



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

TESIS PARA APLICAR AL TÍTULO DE DOCTORES EN MEDICINA Y CIRUGIA

“Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018.”

AUTORES: Br. Alexander Daniel Brenes López.
Br. Yasser Rafael Munguía Narváez.

TUTOR METODOLÓGICOS:

- Dra. Silvia Mayela Bove Urbina
Médico Especialista En Pediatría
MSc. En Epidemiología
- Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola
Msc. En Salud Ocupacional

Managua, Nicaragua, Octubre del 2019.

Dedicatoria.

Primeramente a Dios, por ser nuestro pilar fundamental, por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidad y brindarnos una vida llena de aprendizaje, experiencias y sobre todo personas que nos llenan de amor, felicidad y conocimientos.

A nuestros padres, por ser nuestro principal pilar para poder lograr cada una de nuestras metas, por los valores que nos han inculcado y por darnos la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestras vidas. Sobre todo, por el ejemplo de perseverancia y el que cada día dar lo mejor.

A nuestros amigos, por confiar y creer en nosotros y hacer de nuestra etapa universitaria un trayecto de vivencias que jamás olvidaremos.

Agradecimiento.

Agradezco principalmente a mi mejor padre Dios, por haberme dado la oportunidad de llegar hasta este momento el cual es importante en mi vida; ha sido un camino difícil pero no imposible de poder llegar, es por eso que puedo decir; Gracias Dios por la bendición que me has dado.

Igualmente a mis dos amores, mis madres (María Narváez y Martha Munguía) que siempre han estado conmigo en todo mi caminar, brindándome consejos, peso sobre todo el apoyo incondicional.

También mis maestros que en todos estos seis años de la carrera, me han compartido de sus conocimientos y me han instruido en la ciencia de la Medicina y en especial a los Médicos: Dra. Silvia Máyela Bove Urbina Y Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola por las orientaciones brindadas en este proceso monográfico, por su apoyo y amistad que nos brindaron.

Por último y no menos importante a nuestros amigos y aquellas personas que siempre han estado en diferentes momentos de mi vida, brindando apoyo.

Br. Yasser Raphael Munguía Narváez.

Agradecimiento.

A Dios en primer lugar por haberme dado la sabiduría, la fortaleza, el entendimiento a lo largo de mi vida y mi carrera, por guiar mis pasos por el buen camino.

A mis padres ya que gracias a su esfuerzo, sacrificio y apoyo incondicional me han ayudado a cumplir mis metas.

También mis maestros que en todos estos seis años de la carrera, me han compartido de sus conocimientos y me han instruido en la ciencia de la Medicina y en especial a los Médicos: Dra. Silvia Máyela Bove Urbina Y Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola por las orientaciones brindadas en este proceso monográfico, por su apoyo y amistad que nos brindaron.

A mis amigos por su apoyo a lo largo de esta carrera ya que este camino es trabajo en equipo.

Br. Alexander Daniel Brenes López.

OPINIÓN DEL TUTOR.

El tema de **Monitoreo por medio del Partograma de mujeres en Trabajo de Parto atendidas en la sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque**, es de vital importancia, ya que este es un instrumento que sirve de manejo, para tomar decisiones en cuanto a la finalización el Parto de toda mujer que ingresa a Labor y parto, pero también es un instrumento de ayuda al pronóstico del binomio madre y bebé.

Este tema adquiere vital importancia en cuanto a su estudio en este hospital, al representar un Hospital Materno Infantil de referencia nacional, con elevada afluencia de mujeres en parto proveniente de todas las zonas del país, rurales y urbanas, las cuales son manejadas con este instrumento para valorar la progresión de sus partos y tomar decisiones vitales en el caso del binomio. Esta herramienta es muy utilizada en la atención secundaria en el país, sin embargo no se tienen protocolos en cuanto a su empleo y utilización, lo cual hace necesario exista un protocolo que dirija la forma de manejo y empleo y verifique y garantice de manera continua su aplicabilidad acorde a estándares de referencia internacional y nacional.

Los **Brs. Yasser Raffhael Munguía Narváez y Alexander Daniel Brenes López**, han demostrado gran interés y manejo en la aplicabilidad de este tema de investigación, han cumplido paso a paso los procedimientos para la elaboración de un informe de investigación sustentado con el método científico y han contribuido con la realización de este trabajo, al enriquecimiento de las investigaciones en el área Gineco-obstétricas al sumar una base científica de una herramienta vital y de amplia utilización.

Hacemos constar, que se ha revisado la información recopilada sobre dicho tema hasta el momento por los **Brs.**, nos parece acorde y pertinente con temática de importante estudio social e institucional en Nicaragua, dada la ausencia de protocolos de seguimiento en cuanto a la atención secundaria con esta herramienta y felicitamos a los bachilleres y se les desea el mejor de los éxitos.

Dra. Silvia Mayela Bove Urbina.

Médico Especialista en Pediatría.

Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola.

Profesor Principal de Fisiología y Salud Ocupacional.

Responsable del Laboratorio de Fisiología.

Resumen.

Título: Monitoreo por medio del partograma de mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de octubre a Diciembre del año 2018

Autores (Brenes A, Munguía Y.)

Tutores (Aguilar E, Bove S.)

Objetivo: evaluar el Monitoreo del trabajo de parto por medio del partograma de mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de octubre a Diciembre del año 2018, con el fin de obtener datos reales que sirvan para brindar una atención con calidad y calidez durante la vigilancia del trabajo de parto.

Diseño se desarrolló con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo en el tiempo, en el cual se revisaron 270 partograma de un universo de 903 partos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos en el documento.

Resultado: La mayoría de las mujeres en estudio pertenecían al grupo de edad entre 19 a 35 años, con escolaridad de secundaria y con estado civil en unión estable, en relación a los principales antecedentes obstétricos el mayor de los porcentajes eran primigesta, multíparas sin ningún aborto ni cesárea y con embarazo a término con un buen control prenatal. De acuerdo al llenado del partograma la mayoría de los casos como los datos generales del paciente, el tiempo de inicio del partograma, el patrón de construcción de curvas, variedad de posición de la presentación se cumplieron correctamente, el mayor porcentaje de los partograma se interpretó adecuadamente y cumplieron entre 14 a 17 criterios de calidad para el llenado de los partograma.

Conclusiones: Según el monitoreo del partograma, el cual se valora con los diecisiete exacto, se obtuvo que en gran porcentaje se cumplió satisfactoriamente tanto el llenado como la interpretación de los parámetros a valorar, lo que traduce a que se realiza un adecuado manejo de las pacientes que ingresan a labor y parto y se le aplica el partograma.

Palabras claves: Calidad, llenado, interpretación, partograma, Hospital Bertha Calderón Roque.

Tabla de contenido

CAPITULO I: "GENERALIDADES"	8
I. INTRODUCCIÓN.	9
II. ANTECEDENTES.....	11
III. JUSTIFICACION.....	16
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
V. OBJETIVOS.....	19
VI. MARCO TEÓRICO	20
CAPITULO II: "DISEÑO METODOLÓGICO"	40
VII. MATERIAL Y MÉTODO.....	41
VIII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:	48
CAPITULO III: "DESARROLLO "	51
IX. RESULTADO.	52
X. ANALICIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADO.	55
XI. CONCLUSIONES.	61
XII. RECOMENDACIONES.	62
CAPITULO IV: "REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA"	63
XIII. Bibliografía.....	64
CAPITULO V: "ANEXOS"	67
XIV. ANEXOS:.....	68
Ficha de recolección de datos.....	68

CAPITULO I: "GENERALIDADES"

I. INTRODUCCIÓN.

El parto, momento culminante de la gestación, supone un acto fisiológico que debe ser controlado para prevenir, detectar y manejar las complicaciones que puedan surgir y desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. Su evolución es el resultado de una serie de factores en donde la coordinación e interrelación van a determinar la duración, su desarrollo y culminación fisiológica; se considera a la madre y al feto como elementos actores del proceso.

La importancia de la elaboración de un partograma completo radica, en que es durante la primera mitad del primer período de trabajo de parto cuando puede surgir mayores dudas sobre si la progresión de la dilatación es o no adecuada y también desde esa etapa puede adoptarse medidas que eviten la prolongación innecesaria de un trabajo de parto con pocas perspectivas de un final feliz al binomio madre-hijo.

Para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad materno - perinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana. (Banco Mundial, 2014).

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schtpts, 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; estos 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. El uso del partograma durante el trabajo de parto puede prevenir el sufrimiento y la muerte fetal.

El partograma es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente la velocidad de la dilatación cervical, pero también la frecuencia cardíaca fetal, el moldeamiento y descenso de la cabeza fetal, las contracciones, las características del líquido amniótico y los signos vitales de la parturienta. (University Research Co. LLC Guatemala, 2009).

El presente documento, se presenta en calidad de informe final por lo que estructurado en cinco capitulos:

- Capítulo I: es el de carácter de generalidades, que contempla desde la introducción hasta el marco teórico.
- Capítulo II: está compuesto por el diseño metodológico, que desglosa toda la estructura del diseño desde el punto de vista metodológico para la explicación de la realización del trabajo.
- Capítulo III: está destinado al desarrollo, en donde se aborda el sustento de lo que se realizó, desde el análisis hasta las conclusiones.
- Capítulo IV: es el material del cual se extrajo toda la información, dando como tal el enriquecimiento investigativo, siendo este el conjunto de referencia bibliográfica.
- Capítulo V: es información que soporta ideas al documento, teniendo una mejor perspectiva sobre el tema, la cual incluye fotografías, ilustraciones, entre otros, dando como tal los anexos.

II. ANTECEDENTES.

Desde 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales. Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna. (Ventoso L, 2014).

Esta idea de esquematizar el trabajo de parto no es nueva. Así Calkins relacionó la intensidad de las contracciones con ciertos cambios que sufría el cuello uterino. Wolf relaciona la dilatación cervical con el número de horas que antecedieron al parto. Koller y col, citados por Friedman, relacionan el efecto de la ruptura de las membranas ovulares con el curso del trabajo de parto, de acuerdo a una gráfica donde se representa el "número de dedos" de dilatación al momento de la ruptura. Friedman, hace cuatro décadas, mediante un método gráfico logró relacionar la dilatación cervical con el tiempo que transcurría para poder llegar a dicha dilatación cervical (curva de Friedman). Inscribió en un eje de coordenadas trazadas en un papel cuadrículado sus observaciones de la dilatación cervical. (Méndez D, 2004).

Estos trabajos pioneros de Friedman abrieron la posibilidad de hacer un seguimiento gráfico del parto, pudiéndose también a través de esta metodología hacer la detección precoz de anormalidades del mismo. Hendricks estudió los patrones de dilatación cervical durante las fases avanzadas del embarazo y en el trabajo de parto de 303 pacientes. Calculó así los cambios cervicales que se dan al final del embarazo y en el parto. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Fue Philpott, durante su trabajo en Salisbury (Rhodesia), quien dio el paso más sencillo y revolucionario al crear un registro integral del parto en una sola hoja, estableciendo una línea de alerta y posteriormente una línea de acción, con el propósito de ayudar a las parteras a vigilar el parto en regiones apartadas y decidir cuándo trasladar a sus pacientes. Este método fue adoptado y estudiado por diversas instituciones.

En el año de 1996 en Ghana se realizó un estudio con cuyo objetivo era demostrar, si la introducción del partograma de la OMS, para la vigilancia del trabajo de parto, había influido en la reducción de la incidencia de rotura uterina así como en la mortalidad materna y perinatal, como resultado se obtuvo una reducción en la incidencia de la patología en mención al comparar el período de estudio con el período previo. (Bosse G, 2002).

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

Gonzales, Abouassi, Vargas, Barrios y Salazar (2003) presentaron el estudio “impacto del partograma en la atención del trabajo de parto” mismo que fue realizado en Venezuela, en el que se estudiaron 806 pacientes, encontrando que tenían deficiencias, concluyendo que el 59.3% de los expedientes tuvieron una calidad del llenado insatisfactorio.

Es así que la OMS publica un modelo de partograma elaborado por un grupo de trabajo, que lo desarrolla en base a este control gráfico de Philpott. En este documento se define que el partograma no sólo es un hecho descriptivo de un fenómeno biológico, sino una tecnología que permite el cuidado adecuado de la madre y el niño y contribuye así a la reducción de las tasas de cesáreas.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, con vista a divulgar y ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunos países, se ha extendido muy poco a otras regiones.

A pesar de la existencia del partograma, en la actualidad se han realizado diferentes estudios a nivel internacional como nacional, ya que es una herramienta simple y asequible para monitorizar el trabajo de parto.

A nivel Internacionales:

Loja, Ecuador en el año 2009 los bachilleres Galo Wladimir Jimenez Pluas y Dennys Agustin Carpio Jamamillo realizaron tesis bajo el título “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. Donde se evidencio que el 45% eran pacientes menores de 25 años, en unión estable con un 65% y el 99% de pacientes ingresaron con hojas de partograma, de los cuales el 16% tenían registro de datos. De este 16% que registra datos el mayor porcentaje de registro 87.5% corresponde a curva de alerta, registro de curva real el 19% y no se encontraron registro de los planos de hodge (Jimenez C, 2009).

En el año 2012 la Dra. Tania Daniela Chalacán Zapata realizó trabajo de investigación obstetra bajo el tema “aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora en el período enero a diciembre del 2010” dicho estudio concluyo un 40.1% cursaron primaria, en unión estable con un 47.3% en cuanto al total de partos normales, el 71% de pacientes atendidas fueron multigestas y el 29% fueron primigesta. El 66.6% de pacientes terminaron su embarazo por parto normal mientras que el 33.4 % terminaron en cesáreas. (Chalacan, T, 2010).

En 2014, en la Universidad de San Carlos de la ciudad de Guatemala la Dra. Edita Veraly Cruz López realizo tesis con el tema del “uso del partograma” en el cual se concluyó entre sus características demográficas el 31.09% eran pacientes adolescentes de las cuales el 25% estaban entre 10 a 19 años de edad. El número total de partos evaluados con partograma fue de un 69.55% de los cuales el llenado según las normas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala fue de un 43.78% (Cruz, L, 2014).

En el año del 2017, en la Universidad de Cuenca Ecuador las Bachilleres Paola Fernanda Mancero Hidalgo y Sonia Paola Ordoñez Cordero realizaron investigación monográfica con el título “uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso”.

Donde se concluyó que con un 51,33% fueron paciente entre 20 a 29 años de edad, con un 38.7% en unión estable, multíparas con un 53.55% el 16,92% fueron enviada a partos por vía cesáreas (Cordero, 2016).

La Bachiller Ana Guisela Villatoro Quiroa en 2017, realizo tesis de grado con el título de “uso y resultado del partograma en un centro de atención permanente (CAP) Fraijanes Guatemala Agosto 2017”, el cual reflejo los siguientes resultados: el 77% de los partos fueron evaluados con partograma, el 18 % no conto con llenado adecuado y completo del partograma durante la atención del parto, 7% no tenían hojas de partograma (Villatoro Q, 2017).

A nivel Nacionales:

En el departamento de Matagalpa, en el año de 2010, el Br. Roberto Silva Doña realizó un estudio evaluando la calidad del llenado del partograma durante el mes de Enero, realizando la revisión de 100 expedientes clínicos, de los cuales se reportó que el 96% contaban con un partograma, la mayoría con un 75% tenían el partograma llenado e interpretado de manera no correcta con respecto a los estándares de calidad que brinda el Ministerio de Salud (MINSa) de Nicaragua. En cuanto a la vía de finalización del parto el 90% fueron por vía vaginal, de los cuales el 73.3 % tenían un partograma inadecuado y de los que terminaron en vía cesáreas, el 90% tuvieron un llenado incorrecto y solo el 10% tuvieron un llenado que cubre los estándares brindado por el Ministerio de Salud de Nicaragua. (Silva D, 2010).

En el Hospital de Referencia Nacional de Ginecología y Obstetricia Bertha Calderón Roque, en el año 2014, se realizó un estudio por los bachilleres Jacqueline Logo y Denis Montoya. Un número considerable de las pacientes pertenecían al grupo de menores de 19 años de edad 62.5% las cuales un porcentaje alto cursaban con su primera gesta 67.7% del total de partograma revisados el 78.5% fue llenado satisfactoriamente. Se encontró que en cuanto al llenado e interpretación del 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 C, Montoya Z, 2014).

En el Hospital Victoria Motta, en el año 2015, los Bachilleres Adriana Sánchez y Arlen Torrez realizaron un estudio, donde se valoró el 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, se obtuvo que el 61.1% tenían edades de 20-34 años, En los antecedentes Gineco-obstétricos el 43.9% son primigestas, en cuanto al cumplimiento del llenado satisfactorio del partograma solo un 33.9% cumplió y el 66.15% tuvo un llenado insatisfactorio. Se obtuvo que un 35.4% cumple con la interpretación de los datos de las variables valoradas en partograma, el resto 66.1% no realizan una interpretación adecuada. (Sanchez A, Torrez A, 2015).

En el año 2015, en el Hospital Escuela San Juan de Dios; de la ciudad de Estelí, los bachilleres Cristhian Espinoza y Eduardo Flores, realizaron un estudio monográfico, en el cual se valoró el llenado e interpretación del partograma. En relación a las características sociodemográficas, se identificó que el mayor número de parturientas pertenecían a las edades de 20-34 años 62.7% principalmente con nivel escolar primaria 43.0% y con estado civil primordialmente acompañados 61.7% el mayor porcentaje de pacientes atendidas lo representan en relación a gestaciones las primigestas 47.7% (Espinoza C, Flores E, 2015).

III. JUSTIFICACION.

La promoción de la salud es percibida como un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, para tal fin se requiere del esfuerzo coordinado de los sectores salud, trabajo, educación, industria, sociedad civil y comunidad. (OMS, 2005).

Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo, una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado, asociado a la desproporción cefalopélvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y secuelas en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos. (Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud - CINETS, 2013).

En países en vías de desarrollo el 80% de los nacimientos son por vía vaginal y cada uno de estos grupos tanto la madre como el bebé se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar una adecuada vigilancia del trabajo de parto y del parto, actualmente la natalidad en Nicaragua oscila entre 20.35 por 1000 habitantes (Banco Mundial, 2014).

El partograma constituye la herramienta adecuada, que nos permite identificar de manera oportuna una complicación y así poder incidir en el trabajo de parto evitando la muerte tanto de la madre como del bebé.

La presente investigación, pretende proporcionar evidencia científica acerca de la calidad del llenado del partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto para la toma de decisiones de manera oportuna así mismo, hacer énfasis, en los puntos o acápites del instrumento de evaluación en que se está fallando y poder diseñar estrategias formativas específicas de forma dirigida.

En principio se beneficia el Ministerio de Salud, para continuar disminuyen la tasa de mortalidad materno fetal, ya que dicho instrumento constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones médica, de igual manera para que se reproduzca el trabajo investigativo en otros hospitales que tienen carácter materno infantil a nivel nacional y ver si tienen la misma calidad del llenado en cuanto al partograma.

A todos los centros de atención obstétrica a nivel nacional, en especial a las autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque en donde se realiza el estudio con el propósito de que sirva como guía en los conocimientos del personal de salud. De igual manera poder contribuir para futuras investigaciones. Tomando en cuenta que serán beneficiado el personal de salud del área de labor y parto dado que como no se encuentran estudios en relación a la aplicabilidad y la calidad de aplicación del partograma, les permitirá tener una fuente de evaluación de como se está aplicando el mismo y para posteriormente tomar decisiones en que mejorar en la aplicación. A todas las pacientes atendidas en el servicio con el partograma, de la cual se disminuirán las complicaciones y permitirá ver la eficacia del mismo.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN Managua les permitirá extender la realización de estudios, utilizando como referencia los instrumentos con los que ya se cuentan para evaluar los mismos en cuanto a calidad y observar la utilidad de los mismos y sugerir propuestas de mejora y cambios. Teniendo en cuenta que dicho estudio beneficia no solo al ministerio de salud, unidad de salud Hospital Bertha Calderón Roque, si no a las futuras generaciones en los diferentes estudios relacionados con el uso del partograma, brindando aporte al país, personal de salud y pacientes que son atendidas.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El partograma constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata, garantizando un seguimiento con alta calidad, de igual manera evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan. Dado que no es posible monitorizar a cada mujer que da a luz por la falta de recursos, el partograma se convierte en la herramienta que puede realizar un seguimiento del trabajo de parto de una manera efectiva.

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad materno - perinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana. De igual manera disminuye el Trabajo de Parto mayor de 1 hora en un 49%, sepsis postparto en 73%, uso de fórceps en 30% y cesáreas por sospecha de DCP EN 75%. (Dr. Méndez D, 2004).

Dicho instrumento se convertirá en una pieza clave en la evaluación obstétrica del trabajo de parto que debe realizarse en todas las pacientes durante ese período; es por esto que se plantea la siguiente problemática:

¿Cómo es el Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018?

V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar el Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes en estudio.
2. Identificar los antecedentes Gineco obstétrico de las pacientes muestreada.
3. Valorar el cumplimiento del llenado del partograma con respecto a la hoja de monitoreo que incluye los diecisiete exacto.
4. Evaluar la interpretación de los datos del partograma con respecto a la curva de alerta.

VI. MARCO TEÓRICO

Generalidades.

Emmanuel Friedman (1954-1978) realizó estudios a mujeres en trabajo de parto normal y anormal realizando examen en serie del cérvix para determinar la tasa esperada de avance y descubrir patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular.

Friedman manifestó que las características clínicas de las contracciones uterinas (frecuencia, intensidad y duración) no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto. Salvo la dilatación cervical y el descenso fetal. (SCHARCZ R, 2005).

Existen más de doscientos tipos de partograma, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwartz 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, estos últimos a través del programa para una maternidad segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países de desarrollo.

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: identificar el trabajo del 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.

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

1. Verificar la actividad contráctil.
2. Evaluar la pelvis o “continente del parto”.
3. Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente.
4. Evaluar las características fetales o “contenido del parto”.
5. Evaluación fetal del ambiente intrauterino.

Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (NST o CST) antes de iniciar el trabajo de parto y de 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 cardiaca 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 (SCHARCZ R, 2005) (Anexo N°1).

Definición:

El parto normal:

- ❖ Parto: Expulsión de un feto con un peso con un peso igual o mayor a 500 gramos (igual o mayor a las 22 semanas de gestación) (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto a término: El acontecer en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre las 37 a 41 semanas de gestación completa contando desde el primer día de la última menstruación. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto pre termino: También conocido como prematuro y es el que acontece desde la 22 a las 36 semanas completas contando desde el primer día de la última menstruación. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto inmaduro: Es una subdivisión del parto pre término y se refiere al que acontece entre la semana 22 a la 27 desde el último día de la menstruación. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Aborto: Es la terminación del embarazo por expulsión o extracción del embrión/feto muerto antes de las 22 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación con un peso menos o igual a 500 gramos. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Nacidos vivos o mortinatos: Si el feto se expulsa muerto y tiene 22 semanas completa o más de los 500 gramos. (SCHARCZ R, 2005).

- ❖ Nacidos vivos: Es el recién nacido que independientemente de la duración del embarazo o del peso, respira o da cualquier señal de vida. Aunque fallezca segundos después. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto de pos término o pos maduro: Es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más de gestación. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto de comienzo espontaneo: Es el que inicia sin que haya intervención de un agente externo. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto normal: Es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto distócico: Es el que presenta alguna alteración en su evolución. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto de terminación espontanea o natural: Es el que finaliza por la acción de sus fuerzas naturales. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto de terminación artificial: Es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental. (SCHARCZ R, 2005).
- ❖ Parto médico o corregido: inicia espontaneo pero durante su evolución se le practica un procedimiento medico con beneficio para el parto. (SCHARCZ R, 2005).

Partograma:

- ❖ Es el registro grafico de la evolución del parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo (Mendez D, 2004).

Antecedentes ginecológicos:

- ❖ **Gestas Previas:** Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar **00** si el embarazo actual es el primero. El número de Gestas debe coincidir con la sumatoria de los Partos (Vaginales + Cesáreas) más Abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo “Si” o “No” según corresponda. (MINSA, Normativa 106, 2013).

- ❖ **Partos/Vaginales–Cesáreas:** Se refiere al número de partos. Si corresponde se anotara el número de partos y de ellos preguntar: *¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?* (MINSA, Normativa 106, 2013).

- ❖ **Cesárea:** Es el procedimiento que consiste en extraer el feto y sus anexos por vía trans-abdominal, a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y útero. (MINSA, normativa 109, 2013).

- ❖ **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación. y con un peso del producto de la gestación menor de 500 g. (MINSA, normativa 109, 2013).

- ❖ **Legrados:** Acción o acto de raspar la superficie natural de una cavidad o una superficie patológica para extraer su contenido mediante una legra. Es habitual que se realice un **legrado** para extraer los fragmentos de la placenta que pueden quedar en el útero tras un aborto (CLAP, OPS/OMS, 2014).

- ❖ Edad gestacional: Acción o acto de raspar la superficie natural de una cavidad o una superficie patológica para extraer su contenido mediante una legra. Es habitual que se realice un **legrado** para extraer los fragmentos de la placenta que pueden quedar en el útero tras un aborto (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Objetivos del partograma:

1. Reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
2. Proporcionar a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Disminuir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.

Ventajas:

- ✓ Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal, pues constituye un sistema de alerta ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.
- ✓ Garantizar un seguimiento con alta calidad.
- ✓ Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.
- ✓ Explicar los altos índices de cesáreas en hospitales.
- ✓ En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
- ✓ Facilita archivar y computar los datos.
- ✓ Constituye un método de lenguaje universal.
- ✓ Es económico y asequible.

Clínica del parto o 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 sus fases activas (4cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10 cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2 o 4 horas o menos y en la nulíparas en 4 o 6 horas o menos, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanza el 80% es decir los 8 cm de dilatación.

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 cm de dilatación, puede dilatar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 cm, con óptima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y al 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 a 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 del parto, llamado partograma.

El centro latinoamericano de perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo del 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. El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una “línea de alerta” (SCHARCZ R, 2005).

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir 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 demoraran 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. (SCHARCZ R, 2005).

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott tales como:

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.

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, las características del líquido amniótico, los cambios de la posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas novedades (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Presenta una tabla independiente para el registro de las características 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 (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución que en muchos casos son ilegibles. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Como utiliza el partograma del CLAP

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, para registrar las evoluciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante y el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este.

Debe escribirse a la hora de evaluaciones 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 evalúan la paciente no se realiza un tacto vaginal. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (medico profesional de enfermería o auxiliar de enfermería).

En la parte inferior izquierda del partograma, se encuentran las conversaciones propuestas para el diligenciamiento del partograma.

Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, y la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardiaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica, de dilatación y del descenso. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal, la gráfica 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 cm 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. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

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 posiciones 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. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

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. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

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 integra, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alerta son los que corresponden a estas características, as flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinad en pasar en un centímetro a otro. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Para construir la curva de alerta se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.

Si la paciente ingresa con 6 cm de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alerta para una paciente multípara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Si se inicia el registro grafico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de dilatación por debajo de la línea de base y la 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. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y a curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas integra. (CLAP, OPS/OMS, 2014).

Llenado del partograma

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de expediente clínico. Además de plasmar la hora real en la que la paciente inicia trabajo de parto.

Sector central:

Este sector está dado para el registro de:

- Dilatación cervical.
- Altura de la presentación.
- Estado en el que se encuentra la membrana.
- Frecuencia cardiaca fetal.
- Contractibilidad uterina.

Grafica de la dilatación cervical:

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 4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad.

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0cm hasta el parto; en el eje abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ella se encuentran casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación. El valor hallado en el primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación) con la ordenada (dilatación cervical en cm). De igual manera se seguirán anotando sucesivamente los siguientes exámenes obstétricos hasta completar el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante una línea permitirá dibujar la curva de dilatación para un caso determinado según la evolución.

Altura de la presentación:

Se refiere a la parte del feto que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis de la madre, el cual ocupan gran parte y que es capaz de desencadenar por si solo un mecanismo de parto, este se valora con los planos de Hodge o de Lee.

Planos de 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.

❖ Primer plano:

Se extiende una línea imaginaria que recorre desde el extremo superior de la sínfisis del pubis, por delante, hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es móvil.

❖ Segundo plano:

Una línea imaginaria que pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y cae por detrás en la parte media de la segunda vertebra sacra. Cuando se alcanza este plano se dice que esta fija la presentación.

❖ Tercer plano:

Paralelo a la anterior, está a nivel de las espinas ciáticas, cuando la presentación llega a este plano se considera que esta encajada.

❖ Cuarto plano:

Paralelo a la anterior pasa por la punta del cóccix. Se dice que la presentación está profundamente encajada, se produce la rotación interna del feto. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva aun entre contracciones y es previo al alumbramiento.

Variedad de posición:

En la intersección del plano encontrado y la hora del examen se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientada hacia la variedad de posición.

Curva real:

Es el resultado de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los actos realizados por la persona que examina. Se debe realizar en todos los partograma. (SCHARCZ R, 2005).

Curva de alerta (línea punteada)

Se inicia en los casos de embarazadas 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 que continúa impresa en el partograma que se encuentra a los 5 cm de dilatación cervical). (SCHARCZ R, 2005).

Estados de las membranas ovulares:

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad. Si esta rotas, se anotara en observaciones de la cuadrícula inferior, si se rompe en algún momento del trabajo de parto se anotara, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas y para la rotura artificial de las membranas. (SCHARCZ R, 2005).

Frecuencia cardiaca fetal:

La frecuencia cardiaca fetal debe medirse entre cada contracción (en este momento hay un período de relajación y da un resultado real) se debe de toma por un minuto completo o durante 15 segundos multiplicarlo por 4. Se considera entre los rangos normales entre 120 a 160 latidos por minutos. Hablamos de bradicardia fetal cuando la toma por un minuto en inferior a los 120 latidos y cuando es mayor a 160 latidos nos encontramos enfrente de una taquicardia fetal. (SCHARCZ R, 2005).

Contractibilidad uterina:

Se grafica utilizando un triángulo en el tiempo real del partograma correspondiente a la valoración, se deben medir en 10 minutos, en los cuales se espera como una norma 3 a 5 contracciones. Y también debe tomarse en cuenta la intensidad y duración para que el parto avance de manera satisfactoria las cuales deben ser de 40 a 50 segundos y (++) respectivamente. (SCHARCZ R, 2005).

Sector inferior:

Este sector esta designado al registro horario.

Posición materna: la adaptación predominantemente en el período considerado.

Decúbito lateral derecho.....LD

Decúbito lateral izquierdo.....LI

Decúbito dorsal.....D

Semi sentado.....S

Sentado.....S

Parada o caminando.....PC

Tensión arterial:

En mmHg la máxima y la mínima fuera de la contracción, la cual se recomienda en las pacientes embarazadas mayores de 20 semanas de gestación que debe realizarse decúbito lateral izquierdo o sentada.

Pulso materno:

En latidos por minuto fuera de la contracción.

Dolor:

Marca el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

Localización:

Región supra pública (SP)

Región sacra (S)

Intensidad:

Fuerte (+++)

Moderado (++)

Débil (+)

No lo percibe (-)

Otros Datos:

Se registrarán además las drogas administradas, vías y dosis, así como cualquier otro dato de relevación no consignado anteriormente. Estas anotaciones se efectuarán en la hoja de observaciones precedidas por la letra que figura en el casillero correspondiente a la hora. (Anexo N° 2).

Factores relacionados con el inicio del parto

En el momento que da inicio el trabajo de parto se produce una incógnita que se representa con un estado ansioso y pone en estado de alerta al cuerpo médico, familiares y principalmente a la gestante, se ha expuesto numerosas teorías acerca del desencadenante del parto en cada una de ellas se sabe que existe cierto grado de certeza, pero las evidencias científicas aún son muy débiles para exponer un argumento lo suficientemente sólido. Tales teorías se mencionan a continuación:

- ❖ Teoría fisicomecánica y neuroendocrina.
- ❖ Teoría de oxitócica.
- ❖ Teoría de la de privación de progesterona.
- ❖ El papel de las prostaglandinas.

Trabajo de parto

Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tiene por objetivos la salida de un feto de los genitales maternos. (SCHARCZ R, 2005).

Se divide en 3 periodos:

- ❖ **Primer periodo:** borramiento y dilatación del cuello uterino.
- ❖ **Segundo periodo:** expulsión del feto.
- ❖ **Tercer periodo:** salida de los anexos (placenta y membranas)

Fenómeno activo del parto:

Representa las fuerzas del parto, características de las contracciones uterinas y de los pujos. (SCHARCZ R, 2005).

En el momento que la gestante inicia el trabajo de parto podemos controlar clínicamente las contracciones uterina mediante la palpación abdominal y la toma de la frecuencia cardiaca fetal mediante la auscultación directa con estetoscopio o la manipulación de un monitor eléctrico materno fetal.

Características de las contracciones uterinas:

- ❖ **Tono:** Es la presión más baja registrada.
- ❖ **Intensidad:** Aumento de la presión intrauterina causada por las contracciones uterinas.
- ❖ **Frecuencia:** Número de contracciones producidas en 10 minutos.
- ❖ **Intervalo:** Tiempo transcurrido entre el vértice de 2 contracciones.

Actividad uterina: Es el resultado que se da de la intensidad por la frecuencia de las contracciones uterinas se pueden expresar en mmhg en 10 minutos o unidad de Montevideo.

Esfuerzo de pujo o pujo: son fuerte contracciones uterinas de los músculos espiratorios de las paredes torácicas y abdominales (recto anteriores, oblicuos y transversal).

Fenómeno pasivo del trabajo de parto:

Son las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero.

- Ampliación del segmento inferior.
- El borramiento y dilatación del cuello.
- La expulsión de los limos.
- Formación de la bolsa de las aguas.
- Ampliación del canal del parto.
- El mecanismo del parto y los fenómenos plásticos del feto.

Historia Clínica Perinatal.

Atención Prenatal: Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud ,donde se brindan cuidados óptimos, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad.

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo. (República de Nicaragua, MINSA, 2010)

El control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo. Aunque no es posible obtener estudios científicos randomizados, los resultados sugieren que los hijos nacidos de madres sin controles de embarazo tienen tres veces más riesgo de nacer con bajo peso y cinco veces más probabilidades de morir, en comparación con hijos de madres que reciben control prenatal. Además de los cuidados médicos, el control prenatal debería incluir educación, soporte emocional y preparación para el parto. (L A. , 2017).

El principal objetivo de los cuidados antenatales es conseguir un embarazo de evolución normal, que culmine con una madre y un recién nacido sano.

Los principales objetivos del control prenatal son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido.

Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto.

La OMS, en base a un estudio multicéntrico realizado en 2003, recomienda un Modelo Control Prenatal en embarazos de bajo riesgo, con menor número de controles que lo utilizado habitualmente hasta esa fecha, enfatizando aquellas acciones que han mostrado ser efectivas para mejorar los resultados maternos y perinatales; medicina basada en evidencia. Sin embargo, en embarazadas con factores de riesgo materno o fetal, se debe diseñar un programa específico de seguimiento personalizado. (Aguilara, 2014).

Los objetivos del control prenatal son:

- Evaluar el estado de salud de la madre y el feto.
- Establecer la Edad Gestacional.
- Evaluar posibles riesgos y corregirlos.
- Planificar los controles prenatales.
- Indicar ácido fólico lo antes posible, para la prevención de defectos del tubo neural.

Según el Manual Ministerio de Salud 2008 el Objetivo general del Control Prenatal es:

- Controlar la evolución de la gestación.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Prevenir complicaciones.
- Diagnosticar y tratar oportunamente la patología.
- Derivar a niveles de mayor complejidad cuando corresponda.

Primer control.

Se debe realizar una historia médica completa, solicitar algunos exámenes de laboratorio e impartir educación acerca de un embarazo saludable.

Además, se debe realizar un examen físico, pesar, medir y calcular el IMC (Índice de Masa Corporal), con lo cual se puede determinar la ganancia de peso recomendada.

Historia.

Es fundamental para evaluar el estado de salud actual y detectar la existencia de posibles factores de riesgo. Son importantes los antecedentes de riesgo en embarazos previos -como partos prematuros, restricción de crecimiento y enfermedades hipertensivas- que tienen alto riesgo de repetirse en embarazos posteriores. También se debe revisar la historia menstrual para determinar edad gestacional, aunque ésta debe ser confirmada a través de ecografía precoz; enfermedades crónicas preexistentes; hábitos de riesgo (tabaquismo, alcohol y drogas, entre otros). Antecedentes familiares de diabetes, hipertensión y restricción de crecimiento en la línea materna aumentan la probabilidad de aparición en la paciente embarazada. También debe ser considerada la historia familiar de malformaciones o enfermedades genéticas. (L C. , 2013).

Examen físico general y segmentario.

Busca cualquier indicio de patología sistémica con énfasis en el sistema cardiovascular, que enfrenta una importante sobrecarga durante el embarazo. Peso, talla, presión arterial. Examen gineco-obstétrico, revisar mamas, visualizar cuello del útero con espéculo, realizar Papanicolaou si éste no está vigente.

Si se detecta flujo vaginal sintomático, estudiarlo y tratarlo. En pacientes asintomáticas de bajo riesgo, sin historia de partos prematuros, el tratamiento de vaginosis bacteriana no ha mostrado utilidad.

Puede realizarse tacto bimanual, para identificar características del cuerpo y cuello uterino y tumoraciones, aunque mucha de esta información puede ser obtenida a través del examen de ultrasonido, por lo cual no se recomienda de rutina. Evaluar pelvis ósea, vagina y periné.

El examen obstétrico abdominal adquiere importancia desde las 12 semanas, ya que el útero comienza a aparecer sobre el pubis y es posible escuchar la frecuencia cardiaca fetal con ultrasonido. La auscultación de latidos con estetoscopio de Pinard puede realizarse a partir de las 18 semanas.

La altura uterina puede ser medida para estimar el crecimiento fetal a partir de las 20 semanas, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la parte más alta del fondo del útero. La altura del útero en centímetros entre las 18–32 semanas, es prácticamente igual a la edad gestacional en semanas. Diferencias de más de 3 cm deberían ser estudiadas con ultrasonido para evaluar volumen de líquido amniótico y crecimiento fetal. Existen tablas con las mediciones para cada edad gestacional en las cuales es posible evaluar grado de normalidad de las mediciones efectuadas. Considerar, además, que en la altura uterina puede influir el peso materno, el llene vesical, la presencia de miomas uterinos, el embarazo múltiple y la presentación fetal. (Cortes F, 2012).

Características:

- Están todos los datos básicos de todo el proceso perinatal.
- La hoja es formato carta (27.5 de altura por 21.5 de ancho).
- El color amarillo significa ALERTA (cuadritos, triángulos o rectángulos en amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del Expediente Clínico.
- La HCPB está constituida por una serie de sectores que contienen la documentación referida a acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el periodo neonatal.

- La diagramación de la HCPB facilita los datos que se han recaudados oportunamente.
- El manual ayuda en todos los casos a uniformizar el registro.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

- ✓ Datos generales.
- ✓ Antecedentes personales y familiares.
- ✓ Gestación actual.
- ✓ Parto u Aborto.
- ✓ Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
- ✓ Recién nacido/a.
- ✓ Puerperio Inmediato.
- ✓ Egreso del Recién nacido/a.
- ✓ Egreso Materno.
- ✓ Anticoncepción. (MINSA, Normativa 106, 2013).

La Historia está constituida por cuatro páginas; en la primera se presenta la cabecera y dos secciones:

- ❖ Filiación y Antecedentes.
- ❖ Datos Basales.

En la segunda página se presenta el área respectiva para el registro de los datos que se obtienen de hasta 9 controles pre- natales.

En la tercera página se tiene tres secciones:

- ❖ Parto/ Aborto.
- ❖ Patologías.
- ❖ Recién Nacido y Egresos Finalmente.

En la última página se presenta un anexo con los códigos de patologías maternas y neonatales según la CIE 10; las indicaciones principales del parto operatorio o inducción y el listado de medicación y medicamentos. (Flores, 2015) (Ver Anexo 3).

CAPITULO II: "DISEÑO METODOLÓGICO"

VII. MATERIAL Y MÉTODO

Diseño metodológico:

❖ **Tipo de estudio:**

El presente estudio se desarrolló con enfoque Cuantitativo, de tipo Observacional, Descriptivo, de corte transversal y retrospectivo en el tiempo.

❖ **Período de estudio:**

Se realizó en el período comprendido en los meses, Octubre a Diciembre del 2018.

❖ **Área de estudio:**

Se realizó en el servicio de labor y parto, del Hospital Escuela de Referencia Nacional Bertha Calderón Roque, el cual se encuentra ubicado del Centro Comercial Zumen 1c al oeste. Dicho servicio cuenta con un personal organizado jerárquicamente de la siguiente manera: dos médicos especialistas, cuatro médicos residentes, estudiantes de que cursan quinto año de medicina, cinco personales por parte de enfermería y un personal de limpieza. En el servicio siempre está un pediatra para realizar atención al recién nacido. Se cuenta con un área de pre – labor, cinco camas para dirigir el trabajo de parto, además con cuatro salas de expulsivos.

❖ **Universo de estudio:**

Durante el período del estudio, el universo se conformó por 903 mujeres que se ingresaron en la sala de labor y parto y que fueron monitoreada por el partograma.

❖ **Muestra:**

Dado que la muestra es finita, pero alta y elevada y no se puede abordar el total de la muestra, se procedió a calcular una muestra a partir de la misma, para la cual se utilizó el programa estadístico Openepi.

Para este estudio se calcularon con los siguientes datos:

- ✓ Tamaño de población: 903
- ✓ Porcentaje de frecuencia anticipada: 50%

- ✓ Límite de confianza como +/- porcentaje de 100%: 5
- ✓ Efecto de diseño: 1.0

Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias)		
Tamaño de la población	903	Si es grande, déjela en un millón
Frecuencia (p) anticipada %	50	Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50%
Límites de confianza como +/- porcentaje de 100	5	Precisión absoluta %
Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas-EDFF)	1.0	1.0 para muestras aleatorias

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):

Límites de confianza como % de 100(absolute +/-%)(d):

Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
	95%	270
	80%	140
	90%	209
	97%	310
	99%	383
	99.9%	493
	99.99%	566

Lo cual correspondió para un intervalo de confianza del 95% a 270 mujeres atendida en el servicio de labor y parto, que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión.

❖ Criterios de selección de la muestra:

Para la selección de la muestra del presente estudio, se establecieron ciertos criterios a conveniencia de los investigadores, los mismo se constituyen en dos grupos.

✚ Criterios de inclusión: son todos aquellos criterios, en consideraciones que los expedientes que formaron parte del estudio debieron haber cumplido.

➤ Mujeres que fueron monitoreada por medio del partograma durante el periodo de Octubre - Diciembre 2018

- Mujeres que fueron atendida en el servicio de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

- ✚ Criterios de exclusión: todas aquellas características que para evitar el sesgo en el presente estudio se excluyeron, teniendo en cuenta que si los mismo contaban con algunos de los acápite.
 - Expediente de pacientes cuyo partograma se encontraba físicamente en mal estado.
 - Expedientes de pacientes que al momento del estudio no se encontraban con partograma.
 - Expediente de pacientes con diagnóstico de embarazo pretérmino.
 - Expedientes que no estaban disponibles al momento del estudio.
 - Expedientes de pacientes que llegaban a la sala de labor y parto en expulsivo.

✓ **Unidad de análisis:**

Expediente clínico de mujeres que fueron atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque, de lo cual fueron monitoreada con el partograma.

✓ **Fuente de información:**

La fuente de información fue secundaria por que se realizó mediante la revisión de expediente clínico.

✓ **Técnica de recolección.**

Se procedió a revisar los expedientes clínicos que contenían los registros del partograma de las mujeres en el Hospital Bertha Calderón Roque en el período comprendido, previa autorización del director del hospital para poder acceder a los expedientes clínicos.

✓ **Instrumento**

Se utilizó una ficha de recolección de datos de monitoreo del partograma, de cual cuenta con nombre del monitor, número de expediente y cuatro acápite dado de la siguiente manera:

- Características sociodemográficas: es estadística descriptiva de los factores sociodemográficos de la población en estudio, está dada por seis indicadores.
- Antecedentes Gineco – obstétricos: valora el período que transcurre desde el final del parto hasta la recuperación de los órganos genitales, dado por siete indicadores.
- Calidad del llenado: es el llenado claro de acuerdo a los trece parámetros que se valoran en el partograma, tomando con finalidad un indicador.
- Interpretación del llenado: es la análisis amplio de cada uno de los eventos que transcurren en el parto y son valorados por el partograma, por lo que esa dado por un acápite teniendo en cuenta que valora cuatro parámetros en el partograma.

✓ **Procesamiento de recolección de la información:**

En el presente documento surgió dada a la experiencia cuando los autores rotaron en la sala de labor y parto y por observación y análisis de los casos, que sentaron se obtuvo la inquietud de que las hojas del partograma, algunas eran bien llenadas otras no eran bien llenadas y no existía una retroalimentación del llenado de la misma.

Se buscó información por tanto a nivel de hospital primeramente, luego se procedió a indagar sobre estudios en otros hospitales del país con carácter materno, investigando si existía estudio sobre el llenado e interpretación del partograma,

Posteriormente se buscaron los tutores, dichos tutores aceptaron, y una vez que habían aceptados se buscaron los permisos en el hospital, con el director y subdirector docente del hospital, se llenaron los requisito que se establecieron por medio de una carta escrita y una vez teniendo el permiso, se empezó a buscar información para elaborar todo el contenido para la inscripción del tema, ya teniendo todos los elementos para la inscripción del tema, se procedió a inscripción del tema en la Facultad de Ciencias Médicas.

Luego se recibió la observación y se aplicaron las retroalimentaciones que se brindaron, se procedió a trabajar con el protocolo de información. Dentro del protocolo de información se establecieron cronograma de trabajo, presupuesto de trabajo y así mismo se elaboró el instrumento de recolección de la información el cual fue validado primeramente científicamente con un tutor y ginecólogo.

Se corrigieron las retroalimentaciones corregidas por medio de los tutores científicos y se validó, posteriormente en el campo del partograma, de igual mente se aplicó en otras instituciones para corregirlo luego y una vez teniendo la valoración científica y la del campo con el visto bueno de los tutores y una vez llenado todos los requisitos que contempla el protocolo de investigación. El mismo se procede a inscribir en Decanatura de la Facultad y una vez aprobado se procedió a volver a aplicar las retroalimentaciones recibida y se procede a aplicar el protocolo en el Hospital Berta Calderón, en la sala de Labor y Parto, siguiendo el horario de lunes a viernes de 8:00 am a 10:00 am, se llegó y se recopiló en un periodo de un mes, la cual se obtuvo una muestra con un total de 270 pacientes.

✓ **Procesamiento de Análisis.**

Una vez que se terminó de recolectar toda la información, se procedió a elaborar la base de datos de la misma en el programa Excel versión 2013, se incorporaron las variables de manera individual, una vez incorporado dichas variables, se continúa a realizar revisión, depuración y limpieza de los datos. Una vez realizada la revisión de la base de datos, y se tenía la base de datos corregida, se procedió, en dicho programa la elaboración de las tablas simple, de frecuencias y porcentajes y posteriormente a la elaboración de tablas de cruce de variable, de aquellas variable que le serán de importancia en el estudio.

Teniendo las tablas simple y de cruces de variable, se procedió a copiar y pegar las tablas en el programa de Word versión 2016, para mejorar la presentación de las misma, se les dio formato de tablas presentables, se les agregaron título, se le agregó fuente y luego ya teniendo mejorado la presentación de las tablas se les realizo aquellas que se consideraban que aportaban información más relevante en el estudio se les realizo gráficos de barra, pastel, columnas, que expresaban el porcentaje de los resultados.

Una vez elaborado las tablas y los gráficos, se agregaron en el documento de Word versión 2016, del trabajo final en la parte de anexos, se procedió a realizar el comentario a través de los resultados y finalmente se analizan los mismo resultados en contraste con el marco teórico y con los estudios encontrado en los antecedentes, contrastando con cuales había coincidencia y con cuales diferencias y tratando de dar una explicación de dichos resultados, el cual dio salidas a las conclusiones que se expresan de manera puntual, siguiendo el orden de los objetivos específicos y dando repuesta al objetivo general, lo cual posteriormente da o se utilizan insumo para las posteriores recomendaciones orientada por estructura y finalmente se procede la presentación del documento en PowerPoint versión 2013, en la fecha que se estipulo por las autoridades académicas una vez entregado el informe final.

Aspecto ético:

Se garantiza confidencialidad y el anonimato de los datos proporcionado, se evitara la utilización de los datos para fines diferentes al estudio, es responsabilidad del investigador asegurarse de la calidad de los datos que les serán proporcionado, debido a que tendrán alta validez y fiabilidad.

Se procedió a solicitar apoyo y permiso a la dirección del Hospital Bertha Calderón Roque, de lo cual se comprometió a que el trabajo investigativo se aplicará a la ética médica, bajo los principio de una investigación de carácter científico.

❖ **Lista de variable según objetivos:**

- ✓ Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.
 1. Edad.
 2. Escolaridad.
 3. Estado civil.
 4. Religión.
 5. Procedencia.
 6. Ocupación.

- ✓ Identificar los antecedentes Gineco obstétrico de las pacientes muestreada
 1. Antecedentes Gino-obstétricos
 - A. Gesta.
 - B. Paras.
 - C. Aborto.
 - D. Cesáreas.
 - E. Legrados.
 - F. Edad gestacional.
 - G. Controles prenatales.

- ✓ Describir la calidad del llenado del partograma con respecto a la hoja de monitoreo.
 1. Llenado del partograma

- ✓ Evaluar la interpretación de los datos del partograma con respecto a la curva de alerta.
 1. Interpretación del partograma

VIII. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES:

✓ Objetivo 1:

Identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

N ^a	VARIABLE	Definición	Indicador	Escala /valor
1	Edad	Es el tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta la recolecta en la información del partograma de pacientes estudiado.	Años.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menor de 19 años. ✓ 19 a 34 años. ✓ Mayor de 35 años.
2	Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la recolección de la información del partograma de pacientes estudiado.	Grado académico.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeta. ✓ Primaria. ✓ Secundaria. ✓ técnico. ✓ Universitario.
3	Estado civil	Relación conyugal existente de las pacientes estudiadas hasta el momento de la recolección de información.	Situación legal de la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Solteros. ✓ Casados. ✓ Unión estable ✓ Otros.
4	Religión	Creencias o reconocimiento de un poder divino, de pacientes estudiadas hasta el momento del estudio.	Rito o creencia divina practicada.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Católico. ✓ Evangélico. ✓ Otros.
5	Procedimiento	Lugar de origen de la pacientes estudiada, hasta el momento de la recolección del información.	Lugar de origen.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Urbana ✓ Rural
6	Ocupación	Actividad o acción laboral que realizan las pacientes hasta el momento del estudio.	Trabajo que realiza.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ama de casa. ✓ Obrera. ✓ Profesional

✓ **Objetivo 2:**

Detallar los datos Gineco-obstétricos del grupo de madre en estudio.

N ^a	VARIABLES	Definición	Indicador	Escala/valor
1	Antecedentes Gineco obstétrico	Período que transcurre desde el final del parto hasta la recuperación de los órganos genitales y la reaparición de la menstruación (cuarentena) en las pacientes que son estudiadas hasta el momento de la recolección de la información.	<p>Gestas</p> <p>Paras</p> <p>Aborto</p> <p>Cesáreas</p> <p>Legrados</p> <p>Edad gestacional</p> <p>Controles prenatales</p>	<p>✓ Primigesta</p> <p>✓ Bigesta</p> <p>✓ Trigesta</p> <p>✓ Multigesta</p> <p>✓ Granmultigesta</p> <p>✓ Nulípara</p> <p>✓ Primípara</p> <p>✓ Multípara</p> <p>✓ Ninguno</p> <p>✓ Uno</p> <p>✓ Dos</p> <p>✓ Ninguno</p> <p>✓ Uno</p> <p>✓ Dos</p> <p>✓ Ninguno</p> <p>✓ Uno</p> <p>✓ Dos</p> <p>✓ 37 – 41 Sg</p> <p>✓ Mayor de 41 Sg</p> <p>✓ Bueno</p> <p>✓ Malo</p>

✓ **Objetivo 3:**

Identificar la calidad del llenado de los datos del partograma en el grupo de madres en estudio.

N ^a	Variables	Definición	Indicador	Escala/valor
1	Llenado del partograma	Es el llenado de forma clara ya establecida por medio de la hoja de monitoreo del partograma con curva de alerta	Según Expediente Clínico. Hoja emitida por el MINSA	✓ cumple ✓ No cumple

✓ **objetivo 4:**

Determinar la calidad de la interpretación de los datos del partograma en el grupo de madres en estudios.

N ^a	Variables	Definición	Indicador	Escala/valor
1	Interpretación del partograma	Es el análisis amplio y científico de todos los eventos ocurridos en el transcurso del trabajo de parto ya sean normales o anormales que se evalúan en la hoja del monitoreo del partograma	Según expediente Clínico. Hoja emitida por el minsa	✓ cumple ✓ No cumple

Cruce de Variables

N ^a	Cruce de Variable
1	Edad – Antecedentes GinecoObstétricos.

CAPITULO III: "DESARROLLO"

IX. RESULTADO.

El presente estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, sobre “Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018.” Tomando una muestra de 270 partograma, se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a la edad el 89.7% son de 19 a 35 años de edad, el 7.4% se trata de pacientes menores de 19 años de edad y por ultimo con un 2.9% son las pacientes mayores de 35 años de edad. Según la escolaridad se encontró que el 65.9% fueron paciente que cursaron la secundaria, con 18.5% la educación primaria, en tercer escalón se encontró las pacientes universitarias con un 11.3%, con un 2.9% pacientes con cursos técnicos y por ultimo analfabeta con un 1.4%. Con respecto al estado civil de las pacientes en estudio se evidencio un 58.5% se encontraban en Unión Estable, las solteras en segundo lugar con un 21.2%, seguidas con un 20.3% pacientes casadas y con un 0% otras. De acuerdo a la religión se documentó que el 78.2% son Católicas, evangélicas en segunda posición con 21.8% y por ultimo con un 0% otras religiones.

De acuerdo a la procedencia de las pacientes en estudio se evidencio que el 100% procedían de zona Urbana y un 0% de zona rural. Así mismo según la ocupación se documentó que un 90% eran ama de casa seguida con pacientes obreras con un 9% y por ultimo profesional con un 1%. (Ver Tabla 1). Según los datos Gineco-obstétricos recolectado por medio de la ficha de instrumento se evidencio que según la gestas de la paciente predomino que 35.1% eran pacientes primigestas, con un 28.1% de pacientes Bigesta, en tercer escalón eran pacientes multigestas con un 25.7% y por ultimo 11.1% trigesta. En relación al dato de para se encontró que el 36.8% eran pacientes múltíparas, en segundo posición con 35.1% las nulíparas y por ultimo con 28.1% las primíparas.

Según los abortos se documentaron que el 97% no tuvieron ningún aborto, un aborto corresponde a 3%, dos o más aborto fueron representados con un 0%. Según las cesáreas se cuantifico 100% no tenían cesáreas previas, con uno, dos o más de dos cesáreas con 0%. Con respecto a los legrados el 97% se evidencio que no tenían legrados.

Seguidos con un legrado con 3% y dos o más con 0%. Con respecto a la edad gestacional el 96.2% era de 37 a 41 semanas de gestación y 3.8% mayor de 41 semanas de gestación y según los controles prenatales el 90.3% eran bueno y malos con 9.7%. (Ver Tabla 2)

De acuerdo a los datos de la calidad del llenado del partograma se documentó que se llenó adecuadamente los datos generales con un 70.7% cumple y no cumple con un 29.3%. De acuerdo con el tiempo adecuado de la elaboración del partograma se cumplió en un 100% y no se cumplió en un 0%. Según la selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta se cumplió en un 93.4% y no se cumplió en un 6.6%. Con respecto a la gráfica adecuada de la curva real, hasta el momento del nacimiento 100% se cumplió y con 0% no se cumplió. Según grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge con un 91.9% se cumplió y con un 8.1% no se cumplió. De acuerdo a la gráfica adecuadamente la variedad de posición de la presentación 81.4% se cumplió y no se cumplió con 18.6%.

Según la gráfica de la frecuencia cardiaca fetal se cumplió con 76.2% y no se cumplió con un 23.8% de igual manera la gráfica de las frecuencias de las contracciones uterinas se cumplió en un 76.2% y con un 23.8% no se cumplió. Se evidencio que para la gráfica de la ruptura espontaneas de membrana o la ruptura artificial de membrana con un 95.8% se cumplió y con un 4.4 % no se cumplió. Para la gráfica adecuada de los cambios de patrones en la curva de alerta se cumplió en un 97% y no se cumplió en un 3%. Según la llenado adecuado de la información complementaria de las casillas se cumplió en un 78.1% y con un 21.9% no se cumplió y con un 100% cumplió y un 0% no cumplido de la utilización adecuado de las casillas de observación. (Ver Tabla 3).

Según los datos de la interpretación del partograma se evaluó que en un 100% se cumplió y en un 0% no se cumplió con la adecuada interpretación de la curva real, con respecto de la curva de alerta. Con un 83.8% se cumplió y un 16.2% no se cumplió con la interpretación de la frecuencia cardiaca fetal. Para la interpretación de las variaciones de las contracciones uterinas se cumplió con un 77.8% y con un 22.2% no se cumplió y con un 59.7% de cumplimiento y 40.3% de no cumplimiento para la interpretación adecuada de esta información. (Ver Tabla 4).

Según el cruce de variable se obtuvieron los siguientes resultados, en cuanto a las edades, las pacientes menor de 19 años presentan el 7.4%, las pacientes con edades de 19 a 35 años presentaron el 89.6% y las mayores de 35 años un porcentaje del 2.9%. De igual forma con la variable gesta se obtuvo los siguientes resultados en pacientes menor de 19 años se obtuvo, Primigesta 1.4%, en las pacientes Bigesta 5.9% y con las pacientes trigesta y Multigesta un porcentaje del 0%. En cuanto a las edades de 19 a 35año, se encontró que las pacientes Primigesta se obtuvo como resultado el 32.9%, en las pacientes Bigesta un porcentaje del 23.35, en pacientes trigesta un porcentaje del 9.6% y en las pacientes que eran Multigesta un 23.7%. En las edades mayores de 35 años en las pacientes Primigesta y Bigesta se obtuvo un resultado del 0%, en las pacientes tanto trigesta como Multigesta se obtuvo un porcentaje del 1.4%. (Ver tabla 5).

X. ANALICIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADO.

En el presente estudio Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018 se revisaron 270 partograma, de lo cual se evidencio los siguientes resultados:

Objetivo específico 1: Caracterizar sociodemográficamente a las pacientes en estudio.

En relación a la edad de las pacientes en estudio, la mayoría se encontraban entre los 19 a 35 años de edad (242) el cual coincide con los datos recolectado por Sánchez A. 2015, que concluyo que una mayoría de las pacientes en estudio tenían entre 20 a 34 años de edad, se considera que es la edad en las cuales las pacientes mantienen vida sexual activa, que en algunos caso no utilizan métodos de planeación familiar (Sanchez A., 2015). Según el grado de escolaridad se evidencia en este estudio que en su mayoría cursaban o habían terminado la educación secundaria, teniendo en cuenta que dichas pacientes presentan conocimientos básicos acerca de sexualidad y planificación familiar.

Respecto al estado civil de las pacientes se tiene que en su mayoría se encontraban en unión estable el cual corresponde con el estudio realizado por Espinoza C & Flores E 2015. En el cual se evidencio que en su mayoría las pacientes en estudio en el Hospital Escuela San Juan de Dios de la ciudad de Estelí, se encontraban en Unión estable en los últimos años llamado la atención, que existe responsabilidad mutua entre las parejas pero que no desean contraer matrimonio, a pesar que en el código de la familia (ley 870) eta establecido dicho aspecto. Causando inestabilidad social, económica y psico-emocional, poniendo en riesgo el embarazo y el parto. (Espinoza C, Flores E, 2015)

De acuerdo a la religión se documentó que en su mayor parte pertenecían a la Religión Católica, Nicaragua es un país que según su constitución es un estado laico y permite la libre expresión religiosa, sin embargo, por la historia colonizadora y la cultura es predominantemente de creencia católica, tal y como lo refuerza este estudio con su alto porcentaje.

De acuerdo a la procedencia de las pacientes en estudio se evidencio que en su totalidad procedían de zona urbana a pesar que el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque es un Hospital de referencia Nacional y que atiende de manera gratuita a la ciudadanía, en su totalidad fueron de zona urbana esto podría explicarse debido a que este hospital se encuentra en la zona urbana de la capital.

Según la ocupación de la paciente en estudio se documentó que en su pluralidad era ama de casa que podría asociarse al abandono escolar o la falta de oportunidad de empleo y a garantía de una pareja estable.

Objetivo específico 2: Identificar los antecedentes Gineco obstétrico de las pacientes muestreada.

Según los datos Gineco-Obstétricos recolectado por medio de la ficha de instrumento se evidencio que según las gestas de la paciente se dio un predominio de las primigestas el cual coincide con estudio realizado por Logo C & Montoya Z 2014, en el cual la mayoría cursaban con el primer parto es llamativo para este estudio que a pesar de ser mujeres en edad adulta cursaban con primer embarazo. En relación a las para y aunque en el estudio se evidencio que en su mayoría era primigesta. Obtuvimos con mayor cantidad a las multíparas , esto es secundario a que al utilizar este termino de multípara se refiere a las embarazadas que han tenido un parto o más por lo cual en este grupo entran las bigestas, trigestas, multigestas los cuales juntos suman una mayor cantidad al de las primigestas . (Logo C, Montoya Z, 2014).

Según los abortos se documentó que $\frac{3}{4}$ partes no tenían antecedentes de abortos previos podría ser por pena la respuesta que estas pacientes no han tenido aborto o por otra parte indicaría que el control prenatal está forjando y asegurando un embarazo saludable y su efecto en la prevención, captación temprana de factores de riesgo y control del desarrollo adecuado del embarazo y su finalización. Según las cesáreas se comprobó que en su totalidad no presentaban antecedentes de cesáreas lo cual se compara y evidencia que las pacientes en este estudio cursaban con primer embarazo.

Con respecto a los legrados se notó que en su $\frac{3}{4}$ partes al igual que en abortos no contaban con legrados previos. Según a edad gestacional se encontró que en la mayoría de paciente cursaron con un embarazo a término al momento de realizar el partograma esto sugiera el buen control realizo por atención primaria mediante los controles prenatales los cuales según los datos recolectados en este informe se evidencio que en su mayoría contaban con buenos controles prenatales

Objetivo específico 3: Valorar el cumplimiento del llenado del partograma con respecto a la hoja de monitoreo que incluye los diecisiete exacto.

De acuerdo a los datos de la calidad del llenado del partograma se documentó que se llenó adecuadamente los datos generales en un $\frac{3}{4}$ partes el cual coincide con el estudio realizado por Jiménez C 2009, en el cual se documentó que en la mayoría de paciente tenían los datos generales llenado en sus respectivos partograma, lo hace referencia a que el personal de salud tienen un adecuado conocimiento y aplicación del mismo. (Jimenez C, 2009)

De acuerdo con el tiempo adecuado de la elaboración del partograma se evidencio que en su totalidad se dio el llenado en tiempo y forma lo cual evidencia el buen trabajo y vigilancia realizada en la sala de labor y parto del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. Según la elección adecuada del patrón de construcción de la curva de alera se cumplió en su gran mayoría lo cual nos indica el conocimiento y experiencia del servicio médico al momento de tomar dicha decisión. Con respecto a la gráfica adecuada de la curva real hasta, el momento del nacimiento el personal del salud tiende a realizar la curva de manera correcta y en el tiempo adecuado para detectar de esta manera si el parto tiene o no complicaciones y realizar las medidas correspondiente.

Según la gráfica adecuada en el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge con en un gran porcentaje, se realiza los planos en el tiempo adecuado, lo que proporciona una mayor vigilancia en el trabajo de parto. De acuerdo a la gráfica adecuadamente la variedad de posición de la presentación se cumplió en un $\frac{3}{4}$ parte, teniendo que falta un adecuado manejo y técnica para detectar las variedades de posición, realizando prevención distocias de parto.

Según la gráfica de la frecuencia cardiaca fetal existe una deficiencia al momento de realizar dicha gráfica, lo que conlleva a que allá un sufrimiento fetal debido a la mala vigilancia del trabajo de parto. De acuerdo con la gráfica de las frecuencias de las contracciones uterinas, existe deficiencia al momento de su gráfica, lo que proporciona un alto riesgo de que el trabajo de parto se detenga al momento de disminuir las contracciones por la mala vigilancia. Se evidencio que para la gráfica de la ruptura espontaneas de membrana o la ruptura artificial de membrana se tiene un alto porcentaje lo que significa que se realiza un adecuado control al realizar el tacto vaginal. Para la gráfica adecuada de los cambios de patrones en la curva de alerta se obtuvo un mayor valor lo que ayuda a evitar mayor vigilancia en los cambios de patrones de la curva evitando complicaciones.

Según la llenado adecuado de la información complementaria de las casillas se tiene que hay deficiencia en su valor ya que por lo general no realizaban controles de signos vitales lo que nos puede proporcionar un daño a órganos dianas dando como finalidad muerte de ambos pacientes . Cuando existía alguna eventualidad que el partograma no lo registraba se realizaba un mayor valor en la utilización del adecuado de las casillas de observación evitando de esta manera complicaciones.

En general de acuerdo a lo antes explicado, se obtiene que dicho parámetro que fueron evaluados al momento del llenado del partograma, se cumplieron en su mayoría lo que coincide con el estudio realizado por Lago J & Montoya D 2014, evidenciaron en su estudio que se realizó, que en cuanto al llenado del partograma tuvo como resultado dicho estudio satisfactoriamente, lo que conlleva a una disminución en las complicaciones obstétricas teniendo como finalidad la reducción de la tasa entre madre e hijo.

Objetivo específico 4: Evaluar la interpretación de los datos del partograma con respecto a la curva de alerta.

Respecto a la adecuada interpretación de la curva real, con respecto de la curva de alerta en su mayoría se cumplió, con dichos parámetros lo cual da como resultado disminuir las complicaciones al momento de un parto prolongado. No se cumplió en su totalidad con la interpretación de la frecuencia cardiaca fetal lo que tiende a proporciona complicaciones que ponen en riesgo la vida del feto.

De acuerdo a la interpretación de las variaciones de las contracciones uterinas se obtuvo un buen valor lo que tiende a que exista mayor complicación y un parto prolongado. Sobre el cumplimiento para la interpretación adecuada de esta información no hay un mayor valor lo que significa que hay deficiencias en las diferentes acápites que corresponde al partograma, lo que implica mayor número de muerte materna fetal, ya que dicho monitoreo nos ayuda a realizar detecciones previas sobre complicaciones en el trabajo de parto.

Según los acápites de la interpretación del partograma se pone en evidencia que existe aún deficiencia en el momento de realizar la interpretación de dichos parámetros lo que es comparable con el estudio realizado por Sánchez. A & Torrez, A 2015 donde se evidencio que en su mayoría no se llegó a una correcta interpretación de dichos parámetros, lo que nos hace pensar que es debido esto a un mal manejo y conocimiento del partograma. (Sanchez A, Torrez A, 2015).

Según los acápites que se muestran en los resultados de la tabla número 5 en donde se realiza cruces de variables, se identifica la relación entre variables que posibilita un análisis. Se percibe que en cuanto las edades de las pacientes de 19 a 35 años presentaron un porcentaje del 89.6%, siendo el mayor porcentaje en pacientes que no son altos riesgos obstétricos; ya que son edades que se consideran oportunas para conserva una vida, siendo de igual forma con mayor significación; pacientes que eran Primigesta con un porcentaje de las misma del 32.9% .

Se percibe una diferencia tanto en las edades como en las gesta, lo que nos facilita obtener que:

- ✓ Grupo predominante las Primigesta, con un total de pacientes gestante 89; lo que equivale a 32.9%, sin embargo se analiza que el rango en donde se encuentran estas edades es un periodo comprendido como baja probabilidad de desencadenar una complicación obstétrica.

- ✓ Se aprecia que se mantiene en un porcentaje intermedio la variable Multigesta que reporta un total de pacientes gestante 64, con un porcentaje del 23.7%, lo que señala positividad en cuanto al rango de edad, pero contrariamente al empezarla vida sexual activa edades empecinas, periodos intergenésico cortos y un evento de multipariedad son factores de riesgo preponderante para desencadenar una complicación obstétrica principalmente hemorragia post parto. Siendo esta una de las más importante causa de muerte materna a nivel hospitalario y en nuestro país.
- ✓ Se infiere que ambos extremos ya antes mencionado tienen alta importancia en este escenario de análisis estadístico, debido a que hay una mayor probabilidad de desarrollar eventos obstétricos, donde se demuestra pautas para tomar en cuenta una estricta o bien mayor vigilancia durante el monitoreo con la estrategia del partograma y de esta manera poder disminuir las diferentes complicaciones que se pueden presentar durante el trabajo del parto.

XI. CONCLUSIONES.

En relación a las características sociodemográficas identificamos que en su mayoría eran pacientes entre 19 a 35 años de edad, con un grado de escolaridad de predominio secundaria, en su gran mayoría con un estado civil en unión estable, en la cual se dio un predominio de la religión católica, amas de casa en su mayor parte, con embarazo a término en el momento de realizar el partograma y con un buen control prenatal.

Según los datos Gineco-Obstétrico recolectado por medio de la ficha de instrumento, se evidencio que según la gesta se dio un predominio de las primigestas no obstante en el momento del parto se dio un mayor número de multíparas. No han tenido ningún aborto, ni cesárea, ni legrado. Se encontraban entre las 37 y 41 semanas de gestación, tenían un buen control prenatal.

De acuerdo a los datos de la calidad del llenado del partograma se documentó que en la mayoría de los casos se llenó correctamente los datos generales del paciente, el tiempo de inicio del partograma, el patrón de construcción de curva, la información de casillas complementarias. De igual manera se graficó correctamente la curva real, la curva de alerta, el descenso de la presentación vs planos, variedad de posición de la presentación, grafica de frecuencia cardiaca fetal, frecuencia uterinas, ruptura espontanea de membranas o ruptura artificial de membranas y cambios de patrones en curva de alerta.

Se interpretó adecuadamente la curva real, las variaciones de frecuencia cardiaca fetal, variación de contracciones uterinas, la información obtenida del partograma y se hizo uso adecuado de casillas de observación.

La mayoría cumplió entre 15 a 17 criterios de calidad para el llenado del partograma.

XII. RECOMENDACIONES.

A las autoridades del Ministerio de Salud

- Realización, promoción y facilidad de talleres de actualización y capacitación sobre el llenado e interpretación de la hoja del partograma, dirigida al personal de salud que presenta salas de carácter materno fetal.
- Realizar monitoreo con metodología de estudio de casos para evaluar el llenado e interpretado del partograma.

A las autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque

- Capacitar al personal médico y paramédico de toda la unidad de salud, teniendo énfasis en el personal asignado en la sala de labor y parto, en el llenado e interpretación del partograma.
- Promover en el comité de calidad la mejoría del llenado e interpretación del partograma.
- Evaluar los expedientes clínicos y realizar actividades de presentación de casos en la jornada docente.

A estudiantes de grado y posgrado

- Tomar conciencia sobre la importancia del partograma, la consecuencia de su mal llamado e interpretación al momento que ingresan las pacientes a la sala de labor y parto.
- Al divulgar resultado de estudios como este, que demuestren su implicancia, se tendrá en cuenta que se realiza un aporte científico que beneficiara no solo al personal de salud disminuyendo la tasa de mortalidad materno fetal, si no a las futuras generaciones al realizar estudios científicos de la misma temática.

CAPITULO IV: "REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA"

XIII. Bibliografía

- Sanchez A, Torrez 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*. matagalpa.
- Aguilara. (2014). Revista Médica Clínica Las Condes. *Antenatal Care*.
- Armando Alberto Moreno-Santillán, Cuauhtémoc Celis-González, Alejandro Posadas-Nava, Leidy Marcela. (2018). Description of the labor curve in a third-level care hospital. *Ginecol-Obstet Mex.*, 1-6.
- Banco Mundial. (12 de octubre de 2014). *banco mundial*. Recuperado el 20 de diciembre de 2017, de banco mundial: datos.bancomundial.org/indicador/SP-DYN.CBRT.IN?locations=NI&view=chaty
- Bosse G. (2002). *the partograma in daily practice it's quality that matters*. ghana.
- Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud - CINETS. (2013). *Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Bogota - Colombia: Ministerio de Salud7.
- Chalacan, T. (2010). *APLICACIÓN DEL PARTOGRAMA EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO "ISIDRO AYORA" EN EL PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2010*. Ecuador.
- CLAP, OPS/OMS. (03 de 02 de 2014). *CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA*. Recuperado el 2017 de 12 de 27, de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&itemid=242&lang=es
- Cordero, P. F. (2016). *USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO PARA LA USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO PARA LA USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO PARA LA USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO PARA LA USO DEL PARTOGRAMA COMO INSTRUMENTO OPORTUNO*. cuenca.
- Cortes F, H. E. (2012). *Impact of folic acid fortification in Chile*. CHLE .
- Cruz, L. (2014). *uso del partograma*. guatemala.
- Dr. Méndez D, D. B. (2004). *El partograma y las desviaciones del trabajo de parto*. Obtenido de El partograma y las desviaciones del trabajo de parto: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

- Espinoza C, Flores E. (2015). *calidad del llenado e interpretacionn del partograma y su utilizacion como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hopsital escuela san juan de dios.esteli en el periodo julio a septiembre del 2015*. esteli.
- Flores. (2015). *Historia Clinica Perinatal*. Peru.
- Jimenez C. (2009). *calidad de atencion en la vigilancia del trabajo de parto con partograma en paciente hospitalizadas en el area de gineco-obstetricia del hospital regional isidro ayorda de la ciudad de LOja*. Loja.
- L, A. (2017). *Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología*. Editorial Médica Panamericana.
- L, C. (2013). *GuidelinesforVaccinating PregnantWomen*. CDC March 2013.
- Logo C, Montoya Z. (2014). *calidad del llenado e interpretacion del partograma y su utilizacion como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del hospital "Bertha Calderon Roque"*. managua.
- Mendez D. (21 de octubre de 2004). *EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO*. Recuperado el 2017 de 12 de 27, de EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf
- MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. (2014). *Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona)*. España.
- MINSAs. (2003). *Guia Para el Manejo de Neonato* . Nicaragua: INSA-UNICEF.
- MINSAs. (2013). *Normativa 106*. Managua: MINSAs.
- MINSAs. (2013). *normativa 109*. Managua: Ministerio de Salud.
- Nicaragua, M. d. (2013). *Atencion a la mujer*. Managua Nicaragua.
- OMS. (2005). *Estadísticas Sanitarias Mundiales* . Obtenido de Estadísticas Sanitarias Mundiales : <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>
- OPS/OMS, C. (12 de 10 de 2014). *CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA*. Recuperado el 27 de 12 de 2017, de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=84:sistema-informatico-perinatal&itemid=242&lang=es
- SCHARCZ R. (2005). *obstericia*. En R. SCHARCZ, *obstetricia de SCHARCZ*. argentina: editorial el ateneo.
- Silva D. (2010). *calidad del llenado del partograma en el hospital cesar amador molina en el periodo de enero 2010*. matagalpa.

University Research Co. LLC Guatemala. (2009). *El Uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadío del Parto son prácticas de atención materna neonatal seguras*. Obtenido de El Uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadío del Parto son prácticas de atención materna neonatal seguras:
http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D78.pdf

Ventoso, A. P. (2014). *DIRECCIÓN MÉDICA DEL PARTO*. Granada: Gami Editorial .

Villatoro Q. (2017). *Uso y resultados del partograma en un Centro de Atención Permanente (CAP). Fraijanes, Guatemala*.

CAPITULO V: "ANEXOS"

XIV. ANEXOS:

Ficha de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS DE MONITORIO DEL PARTOGRAMA.

“Monitoreo por Medio del Partograma de Mujeres en Trabajo de Parto Atendida en la Sala de Labor y Parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque, Managua, de Octubre a Diciembre del año 2018.”

Monitor: _____

Número de expediente: _____

A continuación, se le presenta los datos de búsqueda en el expediente clínico, se deben seleccionar las opciones que corresponde:

Nota: seleccionar solo una respuesta, encerrar su opción con lapicero azul o negro

❖ Características sociodemográficas

✓ **Edad de la paciente:**

- a. Menor de 19 años
- b. De 19 a 35 años
- c. Mayor de 35 años

- ✓ **Escolaridad :**
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Técnico
 - e. Universitario
- ✓ **Estado civil:**
 - a. Soltero
 - b. Casada
 - c. Unión estable
 - d. Otro
- ✓ **Religión:**
 - a. Católico
 - b. Evangélico
 - c. Otro
- ✓ **Procedencia:**
 - a. Urbano
 - b. Rural
- ✓ **Ocupación :**
 - a. Ama de casa
 - b. Obrera
 - c. Profesional

Antecedentes Gineco-obstetra

- ✓ **Gesta:**
 - a. Primigesta
 - b. Bigesta
 - c. Trigesta
 - d. Multigesta

- ✓ **Para:**
 - a. Nulipara
 - b. Primipara
 - c. Multípara
- ✓ **Aborto**
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Más de dos
- ✓ **Cesáreas:**
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Más de dos
- ✓ **Legrados:**
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Más de dos
- ✓ **Edad gestacional:**
 - a. De 37 a 41 Sg
 - b. Más de 41 Sg
- ✓ **Controles prenatales:**
 - a. Bueno
 - b. Malo

Calidad del Llenado

	Cumple	No cumple
Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente		
Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.		
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)		
Grafica adecuada de la curva real, hasta el momento del nacimiento.		
Grafica adecuadamente la curva de alerta.		
Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge		
Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.		
Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.		
Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas.		
Grafica de forma adecuada la ruptura espontaneas de membranas (REM) o la ruptura artificial de membrana (RAM)		
Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta(de posición vertical a horizontal de membranas integras a rotas)		
Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracción, localización e intención de dolor.		
Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a,b,c...)para: registrar la presencia y características de meconio , presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitócina, antibióticos etc		

Interpretación del partograma

	Cumple	No cumple
Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.		
Interpreta adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.		
Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.		
Interpreta adecuadamente esta información.		

Anexo N° 1

Anexo No. 2
REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA

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

Partograma: Priorizar partogramas de Asfixias Severas y Moderadas, Síndrome de Aspiración de Meconio (SAM), Hemorragia Post Parto y Cesáreas indicadas como resultado de la vigilancia del Trabajo de Parto. 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 él o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

		Número de Expediente →																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom
No	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).																					
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).																					
16	Interpreta adecuadamente ésta información.																					
17	Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc.																					
Promedio por Partograma :																						
Promedio Global :																						

RESERVACIONES (Limitantes encontradas, Acuerdos, Compromisos, etc.):

(Nicaragua, 2013)

CLAP OPS/OMS
1416

Doc. Int. CLAP N° 388

Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
El Pueblo, Parteciente!

NOMBRE Y APELLIDO: _____

N° DE HISTORIA CLINICA: _____

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LA LINEA DE ALERTA (en horas) p10

VERT. PARIDAD	HORIZONTAL
TODAS	MULTIPARRAS
INTE. GRAS	INTE. GRAS
INTE. GRAS	ROTA
INTE. GRAS	ROTA

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 2:30 2:30 3:15 2:30

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE CALCULA EL TIEMPO PARA UBICAR EL PUNTO A LOS 6cm

PLANOS DE HODGE Y VARIACION DE POSICION

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

FRECUENCIA CONTRACCIONES

ROTURA ESPONTANEA MEMB. (RAM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD CONTRACCIONES Y DOLOR

Fuerte +++

Normal ++

Debilitado +

OBSERVACIONES

Micorrito M

Dips I

Dips II

Dips variables V

DOLOR

Suprapúblico SP

Sacro S

POSICION MATERNA

Lat. Directo LD

Lat. Inverso LI

Dorsal DS

Semisentada SS

Sentada S

Parahombro PC

Carbamando.

DE LA LINEA DE ALERTA (en horas) p10

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

PARTO

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

DILATACION CERVICAL (cm)

FRECUENCIA CONTRACCIONES (en 10 min)

FRECUENCIA CARDIACA FETAL (L/3min)

DE HODGE

DE DELEE

PLANOS

IVL +4

III -0

II -2

I -4

DIAS DE TRABAJO DE PARTO

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

HORA REAL

a b c d e f g h i j k l m n o

TENSION ARTERIAL	
PULSO	
POSICION MATERNA	
INTENSIDAD CONTRACCIONES	
DURACION CONTRACCIONES	
DOLOR	Localiz.
OBSERVACIONES	Intern.

INSTITUTO NICARAGUENSE DE INVESTIGACIONES Y OCUPOSION SOCIAL Y LABORAL

Pub. Dist. CLAP OPS/OMS, 996 (1979)

Emp. y. Dist. Com. repr. Dist. 11 (1980)

NOTA DE PARTO

FECHA		P/A
HORA		EXPULSIVO
SEXO		PLACENTA
APGAR		ALUMBRAMIENTO
PESO		HUELLA PLANTAR
TEMPERATURA		
CAPURRO		
CIRCULAR		
L. AMNIOTICO		
MICCIÓN		
MECONIO		

(Nicaragua, 2013)

Tabla No. 1.

Características sociodemográficas de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencias	%
Edad	Menor de 19 años	20	7.4
	19 a 35 años	242	89.7
	Mayor de 35 años	8	2.9
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Escolaridad	Analfabeta	4	1.4
	Primaria	50	18.5
	Secundaria	178	65.9
	Técnico	8	2.9
	Universitaria	30	11.3
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Estado Civil	Soltero	57	21.2
	Casado	55	20.3
	Unión estable	158	58.5
	Otros	0	0
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Religión	Católico	211	78.2
	Evangélico	59	21.8
	Otro	0	0
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Tabla No. 1.1

Características sociodemográficas de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Procedencia	Urbano	270	100
	Rural	0	0
	Total	270	100
Profesión		Frecuencia	%
	Ama de casa	242	90
	Obrera	24	9
	Profesional	4	1
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 2

Antecedentes Gineco-Obstétrico de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Gesta	Primigesta	95	35.1
	Bigesta	76	28.1
	Trigesta	30	11.1
	Multigesta	69	25.7
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Para	Nulipara	95	35.1
	Primipara	76	28.1
	Multipara	99	36.8
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Aborto	Ninguno	262	97.0
	Uno	8	3
	Dos	0	0
	Más de dos	0	0
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Cesáreas	Ninguna	270	100
	Uno	0	0
	Dos	0	0
	Más de dos	0	0
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No. 2.1

Antecedentes Gineco-Obstétrico de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Legrado	Ninguno	262	97.0
	Uno	8	3
	Dos	0	0
	Más de dos	0	0
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Edad Gestacional	De 37 a 41 SG	260	96.2
	Mayor de 41SG	10	3.8
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Controles prenatales	Bueno	244	90.3
	Malos	26	9.7
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No.3.

Llenado del partograma de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente	Cumple	191	70.7
	No cumple	79	29.3
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma	Cumple	270	100
	No cumple	0	0
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta	Cumple	252	93.4
	No cumple	18	6.6
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Grafica adecuada de la curva real, hasta el momento del nacimiento	Cumple	270	100
	No cumple	0	0
	Total	270	100

Fuente: ficha de recolección de datos

Tabla No.3.1

Llenado del partograma de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Grafica adecuadamente la curva de alerta	Cumple	270	100
	No cumple	0	0
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge	Cumple	248	91.9
	No cumple	22	8.1
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación	Cumple	220	81.4
	No cumple	50	18.6
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal	Cumple	206	76.2
	No cumple	64	23.8
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas	Cumple	206	76.2
	No cumple	64	23.8
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No.3.2

Llenado del partograma de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018

		Frecuencia	%
Grafica de forma adecuada la REM O la RAM	Cumple	258	95.6
	No cumple	12	4.4
	Total	270	100
Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta		Frecuencia	%
	Cumple	262	97
	No cumple	8	3
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Llena adecuadamente la información de las casillas TA, pulso, posición materno etc.	Cumple	211	78.1
	No cumple	59	21.9
	Total	270	100
		Frecuencia	%
Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a,b,c)	Cumple	270	100
	No cumple	0	0
	Total	270	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

Tabla No.4.

Interpretación del partograma de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

		Frecuencia	%
Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de aleta	Cumple	270	100%
	No cumple	0	0%
	Total	270	100%
		Frecuencia	%
Interpreta adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal	Cumple	226	83.8%
	No cumple	44	16.2%
	Total	270	100%
		Frecuencia	%
Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas	Cumple	210	77.8%
	No cumple	60	22.2%
	Total	270	100%
		Frecuencia	%
Interpreta adecuadamente esta información	Cumple	161	59.7%
	No cumple	109	40.3%
	Total	270	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos

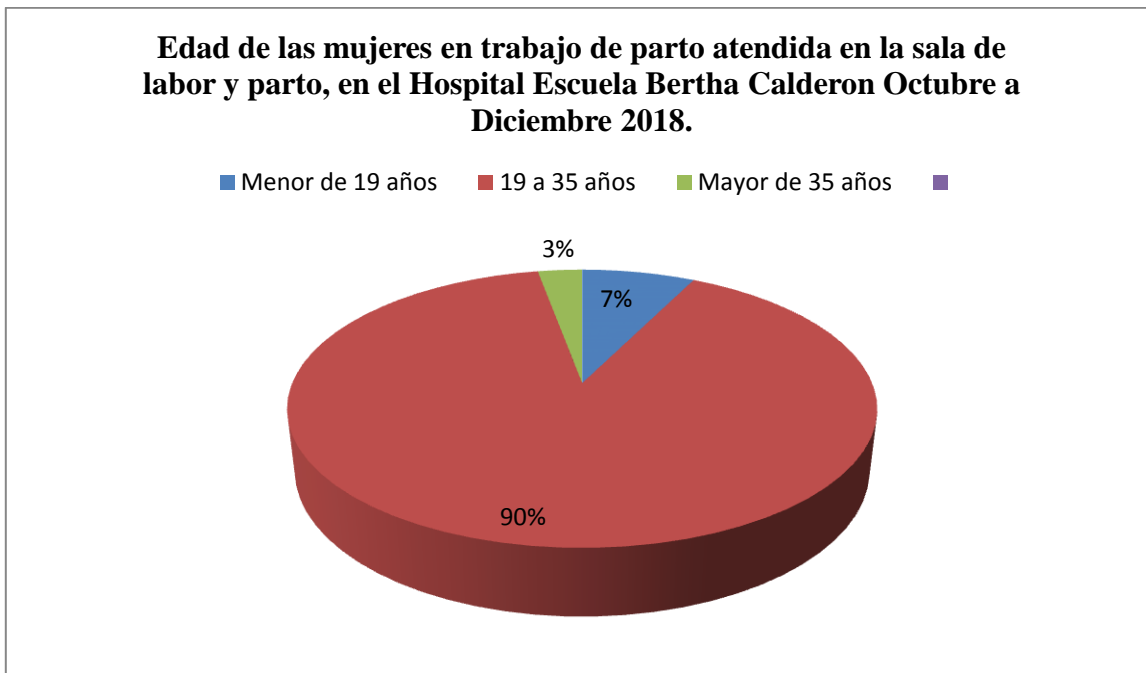
Tabla No.5.

Características sociodemográficas versus antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en trabajo de parto atendida en la sala de labor y parto, en el Hospital Escuela Bertha Calderón Roque Octubre a Diciembre 2018.

	Primigesta		Bigesta		Trigesta		Multigesta		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menor de 19 años	4	1.4	16	5.9	0	0	0	0	20	7.4
19 a 35 años	89	32.9	63	23.3	26	9.6	64	23.7	242	89.6
Mayor de 35	0	0	0	0	4	1.4	4	1.4	8	2.9

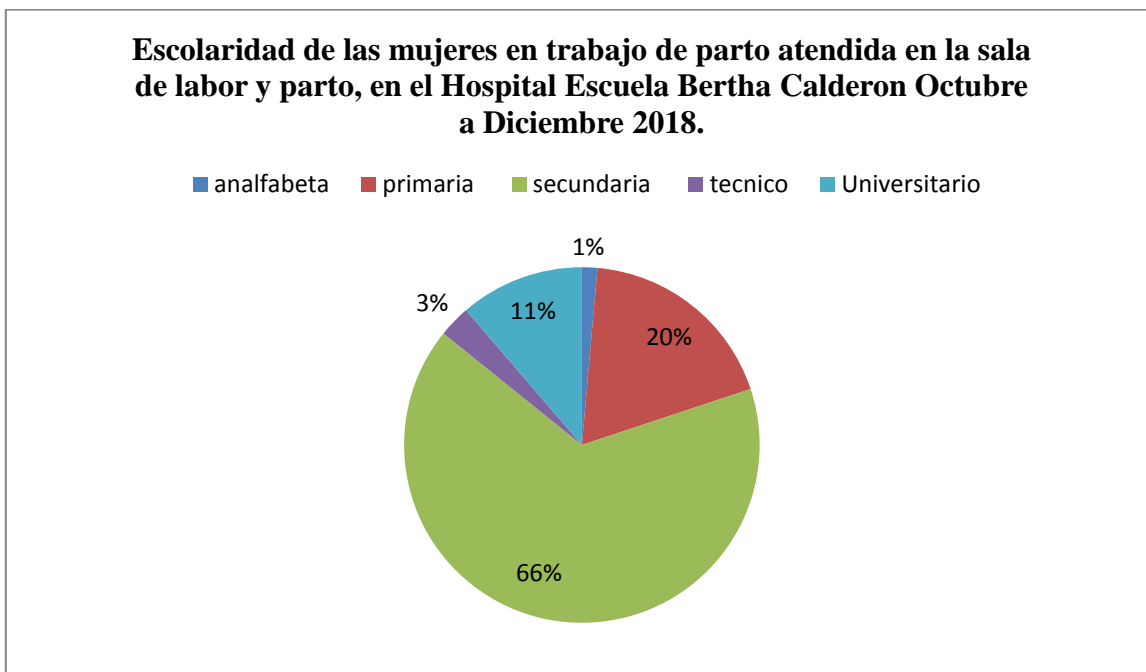
Fuente: Ficha de recolección de datos

N=270



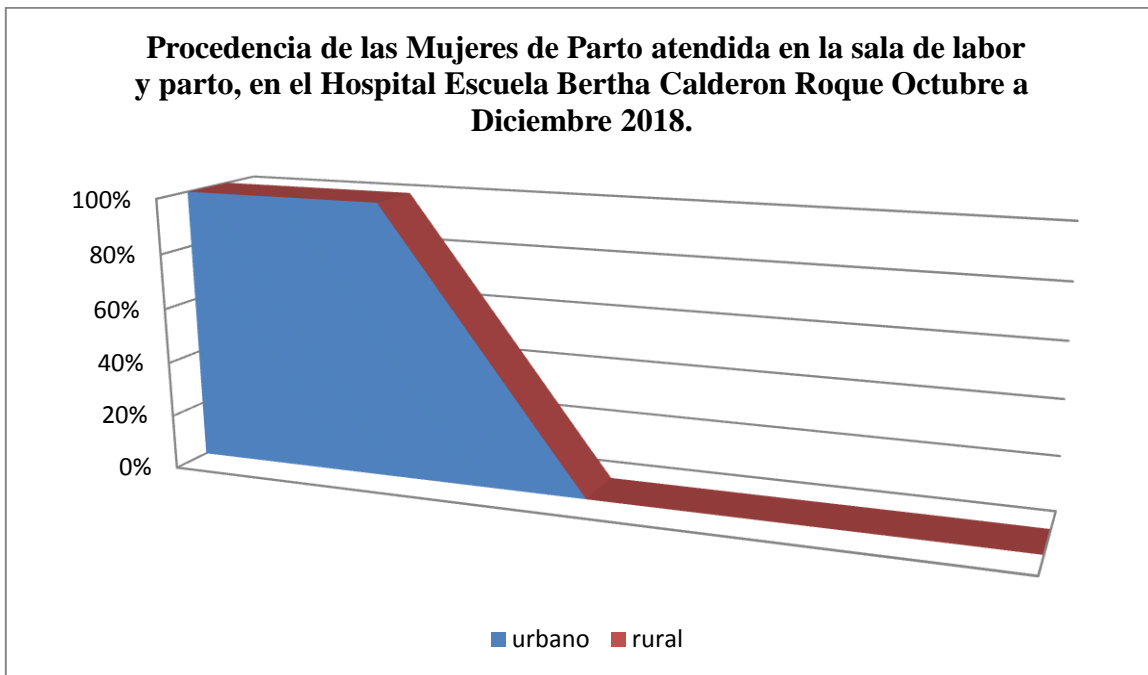
Fuente: tabla 1

N=270



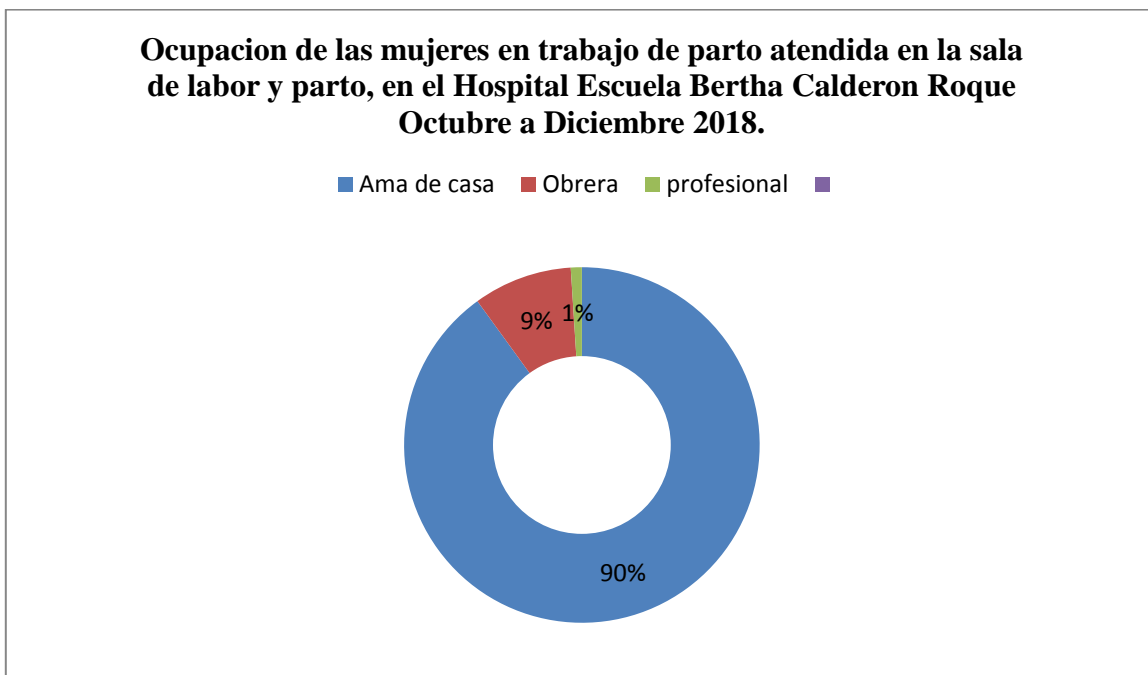
Fuente: tabla 1

N=270



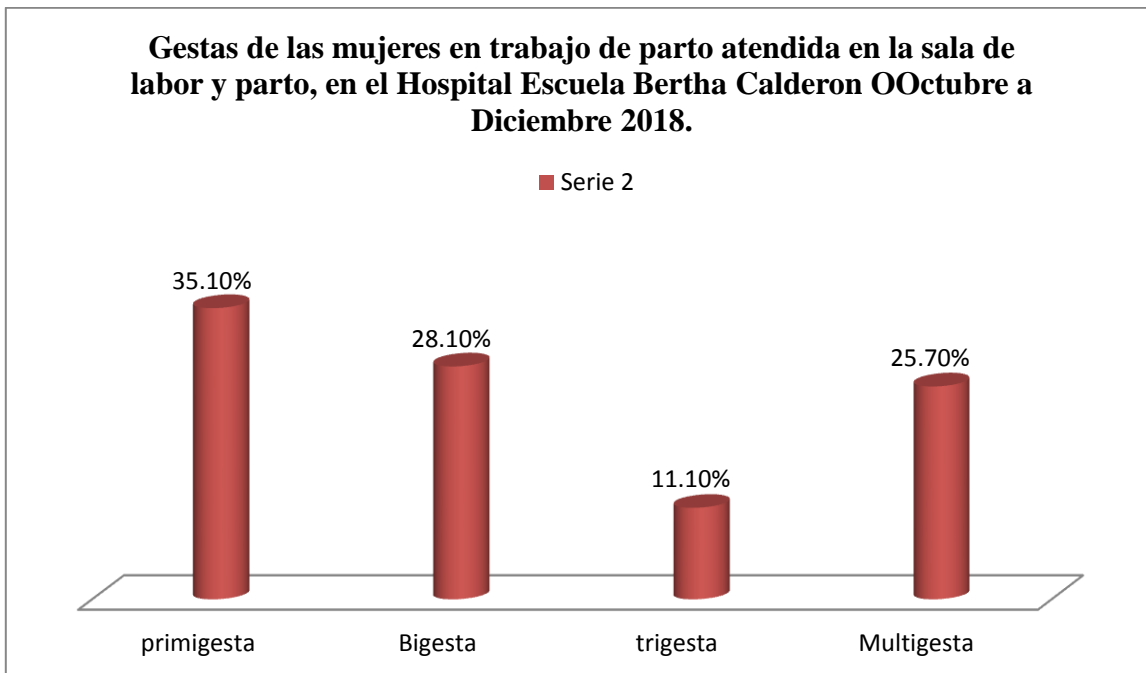
Fuente: tabla 1

N=270



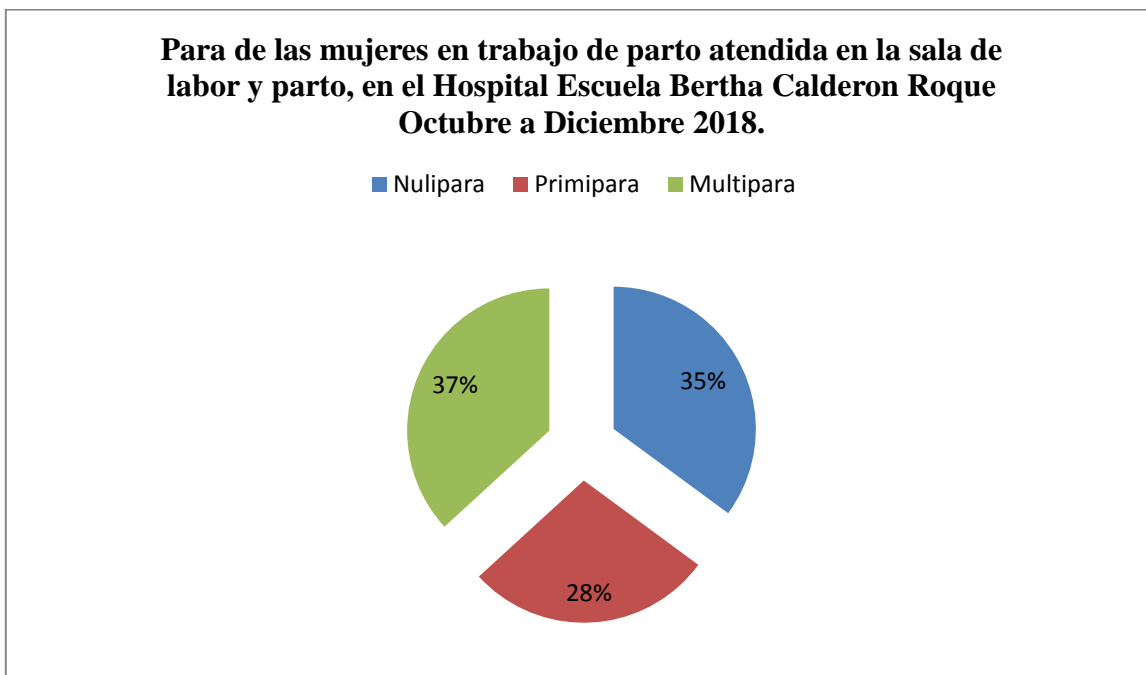
Fuente: tabla 1

N=270



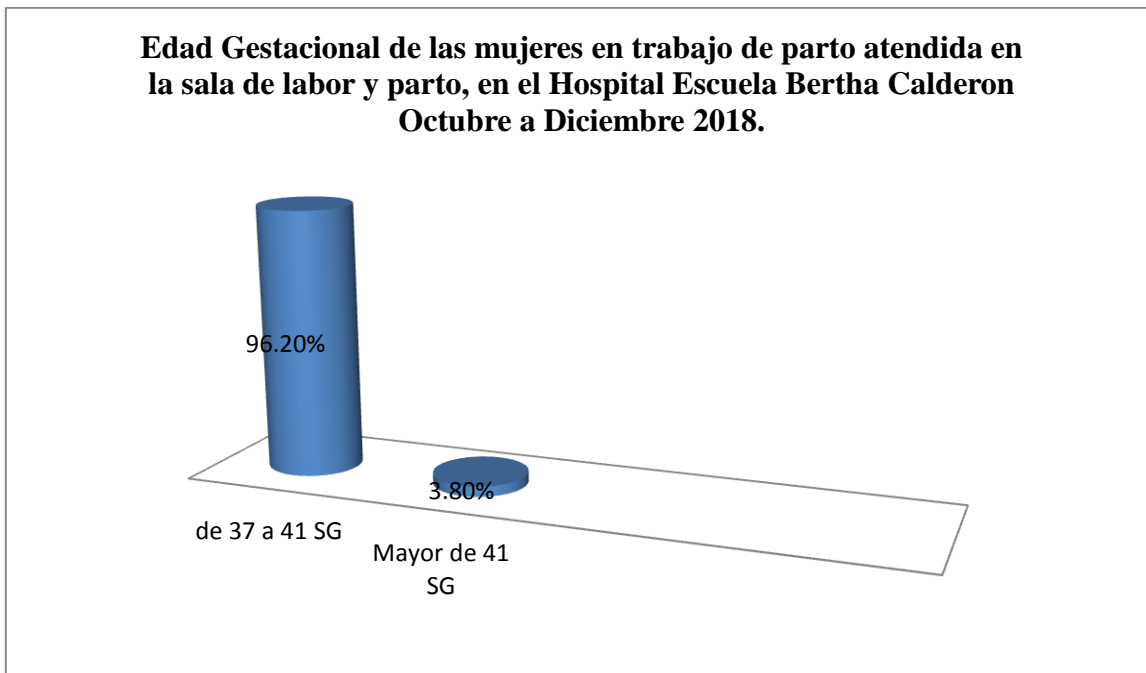
Fuente: tabla 2

N=270



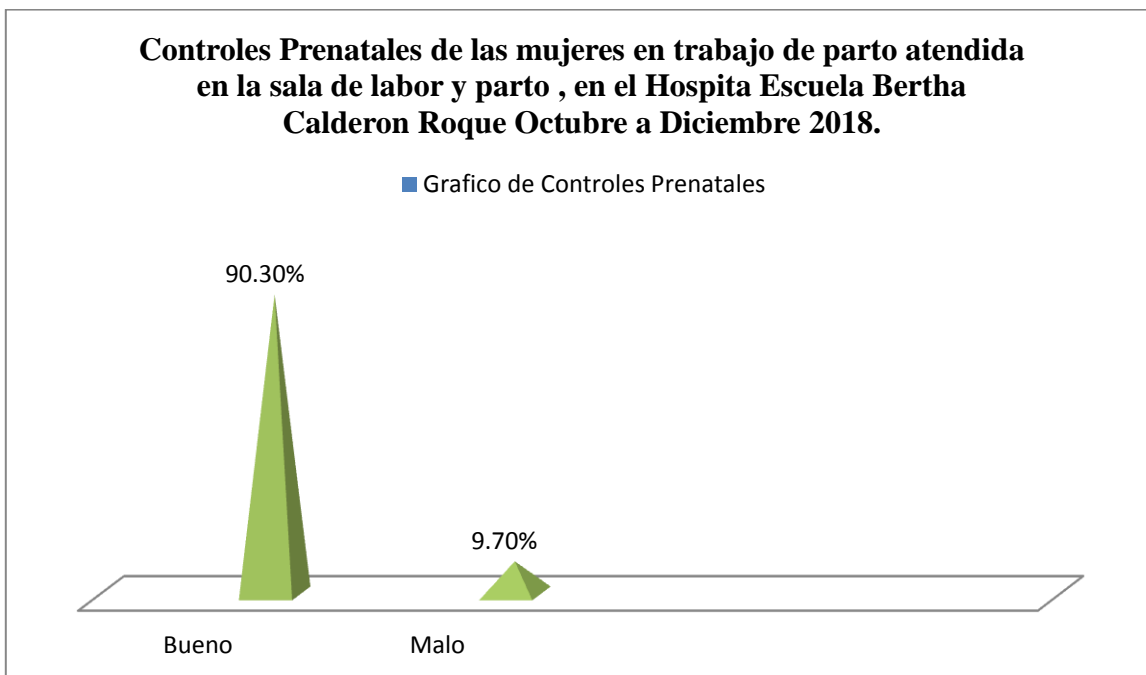
Fuente: tabla 2

N=270



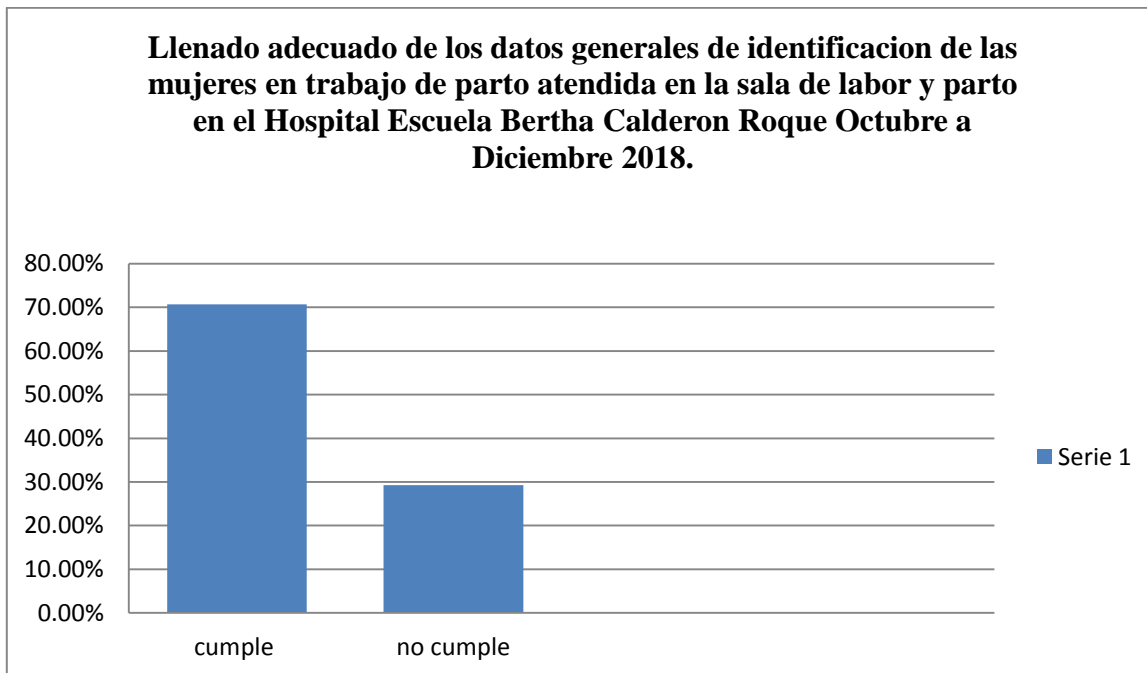
Fuente: tabla 2

N=270



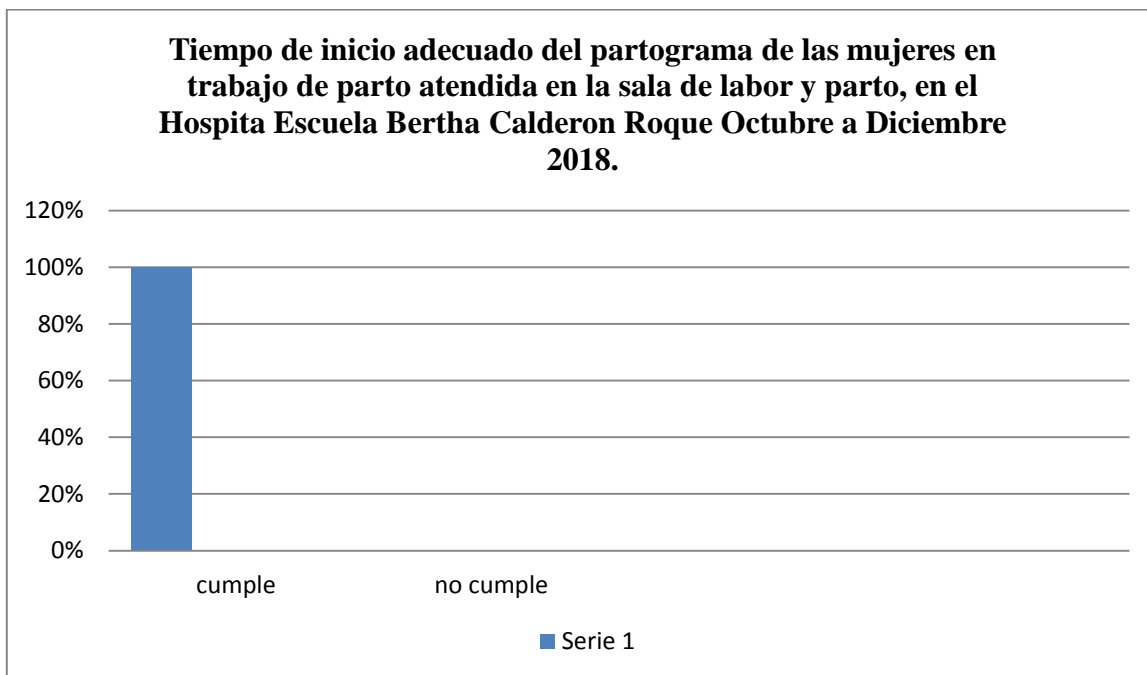
Fuente: tabla 2

N=270



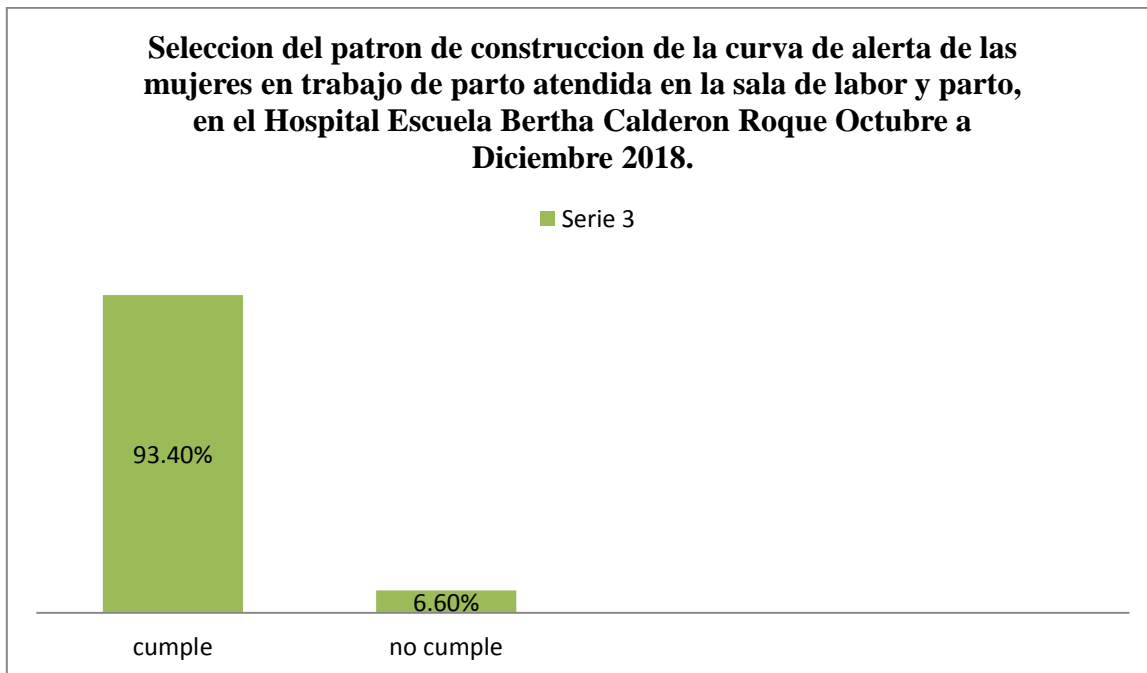
Fuente: tabla 3

N=270



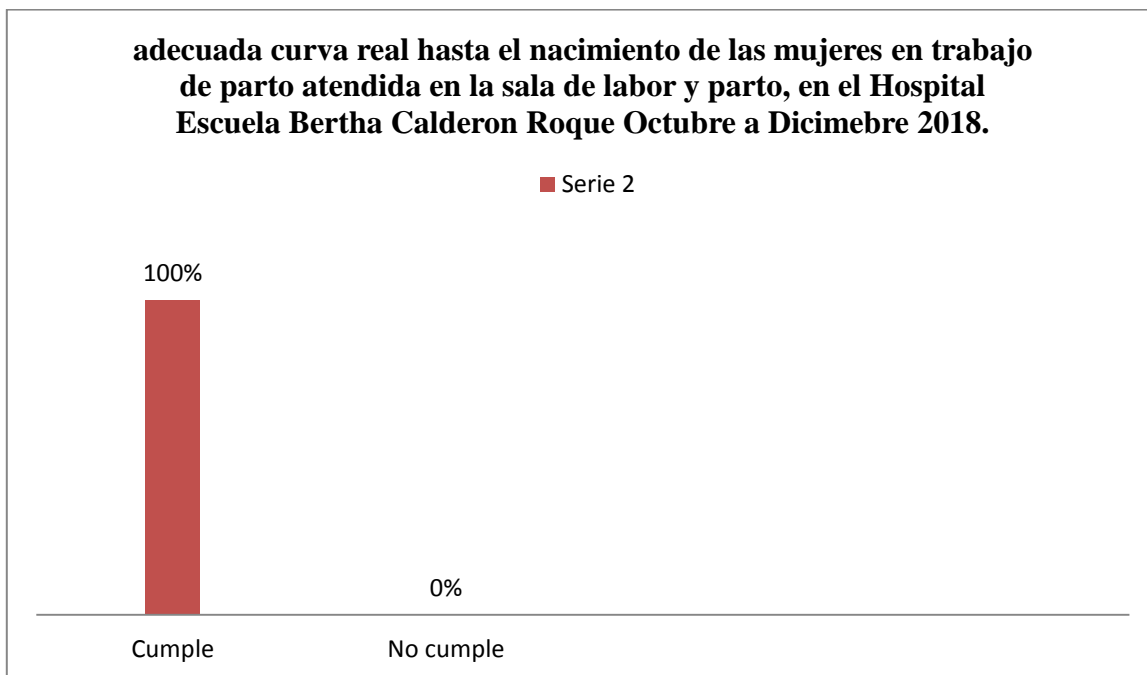
Fuente: tabla 3

N=270



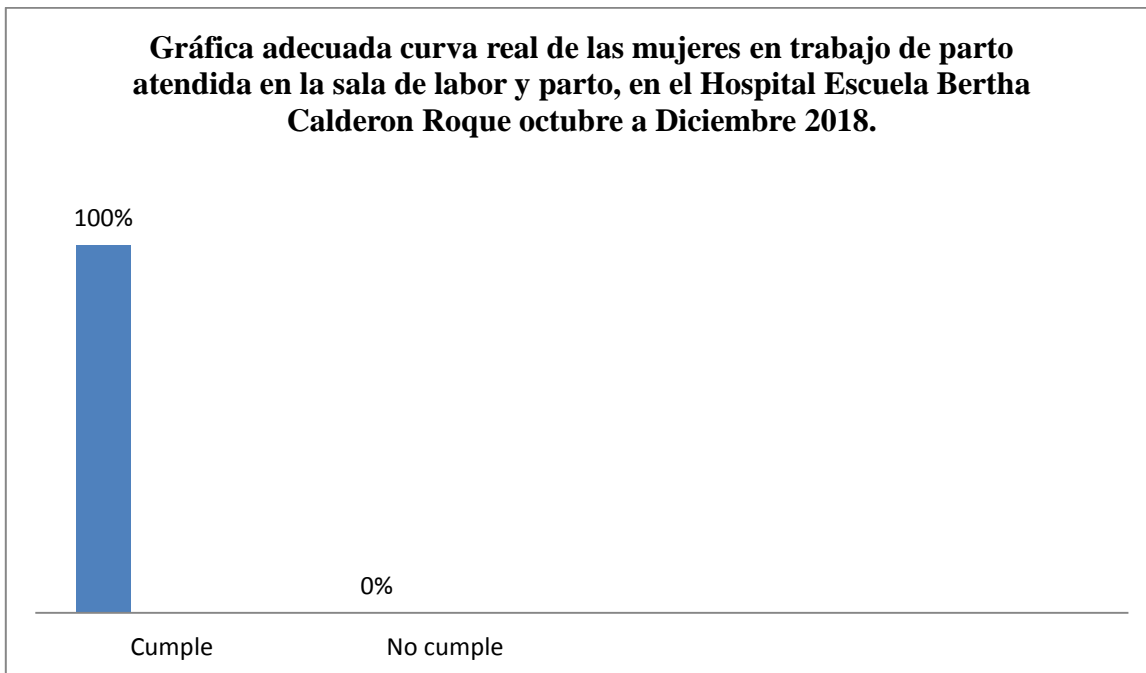
Fuente: tabla 3

N=270



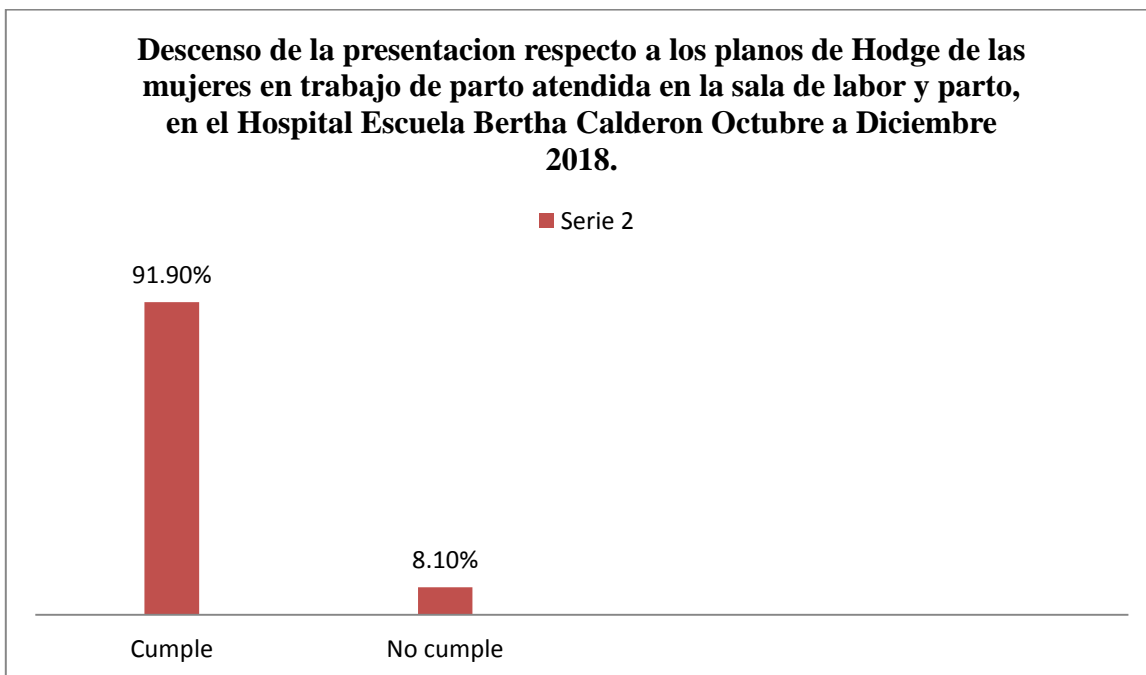
Fuente: tabla 3

N=270



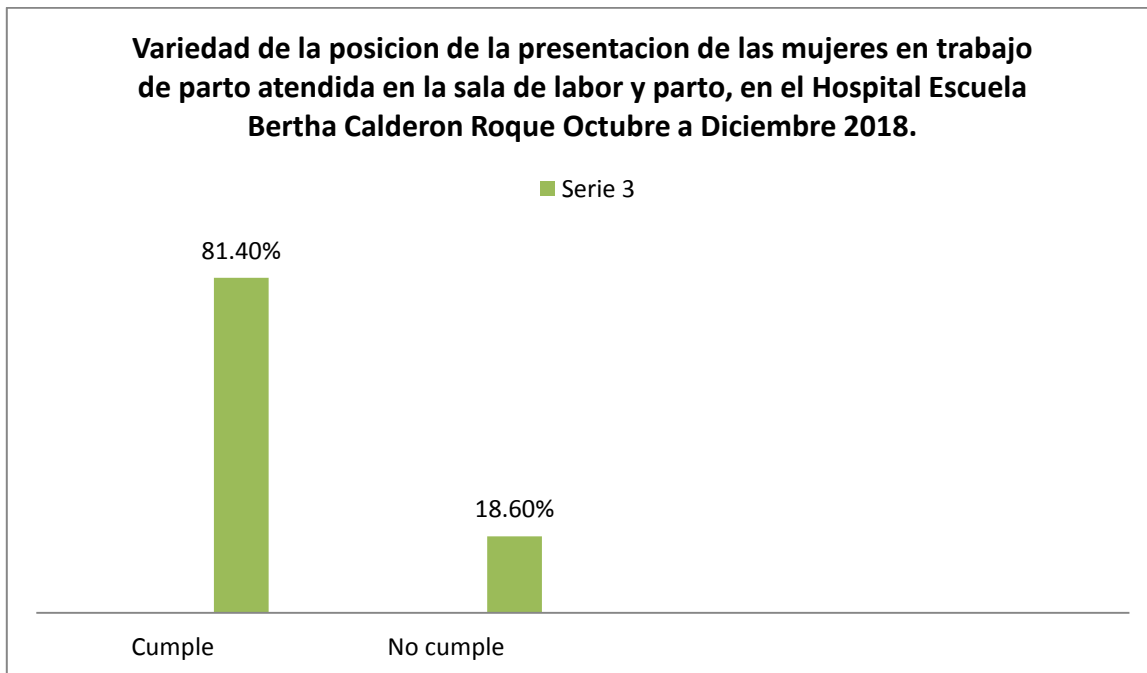
Fuente: tabla 3

N=270



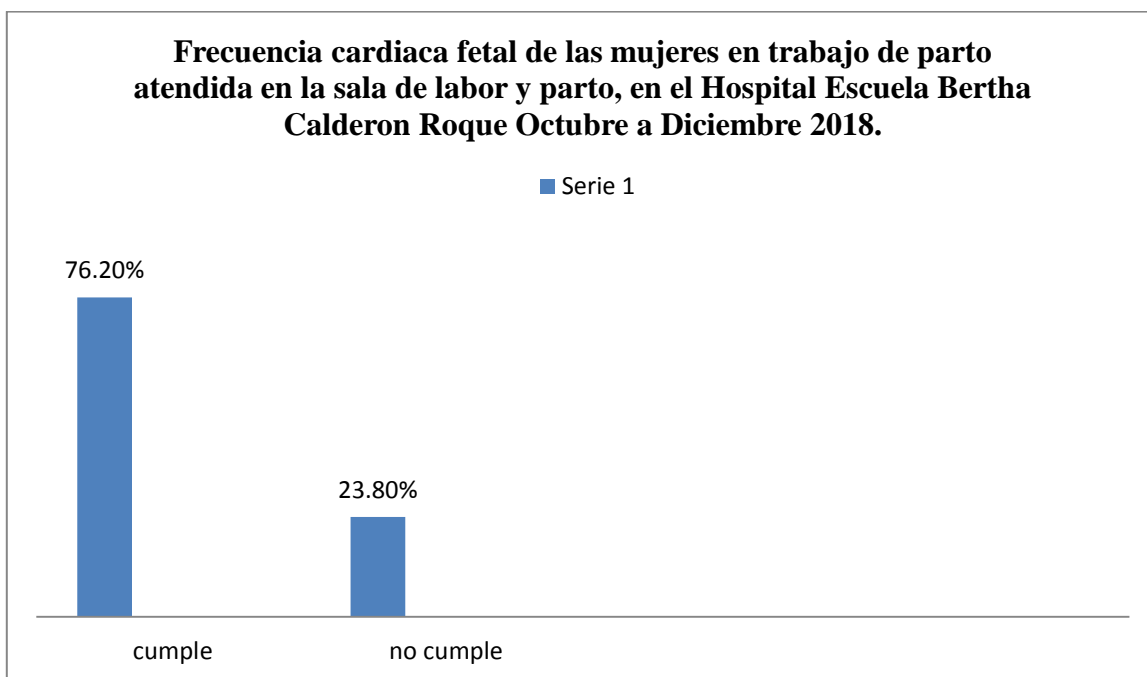
Fuente: tabla 3

N=270



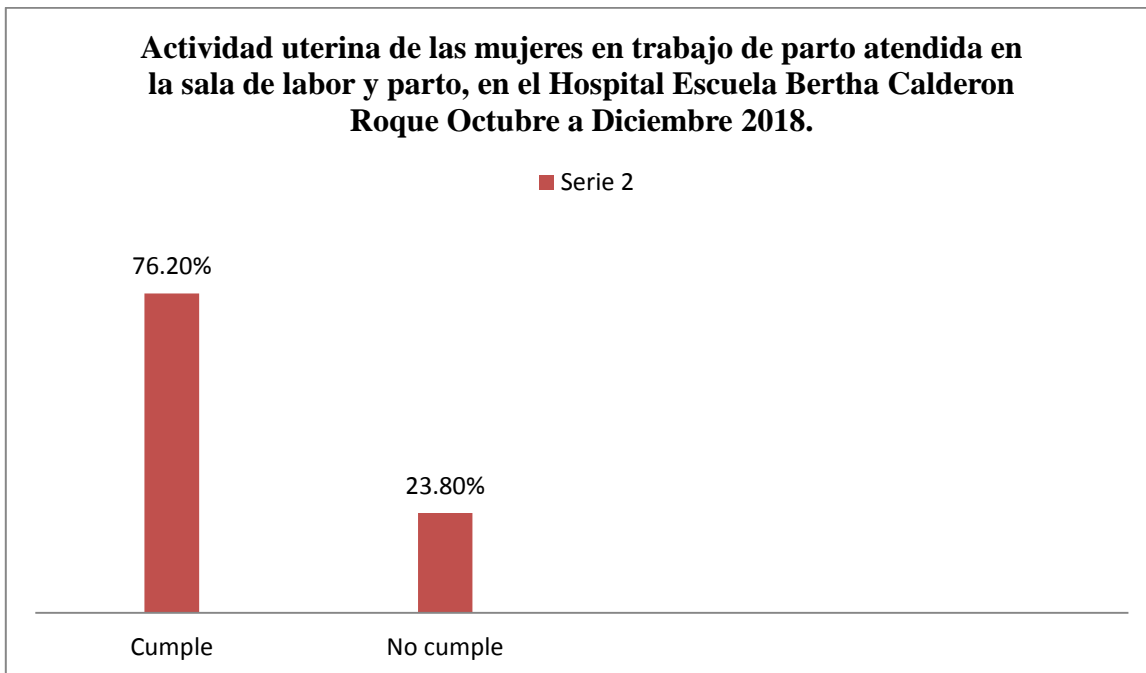
Fuente: tabla 3

N=270



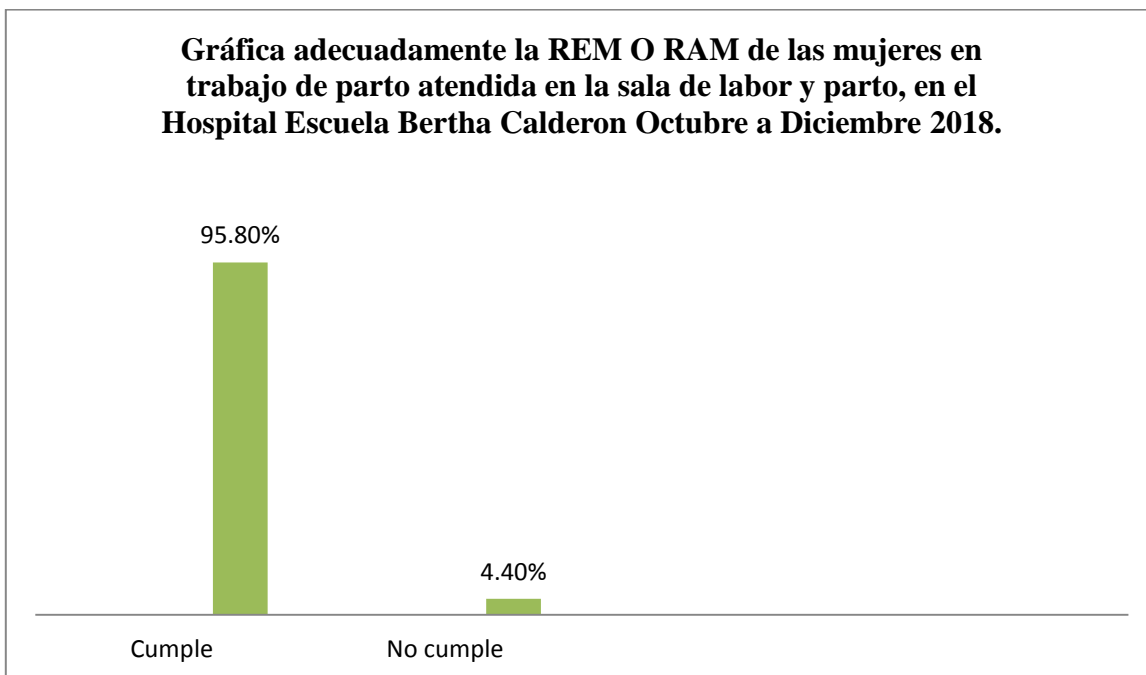
Fuente: tabla 3

N=270



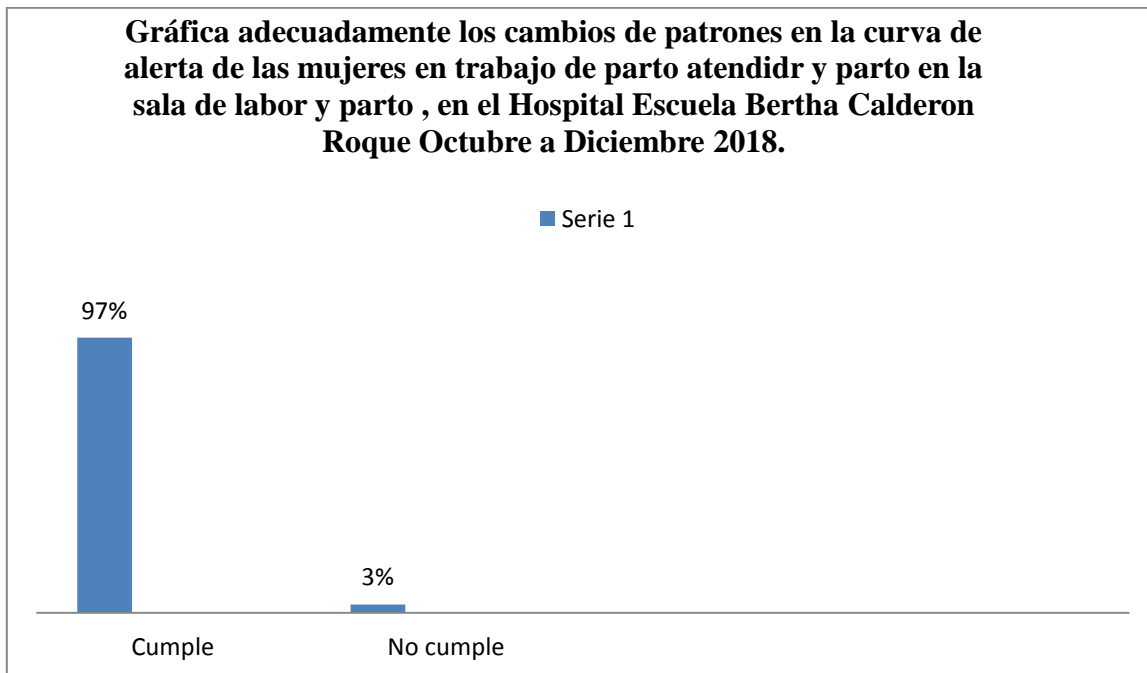
Fuente: tabla 3

N=270



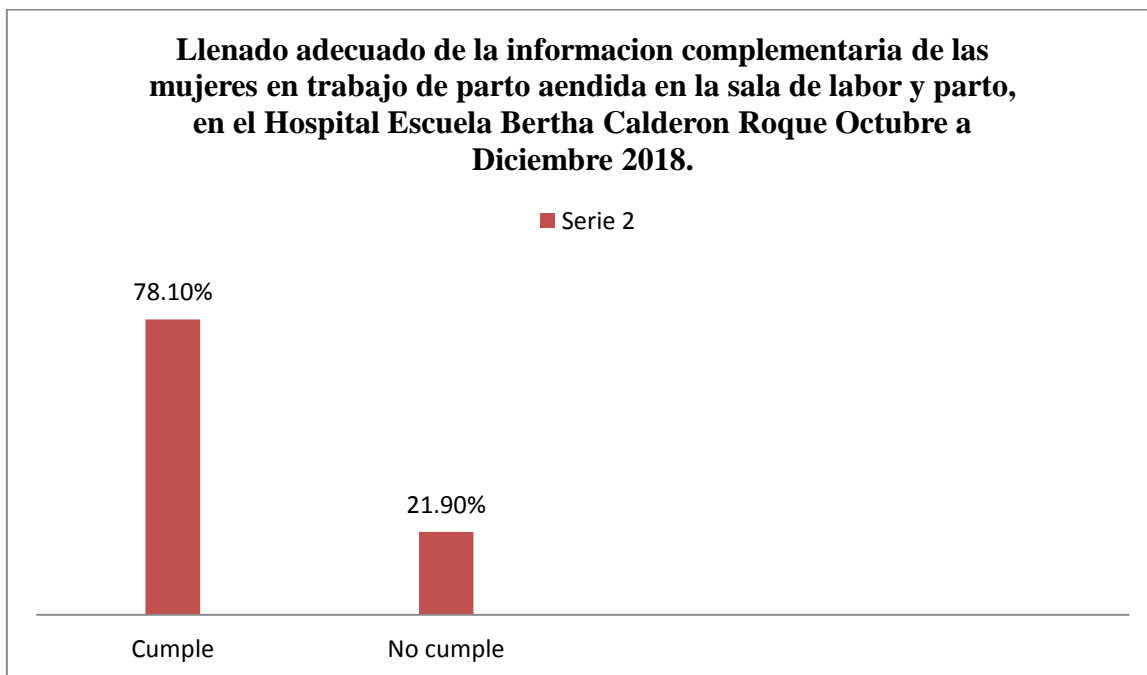
Fuente: tabla 3

N=270



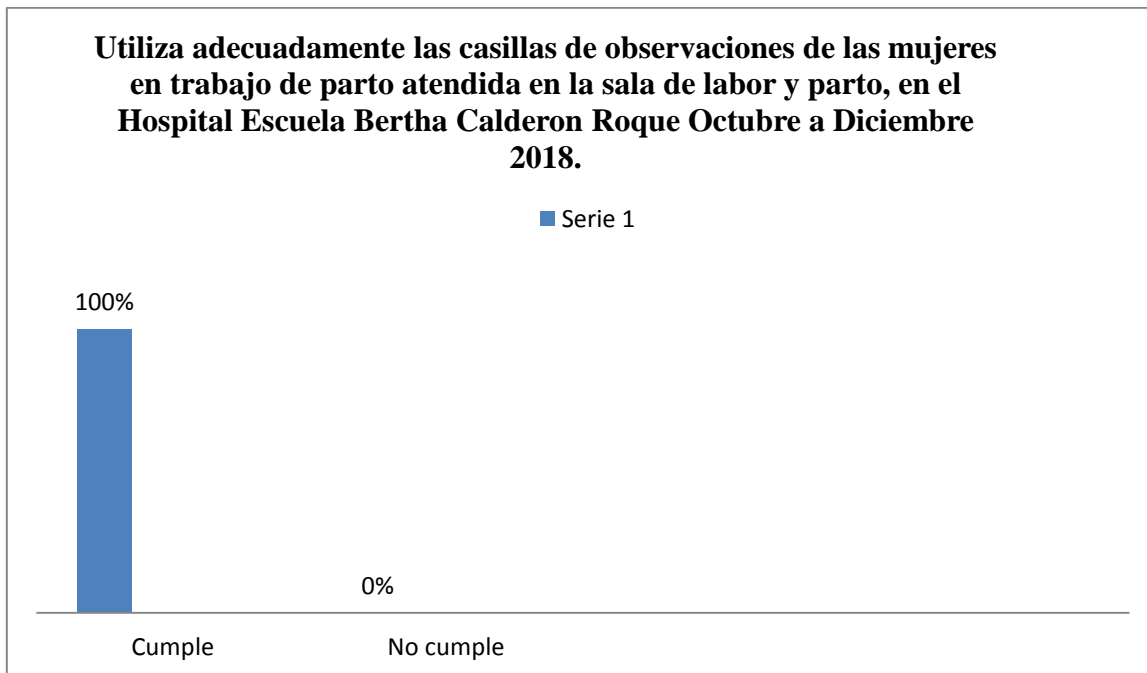
Fuente: tabla 3

N=270



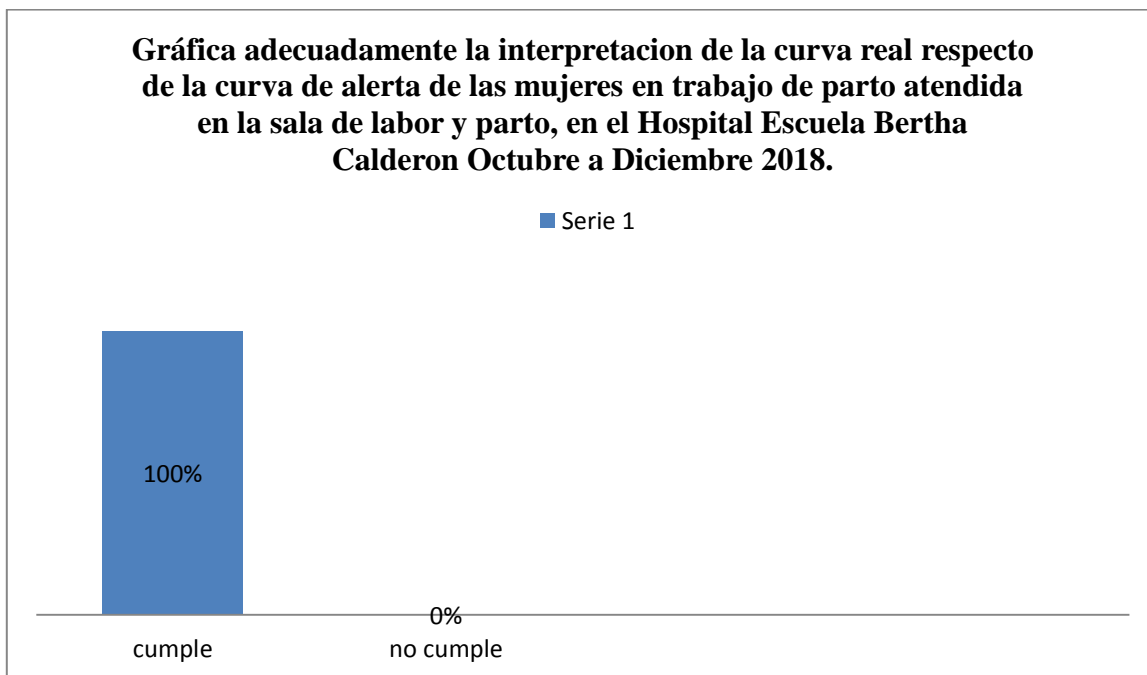
Fuente: tabla 3

N=270



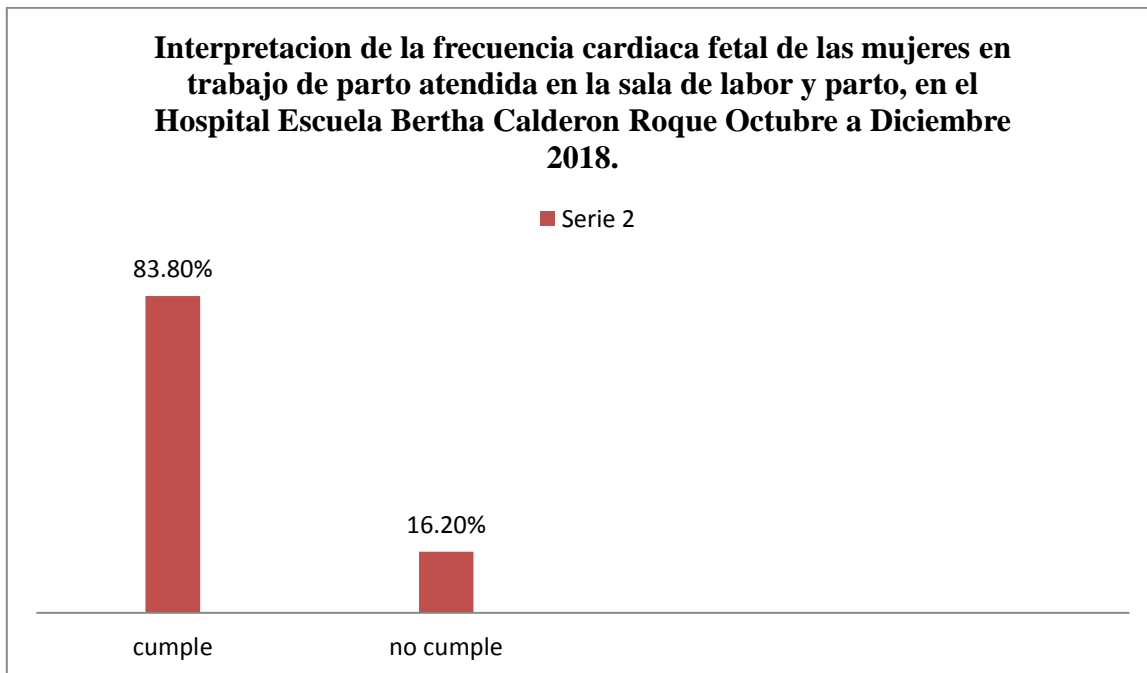
Fuente: tabla 3

N=270



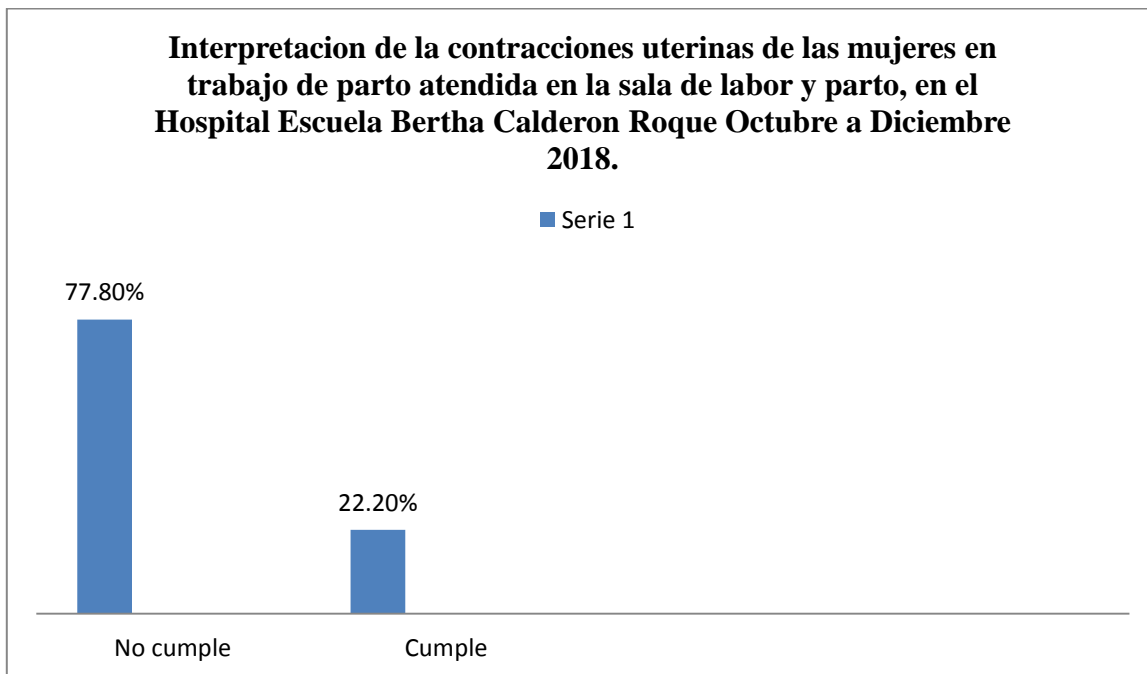
Fuente: tabla 4

N=270



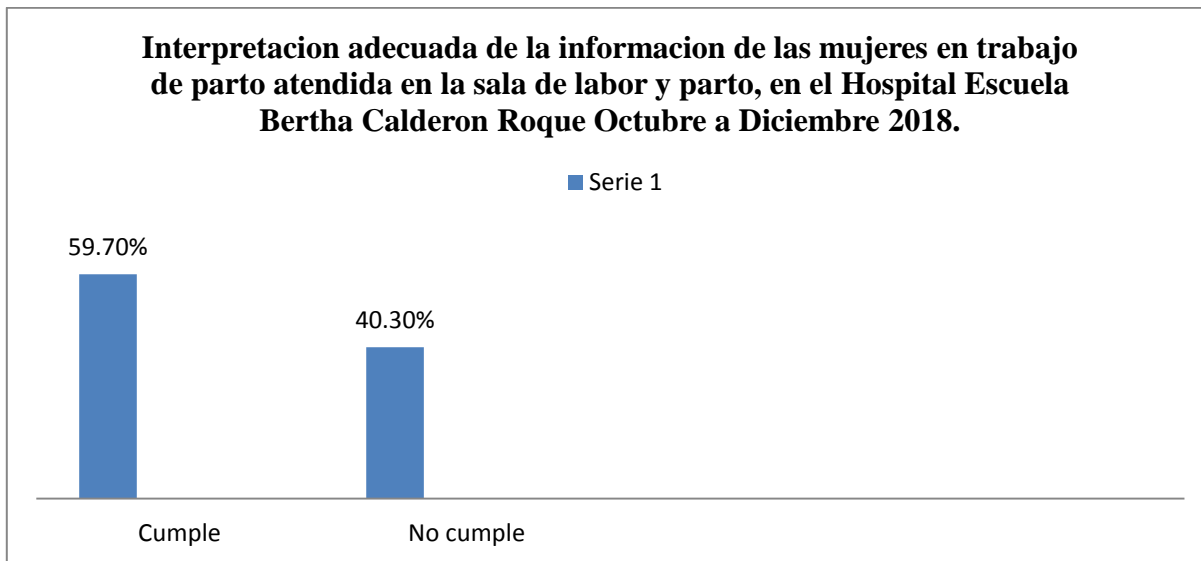
Fuente: tabla 4

N=270



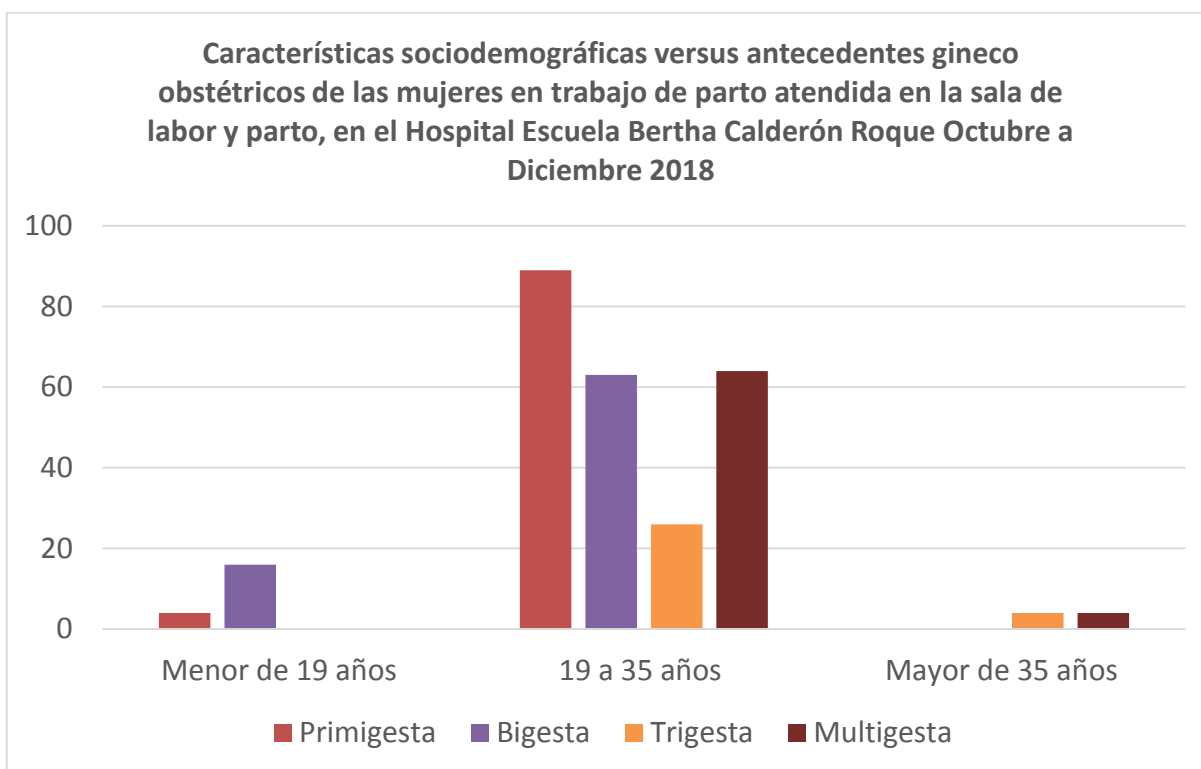
Fuente: tabla 4

N=270



Fuente: tabla 4

N=270



Fuente: tabla 5