

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MEDICINA Y CIRUGIA GENERAL**

**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.**

AUTORES: *Br. Adriana María Sánchez Carballo*

Br. Arlen Elieth Torres Aburto

TUTOR: *Msc. MD. José de los Angeles Méndez*

Managua, Nicaragua

23 de Noviembre del 2015.

DEDICATORIA

Primeramente dedicamos nuestro trabajo a Dios, nuestro creador, quien nos ha dado la fortaleza, sabiduría y protección para poder culminar esta etapa importante en nuestras vidas.

A nuestras madres que han tenido la noble y difícil labor de cumplir con las funciones de madre y padre simultáneamente, brindándonos amor y apoyo incondicional.

De igual forma a nuestros padres que desafortunadamente nos tuvieron que abandonar a muy temprana edad, pero certeramente nos han guiado y cuidado desde el cielo.

Y a nuestras familias en general que han aportado en nuestra formación personal y profesional, siendo algunos nuestros ejemplos a seguir.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecer a Dios porque no permitió que nos rindiéramos a pesar de los momentos de debilidad que tuvimos durante toda la carrera, y porque hemos podido culminar esta etapa maravillosa de nuestra vida para poder ejercer una de las profesiones más nobles y lindas como es ayudar al prójimo en sus momentos de enfermedad.

De manera muy especial y sincera deseamos expresar nuestro agradecimiento nuestro Tutor MSC. MD. Dr. José Ángel Méndez, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a nuestras sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.

Asimismo, agradecemos a nuestros docentes de la facultad de Medicina quienes están siempre al pendiente de nuestras dudas y debilidades, poniendo su mayor esfuerzo para que seamos unos profesionales exitosos, especialmente a los docentes del Hospital Victoria Motta porque fueron el pilar fundamental de nuestra formación como médicos, por esa motivación y exigencia que día a día nos brindaban, porque no nos permitieron ser estudiantes conformistas.

OPINION DEL TUTOR

La calidad de Atención en salud se mide comprobando a través del sistema de chequeo, como se está llevando a cabo, tanto el porcentaje como la frecuencia de un determinado proceso.

Esto marca y trasmite una información verdadera y fue éste propósito que se plantearon las investigadoras en este trabajo científico, lo lograron.

Reciban las Bachilleres Arlen Elieth Torres Aburto y Adriana María Sánchez Carballo mis más altas muestras de aprecio y respeto.

Como Docentes toca seguirlas apoyando

Atentamente

MSC. MD. José de los Ángeles Méndez

Gineco-obstetra HBCR

TUTOR

RESUMEN

Introducción: El partograma es una herramienta de bajo costo, efectiva para monitorizar el trabajo de parto y predecir sus complicaciones maternas y feto-neonatales, esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación.

Objetivo: Identificar 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 en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

Procedimiento y Método: Se realizó una revisión del registro de los partos atendidos en el Hospital Victoria Motta en el periodo comprendido en el cual se obtuvieron las pacientes que se seleccionaron como muestra, de las cuales se buscaron sus expedientes clínicos en estadística del Hospital Victoria Motta, realizando el llenado de la ficha para la recolección de datos pertinentes al estudio. Se hizo con una muestra de 280 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, midiendo las variables en estudio, los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos a través del paquete estadístico SPSS versión 19 para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

Resultados: En nuestro estudio identificamos que en relación a las características sociodemográficas el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20-34 años, principalmente con nivel escolar primaria y con estado civil primordialmente acompañadas. En relación a los principales antecedentes obstétricos, la mayoría eran primigestas, multíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo, no tuvieron conducción del trabajo de parto, con una duración del parto menor de 4 horas en el turno de 3pm-7am, finalizando vía vaginal el total de las parturientas estudiadas,

siendo atendidos en su mayoría por médicos generales. No hubo complicaciones maternas ni fetales. Con respecto al porcentaje del cumplimiento del partograma encontramos que solo un 33.9% cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15 con un llenado insatisfactorio, esto se realizó con la aplicación del instrumento brindado por el MINSA en la normativa 109.

Conclusiones: Con respecto al cumplimiento del llenado correcto del partograma encontramos que solo un 33.9% cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15 con un llenado insatisfactorio, lo cual nos hace ver que existen muchas debilidades en la realización del partograma, sin embargo al hacer una evaluación del cumplimiento de los acápite que valoran la interpretación del partograma determinamos que en el 72.7% se está realizando una interpretación adecuada, lo cual indica que están tomando medidas oportunas al encontrar una alteración en la evolución del trabajo de parto, lo cual se correlaciona con el porcentaje de complicaciones maternas y fetales ya que el mayor número fue para ninguna complicación.

INDICE

INTRODUCCION	3
ANTECEDENTES	5
JUSTIFICACION	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
I. MARCO TEORICO	11
1.1. Generalidades	11
1.1.1. Conceptos	13
1.2. Fenómenos del parto:	14
1.3. Teorías de desencadenamiento del trabajo de parto	14
1.4. Períodos del trabajo del parto	15
1.5. Estadío del trabajo de parto	16
1.6. Partograma	17
1.6.1. Concepto	17
1.6.2. Objetivos del partograma	17
1.6.3. Ventajas del partograma	18
1.6.4. Llenado del partograma	19
1.6.5. Sector inferior derecho	19
1.6.6. Sector central	20
1.6.7. Grafica de dilatación cervical	20
1.6.8. Altura de la presentación	21
1.6.9. Estado de las membranas ovulares	23
1.6.10. Frecuencia cardiaca fetal	23
1.6.11. Contractilidad uterina	23
1.6.12. Sector inferior izquierdo	24
1.6.13. Curvas de alerta para la dilatación cervical	25
1.6.14. Curva de alerta	25
MATERIAL Y MÉTODO	27
Diseño metodológico:	27
Universo	27
Muestra	27

Criterios de inclusión y exclusión	27
Técnicas y Procedimientos:	28
Lista de variables según objetivos.....	31
Operacionalización de las variables:	32
RESULTADOS	38
DISCUSION.....	42
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS.....	49

INTRODUCCION

Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación.

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, como suelen producirse complicaciones que pueden ser mortales para madre e hijo, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en las unidades de salud.

El partograma ha sido utilizado en diferentes países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Recibe a su vez diferentes nombres como normograma, cervicograma, registro gráfico y hoja de labor y parto. Está demostrado que puede ser una herramienta de bajo costo, efectiva para monitorizar el trabajo de parto y predecir sus complicaciones.¹ A pesar de esto, en la práctica clínica este instrumento no es empleado de forma correcta, tanto en su ejecución, como en su elaboración oportuna, recopila información sobre distintas variables fisiológicas de la madre y el feto durante la labor y el parto. Indistintamente de su estructura el común denominador en el mismo son tres componentes: la condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto.

La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y porcentaje de asfixia al nacer. Para reducir la mortalidad materna se han utilizado estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de los Servicios de Salud,

promoviendo el Control Prenatal, el parto institucional y el parto humanizado, para lo cual se fortalecen las acciones de atención primaria de Salud; sin embargo estos esfuerzos no se han traducido en cambios importantes de la mortalidad materna en la última década. Esto podría deberse a que la reducción de la mortalidad materna implica necesariamente la participación de niveles más complejos de establecimientos de Salud, por lo cual consideramos de gran importancia realizar este estudio con el objetivo de valorar la calidad de atención del parto en el segundo nivel de atención.

ANTECEDENTES

Se han desarrollado múltiples formatos para la vigilancia gráfica del trabajo de parto. En 1954, Emmanuel A. Friedman, publica un estudio realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Colegio Médico y Cirujanos de la Universidad de Colombia, y en el Hospital Sloane y Presbyterian de New York, donde, por primera vez en el mundo, la labor de parto en primigestas fue graficado con una abscisa, determinando los centímetros de dilatación y una ordenada con el tiempo expresada en horas.¹

Posteriormente, en el año 1956, aparece el grafico de las multíparas. En ambas curvas, tanto de las primigestas como de las multíparas, se perfilo una forma sigmoidea, que varía entre ellas, solo en el tiempo: en el caso de primigestas hasta 14 horas, y en multíparas de 8 horas.

Después de probarlo en estudios multicéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, tanto en las que tienen capacidad de manejar complicaciones como en aquéllas que no la tienen, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutiva.²

En Senegal (1992) se realizó un estudio, sobre la valoración del Partograma con curva de alerta concluyendo que la curva de alerta fue cruzada en el 9.8% de los casos y que la frecuencia de resucitación neonatal en este grupo fue alta.

En Ghana (1996) se realizó un estudio 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.¹

Pavón León y col. En México (1997) realizaron un estudio hospitalario para evaluar la integración y el llenado del expediente clínico obstétrico. En lo que se refiere al Partograma encontraron que solamente el 11.8% de los expedientes tenía dicho instrumento llenado correctamente.⁴

Lennox en Asia, (1998) demostró que el uso del Partograma en el manejo del trabajo de parto reduce el trabajo de parto prolongado así como el índice de cesárea mejorando el resultado fetal.

Umizulique, en Nigeria, (1999) realizó un estudio y reflejo que el Partograma fue utilizado en la prevención efectiva de una segunda fase prolongada del trabajo de parto.

Campos (2001) evaluó la utilización gráfica del Partograma para el registro de la evolución del trabajo de parto. Concluyó que el uso de las gráficas como sistema de vigilancia está influenciado por la subjetividad.

En Tanzania (2001) se realizó un estudio para evaluar la calidad de monitoreo del trabajo de parto después de la introducción del Partograma, obteniéndose como resultado que el Partograma ayuda para la toma de decisiones; sin embargo su implementación requiere de un continuo reforzamiento.⁵

Echavarría y col. En el servicio Clínica el Rosario y Universidad Pontificia Bolivariana en Colombia, en 2001-2002, realizó un estudio que presentó resultados de mayor calidad en el diagnóstico de las alteraciones de la evolución del trabajo de parto y el establecimiento de conductas precisas sobre la forma de atención del parto independiente de la vía de elección en el momento oportuno.⁷

En Lima, Perú, (2002) Villanueva evaluó el cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional, dicha investigación concluye que el porcentaje de cumplimiento del Partograma es de 33.3% respectivamente.⁸

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 una intervención educacional en parteras sobre el uso de dicho instrumento, concluyéndose que ellas necesitan mayor entrenamiento en el uso correcto del Partograma.

En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile el Dr. Parra et al realizó un estudio sobre la Evaluación grafica del Partograma en primigestas con manejo médico del Trabajo del Parto (2003), los resultados muestran que el uso de este manejo médico del trabajo de parto produciría un aumento del tiempo de la fase activa y disminución de la segunda fase, a expensas de un aumento de los partos instrumentales al comparar con otros estudios en la literatura internacional, también encontró que a un total de 60.4% de las pacientes se les realizo análisis de Partograma.

Méndez y col. (2004) en Costa Rica perseguían divulgar el uso del Partograma y, describiendo sus objetivos y el modelo gráfico estándar para la elaboración de la curva de parto.⁶

En Nicaragua (2005-2007) un estudio de monografía para optar al título de Médico Especialista en Ginecología titulada: Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con Partograma y curva de alerta en el periodo de Junio del 2005 a Junio del 2007 en el Hospital de León cuyos resultados fueron que había un inadecuado llenado del partograma.⁸

JUSTIFICACION

Nuestro país tiene una alta incidencia en la morbilidad materno-perinatal, en el periodo 2000-2011 se registran 1169 muertes maternas, concentrándose el 62% en 5 SILAIS, ocupando Jinotega el tercer lugar con un 12.2% siendo las principales complicaciones durante el momento del parto.

Siendo el partograma una herramienta útil, de bajo costo y si se realiza el llenado, seguimiento e interpretación adecuada es una fuente invaluable para intervenir de forma oportuna ante cualquier eventualidad que se presente en el trabajo de parto disminuyendo de esta manera la morbilidad materno-fetal.

Por lo planteado anteriormente hemos decidido realizar nuestro estudio en el hospital departamental de Jinotega para insistir en la importancia de brindar una atención de calidad determinando las debilidades en el partograma por parte del personal médico que día a día atiende partos en la unidad y poder dar recomendaciones específicas para que de esta manera haya una supervisión permanente del binomio madre/hijo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es 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 en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre enero-junio del año 2015?

OBJETIVOS

Objetivo general:

Identificar 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 en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015

Objetivos específicos:

- Identificar las características socio-demográficas y obstétricas de las pacientes en estudio.
- Conocer el porcentaje del cumplimiento del partograma aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.
- Determinar la calidad de interpretación de los datos del partograma en el grupo de madres en estudio.

I. MARCO TEORICO

1.1. Generalidades

En el trabajo de parto normal se observan procesos fisiológicos tales como borramiento y dilatación del cuello, progreso y descenso de la presentación, así como su variedad; estado de salud fetal y actividad uterina en evolución habitual, pero pueden presentarse muchas circunstancias extrínsecas o intrínsecas que eviten que el parto finalice vía vaginal y deba realizarse operación cesárea, con altas tasas de morbilidad y mortalidad de los productos, mucho más elevadas mientras más prolongado sea el trabajo de parto.

Friedman intentó establecer criterios que definiesen un trabajo de parto normal y permitiesen identificar alteraciones significativas durante este proceso. Aunque arbitrarios, los límites establecidos por Friedman son lógicos y tienen una utilidad clínica.

En su tratado a cerca del trabajo de parto Friedman afirmó “Que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto... Salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la parturienta es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto”. La curva de dilatación cervical observada durante un trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea.¹

El trabajo de parto constituye un proceso fisiológico en los que se conjugan un grupo de factores en una sabia armonía, con el fin de traer un nuevo ser; sin embargo, este proceso no deja de tener desviaciones en las que su identificación y tratamiento oportuno pueden prevenir la aparición de complicaciones maternas perinatales e incluso la muerte. Por lo tanto el médico debe garantizar que el parto vaginal es factible, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

Identificar 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.³

Esto debe realizarse al momento del primer contacto con la parturienta, a su ingreso a sala de labor y parto, con un cuidadoso y exhaustivo examen físico:

Verificar la actividad contráctil: Identificar la frecuencia optima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de HG o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.²

Evaluar la Pelvis: El médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la estatura de la paciente ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, sin embargo esto ha de determinarse con las características de la pelvis materna, es decir palpando las prominencias óseas que limitan el canal del parto como son: ángulo su púbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro; pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada.⁶ Deben identificarse los antecedentes perinatales, peso de productos anteriores (macrosomicos), trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. El feto asume una actitud funcional favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas.

Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: Conjuntamente con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cérvix. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.

Evaluación fetal del ambiente intrauterino: El feto es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto el cual tiene como objetivo garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio de trabajo de parto se deben verificar las condiciones maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino en relación con la actividad contráctil del útero. Y se debe realizar una vigilancia continua y de calidad para que de esta manera se obtenga una culminación del parto satisfactoria para el binomio madre-hijo.¹¹

1.1.1. Conceptos

Definición de parto: Conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior. En condiciones normales acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo; entre las 37 y 41 semanas de amenorrea.¹⁰

Parto espontáneo: Se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.

Parto provocado o inducido: Se inicia mediante la intervención de agentes externos.

Parto eutócico: Se desarrolla sin dificultades en todos los períodos.

Parto distócico: Se desarrolla alguna alteración en uno o más de los períodos; dicho término describe al parto que desde el punto de vista mecánico no evoluciona con normalidad.

1.2. Fenómenos del parto:

Existen dos tipos de fenómenos que suceden en el trabajo de parto los cuales son:
Los fenómenos maternos: Son la Prensa abdominal, las Contracciones uterinas, Formación del segmento inferior, Modificaciones del cuello, Modificaciones del canal del parto.

Los Fenómenos fetales: Fenómenos mecánicos y Fenómenos plásticos

1.3. Teorías de desencadenamiento del trabajo de parto

Existen múltiples teorías que explican el desencadenamiento del trabajo de parto entre ellas las siguientes:

- **Fisicomecánica y neuroendocrina:** El útero detiene su crecimiento en la semana 36, pero el feto sigue creciendo provocando Distensión Baroreceptores, con estímulo de la vía neuronal y Núcleos supraóptico y paraventricular liberando de esta manera Oxitocina
- **Teoría de la oxitocina:** existe un aumento en los estrógenos y disminución de la progesterona al final del embarazo, conllevando un aumento de los receptores de oxitocina, produciendo gradualmente oxitocina durante el embarazo.
- **Teoría de la privación de progesterona:** La progesterona aumenta el potencial de membrana e inhibe las uniones intercelulares (GAP junctions), esto evita la contracción uterina. Al final del embarazo caen los niveles de progesterona
- **Teoría del control endocrino fetal:** La hormona liberadora de corticotrofina (CRH) provoca una activación de eje hipotálamo hipofisario adrenal por CRH que aumenta el cortisol, convierte progesterona en estradiol, caen los niveles de

progesterona, favorece la producción de PGE2 y aumenta los receptores de oxitocina por el aumento de estrógenos circulantes.

Antes de comenzar el verdadero trabajo de parto todos los ligamentos pélvicos y tejidos blandos de la vagina se alargan y reblandecen. En el cérvix se observa acortamiento y dilatación (maduración). Unas semanas antes de iniciarse el verdadero trabajo de parto aparecen las contracciones de Braxton Hicks (contracciones regionales débiles, irregulares y rítmicas).

A partir de los estudios realizados desarrolló el concepto de tres fases funcionales del trabajo de parto: preparatoria, dilatatoria y pelviana que definen los objetivos fisiológicos de cada una de éstas categorías.

1.4. Períodos del trabajo del parto

- **Borramiento y dilatación del cuello uterino:**

Procesos fisiológicos que sufre el cérvix relacionados entre sí, ya que el borramiento es el acortamiento del cérvix permitiendo a su vez la apertura del orificio cervical lo cual es conocido como dilatación. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de sus fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanzo el 80% es decir los 8 cm.¹¹

- **Expulsión del feto:**

Es la salida del producto por el canal vaginal, ya sea con vitalidad o no.

- **Salida de los anexos:**

Es la expulsión de la placenta junto con las membranas ovulares que se da inmediatamente posterior a la salida del producto.

1.5. Estadío del trabajo de parto

Primer estadío: hace referencia al intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman en tres fases de acuerdo con la progresión de la dilatación cervical:

- **Fase latente:** período entre el inicio del trabajo de parto y el punto en que se observa un cambio en la progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una duración variable.
- **Fase activa:** asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm. de dilatación. Se subdivide a su vez en una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración.
- **Fase descendente:** coincide con el segundo estadío del parto.

Segundo estadío: es el intervalo entre la dilatación cervical completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando con la expulsión del feto.

En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer período del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas. Por su parte, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% u 8 cm.⁹

Tercer estadío: hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales.

1.6. Partograma

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. Desde 1954, Friedman estableció el 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. El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, confirmando su efectividad, bajo costo y factibilidad.²

1.6.1. Concepto

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

1.6.2. Objetivos del partograma

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

1.6.3. Ventajas del partograma

- Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
- Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
- 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

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptado 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. Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadrulado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse a la historia clínica.²

El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las

horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos). El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

Con la paciente ingresada en sala de Labor se procede con el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado trabajo de parto es decir que presente contracciones uterinas útiles (4/10´/40´´) capaces de provocar modificaciones cervicales para que de esta manera exista un descenso de la presentación adecuada.

1.6.4. 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. (Ver gráfico 13)

1.6.5. Sector inferior derecho

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del

partograma, pues por cada vez que se evalúa la paciente no debe realizarse un tacto vaginal.⁹ (Ver gráfico 14)

Esta parte del partograma debe ser diligenciada horariamente y cada que se evalúe la paciente por cualquier miembro del equipo de sala de parto (Interno, Medico Servicio Social, Residente, Especialista, Licenciada en enfermería).⁷

1.6.6. Sector central

Este sector está destinado al registro de:

- Dilatación cervical.
- Altura de la presentación.
- Estado en que se encuentran las membranas ovulares.
- Frecuencia cardíaca fetal.
- Contractilidad uterina.

1.6.7. Grafica de dilatación cervical

Para graficar la dilatación se utiliza un punto en el tiempo real, el graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta. 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, lo que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas. En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto (10 cm) ; en el eje de las abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ellas 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). (Ver gráfico 15)

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.

1.6.8. Altura de la presentación

Al hablar de presentación nos referimos a la parte del feto que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna, el cual lo ocupa en gran parte y que es capaz de desencadenar por si solo un mecanismo de parto. Este se valora con los planos de Hodge, los cuales se utilizan con mayor frecuencia y con los planos De Lee. Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”.¹¹ (Ver gráfico 20)

En el primero, planos De Lee o clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedaran los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3, por debajo del cero cuando el punto más declive de la presentación está a nivel del plano de las espinas ciáticas se considera que el descenso o la estación está encajada, o en el plano (0) cero; si está por encima de las espinas se considera que está en estación negativa (-) y si está por debajo está en estación positiva (+), calificando con número del 1 al 5 el grado del descenso, como a tantos centímetros se encuentre la presentación por encima o bien por debajo del plano interespinoso.

Planos de Hodge:

El primer plano: Se extiende con una línea imaginaria que corre desde el extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que todavía está móvil.

El segundo plano: Es una línea recta imaginaria paralela a la anterior y pasa, por delante, desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la parte media de la segunda vértebra del hueso sacro. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es una presentación fija.

El tercer plano: Es una línea recta que a la altura de las espinas ciáticas, corta al isquion y la cuarta y quinta vértebra sacra. Cuando la presentación fetal llega a este plano se dice que está encajada.

El cuarto plano: Línea que parte, por detrás, del vértice del hueso sacro y se extiende paralela a todas las anteriores. Se dice que está profundamente encajada. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva aún entre contracciones, y es el paso previo al alumbramiento.

La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. Por tanto si después de llegar a dicha dilatación no hay descenso adecuado de la presentación se deben reevaluar todos los parámetros para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.¹²

1.6.9. Estado de las membranas ovulares

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad. Si están rotas, se anotará en observaciones de la cuadrícula inferior. Si se rompe en algún momento del trabajo del parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM). (Ver Grafica 19)

1.6.10. Frecuencia cardiaca fetal

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Se toma la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4. Se considera normal FCF entre 120 y 160 por min la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de relajamiento se debe sospechar sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas.

1.6.11. Contractilidad 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 normal 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.¹¹ A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración y se debe monitorear variaciones en cualquiera de estos parámetros para

obtener una interpretación adecuada y de esta manera determinar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.9

1.6.12. Sector inferior izquierdo

Este sector está destinado al registro horario de (Ver gráfico 16)

Posición Materna: La adoptada predominantemente en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi Sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o Caminando.....PC

Tensión Arterial: en mm Hg 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: marcar el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

Localización

Región supra pública (SP)

Región Sacra (S)

Intensidad del dolor:

Fuerte	(+++)
Moderado	(++)
Débil	(+)
No lo percibe	(-)

Otros Datos

En las casillas inferiores correspondientes a las letras con las horas reales se registrarán además las drogas administradas, vías y dosis, así como cualquier otro dato de relevancia no consignado anteriormente.

1.6.13. Curvas de alerta para la dilatación cervical

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. Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. (Ver Gráfica 17)

1.6.14. Curva de alerta

La Curva de Alerta (línea punteada) se iniciara únicamente si la paciente se encuentra con dilatación mayor a 5 cm los cuales están por encima de la línea base (la línea de base es una línea continua impresa en el Partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cm de dilatación cervical). Si la parturienta acude con dilación menor a lo mencionado se deberá iniciar al momento que la curva real se intercepta con la línea de base. 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.¹²

Los tiempos se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro. Lo cual será diferente para cada caso ya que si la paciente se encuentra en posición vertical tendrá una evolución más rápida con respecto a la paciente en posición horizontal. Así como también afecta la paridad y la presencia o ausencia de membranas ovulares puesto que se modifica el tiempo de finalización del parto para cada caso. (Ver gráfico 18)

Normalmente, no debe pasar la Curva Real sobre la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Así como tampoco es un patrón normal que la Curva Real sea vertical y que se aleje demasiado de la Curva de Alerta (Trabajo de Parto Intempestivo o Parto Precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), ya que ambos casos conllevarían serias complicaciones al binomio materno-fetal.⁶

Los cambios de patrones que se presentan durante el trabajo de parto así como la posición de la parturienta y la presencia o ausencia de las membranas ovulares deben realizarse en la curva de alerta, puesto que la curva real no se modificara sino que se llevara un seguimiento continuo con las horas reales hasta el momento de la finalización del parto. (Ver grafico19)

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño metodológico:

- **Área de estudio:**

Hospital Victoria Motta el cual cuenta con un área de Labor y Parto donde hay 5 camas para pre labor, una cama Ginecológica para revisión y dos expulsivos donde se atienden todas las pacientes con trabajo de parto de Jinotega, con un personal de salud en esa área de 2 Enfermeras, un Médico General, 2 Médicos Internos, 1 Medico Social y el Medico de Base.

- **Periodo de estudio:**

Enero-Junio 2015.

- **Tipo de estudio:**

Descriptivo, de corte transversal.

- **Población en estudio:**

Mujeres Embarazadas con Trabajo de Parto que fueron atendidas en el Hospital Victoria Motta en el período de Enero – Junio 2015.

Universo

Mujeres Embarazadas con Trabajo de Parto que fueron atendidas en el Hospital Victoria Motta que tuvieron parto vaginal en el período de Enero –Junio 2015. Esto Equivale a una cantidad de 1,404.

Muestra

Se obtuvo una muestra de 280 mujeres a estudiar, la selección de estas pacientes se realizó mediante muestreo probabilístico, aleatorio sistemático.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Embarazos a termino

- Fetos vivos
- Presentación cefálica
- Pesos mayores de 2500 gramos

Criterios de exclusión:

- Embarazos de Pre término
- Fetos muertos
- Presentación Pélvica.

Técnicas y Procedimientos:

- **Unidad de análisis:**

Expediente clínico

- **Fuentes de información:**

Indirecta

Conformada por los Expediente clínicos de pacientes Embarazadas que se les atendió su parto en el Hospital Victoria Motta en el periodo de Enero- Junio 2015.

- **Método:**

Se realizó una revisión del registro de los partos atendidos en el Hospital Victoria Motta en el periodo comprendido en el cual se obtendrán las pacientes que se seleccionaron como universo del estudio, se procedió entonces a seleccionar la muestra, de las mujeres seleccionadas para esta misma se buscaron sus expedientes clínicos en estadística del Hospital Victoria Motta, a partir de los cuales se realizó el llenado de la ficha para la recolección de datos pertinentes al estudio.

- **Instrumento:**

Se utilizaron fichas elaboradas previamente con acápites que correspondían a cada una de las variables de interés, varios de los acápites se sacaron del Protocolo de Complicaciones Obstétricas Normativa 109, el cual valora las secciones para el llenado e interpretación correcta del partograma , este instrumento fue llenado por los investigadores.

- **Validación:**

Para la validación se realiza un pilotaje del instrumento, se hizo con 40 expedientes que cumplen los criterios de inclusión y exclusión del estudio, pretendiendo poder medir las variables en estudio, realizar las modificaciones necesarias, así como poder obtener de manera pertinente los datos útiles para un posterior procesamiento e interpretación de los resultados.

- **Plan de análisis:**

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos a través del paquete estadístico SPSS versión 19 en el cual se ingresaron los datos para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

Sistema de evaluación de cumplimiento de los diferentes Acápites de la Hoja del Monitoreo del Partograma.

La hoja consta de 17 Acápites, la cual se evalúa de la siguiente manera.

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 de 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 criterios servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).

Menos del 50% tanto en llenado como en interpretado se considera insatisfactorio, o sea malo.

- **Intervalo de confianza**

El intervalo de confianza elegido para este estudio es de 95%, con una precisión del 5%.

Lista de variables según objetivos

Identificar características socio- demográfico y obstétrico de la población a estudio:

- Edad
- Escolaridad
- Estado Civil
- Gestas
- Paras
- Abortos
- Cesáreas
- Semanas de Gestación
- Patologías que Acompañan al Embarazo
- Conducción del Trabajo de Parto
- Duración del Trabajo de Parto
- Momento del Nacimiento
- Forma de Finalización del Embarazo
- Nivel Jerárquico de la atención al nacimiento
- Complicaciones Maternas asociadas al nacimiento
- Complicaciones Fetales asociadas al nacimiento

Porcentaje de cumplimiento del partograma aplicando el instrumento de estándares de calidad:

- Porcentaje de Cumplimiento del Llenado del Partograma

Determinar la calidad de interpretación de los datos del partograma:

- Interpretación del Partograma

Operacionalización de las variables:

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Años	<p>≤19 años</p> <p>20-34 años</p> <p>35 años o más</p>
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la recolección de la información	Según expediente	<p>Analfabeta</p> <p>Primaria</p> <p>Secundaria</p> <p>Universitaria</p>
Estado Civil	Relación conyugal existente entre 2 personas	Según expediente	<p>Soltera</p> <p>Acompañada</p> <p>Casada</p> <p>Viuda</p>
Gestas	Número de embarazos acontecidos hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	<p>Primigestas</p> <p>Bigesta</p> <p>Trigestas</p> <p>Multigesta</p>

Paras	Número de partos acontecidos al momento de recolectar la información	Según expediente	Múltiparas Nulíparas
Abortos	Número de nacimientos antes de la viabilidad fetal, o sea antes de las 22 semanas de gestación	Según expediente	Ninguno 1 2 3 o más
Cesáreas	Número de nacimientos por la vía abdominal, hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	Ninguno 1 2 3 o más
Semanas de Gestación	Tiempo de vida intrauterina fetal, alcanzado, hasta el momento del nacimiento en semanas	Según expediente	37-41 6/7 semanas de gestación Mayor de 42 semanas de gestación

<p>Patología que Acompaña al Embarazo</p>	<p>Son todas aquellas enfermedades o situaciones que alteran el bienestar físico de la madre y su hijo, en el momento del nacimiento</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Pre- Eclampsia HTA Diabetes Anemias Cardiopatías Enfermedades pulmonares Enfermedades placentarias Hemorragias Infecciones Ovulares</p>
<p>Conducción del Trabajo de Parto</p>	<p>Es la regularización de contracciones uterinas, iguales o semejantes al trabajo de parto espontáneo mediante el uso de un método farmacológico (oxitocina o Misoprostol)</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Si No</p>

Duración del Trabajo de Parto	Tiempo transcurrido en horas desde el inicio de la etapa activa del trabajo de parto hasta el nacimiento	Según expediente	Menor 4 horas 4-6 horas 6 horas o más
Momento de Nacimiento	Período de tiempo laboral del hospital en que nace el bebé	Según expediente	7am-3pm 3pm-7am
Forma de Finalización del Embarazo	Es la vía por medio del cual se da el nacimiento del bebé	Según expediente	Vaginal
Nivel Jerárquico de atención al nacimiento	Es el tipo de personal médico que asiste a la parturienta a dar a luz, según nivel de formación	Según expediente	MI MSS 1 MSS2 MG MB
Complicaciones Maternas asociadas al nacimiento	Son todas aquellas alteraciones acontecidas durante el nacimiento que ponen en peligro la vida de la madre	Según expediente	Hemorragia postparto Eclampsia Expulsivo prolongado Hipertensión Gestacional Transitoria

Complicaciones Fetales asociadas al nacimiento	Son todos aquellos eventos que ocurren fuera de lo normal en el nacimiento del bebé y que alteran su bienestar físico	Según expediente	Enfermedades Infecciosas Respiratorias Circulatorias Asfixias
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	Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica
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	Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica

<p>Nivel de cumplimiento del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA.</p>	<p>Cumplimiento del llenado e interpretación adecuada del Partograma según la instructivo del Minsa</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Satisfactorio No satisfactorio No Aplica</p>
--	---	-------------------------	---

RESULTADOS

Del estudio realizado en el Hospital Victoria Motta sobre 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 en el primer Semestre del año 2015, se obtuvieron los siguientes resultados, tomando una muestra de 280 expedientes:

De los 280 expedientes revisados, se obtuvo que el 61.1%(171) tenían edades de 20-34 años, seguido de las menores de 19 años con un 30% (84) y el 8.9% (25) son igual o mayores de 35 años.

El 48.2 % (135) de las pacientes del estudio tienen un nivel de escolaridad de Primaria, seguido del Nivel Secundaria con un 34.3 % (96), 13.9% (39) Analfabetas y con apenas 3.6% (10) con Nivel Universitario.

En cuanto al Estado Civil el 66.1% (185) corresponde al estatus Acompañadas, 23.2% (65) Casadas, 10.4% (29) están Solteras y 0.4% (1) se encontró Viuda.

En los Antecedentes Gineco-obstétricos el 43.9 %(123) son Primigestas, seguido de las Multigestas con 24.3% (68), 16.8 (47) son Bigesta y 15% (42) Trigestas. En cuanto al Número de Partos el 53.2% (149) son Multíparas y el 46.8 % (131) son Nulíparas. En relación al número de Abortos el 88.2 (247) no han presentado abortos, con un 9.6 % (27) han presentado aborto en una ocasión, 1.8% (5) en dos ocasiones y 0.4% (1) tres ocasiones. En cuanto al Número de Cesáreas el 95.7% (268) no han tenido cesáreas, el 3.6% (10) han tenido una cesárea anterior y el 0.7% (2) dos cesáreas anterior; de todas las pacientes en estudio el 100% (280) presentaban semanas de Gestación entre 37- 41 6/7.

En las patologías que acompañan al embarazo el 76.4% (214) no presentan ninguna patología, el 6.1% (17) presentaban Pre eclampsia, el 4.3% (12) tenían HTA, el 3.6% (13) presentaron Ruptura Prematura de Membranas, el 3.2% (9) presentaban Incompatibilidad Rh, 3.2% (9) Trombosis Venosa Profunda, el 0.7% (2) presentaba Diabetes Mellitus, el 0.7% (2) tenían enfermedad Pulmonar, el 0.4% (1) tenía Epilepsia y el 0.4% (1) presentaban Condilomatosis.

En relación a la duración del Trabajo de Parto de las pacientes en estudio se observó que un 50.7% (142) tenía una duración menor de cuatro horas, 26.1% (73) una duración de cuatro a seis horas y un 23.2% (65) con una duración de seis horas o más.

En relación al Horario de Nacimiento el 55.3% (155) nacieron en el horario de 3:00 pm-7 am y un 44.7 % (125) en el horario de 7:00 am – 3: 00 pm. Al realizar un cruce de Variables en relación al horario de nacimiento y el llenado Satisfactorio se logró observar que los nacimientos de 7:00 am -3:00 pm el 32% (40) fue satisfactorio el llenado y el 68% (85) insatisfactorio; en el horario de 3:00 pm- 7:00 am el 35.5% (55) fue satisfactorio y el 64.5% (100) insatisfactorio.

En la forma de finalización del embarazo el 100 % (280) fueron vía vaginal.

En cuanto al Nivel Jerárquico en la atención del Parto el 66.1 %(185) fue atendido por Medico General, el 29.3% (82) fueron atendidas por Medico Interno, el 2.1%(6) por Medico Servicio Social 2, el 1.4% (4) por Medico de Base y el 1.1 % (3) por Medico Servicio Social 1. Al realizar un cruce de variables con el llenado satisfactorio tenemos que de los partos atendidos por los Médicos Internos el 24.4% (20) fueron satisfactorio y 75.6% (62) insatisfactorio, de los Médicos Servicio Social 1 el 100% (3) es insatisfactorio, los Médicos en Servicio Social 2 el 16.7% (1) es satisfactorio y el 83.3% (5) es insatisfactorio, por los Médicos Generales el 38.4% (71) satisfactorio y el 61.6% (114) insatisfactorio y los Médicos de Base el 75% (3) son satisfactorio y el 25% (1) Insatisfactorio.

En relación a las complicaciones maternas el 95% (266) presentó ninguna complicación, el 2.5% presento Hipertensión Gestacional Transitoria, el 1.4% (4), el 0.7% (2) presento Hemorragia Postparto y el 0.4% (1) tuvo un expulsivo prolongado.

En las complicaciones Fetales el 91. 8% (257) no presentaron complicaciones, el 4.3% (12) presentaron enfermedades infecciosas, el 3.2% (9) presentaron asfixia y el 0.7% (2) presentaron enfermedades respiratorias. Al realizar un cruce de

variables en relación de las complicaciones fetales con el nivel jerárquico el 88.8% (8) de las asfixias fueron atendidas por Médicos Generales.

En cuanto al cumplimiento del llenado satisfactorio del partograma solo un 33.9% (95) cumplió y el 66.15 (185) tuvo un llenado insatisfactorio. Se obtuvo que un 35.4% (99) cumple con la interpretación de los datos de las variables valoradas en partograma, el resto 66.1% (185) no realizan una interpretación adecuada. Se realizó un cruce de variables con los acápites que valoran la interpretación del partograma y el llenado satisfactorio obteniendo los siguientes resultados, del 100% de los partogramas que cumplen el llenado satisfactorio un 72.7% realiza una interpretación adecuada y un 27.3% no cumple con la interpretación.

Con respecto a los resultados encontrados con la hoja de monitoreo para la evaluación del cumplimiento de llenado e interpretación del partograma, se observó que el 80.7% (226) llena satisfactoriamente los datos generales de identificación del paciente, en cambio el 19.3% (54) que no los llena satisfactoriamente y un 0% no aplica. En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma el 82.2 % (230) lo inicia en el tiempo adecuado, mientras que un 17.9% (50) no lo hace satisfactoriamente y un 0% no aplica al tiempo de inicio del partograma. Ahora el 85.7 % (240) selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de forma satisfactoria y un 14.3% (40) no lo hace satisfactoriamente. Por otra parte el 82.9% (232) grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, en cambio un 17.1% (48) no lo hace de forma satisfactoria. Como quinto acápite de la hoja se encuentra que el 71.4% (200) grafica adecuadamente la curva de alerta, y que un 28.6% (80) no lo hace satisfactoriamente. Luego está que solo el 57.5% (161) interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta, mientras que el 42.5% (119) no lo hace adecuadamente. También el 61.1% (171) grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, mientras que un 38.9 % (109) no lo hace satisfactoriamente. En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, el 62.5% (175) lo hace satisfactoriamente y un 37.5% (105) de manera inadecuada. Luego se identificó que el 69.3% (194) grafica adecuadamente la frecuencia

cardiaca fetal, mientras que un 30.7% (86) no lo realiza adecuadamente. En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma el 64.6% (181) interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, el 35.4% (99) no lo hace satisfactoriamente. Después se determinó que el 68.9% (193) grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, mientras que el 31.1% (87) no lo hace adecuadamente. Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, el 67.9% (190) lo hace satisfactoriamente, mientras que el 32.1% (90) no lo hace adecuadamente. Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas) miramos que el 53.6% (150) lo hicieron satisfactoriamente, el 34.6% (97) de manera inadecuada y un 11.8% (33) que no aplica. Si bien se observó también que el 48.6% (136) grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas), en comparación al 38.6% (108) que lo hace de forma insatisfactoria y un 12.9% (36) que no aplica a graficar esta parte del partograma. En el acápite número quince de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor el cual revela que un 41.1% (115) lo hace de forma adecuada, mientras que un 58.9% (165) de forma inadecuada. Y con respecto a la interpretación del acápite anterior un 55.4% (155) interpreta adecuadamente esa información, mientras que un 44.6% (125) lo interpreta de forma inadecuada.

Y por último se encontró que el 51.4% (144) 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., mientras que un 47.5% (133) lo hace de forma inadecuada, y un 1.1% (3) no aplica.

DISCUSION

En nuestro estudio obtuvimos que el 61.1%(171) tenían edades de 20-34 años lo cual es un resultado satisfactorio ya que potencialmente sea secundario a la implementación de la Iniciativa 0-20 que está funcionando desde hace aproximadamente 3 años, la cual reúne a grupos de adolescentes y promueve la sexualidad responsable, brindando consejería acerca de la importancia de llegar a 20 años sin un embarazo, así como por la eficacia de la estrategia ECMA donde brigadistas de la comunidad se encargan que las mujeres en edades reproductivas utilicen de manera adecuada los métodos de planificación familiar.

En relación a la escolaridad tenemos que el mayor número de nuestras mujeres del estudio, equivalente a un 48.2 % (135) tienen un nivel de escolaridad de Primaria, lo cual se debe a que en el municipio de Jinotega existen comunidades con muy difícil acceso y los sitios escolares son escasos y retirados lo cual dificulta que los habitantes puedan finalizar sus estudios hasta un nivel superior.

La mayoría de nuestras pacientes tienen un estado civil de Acompañadas con un 66.1% (185) lo cual se podría explicar porque es sabido que en las zonas rurales se acostumbra a que las jóvenes al iniciar vida sexual activa, sus compañeros se las llevan a vivir a sus casas de familia o como popularmente se dice “robada” y de esta manera inician sus familias sin llegar a una Estado Civil diferente.

En los Antecedentes Gineco-obstétricos el 43.9 %(123) son Primigestas, sin embargo en cuanto al Número de Partos, obtuvimos con mayor porcentaje a las múltiparas con un 53.2% (149) esto es secundario a que al utilizar este término de mutiparas se refiere a las embarazadas que han tenido un parto o más por lo cual en este grupo entran las bigestas, trigestas y multigesta los cuales juntos suman un mayor porcentaje al de las primigestas. En relación al número de Abortos y cesáreas la mayoría no han presentado ningún evento obstétrico antes dicho con un valor de 88.2% (247) y el 95.7% (268) respectivamente. El 100% (280) de las parturientas

involucradas en el estudio tuvieron partos al termino del embarazo lo cual es satisfactorio puesto que al estar frente a partos pre-términos y/o post-términos el riesgo de complicaciones materno-fetales es más elevado.

Al analizar las patologías que acompañan en el embarazo obtuvimos que el mayor porcentaje corresponde a las que no presentaron ninguna patología con un 76.4 % (214) esperando que debido a esto las complicaciones maternas-fetales sean minimas. Lo cual se correlaciona con los acápite de complicaciones maternas que el 95% (266) presentó ninguna complicación y con las complicaciones Fetales el 91.8% (257) no presentaron complicaciones. Sin embargo nos llama la atención que en segundo lugar como patología del embarazo tenemos Ruptura Prematura de Membranas con un 3.6% (13) así mismo en segundo lugar de frecuencia de las complicaciones fetales al parto tenemos que el 4.3% (12) presentaron enfermedades infecciosas lo cual nos hace pensar que la condición de ruptura prematura de membranas tuvo que haber sido mayor a 12 horas para que provocara una alteración en el neonato, lo cual se puede evitar tomando las decisiones pertinentes con el monitoreo del partograma y decidir finalizar el embarazo por la vía que menos riesgo provoque daños o secuelas al binomio.

Determinamos que los partos atendidos en el periodo de nuestro estudio en el servicio de labor y parto del Hospital Victoria Motta el 66.1 %(185) fue atendido por Médicos Generales, quienes son el recurso de mayor resolución luego de los médicos de base lo cual nos hace pensar que la calidad de atención y monitoreo del trabajo de parto es adecuada. Así mismo estos recursos son los que atienden las complicaciones fetales como es 88.8% (8) del 100% de las asfixias (9).

En relación a la duración del Trabajo de Parto de las pacientes en estudio se observó que un 50.7% (142) tenía una duración menor de cuatro horas, lo cual nos llama la atención puesto que inicialmente planteamos que en su mayoría, nuestras embarazadas estudiadas eran primigestas y al tratarse de esta característica, un trabajo de parto menor de 4 horas es equivalente a un parto precipitado lo cual nos preocupa debido a que este es causante de complicaciones al nacimiento y

puerperio inmediato. Se determinó que los partos en relación al Horario de Nacimiento, la mayoría con 55.3% (155) nacieron en el horario de 3:00 pm-7 am, se realizó un análisis encontrando que en su gran mayoría de los partos atendidos en este periodo de tiempo el 35.5% (55) fue satisfactorio y el 64.5% (100) insatisfactorio. Siendo menos insatisfactorio los partogramas realizados en horario de nacimiento 7:00 am -3:00 pm que fue el 68% (85) insatisfactorio y el 32% (40) fue satisfactorio el llenado, lo que nos hace pensar que esto podría estarse afectando por el cansancio del recurso de turno.

Según la normativa 109 emitida por el Ministerio de Salud de Nicaragua que lleva por nombre “Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas” en el capítulo de parto obstruido, pagina 163 nos indica que para que un expediente cumpla debe ser por encima del 90% es decir que solo se puede fallar en un acápite, por lo tanto al observar el cumplimiento del llenado del partograma encontramos que solo un 33.9% (95) cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15 (185) con un llenado insatisfactorio, lo cual nos hace ver que existen muchas debilidades en la realización del partograma, sin embargo al hacer una evaluación del cumplimiento de los acápites que valoran la interpretación del partograma determinamos que en el 72.7% se está realizando una interpretación adecuada, lo cual indica que están tomando medidas oportunas al encontrar una alteración en la evolución del trabajo de parto, lo cual se correlaciona con el porcentaje de complicaciones maternas y fetales ya que el mayor número fue para ninguna complicación. Así mismo identificamos al valorar acápite por acápite que en su mayoría tienen como falla común el acápite número quince de la hoja de monitoreo que hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor el cual revela que un 41.1% (115) lo hace de forma adecuada, mientras que un 58.9% (165) de forma inadecuada.

CONCLUSIONES

- En relación a las características sociodemográficas identificamos que el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20-34 años, principalmente con nivel escolar primaria y con estado civil primordialmente acompañadas.
- En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes eran primigestas, multíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo.
- En relación al parto el 100% finalizó vía vaginal, predominando las pacientes que no tuvieron conducción del trabajo de parto, con una duración menor de 4 horas en el turno de 3pm-7am, siendo atendidos en su mayoría por médicos generales.
- En su mayoría no hubieron complicaciones maternas-Fetales.
- Con respecto al porcentaje del cumplimiento del partograma encontramos que solo un 33.9% (95) cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15 (185) con un llenado insatisfactorio, esto se realizó con la aplicación del instrumento brindado por el MINSA en la normativa 109.
- Encontramos que el cumplimiento de la interpretación del partograma, al hacer comparación con el llenado del mismo tiene un porcentaje significativo a favor del cumplimiento (interpretación) adecuado lo cual ayudo a disminuir notablemente las complicaciones materno-fetales que se dan en el trabajo de parto y las secuelas que puede tener el binomio.

RECOMENDACIONES

- Recomendamos al Ministerio de Salud realizar actualizaciones continuas y capacitaciones sobre el llenado e interpretación de la hoja del partograma hacia médicos generales, residentes de Gineco-obstetricia, Internos y Pre-internos, haciendo énfasis en la interpretación, que es la manera para detectar oportunamente las alteraciones en el trabajo de parto y de esta manera intervenir adecuadamente.
- Se recomienda al director del SILAIS-Jinotega y su equipo de dirección de AIMNA a realizar monitoreos constantes de los partogramas de partos atendidos en el Hospital departamental, ya que es donde se atienden las referencias de los municipios con alteraciones aparentes en la evolución del parto.
- En vista que la interpretación del partograma ayuda a disminuir las complicaciones maternas-fetales a como se ha logrado en el periodo estudiado, se insta a las autoridades correspondientes a continuar promoviendo actividades que hasta el momento han logrado estos resultados actuales, siempre con la finalidad de vigilar de manera adecuada el trabajo de parto y evitar complicaciones durante este proceso natural como lo es el parto.
- Se recomienda a las entidades superiores de la unidad de salud donde elaboramos nuestro trabajo que lo tomen como precedente y que insten a sus recursos, ya sea graduados o en formación a realizar estudios similares al nuestro para de esta manera determinar las debilidades que se tienen en la vigilancia del trabajo de parto, ya sea en el llenado o en la interpretación de los ítems correspondientes del partograma, y así contribuir con evidencia científica evitando las complicaciones y secuelas materno-fetales interviniendo oportunamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. González de C., Xiomara; Abouassi, Omaira; Vargas, Alvaro; Barrios, Félix; Salazar de D., Guillermina (2003). Impact the partograph on the management of labor. ago. 2003., de Salus;Biblioteca Humberto Garcia Arocha Sitio web: <http://www.cva.itesm.mx/biblioteca/pagina>
2. Danilo Napoles Mendez, Dra. Bajuelo, Dra. Téllez (2004) El Partograma y las desviaciones del Trabajo de Parto, MEDISAN; 8(4): 64-72. Hospital Clinicoquirurgico Docente Juan Bruno Zayos.
3. Mauro Parra, Julio Astudillo, Rafael Caballero (2007) Partograma en mujeres múltiparas con manejo médico del trabajo de parto, Rev Chil Obstet Ginecol; 72 (3): 160-164, Universidad de Chile.
4. Parras M. Quiroz L. Schepeler M. CalvoX. Pérez P. Díaz R. Pasten J. Evaluación gráfica del Partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto, Rev. Chil. Obstet Ginecol 2005; 70(1): 8-11.
5. Méndez D. Bajuela A. Téllez M. Núñez D. El Partograma y las Desviaciones del Trabajo de Parto, MEDISAN 2004; 8 (4): 64 – 72.
6. Zeledón L. Abarca A. Aplicación del Partograma en el servicio de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón en el periodo Julio – Septiembre 2000, Trabajo Monográfico.
7. Schwarcz, Ricardo Leopoldo; Diaz, Angel Gonzalo; Nieto, Fernando. . (1990). Guidelines for delivery surveillance: partogram risk indications.. 1990, de Montevideo; CLAP; 1990. 12 p. ilus. (CLAP. Publicación Científica, 1153 Sitio web: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>
8. Villanueva A. Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción a la usuaria, Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional mayor de San Marcos Lima Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2003,11(1).
9. Chalacán Zapata, Tania Daniela; Lisintuña Jaguaco, Daniela Fernanda (2012). 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. Proyecto previo a la obtención del Título de Obstetriz. Carrera de Obstetricia. Quito: UCE. 67 p

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/2189>

10. S. Obstetricia. Primera Edición, Paltex. Organización Mundial de la Salud.1998.
11. Ministerio de Salud. (Abril 2013). Normativa 109: Protocolo para la. Managua: Minsa, 140-156.

ANEXOS

Tabla1.

Datos Generales de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Datos Generales		Frecuencia	Porcentaje
Edad de las Pacientes	≥ 19	84	30
	20-34 años	171	61.1
	35 a más años	25	8.9
	Total	280	100
Nivel de Escolaridad	Analfabeta	39	13.9
	Primaria	135	48.2
	Secundaria	96	34.3
	Universitario	10	3.6
	Total	280	100
Estado Civil	Soltera	29	10.4
	Acompañada	185	66.1
	Casada	65	23.2
	Viuda	1	0.4
	Total	280	100

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 2.

Antecedentes Gineco-obstetricos de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Antecedentes Gineco-obstétricos		Frecuencia	Porcentajes
Gestas	Primigestas	123	43.9
	Bigestas	47	16.8
	Trigestas	42	15
	Multigestas	68	24.3
	Total	280	100
Paras	Nulíparas	131	46.8
	Múltiparas	149	53.2
	Total	280	100
Abortos	Ninguno	247	88.2
	Uno	27	9.6
	Dos	5	1.8
	Tres o mas	1	0.4
	Total	280	100
Cesáreas	Ninguna	268	95.7
	Uno	10	3.6
	Dos	2	0.7
	Total	280	100

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 3.

Patologías que acompañan el embarazo de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Patologías en el Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	214	76.4
Pre eclampsia	17	6.1
HTA	12	4.3
DM	2	.7
Enfermedades Pulmonares	2	.7
Infecciones Ovulares	3	1.1
Incompatibilidad de grupo	9	3.2
Trombosis Venosa Profunda	9	3.2
Ruptura prematuras de Membranas	10	3.6
Condilomatosis	1	.4
epilepsia	1	.4
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de recolección.

Tabla 4.

Pacientes que tuvieron Conducción del Trabajo de parto que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Conducción del TdP	Frecuencia	Porcentaje
No	181	64.6
Oxitocina	79	28.2
Misoprostol	20	7.1
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 5.

Duración del Trabajo de Parto de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Duración del TdP	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 4 horas	142	50.7
4-6 horas	73	26.1
6 horas o mas	65	23.2
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 6.

Horario de Nacimiento en relación con el Cumplimiento e Interpretación del llenado del partograma de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Hora de Nacimiento * Llenado del partograma

Hora de Nacimiento			Llenado del partograma		Total
			satisfactoria	no satisfactorio	
Hora de Nacimiento	7 am-3 pm	Recuento	40	85	125
		% dentro de Hora de Nacimiento	32.0%	68.0%	100.0%
	3 pm-7 am	Recuento	55	100	155
		% dentro de Hora de Nacimiento	35.5%	64.5%	100.0%
Total		Recuento	95	185	280
		% dentro de Hora de Nacimiento	33.9%	66.1%	100.0%

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 7.

Nivel Jerárquico de la atención del parto de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Nivel Jerárquico	Frecuencia	Porcentaje
MI	82	29.3
MSS1	3	1.1
MSS2	6	2.1
MG	185	66.1
MB	4	1.4
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 8.

Nivel Jerárquico de la atención del parto en relación con el Cumplimiento e Interpretación del llenado del partograma de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Tabla de contingencia Nivel Jerárquico que atiende el parto * Llenado del partograma

Nivel Jerárquico		Llenado del partograma		Total
		satisfactoria	no satisfactorio	
MI	Recuento	20	62	82
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	24.4%	75.6%	100.0%
MSS1	Recuento	0	3	3
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	.0%	100.0%	100.0%
MSS2	Recuento	1	5	6
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	16.7%	83.3%	100.0%
MG	Recuento	71	114	185
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	38.4%	61.6%	100.0%
MB	Recuento	3	1	4
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	75.0%	25.0%	100.0%
Total	Recuento	95	185	280
	% dentro de Nivel jerárquico que atiende el parto	33.9%	66.1%	100.0%

**Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.
Tabla 9.**

Complicaciones Maternas Asociadas al Nacimiento de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Complicaciones maternas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	266	95.0
Hemorragia Postparto	2	.7
Expulsivo Prolongado	1	.4
Hipertensión gestacional transitoria	7	2.5
Corioamnioititis	4	1.4
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 10.

Complicaciones Fetales asociadas al Nacimiento de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Complicaciones Fetales	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	257	91.8
Enfermedades infecciosas	12	4.3
enfermedades Respiratorias	2	.7
Asfixia	9	3.2
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 11.

Cumplimiento del Llenado 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Llenado del partograma	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactoria	95	33.9
No satisfactorio	185	66.1
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 12.

Nivel de 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Nivel de Interpretación	Frecuencia	Porcentaje
Cumple	99	35.4
No cumple	181	64.6
Total	280	100.0

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 13.

Cumplimiento del Llenado 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Tabla de contingencia Nivel de Interpretación * Llenado del partograma

Nivel de Interpretación			Llenado del partograma		Total
			satisfactoria	no satisfactorio	
Nivel de Interpretación	Cumple	Recuento	72	27	99
		% dentro de Nivel de Interpretación	72.7%	27.3%	100.0%
	No cumple	Recuento	23	158	181
		% dentro de Nivel de Interpretación	12.7%	87.3%	100.0%
Total		Recuento	95	185	280
		% dentro de Nivel de Interpretación	33.9%	66.1%	100.0%

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Tabla 14.

Llenado Adecuado de los Datos Generales de Identificación de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

N=280

Ítems del Protocolo de Complicaciones Obstétricas del Partograma		Frecuencia	Porcentaje
Llenado adecuadamente de los Datos Generales	Cumple	226	80.7
	No se Cumple	54	19.3
	Total	80	100
Tiempo de Inicio Adecuado de la Elaboración del Partograma	Cumple	230	82.1
	No se Cumple	50	17.9
	Total	280	100
Selección Adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta	Cumple	240	85.7
	No se Cumple	40	14.3
	Total	280	100
Grafica adecuadamente la Curva real, hasta el momento del nacimiento	Cumple	232	82.9
	No se Cumple	48	17.1
	Total	280	100
Grafica Adecuadamente la Curva de Alerta	Cumple	200	71.4
	No se Cumple	80	28.6
	Total	280	100
Interpreta Adecuadamente la Curva real, respecto a la Curva de alerta	Cumple	161	57.5
	No se Cumple	119	42.5
	Total	280	100

Ítems del Protocolo de Complicaciones Obstétricas del Partograma		Frecuencia	Porcentaje
Grafica Adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los Planos de Hodge	Cumple	171	61.1
	No se Cumple	109	38.9

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 periodo comprendido entre enero-junio del año 2015.

	Total	280	100
	Cumple	175	62.5
	No se Cumple	105	37.5
Grafica Adecuadamente la variedad de posición de la presentación	Total	280	100
	Cumple	194	69.3
	No se Cumple	86	30.7
Grafica Adecuadamente la Frecuencia Cardiaca Fetal	Total	280	100
	Cumple	181	64.6
	No se Cumple	99	35.4
Interpreta Adecuadamente las Variaciones de la Frecuencia Cardiaca Fetal	Total	280	100
	Cumple	193	68.9
	No se Cumple	87	31.1
Grafica Adecuadamente la frecuencia de las Contracciones Uterinas	Total	280	100
	Cumple	190	67.9
	No se Cumple	90	32.1
Interpreta Adecuadamente las Variaciones de las Contracciones Uterinas	Total	280	100

Ítems del Protocolo de Complicaciones Obstétricas del Partograma	Frecuencia	Porcentaje
Grafica de forma adecuada la REM o RAM Cumple	150	53.6

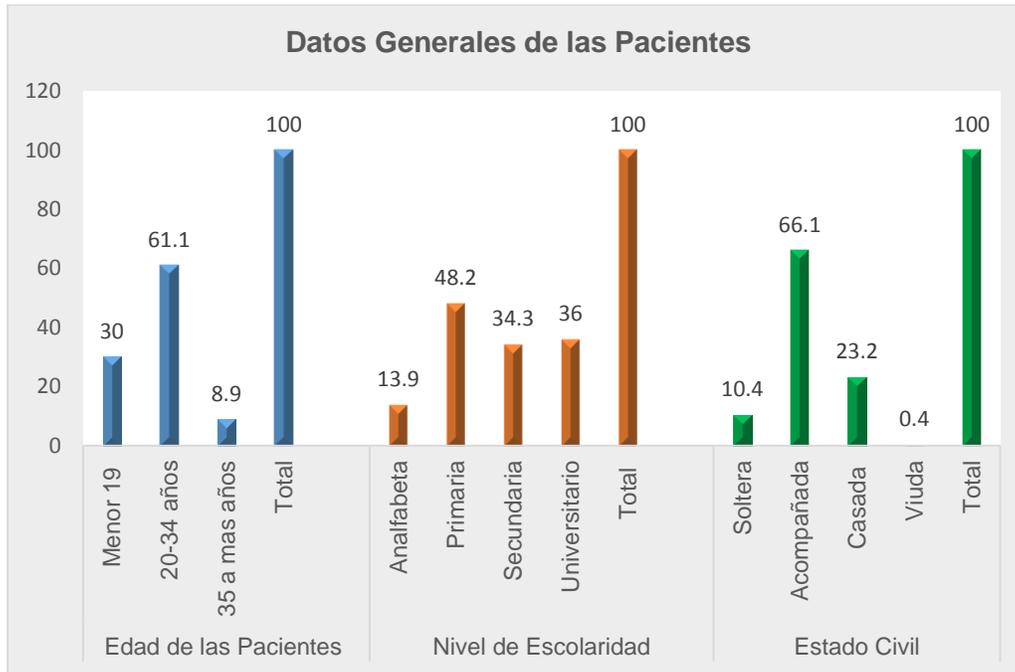
El Método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva.

	No se Cumple	97	34.6
	No Aplica	33	11.8
	Total	280	100
Grafica Adecuadamente los cambios de Patrones en la Curva de alerta	Cumple	136	48.6
	No se Cumple	108	38.6
	No Aplica	36	12.9
	Total	280	100
Llena Adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de las Contracciones, Localización e intensidad del dolor	Cumple	115	41.1
	No se Cumple	165	58.9
	Total	280	100
Interpreta Adecuadamente esta Información	Cumple	155	55.4
	No se Cumple	125	44.6
	Total	280	100
Utiliza Adecuadamente las Casillas de Observaciones (a,b,c....)	Cumple	144	51.4
	No se Cumple	133	47.5
	No Aplica	3	1.1
	Total	280	100

Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfico 1.

Datos Generales de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

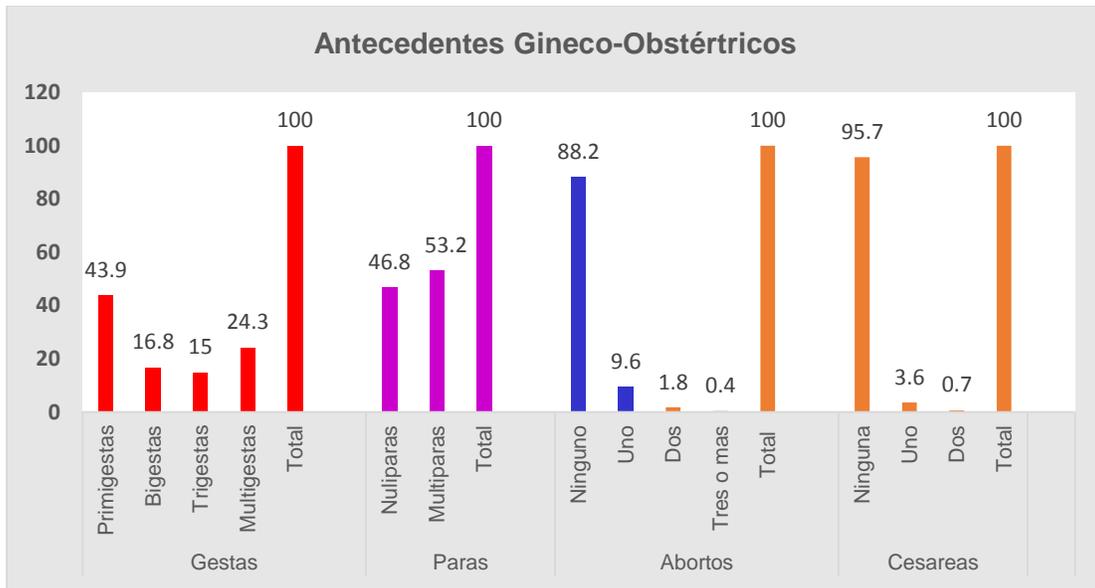


Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 2.

Antecedentes Gineco-obstétricos de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

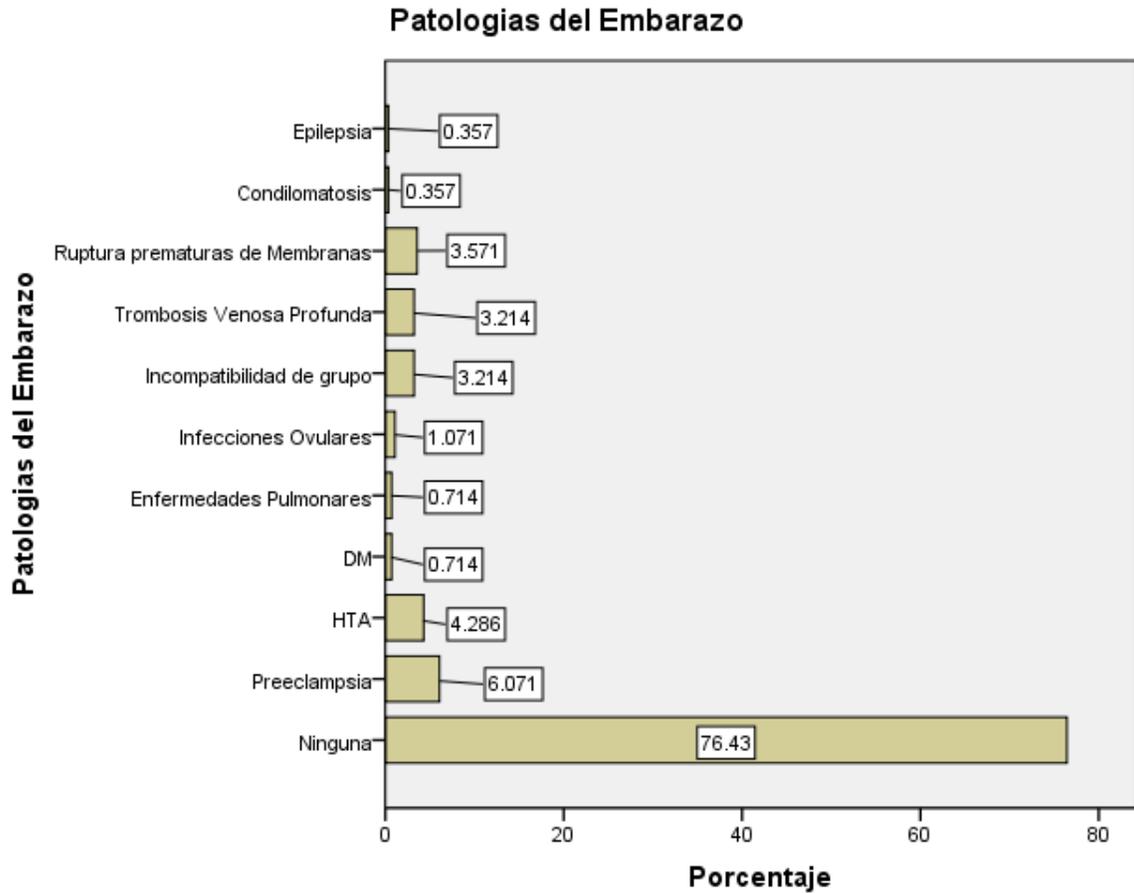
Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre enero-junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 3.

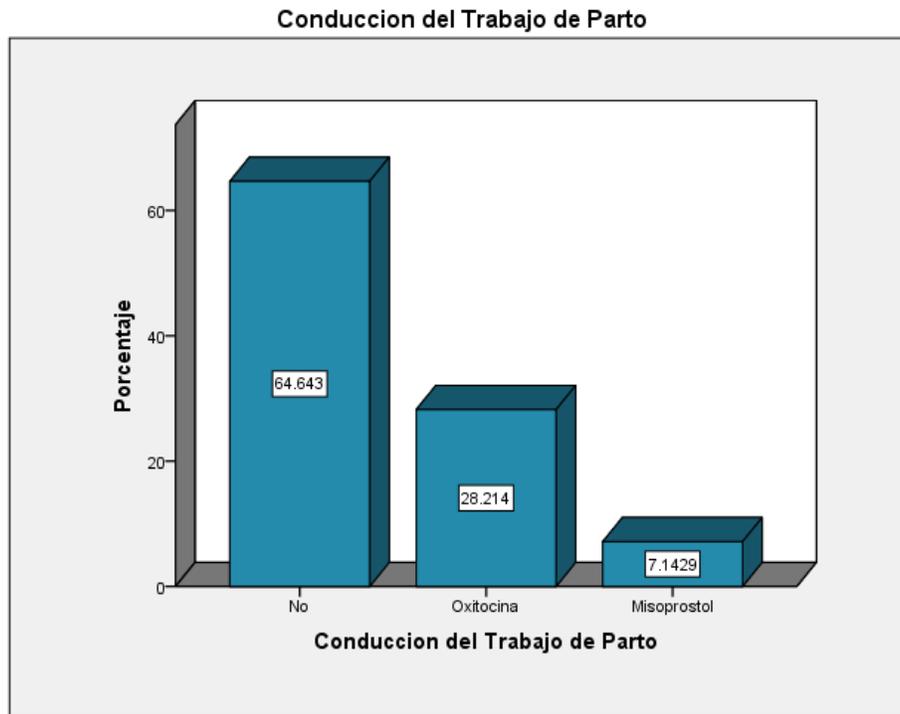
Patologías que acompañan el embarazo de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 4.

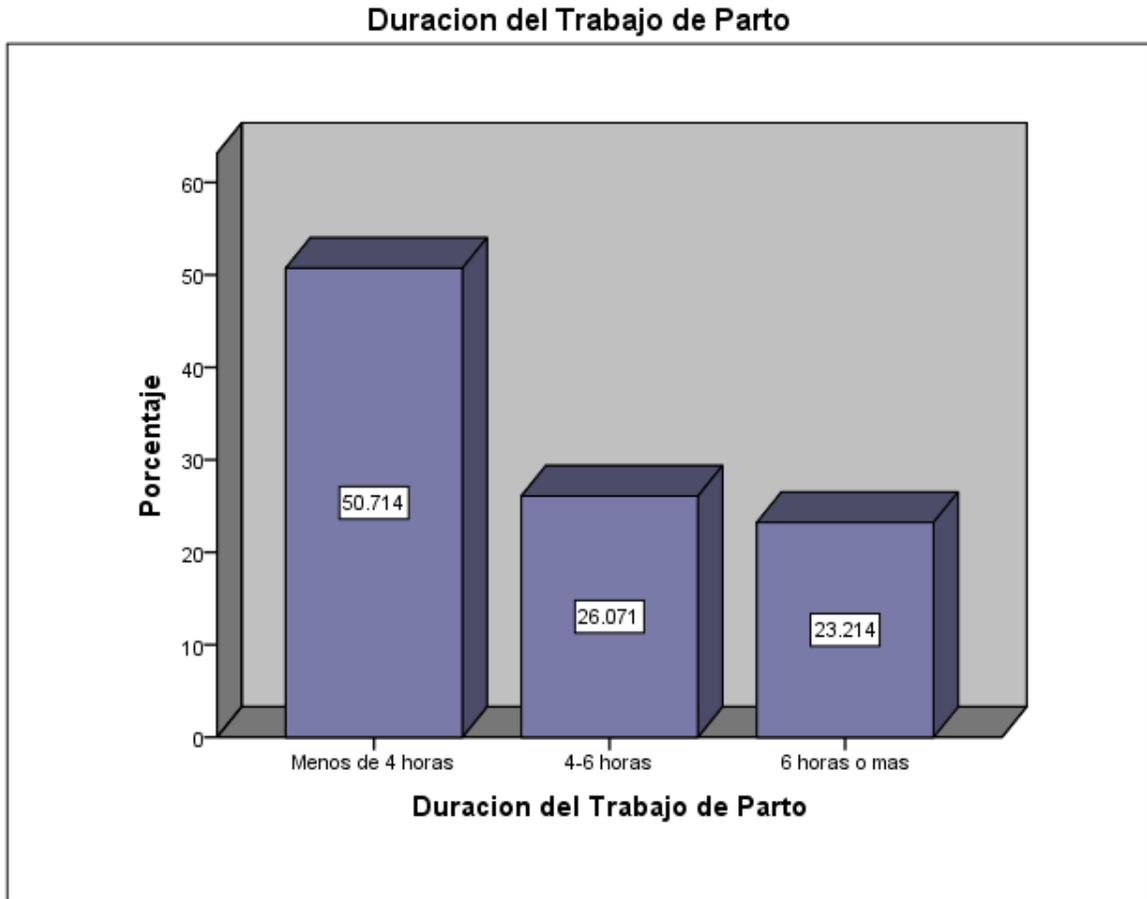
Pacientes que tuvieron Conducción del Trabajo de parto que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 5.

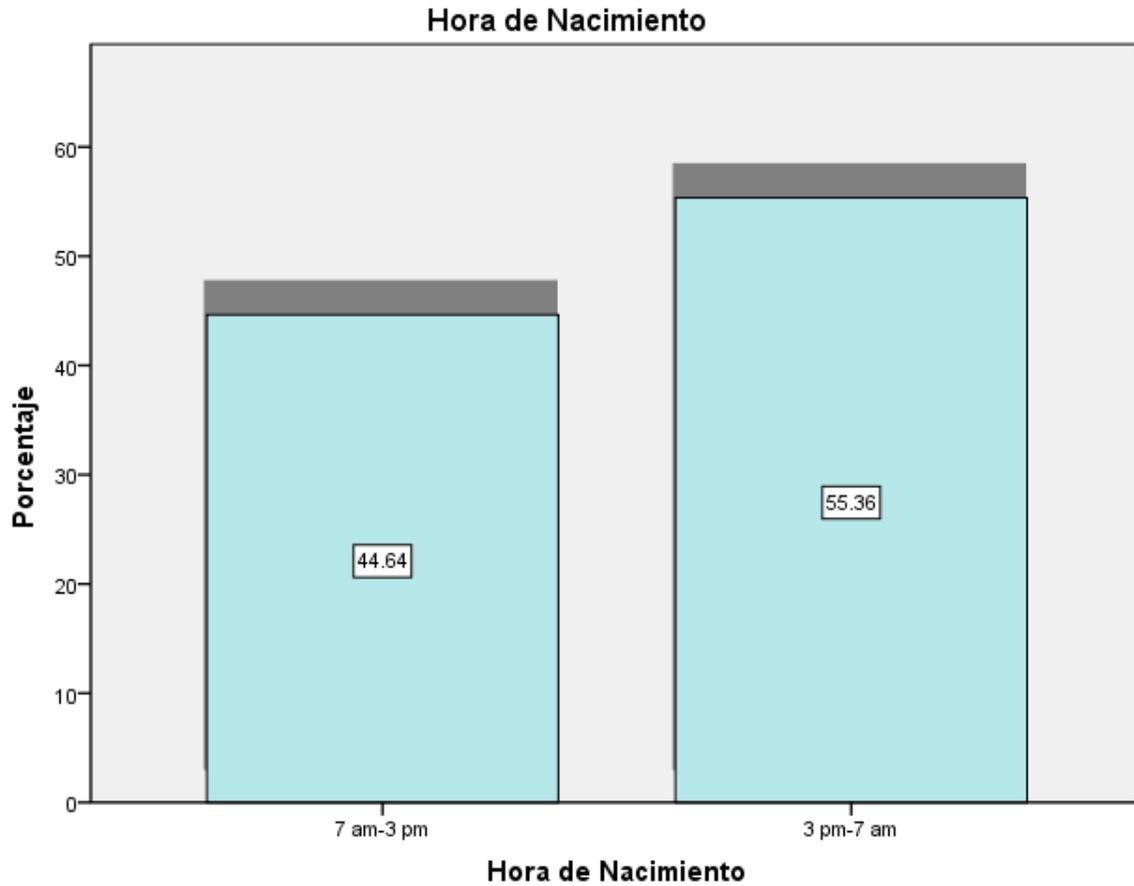
Duración del Trabajo de Parto de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 6.

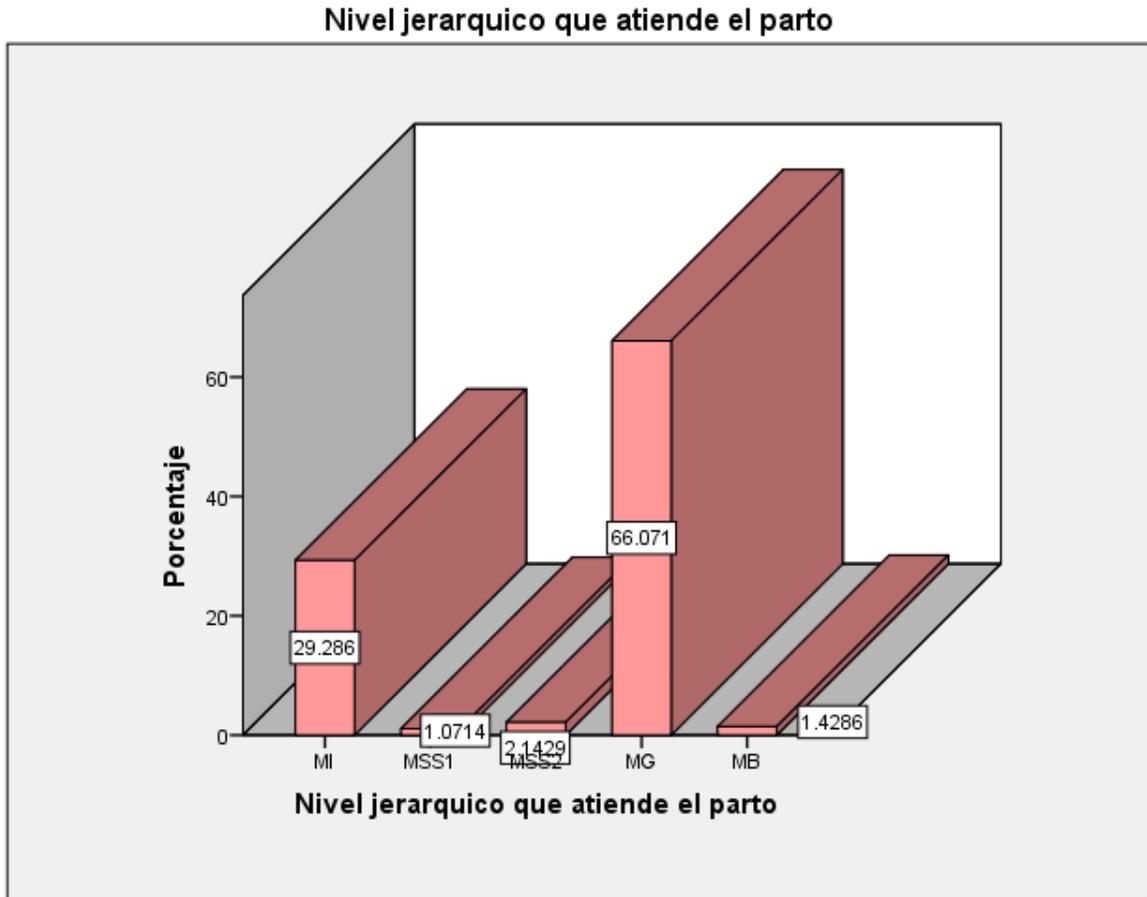
Horario de Nacimiento en relación con el Cumplimiento e Interpretación del llenado del partograma de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

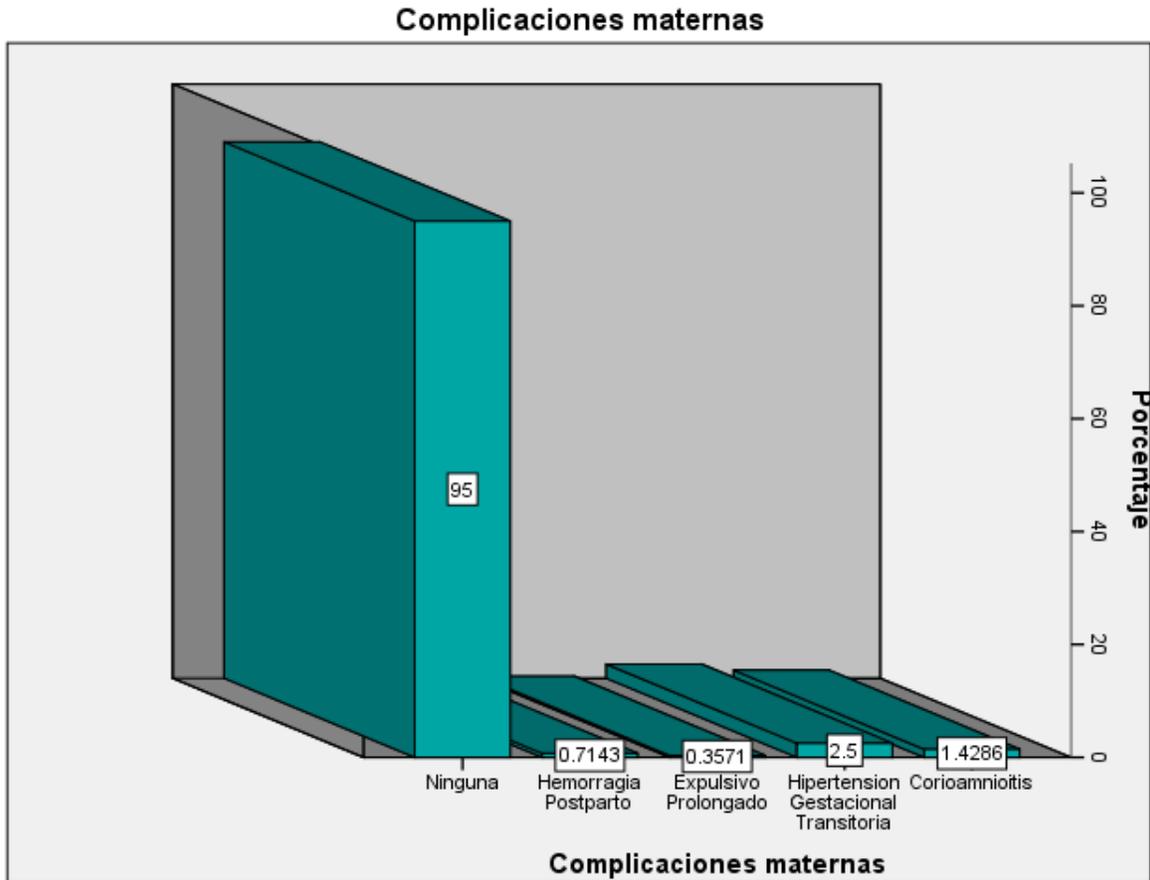
Gráfica 7.

Nivel Jerárquico de la atención del parto de las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

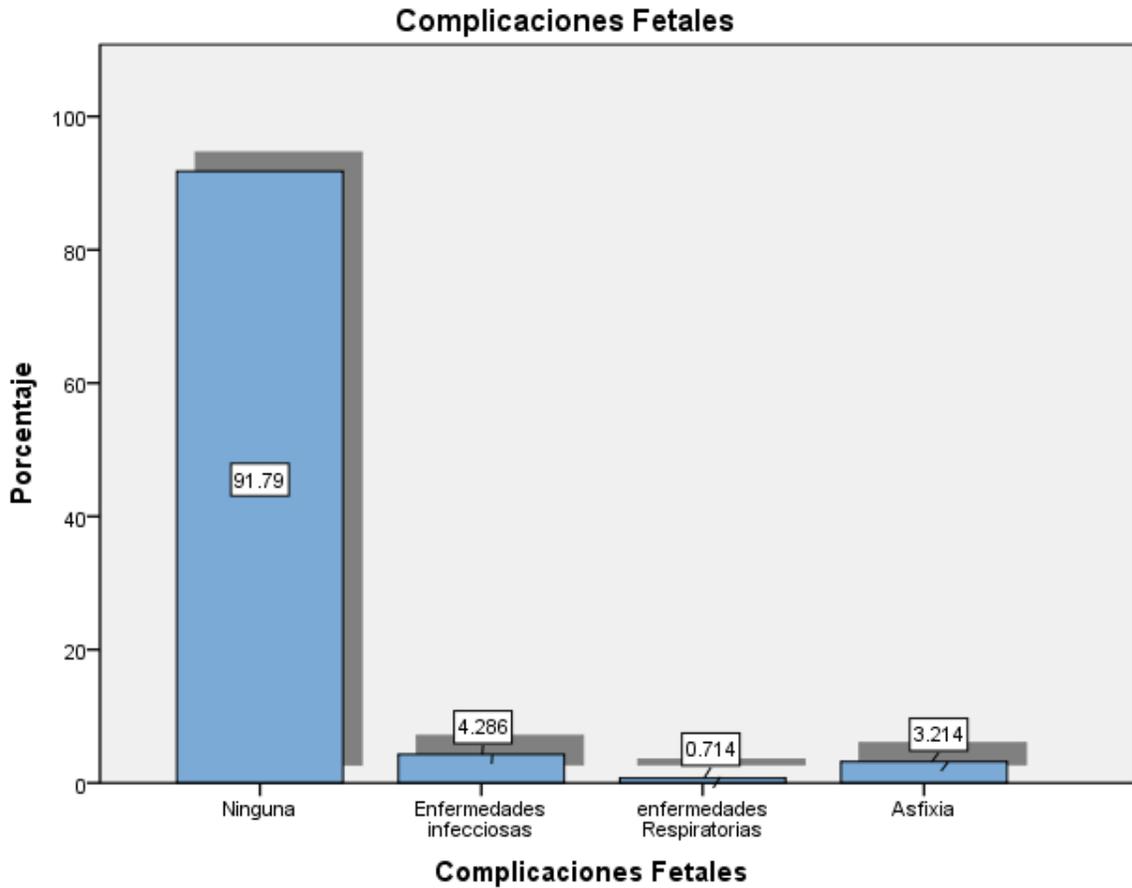
Gráfica 8.
Complicaciones Maternas Asociadas al Nacimiento de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 9.

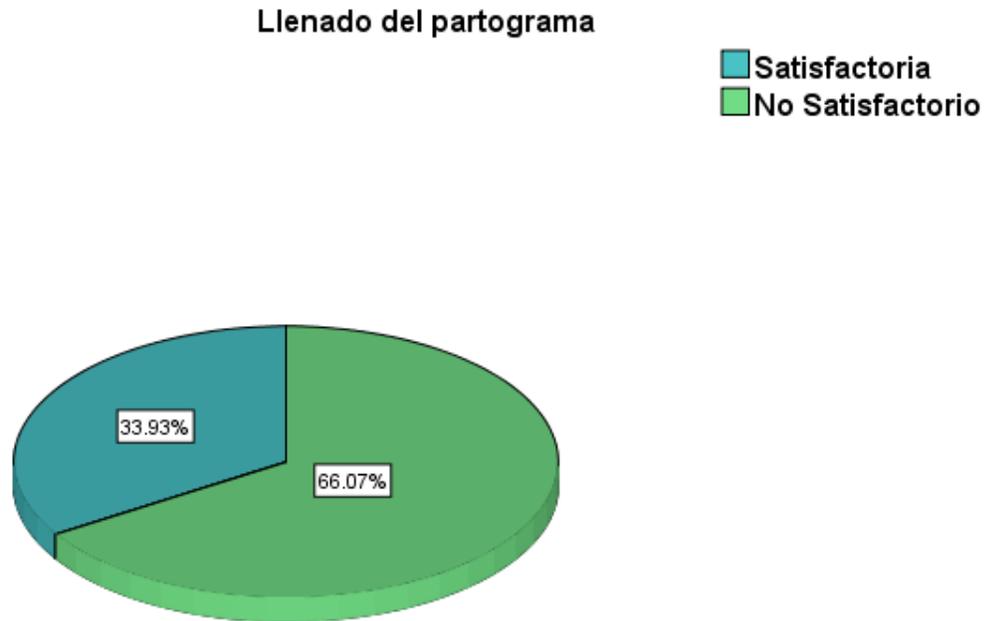
Complicaciones Fetales asociadas al Nacimiento de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 10.

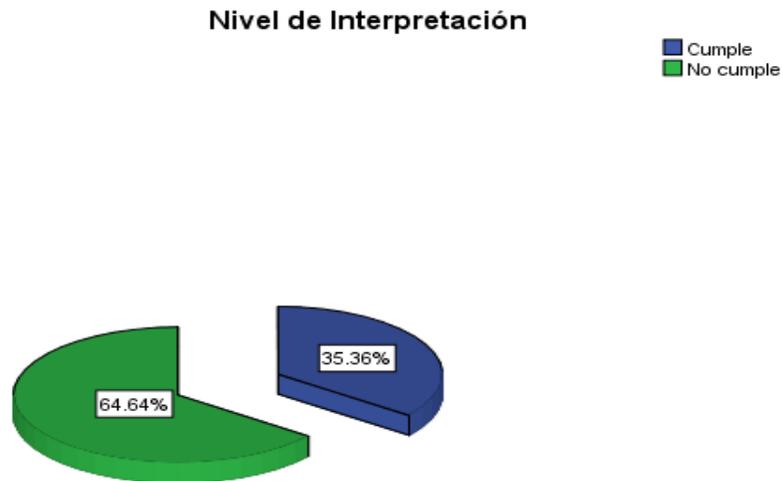
Cumplimiento del Llenado del Partograma en la vigilancia del Trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 11.

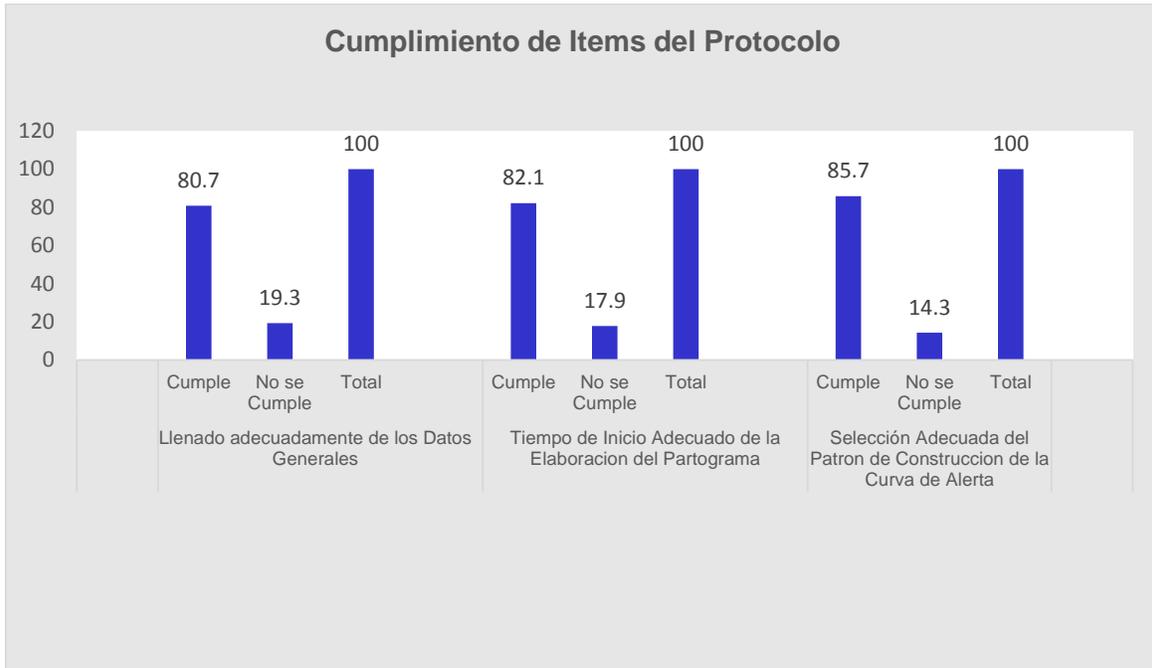
Nivel de Interpretación del Partograma en la vigilancia del Trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



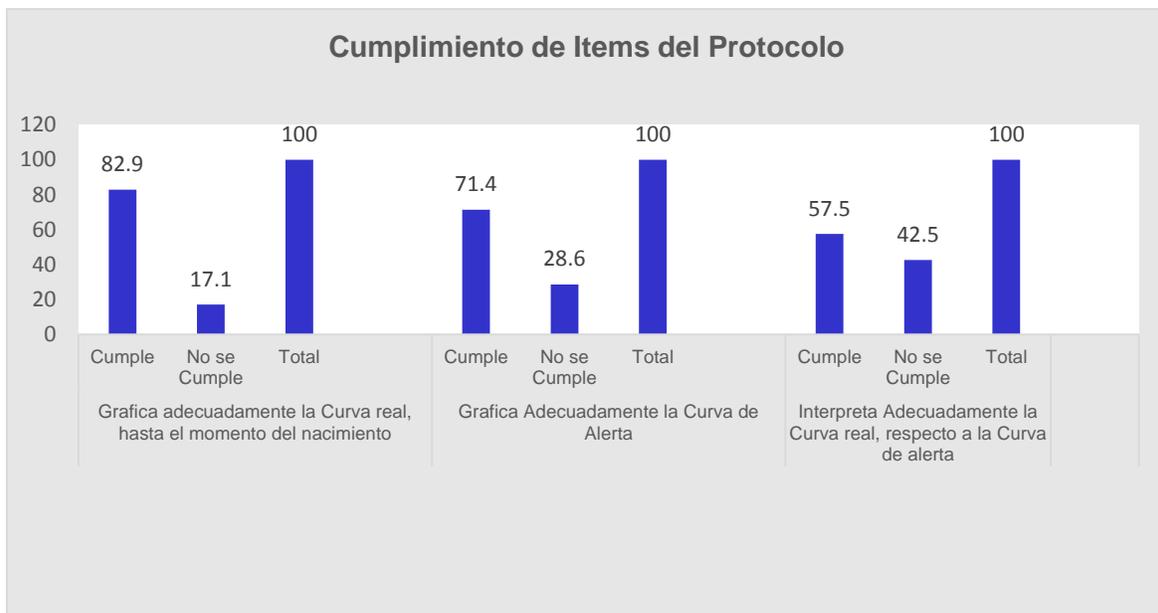
Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Gráfica 12.

Cumplimiento de los Ítems del Partograma del Protocolo MINSA en las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

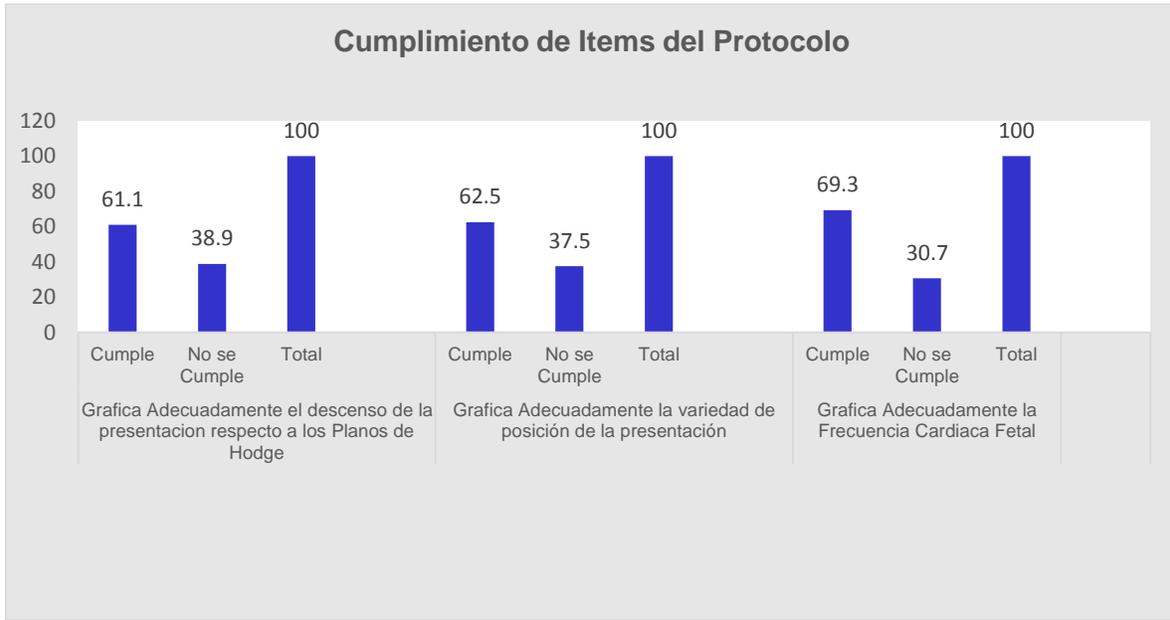


Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

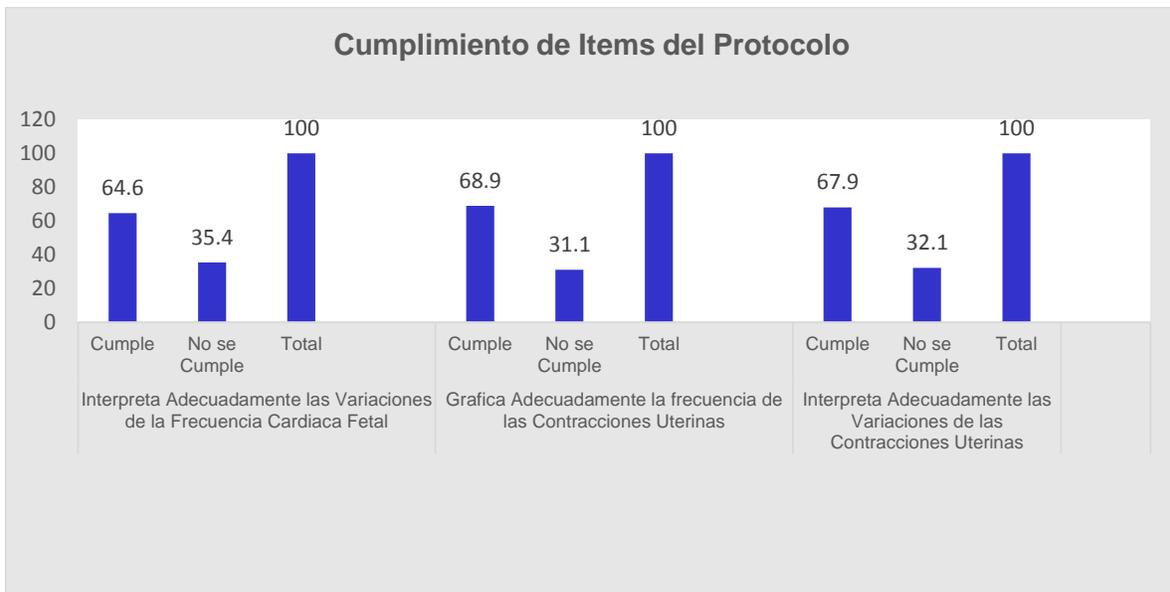


Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Cumplimiento de los Ítems del Partograma del Protocolo MINSA en las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.

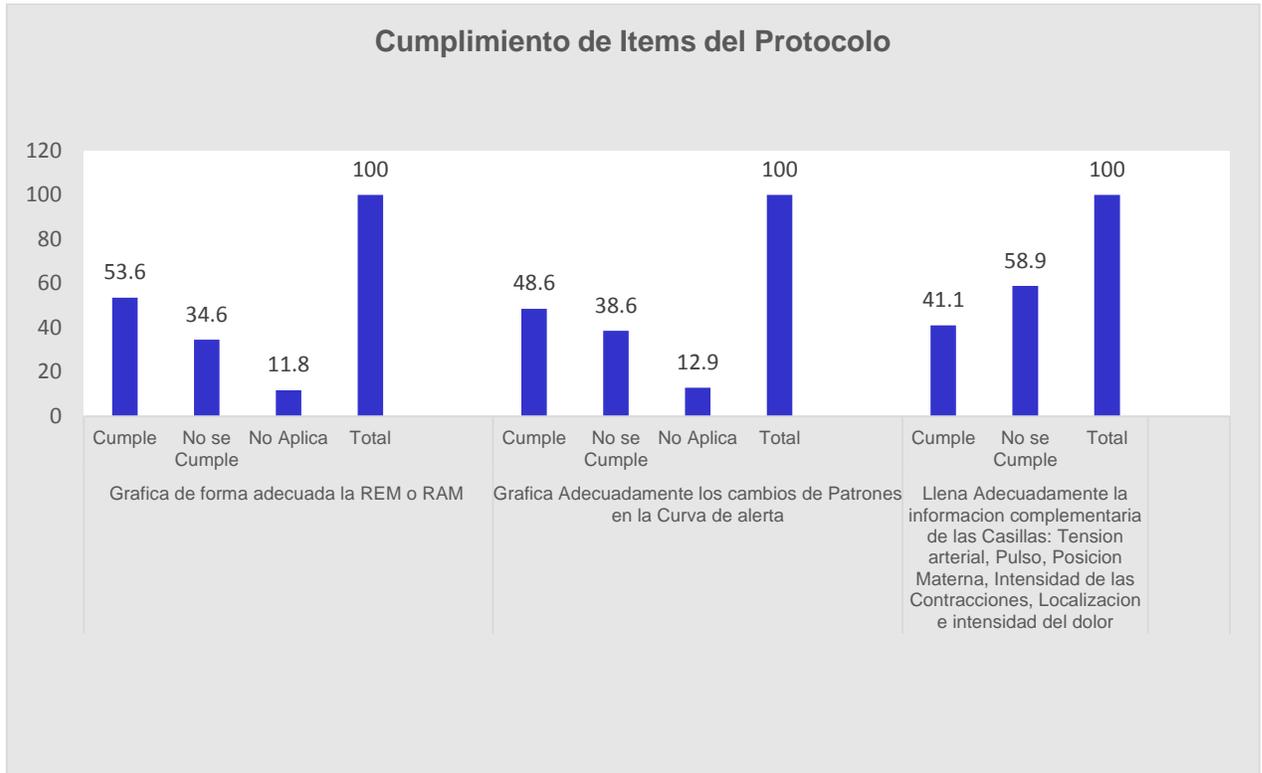


Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.



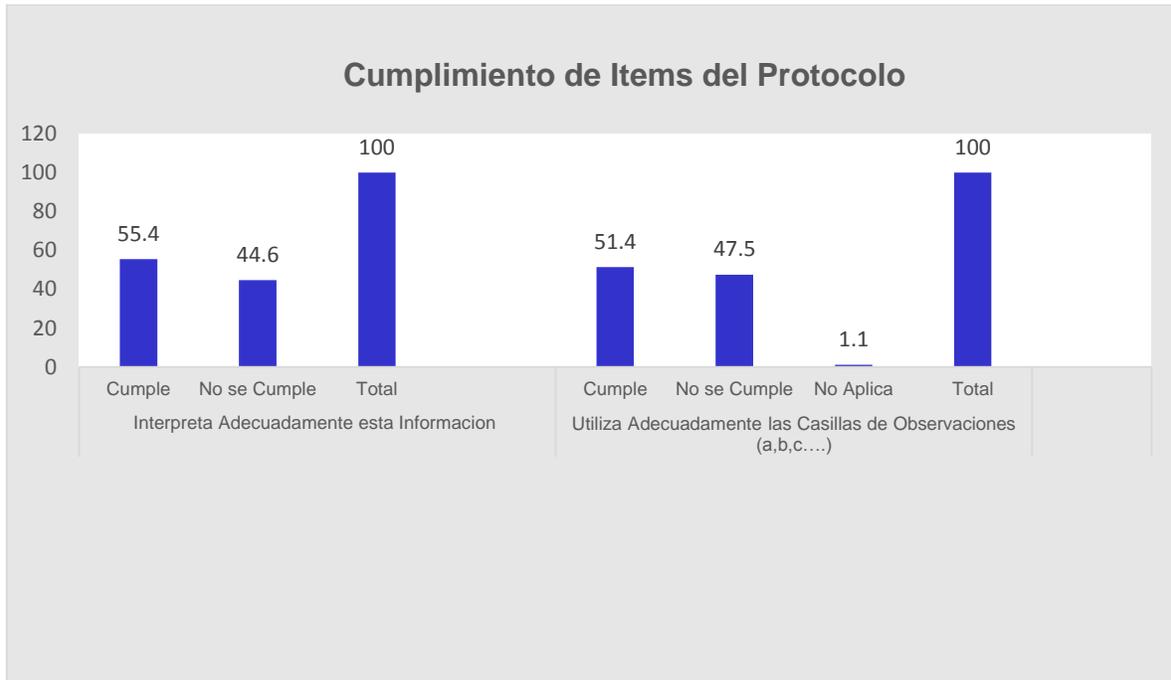
Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Cumplimiento de los Ítems del Partograma del Protocolo MINSA en las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



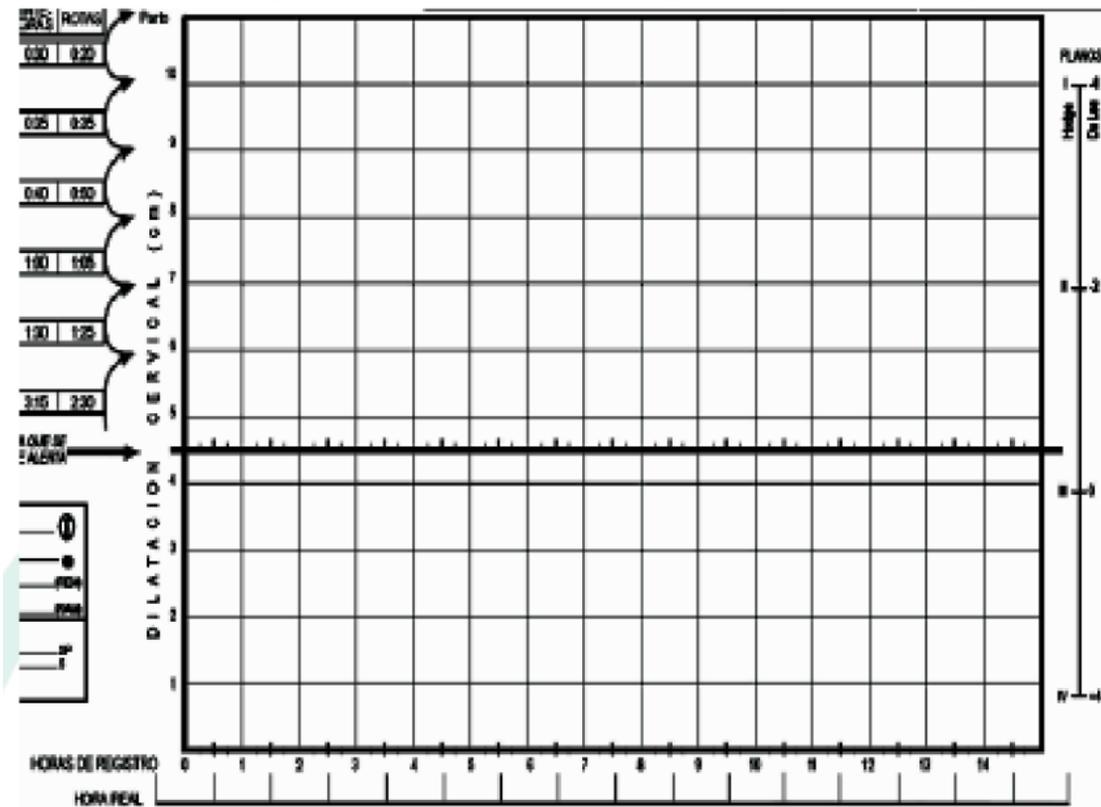
Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

Cumplimiento de los Ítems del Partograma del Protocolo MINSA en las pacientes que se les realizo 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 periodo comprendido entre Enero-Junio del año 2015.



Fuente: Expediente Clínico y Ficha de Recolección.

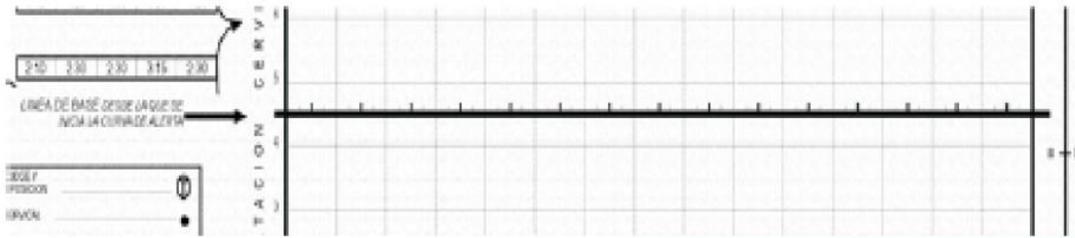
Gráfico 15: Tabla para la dilatación cervical y el descenso de la presentación.



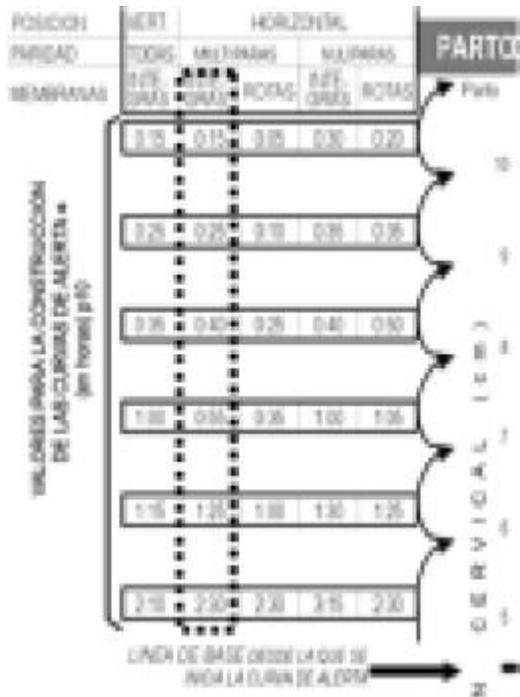
Grafica 16: Referencias para realizar el llenado.

REFERENCIAS	PLANOS DE HOOGE Y VARIEDAD DE POSICION _____ 	
	DILATACION CERVICAL _____ 	
	ROTURA ESPONTANEA MEMB. _____ (REM)	
	ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)	
INTENSIDAD Fuerte _____ +++ Normal _____ ++ Débil _____ +		LOCALIZACION Suprapúbico _____ SP Sacro _____ S
FRECUENCIA CARDIACA FETAL Dips tipo I (Desaceleración precoz) _____ I Dips tipo II (Desaceleración tardía) _____ II Dips variables (Desaceleración variable) _____ V Meconio _____ M		
POSICION MATERNA Lat. derecho _____ LD Lat. izquierda _____ LI Dorsal _____ @ Semisentada _____ SS Sentada _____ S Parada o caminando _____ PC		

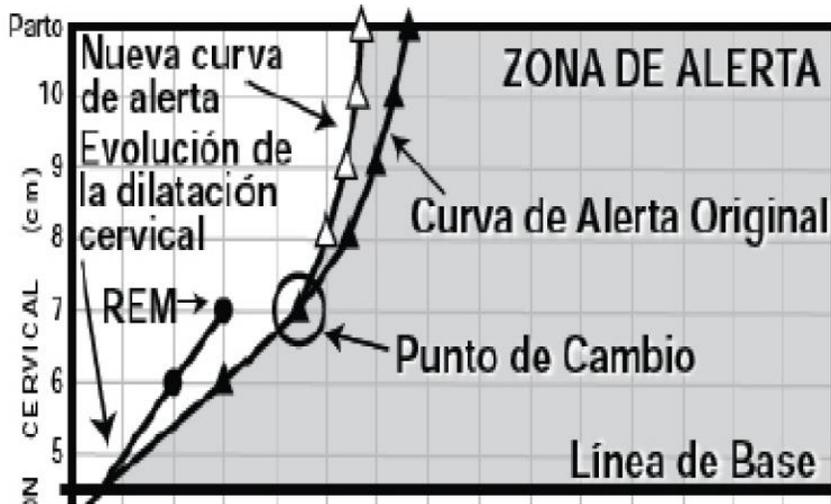
Grafica 17: Línea base a partir de la cual se traza la curva de alerta.



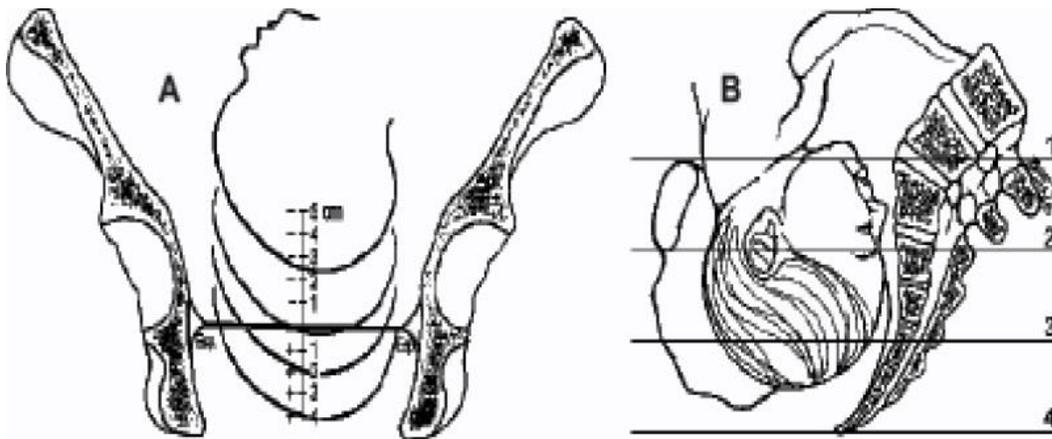
Grafica 18: Parámetros para determinar el tiempo de la curva de alerta según las características de la parturienta.



Grafica 19: Modificación de la curva de alerta según las condiciones de las membranas ovulares.



Grafica 20: planos de Hodge.





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La siguiente ficha de recolección de datos es para describir el cumplimiento del llenado de interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del área de Ginecoobstetricia en el Hospital Victoria Motta – Jinotega en el periodo Enero-Junio del 2015. Los datos en este documento solo serán manejados por los investigadores y vistos por el tutor de la monografía.

Marcar con una “X” el inciso según corresponda y cumpla con los criterios establecidos de inclusión:

1. Edad: ___< 19 años ___20-34 años ___35 años o más
2. Escolaridad: ___Analfabeta ___Primaria ___Secundaria ___Universitaria
3. Estado civil: ___Soltera ___Acompañada ___Casada
4. Gestas: ___Primigestas ___Bigesta ___Trigesta ___Multigesta
5. Paras: ___Nulíparas ___Multípara
6. Abortos: ___Ninguno ___Uno ___Dos ___Tres o más
7. Cesáreas: ___Ninguno ___Uno ___Dos ___Tres o más
8. Semanas de Gestación: ___37-41 6/7 semanas de gestación ___Mayor de 42 semanas de gestación
9. Patología que acompañan el embarazo: ___Pre- Eclampsia ___HTA ___Diabetes ___Anemias ___Cardiopatías ___Enfermedades pulmonares ___Enfermedades placentarias ___Hemorragias ___Infecciones Ovulares.
10. Conducción del trabajo de parto: ___Si ___No
11. Duración del trabajo de parto: ___< 4 horas ___4-6 horas ___6 horas o más
12. Momento del Nacimiento: ___7am-3pm ___3pm-7am
13. Forma de finalización del embarazo: ___Vaginal ___Abdominal
14. Nivel de jerarquización al momento del nacimiento: ___MI ___MSS1 ___MSS2 ___MG ___MB

15. Complicaciones maternas asociadas al nacimiento: ___Hemorragia postparto
___Eclampsia ___Expulsivo prolongado ___Hipertensión Gestacional Transitoria
16. Complicaciones fetales asociadas al nacimiento: Enfermedades: ___Infecciosas
___Respiratorias ___Circulatorias
17. Llenado del Partograma: ___Satisfactorio ___No Satisfactorio ___No Aplica
18. Nivel de porcentaje de cumplimiento del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA: ___Satisfactorio ___No Satisfactorio ___No Aplica

**Ministerio de Salud
Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención**

-Porcentaje de usuarias con Complicaciones Obstétricas que recibieron tratamiento de acuerdo a Protocolos del MINSA.

Basado en el Protocolo para la Atención de las Complicaciones Obstétricas. MINSA, Abril 2013. Págs. 138-160 PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA. 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→																						Pro m
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
No	Criterios																					
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 :																					