospital Alfonso Moncada Guillén, especialmente en los turnos nocturnos, de fin de semana y feriados nacionales y locales.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Al servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Alfonso Moncada Guillén y personal asistencial que labora en la sala de labor y parto.**

- Realizar semanalmente y cuando sea necesario la revisión de los expedientes clínicos de las pacientes que acudieron a la unidad para la atención del parto con el objetivo de evaluar y conocer las principales debilidades y virtudes que presenta el personal de salud que labora en la Sala de Labor y Parto.
- Coordinar los roles de turnos nocturnos para el personal que asiste en la sala de labor y parto, con el fin de aumentar la cobertura médica y de enfermería para los pacientes.
- Adentrarse cada día más en la formación e interpretación gráfica del partograma, en condicione inherentes de cada paciente, con el fin de tomar decisiones propicias en tiempo y forma en la sala de labor y parto.
- Tomar en cuenta que el partograma debe realizarse en tiempo real y no posterior a la atención del parto.
- Precisar la identificación de la paciente, datos generales, el registro del el número de expediente y el llenado en las casillas de observación correspondiente.
- Hacer revisión de la hora militar con la cual deba graficarse y que no existan incongruencias con las notas médicas y la hoja de control prenatal.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## BIBLIOGRAFÍA

Aller, J., & Pagés, G. (2012). *OBSTETRICIA MODERNA* (3 ed.). Caracas, Venezuela: McGraw-Hill Interamericana.

Avilez, J. C. (2011). *Mecanismo de Trabajo de Parto Presentación cefálica-OIA*. Managua, Nicaragua: Autor.

Barrett, K. E., Barman, S. M., Boitano, S., & Brooks, H. L. (2010). *Ganong Fisiología Médica* (23 ed.). México, México: McGraw-Hill Interamericana.

Cañizares Coto, V. (2010). *Llenado y aplicación adecuada del partograma (CLAP/SMR-OPS/OMS. MSP-HCU. Form. #051) y sus resultados perinatales en pacientes embarazadas atendidas en el Hospital Gineco-Obstetrico Isidro Ayora durante el período de enero y febrero del 2010*. Quito, Ecuador: Autor.

Centro Asociado al CLAP-OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. (2005). *INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO "PARTOGRAMA" DEL CLAP – OPS/OMS*. Medellín, Colombia: Dirección Seccional de Salud de Antioquia-Dirección de Salud Pública.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Gilstrap, L., & Wenstrom, K. D. (2006). *Obstetricia de Williams* (22 ed.). México, México: McGraw-Hill Interamericana.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2011). *OBSTETRICIA de Williams* (23 ed.). México, México: McGraw-Hill Interamericana.

Flores Puerto, R. R. (2015). *Calidad del llenado e Interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe*. Managua, Nicaragua: Autor.

Espinoza C. & Flores E. (2015). *Cumplimiento del Llenado e Interpretación del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto en la Sala De Labor y Parto del Área de Gineco-Obstetricia en el Hospital San Juan de Dios Estelí, en el Período Comprendido entre Enero-Junio del Año 2015*. Jinotepe, Nicaragua: Autor.

Gibbs, R. S., Karlan, B. Y., Haney, A. F., & Nygaard, I. E. (2008). *Obstetricia y Ginecología de Danforth* (10 ed.). Barcelona, España: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Guzmán, R. (2014). *Trabajo de parto: Fisiología y Alteraciones disfuncionales*. Autor.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

Jimenez, G. W., & Carpio, D. A. (2009). *Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma en pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja*. Loja, Ecuador: Autor.

Logo Canales, J. M., & Montoya Zepeda, D. A. (2014). *Calidad del Llenado e interpretación del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital "Bertha Calderón Roque" (HBCR), en el periodo Enero-Marzo del 2014*. Managua, Nicaragua: Autor.

Ministerio de Salud-Nicaragua. (2008). *Normativa 011: Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo*. Managua, Nicaragua: Autor.

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia. (2010). *Guía: Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR-OPS/OMS*. Medellín, Colombia: Autor.

Nápoles, D., Bajuelo, A., Téllez, M., & Couto, D. (2004). El Partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *MEDISAN*, 8(4), 64-72.

Parra C, M., Quiroz V, L., Schepeler S, M., Calvo P, X., Pérez C, P., Díaz S, R., y otros. (2005). *Evaluación grafica del partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto*. Chile: Autor.

Reece, E. A., & Hobbins, J. C. (2009). *Obstetricia Clínica*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.

Ricardo Schwarzc, R. F. (2005). *Schwarzc-Sala-Duverges OBSTETRICIA* (6 ed.). Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo.

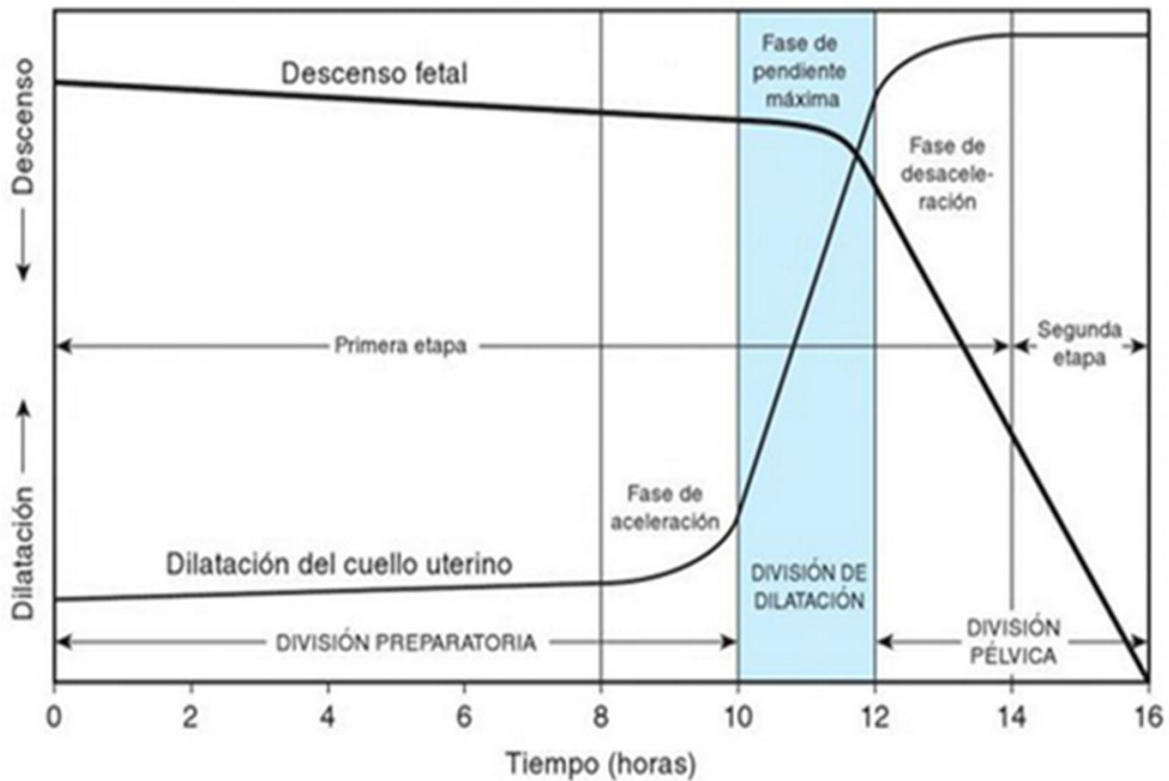
Sánchez, A. M., & Torres, A. (2015). *Cumplimiento del Llenado e Interpretación del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto en la Sala De Labor y Parto del Área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el Período Comprendido entre Enero-Junio del Año 2015*. Jinotega, Nicaragua: Autor.

Sánchez Pabón (2014), *Fisiología de la Contractilidad Uterina: Períodos del Parto*. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. Autor.

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

## ANEXOS

### Anexo N°1: Características del trabajo de parto



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## Anexo N°2: Partograma C.L.A.P. O.P.S./O.M.S.

Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido/a y Puerperio de Bajo Riesgo

Posición	Vertical	Horizontal			
Paridad	Todas	Multiparas	Nulliparas		
Membr.	Íntegras	Íntegras	Rotas	Íntegras	Rotas

	0,15	0,15	0,05	0,30	0,20
	0,25	0,25	0,10	0,35	0,35
	0,35	0,40	0,25	0,40	0,50
	1,00	0,55	0,35	1,00	1,05
	1,15	1,25	1,00	1,30	1,25
	2,10	2,20	2,30	2,15	2,30

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

Plano de Hodge y Variedad de posición  0

Dilatación cervical

Rotura espontánea membranas... REM

Rotura artificial membranas... RAM

**DOLOR**

INTENSIDAD

Fuerte... +++

Normal... ++

Débil... +

LOCALIZACION

Suprapúbico... SP

Sacro... S

**OBSERVACIONES**

Mecónio... M

Dig I... I

Dig II... II

Dips variables... V

**POSICION MATERNA**

Lateral derecha... LD

Lateral izquierda... LI

Dorsal... D

Semisentada... SS

Sentada... S

Parada o caminando... PC

DA MES AÑO		

HORAS DE TRABAJO DE PARTO

HORA REAL

POSICION MATERNA															
TENSION ARTERIAL															
PULSO															
FREC. CARDIACA FETAL															
DUR. CONTRACCIONES															
FREC. CONTRACCIONES															
DOLOR/ LOCALIZACION															
OBSERVACIONES															

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

### Anexo N°3: Hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta

#### HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Unidad de Salud: \_\_\_\_\_  
 Monitor/Supervisor: \_\_\_\_\_ # Partogramas Revisados: \_\_\_\_\_  
 Período Monitoreado: \_\_\_\_\_ Total Partos Atendidos en el Período: \_\_\_\_\_  
 Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma: \_\_\_\_\_

**Partograma:** Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0. Registrar **NA** (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Número de Expediente																					Prom
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
<b>No</b> Criterio:																					
1 Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.																					
2 Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																					
3 Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																					
4 Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																					
5 Grafica adecuadamente la curva de alerta.																					
6 Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																					
7 Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																					
8 Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																					
9 Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
10 Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.																					
11 Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																					
12 Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																					
13 Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).																					
14 Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).																					





Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

#### **Anexo N°4: Ficha de recolección de información**



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Managua  
Facultad de Ciencias Médicas  
Carrera de Medicina y cirugía general**

#### **Ficha de recolección de datos**

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, Nueva Segovia, en el periodo Octubre – diciembre de 2017.

Autorizado por subdirección docente de Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol.

Monitor: \_\_\_\_\_ N° de expediente: \_\_\_\_\_  
Estante de archivo N°: \_\_\_\_\_ Ficha N° \_\_\_\_\_

A continuación se presentan los datos de búsqueda en el expediente clínico, se deben seleccionar las opciones que correspondan:

#### **Edad**

1. 19 años o menos
2. 20-34 años
3. 35 años o más

#### **Escolaridad**

1. Analfabeta
2. Primaria
3. Secundaria
4. Universitaria

#### **Estado civil**

1. Soltera
2. Unión estable
3. Casada
4. Viuda

#### **Gestaciones**

1. Primigestas
2. Multigesta
3. Gran multigesta

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

**Paridad**

1. Nulípara
2. Primípara
3. Multípara
4. Gran multípara

**Abortos**

1. Cero
2. Uno
3. Dos
4. Tres o más

Observaciones:

**Duración del trabajo de parto**

1. Menor a 4 horas
2. 4-5 horas
3. 6 horas o mayor

**Momento de nacimiento**

1. 7:00-14:59 horas
2. 15:00-6:59 horas.

**Nivel académico de atención al nacimiento**

1. Médico interno de pregrado
2. Médico general
3. Médico Gineco-obstetra

**Conducción del trabajo de parto**

1. Sí
2. No

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

## Tablas de resultado

<b>Tabla 1</b>		
Datos de afiliación de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.		
		N° 92
<b>Dato de afiliación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
19 años o menos	40	43.47%
20-34 años	38	41%
35 años o más	14	15.21%
Total		
<b>Escolaridad</b>		
Analfabeta	8	8.69%
Primaria	52	56.52%
Secundaria	30	32.60%
Universidad	2	2.17%
Total	92	100%
<b>Estado civil</b>		
Soltera	21	22,08%
Unión de hecho estable	59	64,13%
Casada	12	13,79%
Total	92	100%
Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotol, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 2</b>		
<b>Antecedentes obstétricos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotol, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
<b>N° 92</b>		
<b>Antecedentes obstétricos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gestaciones</b>		
<b>Primigestas</b>	36	39.13%
<b>Multigesta</b>	37	40.21%
<b>Gran-Multigesta</b>	19	20.65%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Paridad</b>		
<b>Nulípara</b>	27	58.69%
<b>Primípara</b>	27	29.34%
<b>Múltipara</b>	38	11.95%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Abortos</b>		
<b>Cero</b>	84	91.30%
<b>Uno</b>	6	6.52%
<b>Dos</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Cesárea</b>		
<b>Cero</b>	91	98.91%
<b>Uno</b>	1	1.08%
<b>Edad gestacional</b>		
<b>37-41 6/7 semanas</b>	87	94.56%
<b>Mayor de 42 semanas</b>	5	5.4%
<b>Total</b>	92	100%
Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 3</b>		
<b>Datos asociados al parto y nacimiento en madres atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
		<b>N° 92</b>
<b>Datos asociados al parto y nacimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nivel académico del recurso que atiende el parto.</b>		
<b>Médico Interno de pregrado</b>	46	50%
<b>Médico general</b>	23	25%
<b>Médico especialista en gineco-obstetricia</b>	23	25%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Hora del nacimiento</b>		
<b>7:00-14:59 horas</b>	38	41.30%
<b>15:00 -06:59 horas</b>	54	58.69%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Duración del trabajo de parto</b>		
<b>Menor de 4 horas</b>	42	45.65%
<b>4 a 5 horas</b>	15	16.30%
<b>6 horas o más</b>	35	38.04%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Finalización del parto</b>		
<b>Vía vaginal</b>	87	94.
<b>Cesárea de emergencia</b>	5	5.4%
<b>Conducción del trabajo de parto</b>		
<b>Si</b>	59	64.13%
<b>No</b>	33	35.86%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.</b>		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 4 (Primera parte)</b>		
<b>Calidad del llenado del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
<b>N° 92</b>		
<b>Calidad del llenado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Datos de identificación del paciente</b>		
<b>Satisfactorio</b>	85	92%
<b>No satisfactorio</b>	7	7.6%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Inicio de la elaboración del partograma</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Patrón de construcción de la curva de alerta</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfica de la curva real hasta el nacimiento</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfico de la curva de alerta</b>		
<b>Satisfactorio</b>	88	95.65%
<b>No satisfactorio</b>	4	4.34%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfico de la presentación según planos de Hodge</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfico de la variedad de posición de la presentación</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráficos de la frecuencia cardíaca fetal</b>		
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.</b>		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 4 (Segunda parte)</b>		
<b>Calidad del llenado del partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
<b>N° 92</b>		
<b>Calidad del llenado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Gráficos de la frecuencia de contracciones uterinas</b>		
<b>Satisfactorio</b>	85	92%
<b>No satisfactorio</b>	7	7.6%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfico de las rupturas de membrana espontánea o artificial</b>		
<b>Satisfactorio</b>	40	43.47%
<b>No satisfactorio</b>	0	0
<b>No aplica</b>	52	56.52
<b>Total</b>	92	100%
<b>Gráfico de cambios de patrones de la curva alerta</b>		
<b>Satisfactorio</b>	40	43.47%
<b>No satisfactorio</b>	0	0
<b>No aplica</b>	52	56.52%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Satisfactorio</b>	90	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Llenado de las casillas de información complementaria</b>		
<b>Satisfactorio</b>	80	86.95%
<b>No satisfactorio</b>	12	13.04%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Uso adecuado de las casillas de observaciones</b>		
<b>Satisfactorio</b>	15	16.30%
<b>No satisfactorio</b>	0	0
<b>No aplica</b>	77	83.69%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Promedio general de la calidad del llenado del partograma</b>		
<b>Satisfactorio</b>	Promedio	90%
<b>No satisfactorio</b>	Promedio	3%
<b>No aplica</b>	Promedio	7%
<b>Total</b>	Promedio	100%
<b>Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.</b>		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 5</b>		
<b>Calidad de interpretación del Partograma de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
<b>N° 92</b>		
<b>Calidad del interpretación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Interpretación de la curva de alerta con la curva real</b>		
<b>Satisfactorio</b>	85	92.39%
<b>No satisfactorio</b>	7	7.6%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Interpretación de las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal</b>		
<b>Satisfactorio</b>	89	96.73%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>No aplica</b>	1	1.08%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Interpretación de las contracciones uterinas</b>		
<b>Satisfactorio</b>	89	97.82%
<b>No satisfactorio</b>	2	2.17%
<b>No aplica</b>	1	1.08%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Interpretación de la información complementaria</b>		
<b>Satisfactorio</b>	15	16.30%
<b>No satisfactorio</b>	0	0
<b>No aplica</b>	77	83.69%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Promedio general de la calidad del interpretado del partograma</b>		
<b>Satisfactorio</b>	Promedio	75.53%
<b>No satisfactorio</b>	Promedio	3.73%
<b>No aplica</b>	Promedio	21.19%
<b>Total</b>	Promedio	100%
<b>Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.</b>		



Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.

<b>Tabla 6</b>		
<b>Nivel de calidad de partogramas de acuerdo a la hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud del Hospital Alfonso Moncada Guillén, Ocotál, Nueva Segovia, el período Octubre a Diciembre del 2018.</b>		
		<b>N° 92</b>
<b>Nivel de cumplimiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Promedio de los partogramas</b>		
<b>≥ 90 puntos</b>	34	36.95%
<b>80-89 puntos</b>	36	39.13%
<b>70-79 puntos</b>	7	7.60%
<b>60-69 puntos</b>	6	6.52%
<b>50-59 puntos</b>	2	2.17%
<b>40-49 puntos</b>	3	3.26%
<b>30-39 puntos</b>	2	2.17%
<b>20-29 puntos</b>	2	2.17%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Promedio global</b>		
<b>≥ 90 puntos</b>	34	36.95%
<b>≤89 puntos</b>	58	63.04%
<b>Total</b>	92	100%
<b>Fuente: Expedientes clínicos de las pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén, octubre a diciembre 2018.</b>		

Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Alfonso Moncada Guillén-Ocotál, en el período de octubre a diciembre 2018.