



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la Salud

“Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

**Seminario de graduación para optar al título de Enfermería
Obstétrica y Perinatal**

Tema: Estrategias para reducción de morbilidad y mortalidad
Obstétrica

Sub Tema: Manejo del partograma por parte del personal de salud de la sala de
Labor y Parto, Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero - Marzo
2019.

Autoras

Bra. Brenda Priscila Montes Navarrete

Bra. Doris Victoria Gadea González

Tutora

- MSc. Ivette Pérez Guerrero

04 de marzo, 2019

Índice

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iv
I. Introducción	1
II. Antecedentes	2
III. Justificación	3
IV. Planteamiento del problema	4
V. Preguntas de investigación.....	5
VI. Objetivos	6
VII. Diseño metodológico	7
VIII. Marco teórico.....	12
IX. Discusión y análisis de la información.....	23
X. Conclusiones	34
XI. Recomendaciones.....	35
XII. Bibliografía	¡Error! Marcador no definido.
XIII. ANEXOS	37

Dedicatoria

Madre, por ser la que siempre me levanta el ánimo en los momentos difíciles de mi vida estudiantil como personal, por tenerme paciencia y brindarme palabras sabias para controlar mis enojos, tristezas y hasta los momentos de felicidad, por ser mi amiga y ayudarme a cumplir mis sueños.

Padre, por iluminar mi camino y darme la pauta para poder realizarme en mis estudios y mi vida. Por los consejos sabios que me has brindado en el momento exacto para no dejarme caer y enfrentar los momentos difíciles y porque sé que estás orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Hermano, por el apoyo, por tus consejos, porque has estado en los momentos más importantes de mi vida y por darme el ejemplo de esforzarme en los estudios.

Bra. Brenda Priscila Montes Navarrete

A mis familiares.

A mi mamá que, aunque no esté presente físicamente junto a mí, es una parte fundamental que ha fortalecido mi voluntad de crecer y desarrollarme para ser una mejor persona y sé que estaría orgullosa de lo que he logrado; a mis dos hermanas por ser un ejemplo a seguir, las cuales han estado en momentos difíciles, a mi papá y a todos aquellos que de manera indirecta me han apoyado durante mi carrera permitiéndome llegar hasta este peldaño.

Bra. Doris Victoria Gadea González

Agradecimiento

A Dios por darme vida, sabiduría y fuerzas para superar las dificultades a lo largo de mi carrera.

A mis padres y hermano por ser los principales promotores de mis sueños al confiar en mí y creer en mis expectativas siempre; deseando y anhelando lo mejor para mi vida.

A Marjorie Montano Pérez, por apoyarme, aconsejarme y brindarme su cariño.

A mis maestros Ivette Pérez y Jonathan Mejía, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a compartir sus conocimientos, sin su instrucción profesional no habría llegado hasta este nivel.

Bra. Brenda Priscila Montes Navarrete

A mis maestros.

A mi tutora por su ayuda, colaboración y cada aporte en los momentos de consulta para guiarnos durante el desarrollo del proceso de este trabajo. A los diferentes docentes que han sido fuente de inspiración para el desarrollo de mi vida profesional. Gracias por las experiencias y conocimientos compartidos.

A mi compañera de tesis.

Por su apoyo durante esta etapa de formación profesional. Gracias por compartir esta experiencia única que no ha sido fácil, pero que gracias a su ayuda lo difícil ha resultado sentirse más sencillo.

Bra. Doris Victoria Gadea González



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA,
MANAGUA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD

LUIS FELIPE MONCADA

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

AVAL PARA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable Jurado Calificador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los 3 ejemplares finales empastados al Departamento de Enfermería.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICA Y PERINATAL

Tema: Estrategias para reducción de morbilidad y mortalidad obstétrica.

Subtema: Manejo del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto, Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero - Marzo 2019.

Autores: Bra. Brenda Priscila Montes Navarrete
Bra. Doris Victoria Gadea González

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a 1 día del mes de marzo del 2019.

Msc. Ivette Pérez Guerrero

Tutora de Seminario de Graduación

Resumen

En el presente estudio se realizó un análisis del manejo del partograma determinando el conocimiento y el llenado del partograma que realiza el personal de salud. Es un estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo, el universo está constituido por 21 personas a las que se les aplicó una guía de encuesta y 20 expedientes clínicos los cuales fueron revisados. Obteniendo como resultado que el personal de más antigüedad laboral fue el que presentó deficiencia en cuanto al conocimiento que tienen acerca del llenado del partograma a diferencia de los que tienen menor antigüedad laboral, las enfermeras presentan mayor deficiencia en cuanto al conocimiento acerca del uso del partograma lo cual lo relacionamos con el hecho de que ellas no realizan el llenado de dicho instrumento, el personal de salud tiene poco dominio teórico en algunos aspectos del partograma tales como: datos generales, simbología de la FCF, variedad de posición fetal y posición materna, realizan un llenado incorrecto de los datos generales y de los signos vitales en el partograma y se encontró que la mayoría que hace uso del partograma realiza un llenado correcto. Se recomendó a la Directora del HAN: Brindar capacitaciones al personal de la sala de labor y parto sobre el manejo del partograma, motivar al personal de enfermería de la sala a involucrarse con el llenado del partograma y realizar evaluaciones periódicas sobre el manejo del mismo.

Palabras claves: Partograma, conocimiento, dominio, deficiencia, personal de salud.

I. Introducción

El partograma es una herramienta en la cual se registran datos para monitorizar el trabajo de parto permitiendo un seguimiento de este a través de una visión general gráfica con el fin de que los prestadores de los servicios de salud lleven un seguimiento estricto del trabajo de parto para realizar intervenciones oportunas que permitan reducir riesgos de las diferentes complicaciones maternas y feto-neonatales que se pueden presentar durante el proceso del parto.

La importancia del uso del partograma es establecer un sistema de trabajo seguro para aquellos que presten servicio de salud obstétrica, beneficiando de esta manera a quienes los reciben, en este caso al binomio madre-hijo debido a que permite identificar diferentes condiciones obstétricas para evitar la morbi-mortalidad materno fetal.

En el presente estudio se realizó un análisis del manejo del partograma determinando el conocimiento que tiene el personal de salud acerca del llenado del partograma y describiendo el llenado del partograma que realizan, analizando así el uso de esta herramienta que es indispensable para alcanzar los objetivos de maternidad segura, tomando en cuenta que su propósito es estandarizar y mejorar la calidad de la atención en los cuidados obstétricos durante el proceso del parto.

II. Antecedentes

En el 2014, Pérez, Sandoval y Meza realizaron un estudio en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense con el objetivo de evaluar el manejo del partograma por parte del personal de salud obteniendo como resultados: Deficiencia en llenado y conocimiento del partograma según normas, especialmente en variedades de posición, formato de horas y curvas, también se encontró que el personal de salud con más antigüedad en la sala es el personal de Enfermería y médicos especialistas, y que estos últimos no realizaban partograma.

En el 2015, Espinoza y Flores realizaron un estudio publicado en el año 2016 con el fin de evaluar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital San Juan de Dios-Estelí, llegando a la conclusión de que en dicho hospital no se cumplen los estándares de calidad establecidos por el MINSA, lo cual es producto del poco personal con que cuenta el servicio de Gineco-Obstetricia, más la falta de conocimiento, desinformación o desinterés que existe para el llenado e interpretación del partograma.

En el 2015, Flores Puerto realizó un estudio con el objetivo de identificar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento del manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. Obteniendo como resultados: En cuanto a la calidad del llenado de los datos del partograma se encontró que el promedio global de cumplimiento según los criterios revisados fue el 72%, 16% no cumple y 12% no aplica; por otra parte, la calidad e interpretación del partograma en promedio global fue 84% cumple y 16% no cumple. Lo que quiere decir, que la mayoría del personal tiene un conocimiento eficiente con respecto al llenado e interpretación del partograma.

En el 2015, Sánchez y Torres realizaron un estudio en la sala de labor y parto del área de Ginecoobstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega con el objetivo de identificar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto, obteniendo como resultados con respecto al porcentaje del cumplimiento del partograma se encontró que solo un 33.9% cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15% con un llenado insatisfactorio, lo cual se considera que hay un nivel muy alto de deficiencia en el conocimiento.

III. Justificación

Durante el trabajo de parto, tanto la madre como el neonato, se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar un registro adecuado del trabajo de parto y así poder prevenir estos riesgos de manera oportuna. El partograma constituye la herramienta adecuada para dar seguimiento al trabajo de parto, porque permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente.

El uso correcto del partograma aporta a la disminución de morbilidad materno perinatal, por eso se decidió realizar este estudio sobre el manejo del partograma por parte del personal de salud en el servicio de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, para evaluar la calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto, pues ayuda a tener una correcta evolución del mismo.

La finalidad de este estudio es evaluar el manejo del partograma para identificar si se está haciendo un correcto uso de dicha herramienta y a través de los resultados obtenidos contribuir por medio de recomendaciones específicamente dirigidas a la directora del HAN; con el firme propósito de fortalecer la calidad de atención obstétrica y que este estudio sirva como guía para implementar otros estudios que permitan evaluar la calidad en los servicios obstétricos a nivel nacional.

IV. Planteamiento del problema

El mejor método para vigilar el proceso dinámico del trabajo de parto es el partograma; un instrumento gráfico que recopila información sobre las distintas variables fisiológicas de la madre y el feto, basado en 3 componentes: condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes, es por ello que se debe garantizar que el personal de salud tenga el conocimiento adecuado para la detección oportuna de una complicación obstétrica durante el trabajo de parto.

El Ministerio de Salud de Nicaragua dispuso desarrollar una hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta, con la intención de evaluar constantemente tanto el llenado como el interpretado por parte del personal de salud para garantizar que todas las personas que atiendan el parto tengan conocimiento y aptitud para realizarlo de forma limpia y segura para brindar una atención calificada.

En el Hospital Alemán Nicaragüense, solo existe un antecedente en el cual se evaluó de forma objetiva la calidad del llenado e interpretación del partograma por el personal de salud que atiende el proceso dinámico del parto, pues dentro de los resultados se obtuvo que no hay un llenado correcto de partograma según normas y el personal que más deficiencia presentó al momento de la evaluación fue el personal con más antigüedad; razón por la cual nos hemos formulado la siguiente interrogante:

¿Cómo es el manejo del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto, Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de Enero - Marzo 2019?

V. Preguntas de investigación

1. ¿Cuáles son las características laborales del personal de salud?
2. ¿Cuál es el conocimiento acerca del llenado del partograma por parte del personal de salud?
3. ¿Cómo es el llenado del partograma según normas del partograma?
4. ¿Cómo son los resultados del manejo del partograma por parte del personal de salud?

VI. Objetivos

Objetivo General

Analizar el manejo del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo Enero - Marzo 2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características laborales del personal de salud de la sala de Labor y Parto en el Hospital Alemán Nicaragüense, Enero - Marzo 2019.
2. Determinar el conocimiento acerca del llenado del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto en el Hospital Alemán Nicaragüense, Enero - Marzo 2019.
3. Describir el llenado del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto según normas y protocolos del MINSA, en el Hospital Alemán Nicaragüense, Enero - Marzo 2019.
4. Analizar los resultados del manejo del partograma por parte del personal de salud de la sala de Labor y Parto en el Hospital Alemán Nicaragüense en el Enero - Marzo 2019.

VII. Diseño metodológico

1. Enfoque del estudio

Cuantitativo:

Este enfoque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías. Es por ello que este estudio tiene un enfoque cuantitativo porque se pretende medir un fenómeno, representando los datos a través de números y analizarlos utilizando métodos estadísticos. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 128)

2. Tipo de estudio

Transversal: “Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan los datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento de dado” (Hernández, et al., 2014, p.154). El presente estudio es de corte transversal porque se estudiaron las variables en el período de Enero – Marzo, 2019 y la recolección de información se realizó en un solo momento con el fin de analizar cómo se está manifestando actualmente el tema en estudio.

Prospectivo: De acuerdo a Reyes (2010) un estudio es prospectivo cuando “se registra información según van ocurriendo los hechos” (p.53) . Este estudio es prospectivo porque para realizar la recolección de la información se aplicó encuesta al personal de planta que labora actualmente en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense y para la guía de revisión de expedientes se utilizaron expedientes en uso durante el período de recolección de información.

Descriptivo: “Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (Hernández, et al., 2014, p.92). El presente estudio es descriptivo porque se describe el uso del partograma por parte del personal de salud, por medio de los datos obtenidos al aplicar una encuesta y una guía de revisión de expedientes, analizando los resultados con el uso de estadísticas.

3. Área de estudio

Macro localización: Hospital Alemán Nicaragüense, El Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en la ciudad de Managua, carretera Norte de la SIEMENS 300 varas al sur, es un Hospital General Departamental, fundado en el año de 1986, con 33 años de funcionamiento, inició como un hospital provisional de carpas, pero debido a las necesidades del país, la Cooperación Técnica Alemana construye en diferentes etapas el actual Hospital.

Micro localización: Sala de labor y parto, la cual cuenta con 1 cuarto de descanso, 1 cuarto para la ropa sucia, 1 vestidor, 1 baño para el personal, 1 baño para las pacientes, 3 expulsivos con sus respectivas camillas ginecológicas, 1 cuarto de puerperio con 6 camas y 3 camas en pasillo y 1 cuarto de pre labor con 7 camas.

4. Universo

“Conjunto de individuos o elementos cualesquiera en los cuales se considera una o más características que se someten a estudio estadístico” (RAE, 2014). Se seleccionó al personal que labora en la sala de labor y parto y que cumple con los criterios de inclusión, encontrándose 21 personas que trabajan en la sala, divididos de la siguiente manera: 1 médico de base, 11 médicos residentes, 9 enfermeras especialistas. En este punto se tomará a todo el universo, debido a que es pequeño y es factible trabajarlos todos.

Para ejecutar la guía de revisión de expedientes se contó con un universo de 20 expedientes que cumplían con los criterios de inclusión, los cuales estaban en uso en la sala de labor y parto durante el período de recolección de la información por lo que se estudió el universo completo.

5. Criterio de inclusión

Para la encuesta

- a) Personal de salud que labora en la sala de labor y parto del HAN
- b) Personal de salud que elabora partograma
- c) Personal de salud que acepte participar en el estudio

Para la guía de revisión de expedientes

- a) Expedientes elaborados por el personal de la sala durante el período de recolección de la información.

6. Consentimiento informado institucional

Es la acción mediante la cual se le informó al personal y dirección del hospital por qué, para qué y con qué objetivo se realizaría el estudio. Por medio de este se logró el permiso para ingresar al hospital y aplicar la encuesta al personal de salud de la sala de labor y parto al igual que realizar la revisión de expedientes clínicos, para ampliar la información y corroborar los datos obtenidos en la encuesta, la cual se gestionó a través de la UNAN, Managua en conjunto con el MINSA.

7. Consentimiento informado al personal de salud

Se respetó los derechos de los sujetos de estudio, manteniendo su anonimidad, dándoles a conocer los objetivos del estudio y velando en todo momento por su beneficencia. A cada uno de los sujetos de estudio se les informó antes de llenar el instrumento que deben hacerlo por libre voluntad y que al llenar el instrumento dan permiso de utilizar la información en el ámbito académico.

8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

La "técnica" se entiende como el conjunto de reglas y procedimientos que le permiten al investigador establecer la relación con el objeto o sujeto de la investigación, (Pineda, 2008, pág. 125). Las técnicas que utilizamos para realizar este estudio son:

Encuesta: Es una herramienta a través de la cual el investigador obtiene los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. En este trabajo se utilizó para medir el conocimiento que tiene el personal de salud acerca del uso del partograma.

Revisión documental: Hace referencia a la búsqueda de información por medio de un documento legal, en este caso es el expediente clínico el cual utilizamos para evaluar el cumplimiento de las normas en el uso del partograma, por parte del personal de salud.

Instrumentos

Según Sabino (2014) “Un instrumento de recolección de datos es en principio cualquier recurso del cual el investigador pueda valerse para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información” (pp. 149 – 150). Los instrumentos utilizados en este estudio son:

Guía de encuesta: Consta de 14 preguntas de selección múltiple dirigidas al personal de salud, para evaluar el conocimiento teórico acerca del manejo del partograma.

Guía de revisión de expedientes: Los expedientes clínicos seleccionados se evaluaron por medio de 12 incisos específicos en los que se cuestiona el uso y llenado del partograma, con respuestas cerradas.

9. Triangulación

En este estudio se utilizó la triangulación de la información en los instrumentos, porque se aplicó una encuesta para evaluar el conocimiento sobre el uso del partograma y con la guía de revisión documental se valoró la práctica del llenado del partograma, corroborando así la aplicación de la teoría.

10. Juicio de expertos

No se realizó porque se retomaron los instrumentos de un estudio anterior los cuales ya habían sido validados.

11. Método de recolección de la información

Se le denomina “método” al medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos, (Pineda, 2008, pág. 125). El primer método para recolectar la información es la encuesta dirigida al personal de salud que realiza partograma, se realizó a cada uno del personal de la sala en los distintos días que se acudió durante 6 días consecutivos al hospital en turnos matutinos de 8am a 11am. El segundo método es la guía de revisión de expedientes clínicos a los cuales se tuvo acceso en la sala de labor y parto y se llevó a cabo en un periodo de tiempo de 4 días.

12. Procesamiento de la información

La información fue computarizada y procesada con el programa Microsoft Excel el cual tiene una amplia capacidad gráfica, y permite realizar listados usados en combinación de correspondencia, en este caso se utilizó el cálculo de la media aritmética para todas las variables en estudio. Se contrastarán datos relevantes de un estudio anterior realizado en la sala de labor y parto del HAN.

13. Presentación de la información

Se utilizó el programa Microsoft Word 2016, con tipo de letra Times New Roman¹², interlineado 1.5, márgenes superior, inferior y derecho de 2.5cm y margen izquierdo de 3cm para la redacción del informe final de investigación, se utilizó tablas dinámicas para crear la distribución de variables y los gráficos de barra de forma uni y multivariado y se presentará en el programa Microsoft PowerPoint.

14. Operacionalización de variables

No se realizó porque se retomaron instrumentos ya validados.

VIII. Marco teórico

1. Características laborales

1.1. Antigüedad laboral

La antigüedad laboral se refiere al tiempo total que tiene un trabajador prestando sus servicios, independientemente de que el trabajador durante dicho tiempo haya cambiado sus funciones, su puesto o que fuere reubicado en una nueva área. Es un beneficio que protege al trabajador, siguiendo principios fundamentales como la estabilidad laboral, la naturaleza protectora de esta rama del derecho y la continuidad laboral.

Los empleados de largo plazo están más familiarizados con el entorno laboral, este principio sugiere que los empleados con mayor antigüedad tienen niveles de competencia que los nuevos no tienen. Ellos conocen los procesos de rutina, así como también las expectativas de la compañía y las reglas implícitas.

1.2. Nivel profesional

La calificación de profesional no solo está vinculada a los conocimientos o al título habilitante, sino que también puede hacer referencia al compromiso, la ética y la excelencia en el desarrollo de las actividades laborales o de otro tipo. Se trata de un uso relativo y carente de precisión, ya que no requiere de un conocimiento específico de la profesión a la cual se hace alusión.

Los profesionales que actúan en el sistema de salud son los responsables de la eficiencia del mismo, o sea, su capacidad de intervención es directamente proporcional a la calidad de su formación y/o capacitación para desarrollar actividades en los servicios de salud. Además de ser también prestador de cuidados, comparte junto con los otros profesionales la responsabilidad funcional de los servicios, a nivel asistencial, educativo y administrativo, siendo a veces un articulador del equipo.

2. Partograma

2.1. Definición:

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. (Normativa 011, segunda edición, 2015)

2.2. Generalidades del partograma

Es un sistema de vigilancia con límites de alerta para prevenir el parto prolongado. En el se registra el progreso de la dilatación cervical en función del tiempo, marcando un límite extremo. El partograma con curvas de alerta constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del parto de un caso individual. Permite la alerta precoz en casos que, al traspasar el límite, estén insinuando un enlentecimiento y requieran mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brinda, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

2.3. Requisitos para la atención con calidad del binomio madre – hijo durante el trabajo de parto y parto. (Nacer centro asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, 2010).

- Identificar el trabajo de parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.
- Hospitalizar y canalizar vena con catéter #16. En vista de los resultados epidemiológicos en nuestro departamento, en donde la hemorragia posparto es la primera causa de morbi-mortalidad materna, se hace esta recomendación como medida preventiva.
- Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:
 - a) Verificar la actividad contráctil: Identificar la frecuencia óptima de las contracciones uterinas (mínimo tres contracciones en 10 minutos), la intensidad adecuada (40mm de Hg o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 30 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.
 - b) Evaluar la pelvis en la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el

canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

- Considerar los tejidos blandos maternos: 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.
- Evaluar las características fetales: es el feto con sus particularidades quién finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica.
- El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas. Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal de parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.
- Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: La madre y el feto vivos y sanos son las razones fundamentales de la vigilancia del trabajo de parto. Verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal.
- Evaluación del bienestar materno: El seguimiento de la gestante, es de suma importancia para el resultado final del proceso de gestación, parto y puerperio. Por tanto, la evaluación de los signos vitales maternos también hace parte fundamental de la evaluación del trabajo de parto.

2.4. Objetivos del partograma

1. Proveer de una herramienta al equipo de salud para la vigilancia y registro de la atención con calidad del trabajo de parto y parto.
2. Identificar la viabilidad del parto por vía vaginal durante el seguimiento del trabajo de parto para decidir el nivel de complejidad de la atención.

3. Identificar factores de riesgo que puedan incidir negativamente el resultado materno y perinatal para intervenirlos en forma preventiva.
4. Servir de fuente de información clínica y epidemiológica en el proceso de vigilancia de la atención del parto. (Nacer centro asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, 2010)

2.5. Ventajas del partograma

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott. (Nacer centro asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, 2010)

1. Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
2. Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
3. Presenta una tabla independiente para el registro de las condiciones clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto o mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos.
4. Es dinámico y fácil de interpretar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando esta se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.
5. Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede determinar lo adecuado o no de la evolución del

trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles y difíciles de encontrar.

2.6. Como utilizar el partograma

Con la paciente ingresada a sala de labor se debe iniciar el llenado del partograma con curva de alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado trabajo de parto. Llenar el partograma con los datos generales de identificación de la usuaria: Nombres y apellidos, número de expediente y fecha de elaboración del mismo.

Figura 1

PARTOGRAMA - CLAP - OPSIOMS

NOMBRE Y APELLIDO: _____

Nº DE HISTORIA CLINICA: _____

Fuente: (Normativa 011, segunda edición, 2015)

En la hora real en que inicia la elaboración del mismo, se debe de registrar la tensión arterial, frecuencia cardíaca, posición materna (LD: Lateral Derecho, LI: Lateral Izquierdo, D: Dorsal, SS: Semisentada, S: Sentada, PC: Parada o Caminando), intensidad de contracciones (+: débil, ++: normal, +++: fuerte), localización del dolor (SP: suprapúbico, S: sacro). (Normativa 011, segunda edición, 2015)

DIA MES AÑO

HORAS DE TRABAJO DE PARTO → 0 1 2 3 4 5 6 7 8

HORA REAL → 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

TENSION ARTERIAL	100/70	100/70	100/70						
PULSO	80	80	90						
POSICION MATERNA	D	D	D						
INTENSIDAD CONTRACCIONES	++	++	+						
DURACION CONTRACCIONES	40	40	20						
DOLOR LOCALIZACION	SP	SP	SP						
OBSERVACIONES	a	b	c	d	e	f	g	h	i

Figura 2

Fuente: (Normativa 011, segunda edición, 2015)

Si es requerido, utilizar las casillas de Observaciones; estas casillas se encuentran en la parte inferior del partograma, con las letras a, b, c, d... hasta la letra o. Cada una de estas letras se corresponde con el tiempo real representado en el partograma. Si tuviese que anotar una observación, cuya interpretación lleve a una decisión de diagnóstico, de tratamiento y/o de

referencia; marque con un asterisco la letra correspondiente. Si hay observaciones que hacer, se deberá marcar la letra a con un asterisco y en una hoja adicional en blanco registrar los comentarios diagnósticos, de tratamiento y/o de referencia. Si se realiza otra valoración en la misma hora en tiempo real, pueden ser registradas como a.2, a.3, etc.

Otros elementos que debe valorar desde el inicio del trabajo de parto, en el partograma son:

Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF), el cual se representa por un cuadrado en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del partograma. En el partograma se pueden graficar FCF que van desde 90 por minuto, hasta 200 por minuto. La frecuencia cardíaca fetal se debe tomar de la siguiente manera:

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). Tome la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4, para la búsqueda de dips tipo II, por lo menos una vez cada 30 minutos durante la fase activa (a partir de los 4-5 cms. de dilatación) y durante cada 5 minutos durante el segundo período (período expulsivo), cuando se investiga el dips II, este debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto. Si bien 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 rebajamiento sospeche 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. (Normativa 011, segunda edición, 2015)

Actividad Uterina

La frecuencia de las contracciones uterinas en 10 minutos, se grafica utilizando un triangulito en el tiempo real del partograma correspondiente a la valoración. Lo normal en el trabajo de parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.

A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración. Las variaciones de las contracciones uterinas, deben interpretarse: Si bien en el trabajo de parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en

10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++)), variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta. (Normativa 011, segunda edición, 2015).

Dilatación Cervical

Se grafica utilizando un puntito en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la curva real y la curva de alerta.

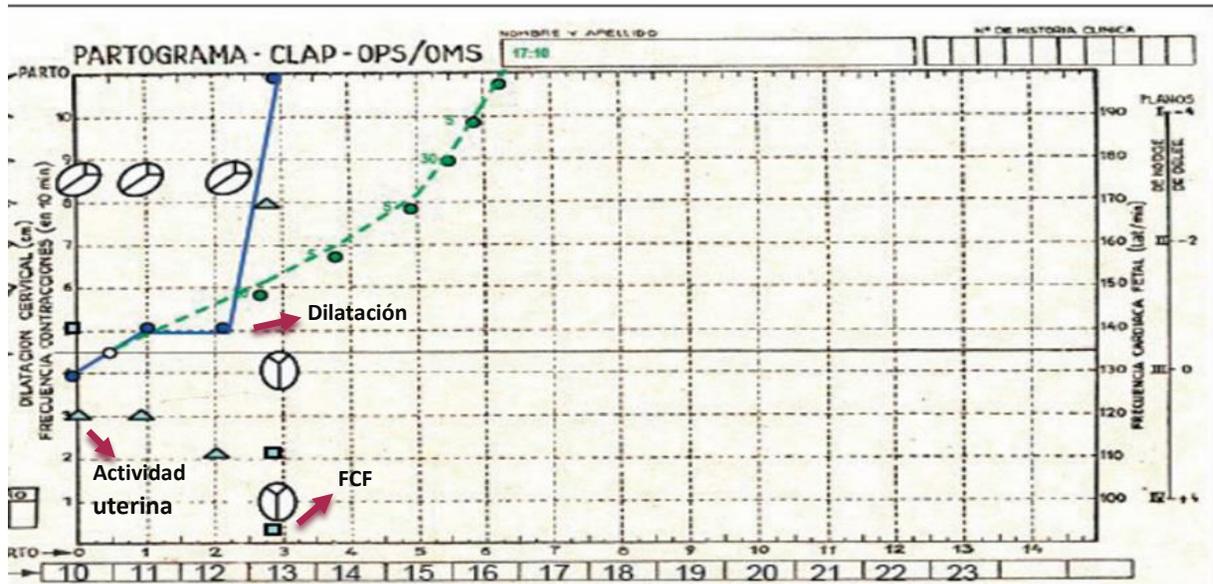


Figura 3

Fuente: (Normativa 011, segunda edición, 2015)

La utilización adecuada del partograma, permite incluso reducir el número de tactos que se realizan a la parturienta, reduciendo las molestias y el riesgo de infecciones. Si las membranas ovulares se hubiesen roto espontáneamente, en tiempo real debe registrarse (REM – Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucediere al momento de realizar un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por una indicación precisa, en tiempo real debe registrarse (RAM – Ruptura Artificial de Membranas).

Al momento de realizar el tacto vaginal, además de precisar la dilatación cervical, se debe valorar la variedad de posición de la presentación. Recuerde que la variedad de posición de la presentación cefálica más frecuente, es la Occipito Izquierda Anterior (OIA), seguida por la

Occipito Derecha Posterior (ODP); por lo tanto, estas son las primeras variedades de posición que todo trabajador de la salud que atiende partos debe tratar de identificar.

Si se observa la salida de meconio de forma espontánea o se identifica este al realizar el tacto vaginal, en el partograma, en tiempo real, la presencia de meconio debe registrarse M. (Normativa 011, segunda edición, 2015)

Los Planos Hodge, de acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV. Si la presentación fue graficada adecuadamente basado en un examen confiable, lo lógico es que en el avance del trabajo de parto se registre un descenso de la cabeza fetal, no un ascenso. Esto permite identificar si el descenso de la cabeza fetal es favorable en relación con la duración del parto según las características individuales de la parturienta. Por otro lado, si no se registra un descenso, esto podría suponer un trabajo de parto detenido o prolongación en las fases del parto.

La Curva Real que debe elaborarse en todo Partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos realizados. La curva real debe elaborarse desde el primer contacto con la parturienta en trabajo de parto, hasta el momento del nacimiento. Al monitorear el partograma con curva de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el momento del nacimiento traduce que: A la parturienta le fue realizada una cesárea, por lo tanto, no se grafica la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de por qué se decidió la realización de esta cirugía. (Normativa 011, segunda edición, 2015)

Si la parturienta fue referida a una unidad de salud de mayor nivel de resolución, una copia del partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado.

La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la curva real se intercepta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cm de dilatación cervical).

caminando, parada o sentada).

- **Horizontal**, hay 2 categorías: Multíparas y Nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada. (Normativa 011, segunda edición, 2015)

Debe compararse e interpretarse la curva real que se va obteniendo en los diferentes tactos realizados, con la curva de alerta previamente elaborada: La curva de alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la curva real debe cruzar la curva de alerta (Trabajo de Parto Prolongado u Obstruido). Tampoco es normal que la curva real sea vertical y que se aleje demasiado de la curva de alerta (trabajo de parto intempestivo o parto precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), lo cual también trae serias complicaciones al binomio materno-fetal.

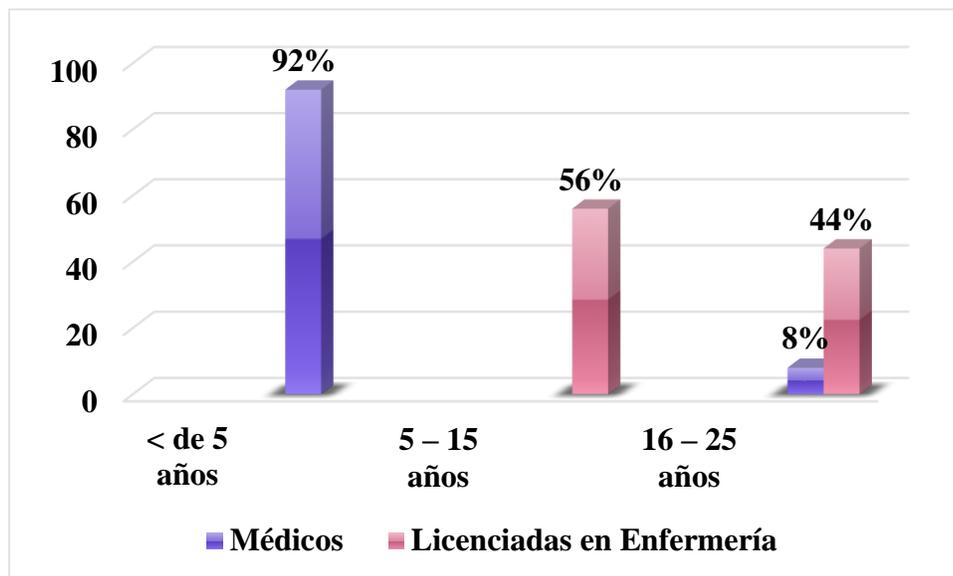
Los cambios de patrones en la curva de alerta deben graficarse en el partograma: De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas. Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, de pie, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se debe cambiar el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa. (Normativa 011, segunda edición, 2015).

IX. Discusión y análisis de la información

Según los datos obtenidos a través de los instrumentos que se aplicaron al personal de salud que labora en la sala de labor y parto conformado por un total de 21 personas que cumplieron con los criterios de inclusión, en el Hospital Alemán Nicaragüense. Donde el personal de salud realizó llenado de encuesta para evaluar el conocimiento teórico y también se aplicó guía de revisión a 20 expedientes para evaluar la práctica con respecto al manejo del partograma. A continuación, se describe el análisis de la información tomando en cuenta los datos de mayor relevancia para obtener una interpretación concreta de los resultados.

Figura 1

Antigüedad y nivel profesional del personal de la sala de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense



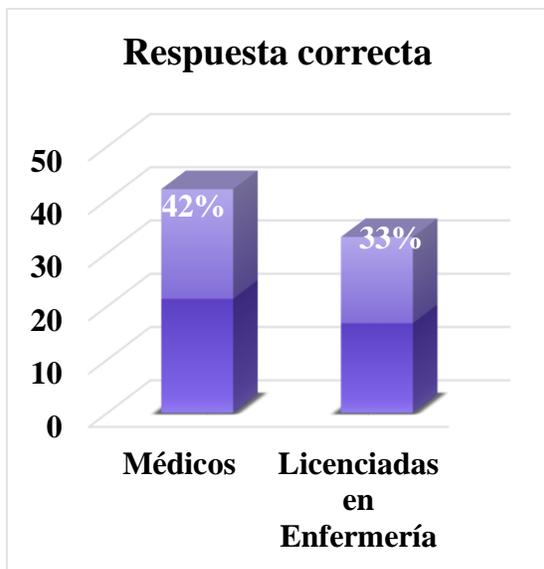
Fuente: Tabla 1

La figura 1 refleja las siguientes características del personal de salud que realizó la encuesta:

El 92 % de los médicos tienen <5 años de laborar en la sala y 8% entre 16 – 25 años; 56 % de las licenciadas en Enfermería tienen entre 5 – 15 años de laborar en la sala y el 44 % tienen entre 16 – 25 años de laborar en la sala.

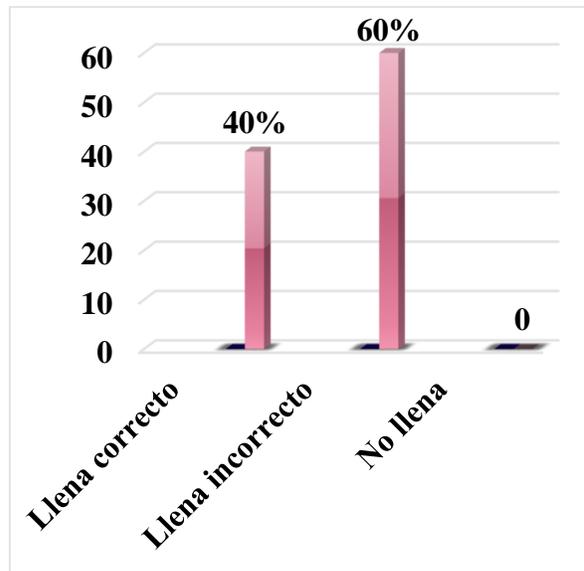
Teniendo como resultado que las licenciadas en Enfermería son las que tienen mayor antigüedad de laborar en la sala. Según la teoría son los que tienen mayor conocimiento y capacidad de intervenir con calidad en el desarrollo de sus funciones debido a que están más familiarizados con las actividades y procedimientos de rutina que realizan en el área en la cual laboran.

Figura 2
Conocimiento del personal acerca del llenado de los datos generales en el partograma



Fuente: Tabla 2

Figura 3
Llenado de los datos generales en el partograma

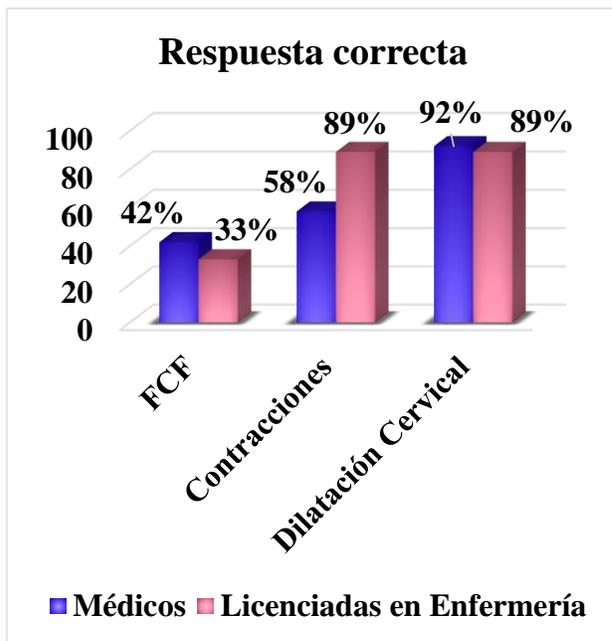


Fuente: Tabla 3

En la evaluación acerca del conocimiento que tiene el personal de salud sobre el llenado de los datos generales en el partograma se encontró que solo el 42 % correspondiente a los médicos y 33 % correspondiente a las licenciadas en Enfermería respondieron correctamente.

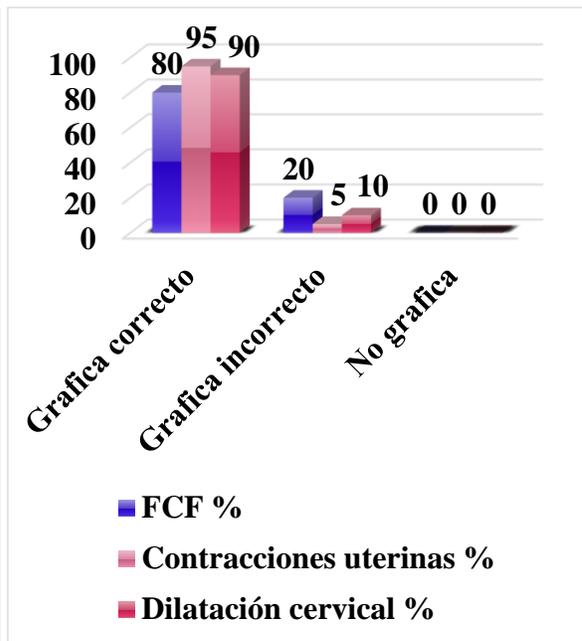
En cuanto al llenado de los datos generales en el partograma, la figura 3 refleja que el 60 % del personal de salud realiza un llenado incorrecto, y solo el 40 % los llena correctamente. Por lo tanto, es evidente que la deficiencia del conocimiento de la teoría influye en la aplicación de la misma en la práctica. Sin embargo, es importante realizar el correcto llenado de todos los datos generales en el partograma porque forma parte del expediente clínico donde se registra la atención que recibe cada paciente de manera individual y el cual se utiliza como evidencia en caso de procesos legales.

Figura 4
Conocimiento que tiene el personal de salud acerca de la simbología en el partograma



Fuente: Tabla 4

Figura 5
Grafica llenado de la simbología del partograma



Fuente: Tabla 5

En la figura 4 se observan los siguientes resultados acerca del conocimiento que tiene el personal de salud sobre el uso de la simbología en el partograma:

El 92 % de los médicos y 89 % de las licenciadas en Enfermería respondieron correctamente sobre la simbología que se utiliza en el partograma para graficar la dilatación cervical; el 89 % de las licenciadas en Enfermería y 58 % de médicos respondieron correcto acerca de la simbología que se utiliza para graficar las contracciones; 42 % de los médicos y 33 % de las licenciadas en respondieron correcto cual es el símbolo que se utiliza para graficar la FCF.

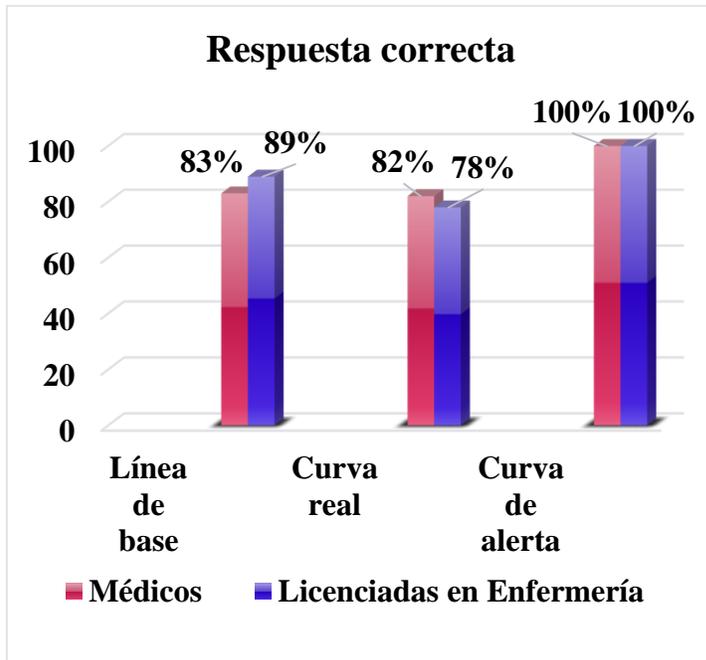
Con respecto al llenado de la simbología en el partograma según la figura 5, refleja que el 95 % del personal de salud grafica correctamente las contracciones uterinas, el 90 % grafica correcto la dilatación cervical y el 80 % grafica correcto la FCF.

Los resultados indican que la mayoría del personal tiene buen conocimiento acerca de la simbología que se utiliza para graficar la dilatación cervical y contracciones uterinas, pero tienen

poco conocimiento sobre la simbología que se utiliza para graficar la FCF. Sin embargo, al evaluar el llenado de la simbología de la FCF encontramos que la mayoría graficó correctamente.

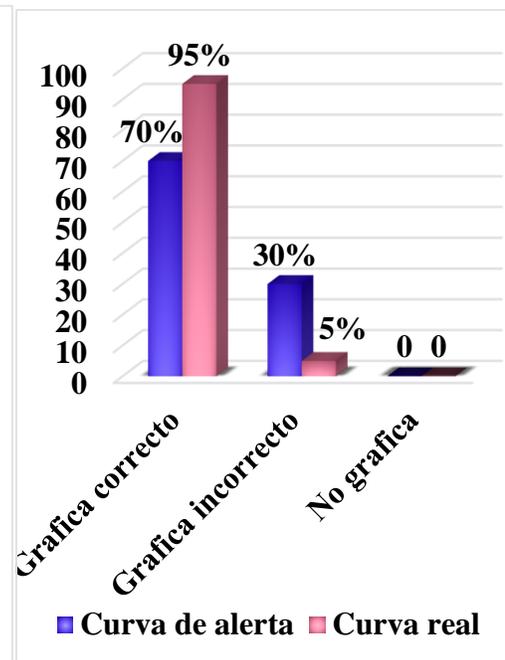
La frecuencia cardiaca fetal se representa por un cuadrado en el tiempo real correspondiente, tomando como valores de referencia para graficar, los que se encuentran en la parte derecha del partograma. Si bien, se considera normal una FCF entre 120 y 160 por min., la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de rebajamiento se debe sospechar de sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse, además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS variables. Es importante conocer la teoría porque de esa manera se puede interpretar los valores, para lograr la identificación de la vitalidad fetal durante el trabajo de parto.

Figura 6
Conocimiento que tiene el personal acerca de líneas y curvas en el partograma



Fuente: Tabla 6

Figura 7
Líneas y curvas que realiza el personal en el partograma



Fuente: Tabla 7

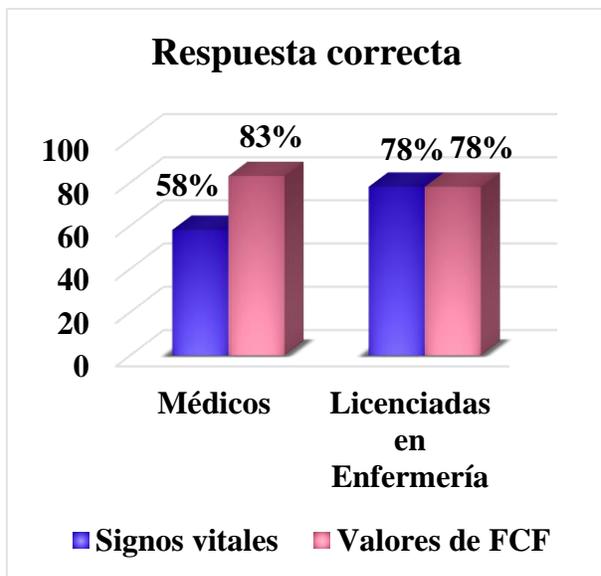
En el conocimiento acerca de las líneas y curvas del partograma, se obtuvo un alto porcentaje en cuanto a la curva de alerta, tanto médicos como licenciadas en Enfermería respondieron correctamente obteniendo 100 %, con respecto a la línea de base el 89 % de licenciadas en Enfermería y 83 % de médicos respondieron correctamente, y en la curva real el 82 % de médicos y 78 % de licenciadas en Enfermería respondieron correctamente.

En cuanto a la elaboración de las curvas, el 95 % del personal grafica correctamente la curva real, pero solo el 70 % grafica correctamente la curva de alerta. Por lo que claramente podemos observar que la mayoría del personal tiene dominio sobre la teoría acerca de la línea de base y curvas, no obstante, es evidente que no existe una correcta aplicación de la teoría en la práctica.

La línea de base que contiene el partograma es por la cual se inicia la construcción de la curva de alerta, la cual permite evaluar el progreso del parto porque marca el límite extremo o sea el tiempo máximo aceptable que debe demorar la dilatación del cuello uterino centímetro a

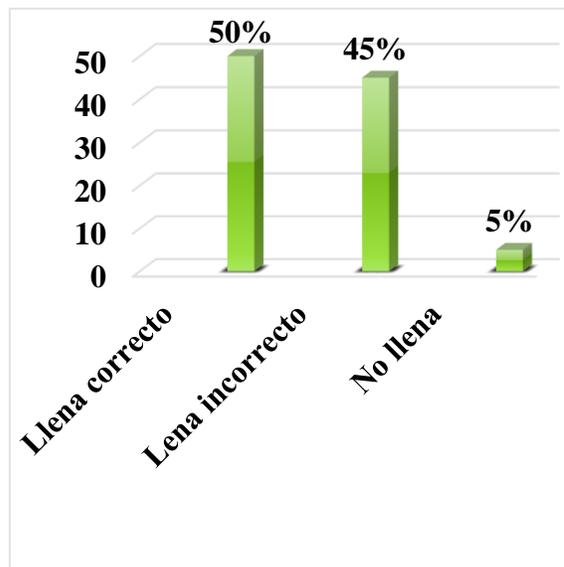
centímetro hasta el periodo del expulsivo. La curva real debe mantenerse siempre a la izquierda de la curva de alerta; en ninguna situación la curva real debe cruzar la curva de alerta, no debe ser vertical ni debe alejarse demasiado de la curva de alerta, si esto ocurre es porque existe alguna complicación y se debe intervenir oportunamente para dar solución, de ahí surge la importancia de dominar la teoría y graficar bien las curvas para poder estimar el tiempo que va a durar el trabajo de parto, identificar la secuencia que debe seguir la dilatación conforme el tiempo y si el progreso real del parto está dentro de los valores estimados.

Figura 8
Conocimiento que tiene el personal de salud sobre vitalidad materno fetal en el partograma



Fuente: Tabla 8

Figura 9
Llenado que realiza el personal de signos vitales en el partograma



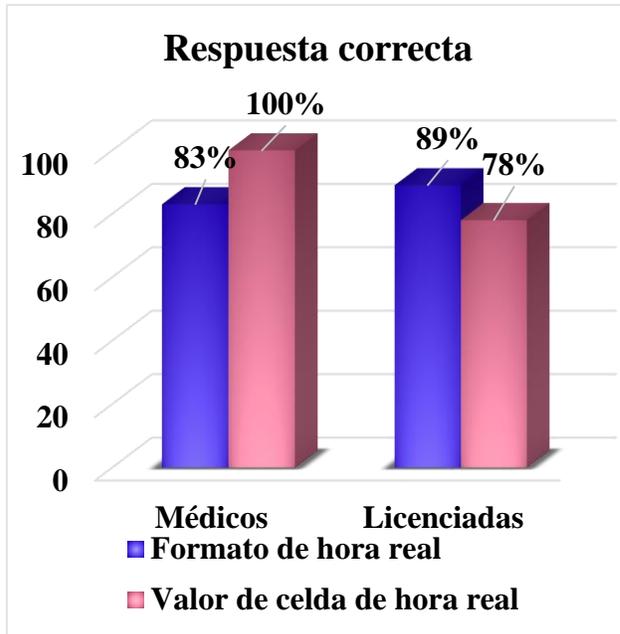
Fuente: Tabla 9

En la figura que se valoró el conocimiento sobre la vitalidad materno fetal, obtuvimos que el 83 % de los médicos y 78 % de las licenciadas en Enfermería contestaron correctamente acerca de los valores de la FCF; 78 % de licenciadas en Enfermería y el 58 % de los médicos respondieron correctamente acerca los signos vitales.

Con respecto al llenado de los signos vitales en el partograma solo el 50 % del personal llena correcto, el 45 % llena incorrecto y 5 % no llena. Por lo que llegamos a la conclusión que, aunque el personal tiene mayor conocimiento de la teoría de los signos vitales no la aplican, pues no llenan correctamente los signos vitales en el partograma.

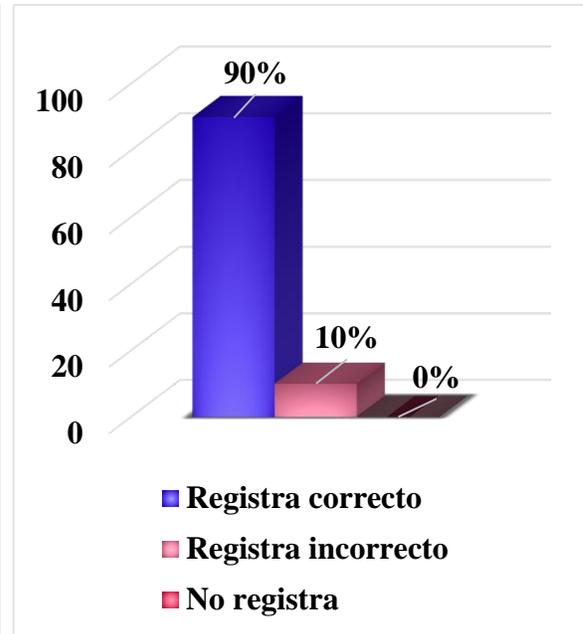
La presión arterial se debe valorar según las complicaciones de cada paciente, pero según normas se debe medir cada hora, se valora en milímetros de mercurio fuera de contracciones. El pulso debe tomarse en latidos por minutos fuera de contracciones. Es importante el monitoreo de los signos vitales de la madre porque reflejan el estado hemodinámico de la paciente y con la interpretación adecuada ayuda al personal a decidir conductas de manejo.

Figura 10
Conocimiento del personal sobre el registro de horas en el partograma



Fuente: Tabla 10

Figura 11
Registro de hora real en el partograma realizado por el personal



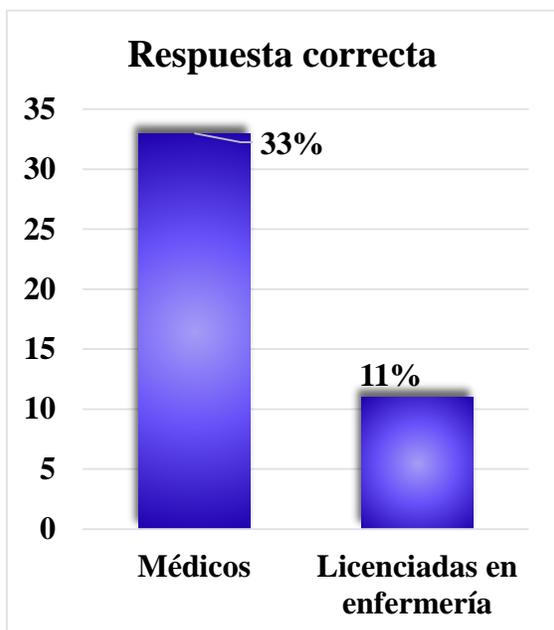
Fuente: Tabla 11

En la evaluación del conocimiento sobre el registro de horas en el partograma el 100 % de los médicos y 78 % de licenciadas en Enfermería respondieron correctamente acerca del valor de cada celda de hora real; 89 % de las licenciadas Enfermería y 83 % de los médicos respondieron correctamente el formato de hora real. En el estudio realizado en el 2014 se encontró mayor deficiencia en las enfermeras con respecto al conocimiento del formato de hora real (Pérez, Sandoval, & Meza, 2014), sin embargo, actualmente se evidencia que el personal de Enfermería mejoró en su conocimiento.

En la figura del registro de hora real se evidencia que el 90 % del personal registra correctamente, siendo la minoría el 10 % que registra incorrectamente. Tomando en cuenta el conocimiento que tiene el personal de salud, es notable que relacionan la teoría con la práctica.

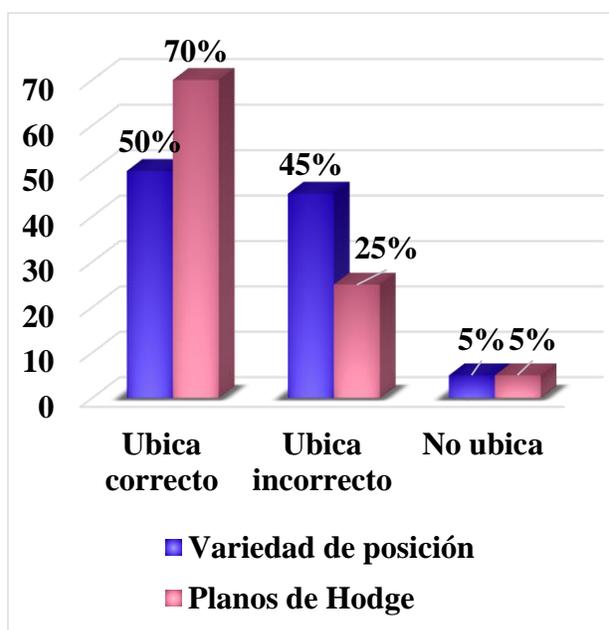
Cada celda corresponde a una hora, dividida en 4 segmentos de 15 minutos cada uno, debajo de la línea de horas de trabajo de parto se registra la hora real, es decir la hora en la que la paciente inicio trabajo de parto; con formato de 12 horas.

Figura 12
Conocimiento que tiene el personal
acerca de variedad de posición fetal



Fuente: Tabla 12

Figura 13
Ubicación de variedad de posición
según planos de Hodge que realiza el
personal de salud



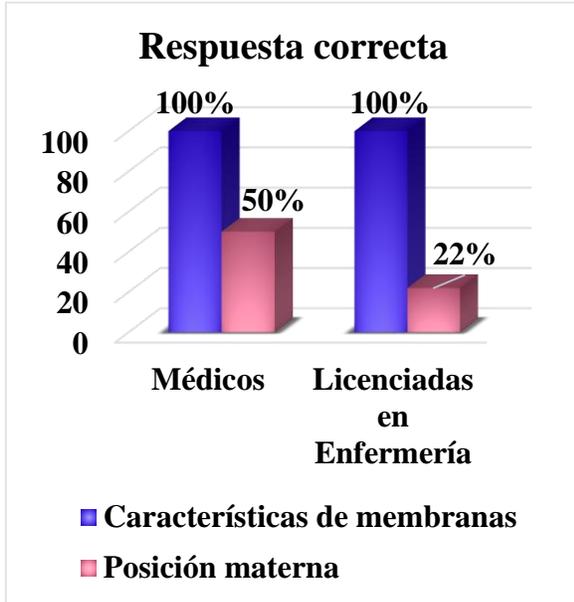
Fuente: Tabla 13

En el conocimiento que tiene el personal acerca de la variedad de posición el 33 % de médicos y 11 % de licenciadas en Enfermería contestaron correctamente. Según el estudio realizado anteriormente (Pérez, Sandoval, & Meza, 2014), el personal de Enfermería contestó incorrectamente por lo que podemos analizar que dicho personal continúa con poco dominio teórico acerca de la variedad de posición.

Con respecto a la ubicación de la variedad de posición el 50 % ubica correcto, 45 % ubica incorrecto y 5 % no ubica; según planos de Hodge 70 % ubica correcto, 25 % ubica incorrecto y 5 % no ubica. Lo que significa que la mayoría del personal tiene deficiencia en el conocimiento de la variedad de posición por lo que es evidente que también tienen deficiencia al momento de graficarla, no obstante, al ubicarlo según los planos de Hodge la mayoría lo ubica correcto.

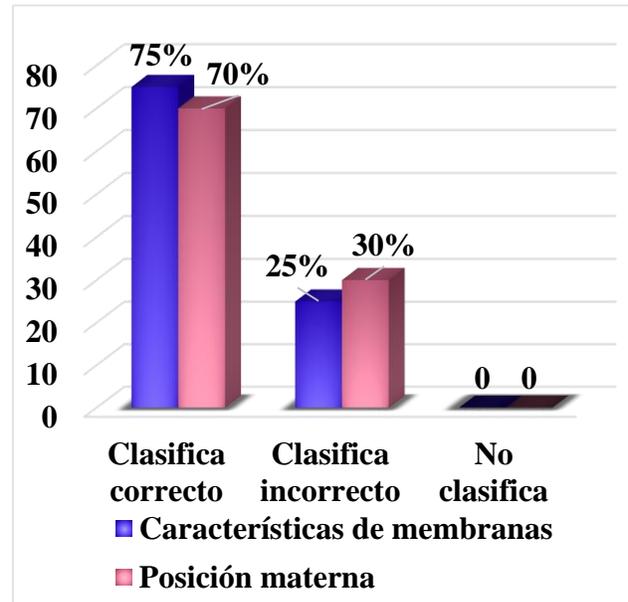
Graficar la variedad de posición permite identificar si el feto es capaz de atravesar el canal del parto y evaluar el encajamiento, descenso y desprendimiento del feto. De acuerdo al grado de encajamiento y descenso de la presentación, deben graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV.

Figura 14
Conocimiento del personal acerca de características de membranas y posición materna



Fuente: Tabla 14

Figura 15
Clasificación de las características de membranas y posición materna



Fuente: Tabla 15

En la figura del conocimiento del personal acerca de las características de membranas el 100 % del personal contestó correctamente. Con respecto al conocimiento que tienen acerca de la posición materna 50 % de médicos y 22 % de las licenciadas en Enfermería contestaron correctamente.

El 75% del personal clasifica correcto las características de las membranas y el 25 % clasifica incorrecto, 70% clasifica correctamente la posición materna y 30 % clasifica incorrecto. Teniendo como resultado que todo el personal de salud tiene conocimiento de las características de las membranas, y la mayoría lo aplica al momento de clasificarlas. Sin embargo, se encuentra poco dominio en la teoría de la posición materna, pero la mayoría lo clasifica correctamente.

Es importante seleccionar las características individuales de cada parturienta porque de acuerdo a esa clasificación se construye la curva de alerta, la cual debe de compararse con la curva real que se va construyendo según los datos obtenidos de los tactos realizados. Así mismo, se deben graficar los cambios de patrones en la curva de alerta según el cambio de posición materna y de las características de las membranas. Todo esto teniendo en cuenta que la curva de alerta es el

tiempo máximo que puede demorar el trabajo de parto, por lo tanto, es indispensable realizar una correcta clasificación para interpretar adecuadamente e intervenir de manera oportuna previendo las complicaciones que se pueden presentar.

X. Conclusiones

1. La mayoría del personal son médicos y licenciadas en Enfermería, siendo el personal de Enfermería las que tienen mayor antigüedad laboral.
2. Se determinó que las enfermeras son las que presentan mayor deficiencia en cuanto al conocimiento acerca del uso del partograma. En general se estimó que el personal de salud tiene poco dominio teórico en algunos aspectos del partograma tales como: datos generales, simbología de la FCF, variedad de posición fetal y posición materna.
3. La mayoría del personal hace uso correcto del partograma, sin embargo, se encontraron deficiencia en un llenado incorrecto de los datos generales y de los signos vitales en el partograma.
4. Se encontró que de manera general el personal de salud tiene bastante deficiencia en conocimiento, pero al llenarlo lo hacen de manera correcta, sin embargo, se aclara que en la sala de labor y parto del HAN, la mayoría del partograma es llenado por la parte médica.

XI. Recomendaciones

Se recomienda a: Directora del HAN:

1. Brindar capacitaciones a todo el personal de la sala de labor y parto sobre el manejo del partograma según normas y protocolos del MINSA.
2. Motivar al personal de enfermería que labora en la sala de labor y parto a involucrarse con el llenado del partograma.
3. Realizar evaluaciones periódicas al personal que hace uso del partograma sobre el manejo del mismo.

Bibliografía

- Espinoza, C., & Flores, E. (2016). *Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Laboy y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios - Estelí, en el período Julio - Septiembre, 2015. (Monografía). UNAN-MANAGUA.*
- Flores, R. R. (2015). *Calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento del manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe. (Monografía). UNAN-Managua.*
- Sánchez, A. M., & Torres, A. E. (2015). *Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Ginecoobstetricia en el Hospital Victoria Motta - Jinotepe. (Monografía). UNAN-Managua.*
- Pérez, B., Sandoval, K., & Meza, M. (2014). *Control de variables materno fetales. (Seminario de graduación). UNAN-Managua.*
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación. 6ta edición. INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.*
- Nacer centro asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS, U. d. (2010). *En Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR - OPS/OMS. Medellín.*
- Normas APA. (2018). Obtenido de normasapa.net/triangulacion-definiciones-tipos/*
- Ministerio de Salud, Normativa 011, segunda edición. (2015). *Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo de riesgo. Managua.*
- Pineda, E. & Alvarado, E. (2008). *Metodología de la investigación. Washington, D.C.*
- RAE. (2014). Recuperado el 2019, de Diccionario de la lengua española 23ª Edición: dle.rae.es/?id=H0r0IK
- Reyes, S. (2010). *Módulo de docente de investigación aplicada.*
- Sabino, C. (2014). *Proceso de investigación. Buenos Aires: Episteme.*

XII. ANEXOS

Tabla 1
Antigüedad y nivel profesional del personal de la sala de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense

Antigüedad	< de 5 años		5 – 15 años		16 – 25 años	
	F	%	F	%	F	%
Nivel académico						
Médicos	11	92	0	0	1	8
Licenciadas en Enfermería	0	0	5	56	4	44
Total	11	52	5	24	5	24

Fuente: Encuesta al Personal de Salud

Tabla 2
Conocimiento del Personal acerca del llenado de los datos generales en el Partograma

Conocimiento del personal acerca del llenado de los datos generales en el partograma	F	%
Médicos	5	42
Licenciadas en Enfermería	3	33
Total	8	38

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 3
Llenado de los datos generales en el Partograma

Llenado de los datos generales en el partograma	Llena correcto		Llena incorrecto		No llena		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Personal de salud	8	40	12	60	0	0	20	100

Fuente: Guía de revisión de expedientes

Tabla 4
Conocimiento que tiene el personal de salud acerca de la simbología en el partograma

Símbolos	Médicos		Licenciadas en Enfermería		Total	
	F	%	F	%	F	%
FCF	5	42	3	33	8	38
Contracciones	7	58	8	89	15	71
Dilatación Cervical	11	92	8	89	19	90

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 5
Grafica llenado de la simbología del partograma

Simbología	Personal de salud					
	FCF		Contracciones uterinas		Dilatación cervical	
	F	%	F	%	F	%
Grafica correcto	16	80	19	95	18	90
Grafica incorrecto	4	20	1	5	2	10
No grafica	0	0	0	0	0	0
Total	20	100	20	100	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Tabla 6
Conocimiento que tiene el personal acerca de líneas y curvas en el partograma

Líneas y curvas	Línea de base		Curva real		Curva de alerta	
	F	%	F	%	F	%
Médicos	10	83	9	82	12	100
Licenciadas en Enfermería	8	89	7	78	9	100
Total	18	86	16	76	21	100

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 7
Líneas y curvas que realiza el personal en el partograma

Líneas y curvas que realiza el personal en el partograma	Personal de salud			
	Curva de alerta		Curva real	
	F	%	F	%
Grafica correcto	14	70	19	95
Grafica incorrecto	6	30	1	5
No grafica	0	0	0	0
Total	20	100	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Tabla 8
Conocimiento que tiene el personal de salud sobre vitalidad materno fetal en el partograma

Vitalidad materno fetal	Signos vitales		Valores de FCF	
	F	%	F	%
Médicos	7	58	10	83
Licenciadas en Enfermería	7	78	7	78
Total	14	67	17	81

Fuente: Encuesta al Personal de Salud

Tabla 9
Llenado que realiza el personal de signos vitales en el partograma

Signos vitales	Llena correcto		Lena incorrecto		No llena		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Personal de salud	10	50	9	45	1	5	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Tabla10
Conocimiento del personal sobre el Registro de horas en el partograma

Hora real	Formato de hora real		Valor de celda de hora real	
	F	%	F	%
Médicos	10	83	12	100
Licenciadas	8	89	7	78
Total	18	86	19	90

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 11
Registro de Hora Real en el Partograma realizado por el personal

Hora real	Registra correcto		Registra incorrecto		No registra		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Personal de salud	18	90	2	10	0	0	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Tabla 12
Conocimiento que tiene el personal acerca de variedad de posición fetal

Variedad de posición fetal	Variedad de posición	
	F	%
Médicos	4	33
Licenciadas en enfermería	1	11
Total	5	24

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 13
Ubicación de variedad de posición según planos de Hodge que realiza el personal de salud

Ubicación de variedad de posición según planos de Hodge	Personal de salud			
	Variedad de posición		Planos de Hodge	
	F	%	F	%
Ubica correcto	10	50	14	70
Ubica incorrecto	9	45	5	25
No ubica	1	5	1	5
Total	20	100	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Tabla 14
Conocimiento del personal acerca de características de membranas y posición materna

Membranas y posición materna	Características de membranas		Posición materna	
	F	%	F	%
Médicos	12	100	6	50
Licenciadas en Enfermería	9	100	2	22
Total	21	100	8	38

Fuente: Encuesta al personal de salud

Tabla 15
Clasificación de las características de membranas y posición materna que realiza el personal en el partograma

Clasificación de las características de membranas y posición materna	Personal de salud			
	Características de membranas		Posición materna	
	F	%	F	%
Clasifica correcto	15	75	14	70
Clasifica incorrecto	5	25	6	30
No clasifica	0	0	0	0
Total	20	100	20	100

Fuente: Guía de Revisión de expedientes

Bosquejo

1. Características laborales
 - 1.1. Antigüedad laboral
 - 1.2. Nivel profesional
2. Partograma
 - 2.1. Definición
 - 2.2. Generalidades del partograma
 - 2.3. Requisitos para la atención con calidad del binomio madre – hijo durante el trabajo de parto y parto.
 - 2.4. Objetivos del partograma
 - 2.5. Ventajas del partograma
 - 2.6. Cómo utilizar el partograma
 - 2.6.1. Datos generales
 - 2.6.2. Posición materna
 - 2.6.3. FCF
 - 2.6.4. Actividad uterina
 - 2.6.5. Dilatación cervical
 - 2.6.6. Variedad de posición
 - 2.6.7. Planos de Hodge
 - 2.6.8. Curva real
 - 2.6.9. Curva de alerta
 - 2.6.10. Características de las membranas

Cronograma de actividades

Fase	Código de la actividad	Actividad	Fecha de inicio	Duración en días	Fecha de terminación
Planificación	1	Fase exploratoria (selección del tema)	18/12/18	2	20/12/18
	2	Planteamiento del problema	21/12/18	6	27/10/18
	3	Justificación	27/12/18	6	02/01/19
	4	Objetivos	03/01/18	1	04/01/19
	5	Marco Teórico	05/01/19	13	18/01/19
	6	Diseño metodológico	19/01/19	4	23/01/19
	7	Elaboración de matriz de variables	-	-	-
	8	Elaboración de instrumentos	-	-	-
	9	Validación de los instrumentos	-	-	-
	10	Mejora del protocolo final	-	-	-
	11	Escritura del protocolo formal	-	-	-
	12	Incorporación de las observaciones	-	-	-
De campo	13	Aplicación de los instrumentos	20/02/19	5	25/02/19
	14	Análisis de los resultados del trabajo de campo	26/02/19	3	28/02/19
Divulgación de los resultados	15	Elaboración del informe preliminar de investigación	15/01/19	47	03/03/19
	16	Pre-defensa al docente	-	-	-
	17	Entrega del documentos	04/03/19	1	04/03/19
	18	Defensa del informe de investigación	13/03/19	3	16/03/19

Presupuesto

Rubro	Cantidad	
	C\$	\$
Transporte	C\$310	\$9.53
Internet	C\$400	\$12.30
Recargas telefónicas	C\$200	\$6.15
Fotocopias	C\$200	\$6.15
Impresiones	C\$1,340	\$41.23
Vestimenta	C\$600	\$18.45
Refrigerio para el jurado	C\$250	\$7.69
Total	C\$3,200	\$98.46



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la salud, “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Hospital Alemán Nicaragüense

Sala de labor y parto

Guía de encuesta

La presente encuesta es de carácter anónimo y está dirigida al personal de salud que trabaja en la sala de labor y parto que realiza el llenado de partograma, con la finalidad de evaluar el manejo del mismo. Por su colaboración y suministro de información extendemos nuestro agradecimiento.

I. Datos Generales

Edad:

Sexo:

Nivel profesional:

Cargo que ocupa en la sala:

Años de laborar:

II. Encierre en un círculo la respuesta correcta

1. Son los datos generales que se debe llenar en un partograma:

- a) Nombre y apellidos, fecha, número de cédula
- b) Nombre y apellidos, fecha, número de historia clínica
- c) Nombre y apellidos, día, mes, año, número de historia clínica
- d) b y c son correctas

2. Símbolo con el que se representa la frecuencia cardíaca fetal en un partograma es:

- a) ■
- b) ●

- c) Δ
 - d)
3. Los valores normales de la frecuencia cardíaca fetal son:
- a) 100-150 por minuto
 - b) 120-150 por minuto
 - c) 120-160 por minuto
 - d) 100-160 por minuto
4. El símbolo con el que se representa la frecuencia de las contracciones uterinas es:
- a) Δ
 - b) ●
 - c) ▲
 - d)
5. Signos vitales que se anotan en el partograma:
- a) Pulso, temperatura, frecuencia cardíaca fetal
 - b) Respiración, P/A, pulso
 - c) Respiración, pulso, temperatura
 - d) Pulso, P/A
6. Símbolo con el que se grafica la dilatación cervical
- a) ●
 - b) ○
 - c) ▲
 - d)
7. ¿Cómo se grafica la variedad de posición fetal?
- a) Tomando en cuenta el plano de Hodge en que se encuentra el feto
 - b) Ø
 - c) ○
 - d) a y b son correctas
8. La hora real en el partograma se refleja en formato de:
- a) 12 horas
 - b) 18 horas
 - c) 24 horas

- d) Ninguna de las anteriores
9. Cada celda representa:
- a) ½ hora
 - b) 2 horas
 - c) 1 hora
 - d) Todas las anteriores
10. Si una mujer llega con membranas intactas, ¿Al romperlas se refleja en el partograma?
- a) Si
 - b) No
 - c) No sé
 - d) No aplica
11. ¿En qué parte del partograma está ubicada la línea de base?
- a) En la parte inferior
 - b) En la parte superior
 - c) En la parte media
 - d) Todas son falsas
12. La curva real se grafica con línea:
- a) Punteada
 - b) Continua
 - c) Recta
 - d) Curva
13. La curva de alerta se grafica con línea:
- a) Punteada
 - b) Continua
 - c) Vertical
 - d) Recta
14. ¿De qué manera se refleja la posición materna en el partograma?
- a) DLI, DLD, D, SS, S, PC
 - b) Acostada
 - c) LI, LD, D, SS, S, PC
 - d) Dorsal



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

Instituto Politécnico de la salud, “Luis Felipe Moncada”

Departamento de Enfermería

Hospital Alemán Nicaragüense

Sala de labor y parto

Guía de revisión de expedientes

Número de expediente:

Nivel profesional:

1. Llena los datos generales del partograma
 - a) Llena correcto
 - b) Llena incorrecto
 - c) No llena
2. Grafica la frecuencia cardíaca fetal
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto
 - c) No grafica
3. Grafica las contracciones uterinas en el partograma
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto
 - c) No grafica
4. Grafica la dilatación cervical en el partograma
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto

- c) No grafica
- 5. Grafica la variedad de posición fetal en el partograma
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto
 - c) No grafica
- 6. Ubica la variedad de posición en que se encuentra según el plano de Hodge
 - a) Ubica correcto
 - b) Ubica incorrecto
 - c) No ubica
- 7. Clasifica la paridad y las características de las membranas en el partograma
 - a) Clasifica correcto
 - b) Clasifica incorrecto
 - c) No clasifica
- 8. Grafica curva de alerta en el partograma
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto
 - c) No grafica
- 9. Grafica curva real en el partograma
 - a) Grafica correcto
 - b) Grafica incorrecto
 - c) No grafica
- 10. Refleja los signos vitales en el partograma
 - a) Refleja correcto
 - b) Refleja incorrecto
 - c) No refleja
- 11. Llena la hora real en el partograma
 - a) Llena correcto
 - b) Llena incorrecto
 - c) No llena

12. Refleja la posición materna en el partograma

- a) Refleja correcto
- b) Refleja incorrecto
- c) No refleja