



Tesis para optar a título de médico y cirujano.

Nivel de cumplimiento de llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago, Jinotepe-Carazo, periodo Enero-Junio 2017.

Autoras:

Br. Melania Massiela Mendieta Romero

Br. Rebeca Amanda Quintero Manujina

Tutor Científico:

Dr. Byron Ernesto Vargas

Especialista en Gineco-Obstetricia del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe

Asesora metodológica:

Dra. Maryell Urroz

Catedrática del Departamento de Ciencias Fisiológicas

UNAN-Managua

Managua, 2020

Dedicatoria

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser sus hijas, son los mejores padres.

A nuestros maestros, que se han tomado el arduo trabajo de transmitirnos sus diversos conocimientos y por brindarnos su apoyo.

Agradecimiento

A nuestra Universidad, por ser nuestra casa de estudios en esta etapa maravillosa, ahí vivimos momentos buenos y malos, pero siempre fue satisfactorio estudiar en ella.

Al Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, por ser parte importante de nuestra formación y permitirnos realizar el presente estudio.

A nuestros tutores, Dr. Byron Vargas y Dra. Maryell Urroz, quienes con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración nos permitieron el desarrollo de este trabajo.

Opinión del tutor

El partograma constituye una de las herramientas fundamentales en el momento de la vigilancia durante el trabajo de parto, es un instrumento económico y asequible de uso universal y diagnostica precozmente las desviaciones en la evolución del trabajo de parto, tiene el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal.

La calidad de atención que se brinda especialmente en las embarazadas tiene que ser medida y evaluada de manera frecuente, ya que todo aquello que repercute en la salud madre/hijo debe de enfatizar no solo para enfocar el problema, sino también para buscar soluciones oportunas.

Las jóvenes bachilleres Rebeca Amanda Quintero Manujina y Melania Massiela Mendieta Romero lograron con su esfuerzo investigativo medir la aplicación de un instructivo de validación de calidad, de forma excelente. Estoy seguro que sus resultados servirán de mucho tanto para la institución de salud como para el sistema. Aunque durante el proceso de recolección de datos tuvieron varios contratiempos ya que no se les facilitó la ayuda necesaria para llevar a cabo una buena recolección, recibiendo poco apoyo de autoridades superiores y al mismo tiempo por su trabajo como médicos en servicio social durante la epidemia que vivió el país en 2019; sin embargo, dicho trabajo puedo calificarlo como excelente y me enorgullece el entusiasmo y dedicación por parte de las autoras.

Reciban las investigadoras mis más altas muestras de aprecio y respeto por el esfuerzo realizado.

Atentamente:

Dr. Byron Ernesto Vargas
Tutor
Especialista en Gineco-Obstetricia HERSJ
Sub-Director médico HERSJ

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, durante el periodo de enero a junio del 2017. Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 150 expedientes de pacientes que ingresaron a la sala de labor y parto. Dentro de los criterios de inclusión de este estudio fueron todas aquellas pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo, pacientes atendidas durante el periodo de estudio y todos los partos que culminaron vía vaginal.

Dentro de los principales resultados del estudio se encuentran: en relación a las características sociodemográficas la mayoría de las pacientes tenían entre 20-34 años con un 62.7% (94), de procedencia rural en un 60% (90), ocupación ama de casa en un 88.7% (133) y estado civil acompañada en un 62% (93).

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos predominantes se obtuvo que la mayoría de las pacientes eran primigestas y bigestas en un 32.7% (49). El intervalo intergenesico fue de más de 18 meses en un 54.7% (82), con más de 4 CPN en un 82% (123) y embarazos a término en un 91.3% (137). Además, la mayoría de las pacientes no presentaban ningún antecedente personal patológico en un 89.3% (134).

Finalmente, se encontró que el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en las pacientes atendidas en la sala de labor y parto fue satisfactorio en un 30% (45).

Palabras clave: partograma, parto, labor, cumplimiento, llenado.



Indice

1. Introducción	2
2. Antecedentes	4
3. Justificación	6
4. Planteamiento del problema	7
5. Objetivos	8
5.1- Objetivo general	8
5.2- Objetivos específicos	8
6. Marco teórico	9
7. Diseño metodológico	19
7.1- Tipo de estudio	19
7.2- Área y periodo de estudio	19
7.3- Población de estudio	19
7.4- Criterios de inclusión	19
7.5- Criterios de exclusión	19
7.6- Unidad de análisis	20
7.7- Fuente de información	20
7.8- Técnicas de recolección de la información	20
7.9- Enunciado de variables	20
7.10- Operacionalización de variables	22
7.11- Plan de análisis	27
7.12- Aspectos éticos	27
8. Resultados	28
9. Discusión de los resultados	32
10. Conclusiones	34
11. Recomendaciones	35
13. Anexos	38



1. Introducción

Aproximadamente un 97% de las muertes materno-infantiles ocurren en países subdesarrollados (Zupan, 2005). Por ende, el realizar un monitoreo continuo del trabajo de parto resulta de vital importancia en la prevención de complicaciones materno infantiles asociadas con el parto. En este sentido, la OMS ha promovido el uso del partograma para mejorar el manejo del trabajo de parto y reducir la morbilidad y mortalidad materno infantil (OMS, 1994).

El partograma fue introducido por primera vez por Friedman, como un método eficaz para estudiar la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo (Friedman, 1954). Posteriormente, Philpott y Castle retomaron dicho concepto e incorporaron la realización de una línea de alerta en la evaluación del progreso de trabajo de parto para la detección oportuna de cualquier anomalía durante el trabajo de parto (Philpott & Castle, 1972).

En la actualidad, el partograma es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, dentro de los factores que se evalúan a través de esta herramienta se encuentran posición fetal, integridad de las membranas, variedad de posición y dilatación cervical, frecuencia cardíaca fetal, descenso de la cabeza fetal, duración y frecuencia de contracciones uterinas, intensidad del dolor, características del líquido amniótico y signos vitales maternos (USAID, 2009).

El partograma es indispensable ya que nos ayuda a discernir entre una evolución de trabajo de parto normal o no, así como la necesidad de tomar medidas como uso de oxitócicos o proceder a la realización de cesárea (MINSAL, 2008). Una vez que la paciente es ingresada a la sala de labor y parto, se debe iniciar el llenado del partograma con curva de alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado trabajo de parto (OPS, 2008).

Esta herramienta con amplia evidencia de su efectividad para realizar la vigilancia del trabajo de parto y poder predecir complicaciones para el binomio materno-fetal, presenta adicionalmente la ventaja de ser de bajo costo y con disponibilidad en todo centro que cuente con un área para atención de partos. Sin embargo, el llenado e interpretación correcta de dicho documento por parte del personal de salud, juega un papel fundamental para brindar una atención calificada y cumplimiento con los objetivos de reducción de morbi-mortalidad



al poder realizar detección oportuna de cualquier complicación que se pueda desarrollar durante el trabajo de parto.

En la normativa-011: Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo, se encuentra el partograma con curva de alerta que se utiliza en Nicaragua, el cual fue difundido y estandarizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y OPS. Dicha normativa cuenta con estándares de calidad para poder evaluar el llenado e interpretación del partograma. Es por esto, que el presente estudio tiene por objetivo describir el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, durante el periodo de enero a junio del 2017.



2. Antecedentes

2014, Logo & Montoya. Un estudio realizado por Logo y Montoya, titulado *calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo enero-marzo 2014*. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, con un universo constituido por 702 pacientes y una muestra aleatoria por conveniencia de 121 expedientes

Dentro de los resultados predominantes se encontró: un 76% se encontraban en edad menor de 19 años, escolaridad secundaria con un 56.2%, estado civil acompañadas con un 79.3%. En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, un 77.6% de las pacientes era primigestas, 95% sin antecedentes de aborto anterior, 95.8% sin cesárea anterior y un 100% con embarazos entre 37 a 41 6/7 semanas de gestación. En cuanto a las patologías que acompañan al embarazo se encontró que un 96.9% no presentaban enfermedades, seguido de pre-eclampsia con un 1.6%. La vía de finalización del embarazo fue vía vaginal con un 93.3%. Dentro de las complicaciones maternas, un 85.1% no presentó ninguna complicación seguido de un 9.9% que presentaron desgarros. Por último, en el cumplimiento de llenado e interpretación del partograma fue satisfactoria en un 69.4%.

2015, Espinoza & Flores. Asimismo, un estudio realizado por Espinoza y Flores, con el objetivo 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 Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo Julio-Septiembre de 2015*. Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo constituido por 481 pacientes y una muestra aleatoria simple representada por 107 expedientes clínicos.

Dentro de sus resultados se encontraron los siguientes hallazgos: en relación a las características sociodemográficas la edad predominante fue entre 20 y 34 años con un 62.6%; escolaridad primaria con un 43% y estado civil acompañada con un 61.7%. En relación a los antecedentes gineco-obstétricos, un 47.7% eran primigestas, y 100% de las pacientes presentaban un embarazo a término. En relación al promedio global del partograma únicamente en 14 casos (13.1%) el resultado obtenido fue \geq de 90%, los otros 93 casos (86.9%) fue \leq de 89%. En relación al cumplimiento de la calidad del llenado del partograma



el porcentaje de satisfacción fue de 51.4%. Por otra parte, la calidad de interpretación fue en un 62.6% de manera insatisfactoria. En general, únicamente un 13.1% presentaban un llenado e interpretación satisfactoria del partograma con una puntuación mayor a 90. Las principales deficiencias se encontraron en los datos generales de identificación de la paciente, el grafico adecuado de la variedad de posición de la presentación, frecuencia cardiaca fetal, frecuencia de las contracciones uterinas y serias dificultades en los cuatro acápite correspondientes a interpretación.

2015, Sánchez y Torres. Por otra parte, un estudio realizado por Sánchez y Torres, con el objetivo de *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 Enero-Junio del 2015*. Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, con un universo constituido por 1,404 pacientes y una muestra representada por 280 expedientes clínicos.

Dentro de sus resultados obtenidos se encuentran: en relación a las características sociodemográficas la edad predominante fue entre 20 y 34 años con un 61.1%; escolaridad primaria con un 48.2% y estado civil acompañada con un 66.1%. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, un 43.9% eran primigestas. Un 88.2% no tenían antecedente de aborto anterior, un 95.7% nunca había tenido una cesárea anterior y 100% de las pacientes presentaban un embarazo a término. En relación a los patologías durante el embarazo, un 6.1% presentaban pre-eclampsia, 4.3% HTA, 3.6% ruptura prematura de membranas, 3.2% presentaban incompatibilidad Rh, 3.2% trombosis venosa profunda, 0.7% DM.

Adicional a esto, la duración de trabajo de parto fue de menos de cuatro horas en un 50.7%, seguido de una duración de 4-6 horas con un 26.1%. Un 100% de los embarazos finalizó vía vaginal. En cuanto a las complicaciones maternas, un 95% de las pacientes no presentó ninguna complicación seguido de hipertensión gestacional transitoria con un 2.5%. Finalmente, el promedio global del partograma únicamente un 33.9% obtuvo un nivel de llenado satisfactorio y un 66.15% insatisfactorio.



3. Justificación

El partograma es una herramienta de vital importancia, accesible y de bajo costo. Su llenado se debe realizar a toda paciente ingresada a la sala de labor y parto, con el fin de brindar un monitoreo continuo, adecuado e individualizado del trabajo de parto de cada paciente. En este método grafico se registra una serie de información asociados a la evolución del trabajo de parto y estado de la madre y bebe, los cuales brindaran datos que nos ayudaran a distinguir de un parto con evolución favorable a uno de riesgo y así poder prevenir complicaciones de manera oportuna.

El llenado correcto e interpretación adecuada resulta fundamental para poder tomar medidas eficaces en tiempo y forma y así disminuir la morbi-mortalidad materno infantil. Por tanto, el éxito de dicha herramienta únicamente se puede alcanzar cuando el personal de salud realiza un llenado de calidad del partograma e interpretación del mismo, esto permitirá realizar intervenciones oportunas ante cualquier eventualidad durante el trabajo de parto.

Los diversos estudios que se han realizado en otros centros hospitalarios del país revelan un llenado e interpretación deficiente del partograma y por ende representa un factor que afecta la incidencia de morbilidad y mortalidad materno-infantil. El Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, al ser un hospital de referencia regional recibe diariamente un gran número de pacientes a la sala de labor y parto. Por otra parte, al ser un hospital escuela representa que el llenado del partograma puede ser llevado a cabo por diferentes niveles del personal de salud como médicos preinternos, médicos internos, servicios sociales, entre otros.

Cabe mencionar, que no se ha realizado ninguna investigación relacionada con esta temática en este hospital. Por tanto, resulta de vital importancia evaluar el llenado e interpretación del partograma en dicha unidad hospitalaria. En consecuencia, los resultados que brinde esta investigación servirán de pauta para poder fortalecer el uso de esta herramienta en búsqueda de un proceso de mejora continua que permita brindar atención de calidad a las pacientes.



4. Planteamiento del problema

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017?



5. Objetivos

5.1- Objetivo general

Describir el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo de enero-junio 2017.

5.2- Objetivos específicos

- 1- Caracterización sociodemográfica de las embarazadas ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo en el periodo en estudio.
- 2- Determinar los antecedentes gineco obstétricos y antecedentes patológicos personales de las embarazadas ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo en el periodo en estudio.
- 3- Establecer el nivel de cumplimiento del llenado e interpretación de partograma acorde a los estándares de calidad establecidos en la hoja de monitoreo del MINSA en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.



6. Marco teórico

A pesar que el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos para la madre y el feto. La atención integral a la gestante durante el trabajo de parto requiere conocimientos anatómicos, fisiológicos, psicológicos y clínicos por parte del personal médico, esto con el fin de garantizar que el parto vaginal es factible e identificar de manera oportuna circunstancias que pueden poner en riesgo a la madre y al feto (CLAP-OPS/OMS, 2007).

En 1987, la OMS como parte de las iniciativas para mejorar la salud materna promovió el uso del partograma para mejorar el manejo en labor y parto y reducir la mortalidad y morbilidad materna y fetal. Dicho partograma, claramente diferenciaba el progreso de trabajo de parto normal del anormal, identificando así aquellas mujeres que requerían alguna intervención (OMS, 1994).

El 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 (Méndez, Bajuelo, Téllez, & Couto, 2004). Dentro de los objetivos que se persigue a través del partograma se encuentran los siguientes:

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

Por lo tanto, dentro de las ventajas que nos brinda el partograma podríamos enunciar: primero, ayuda a disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, ya que constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una intervención médica inmediata o remisión a centros especializados. Segundo, garantiza seguimiento del periodo de labor y parto de alta calidad. Tercero, evita el trabajo de parto prolongado



y con ello sus consecuencias. Cuarto, constituye un método de lenguaje universal y finalmente, es un método económico y asequible (Velásquez, 2007).

❖ **Llenado del partograma**

➤ **Datos generales**

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de expediente (CLAP-OPS/OMS, 2007). (Ver gráfico 1)

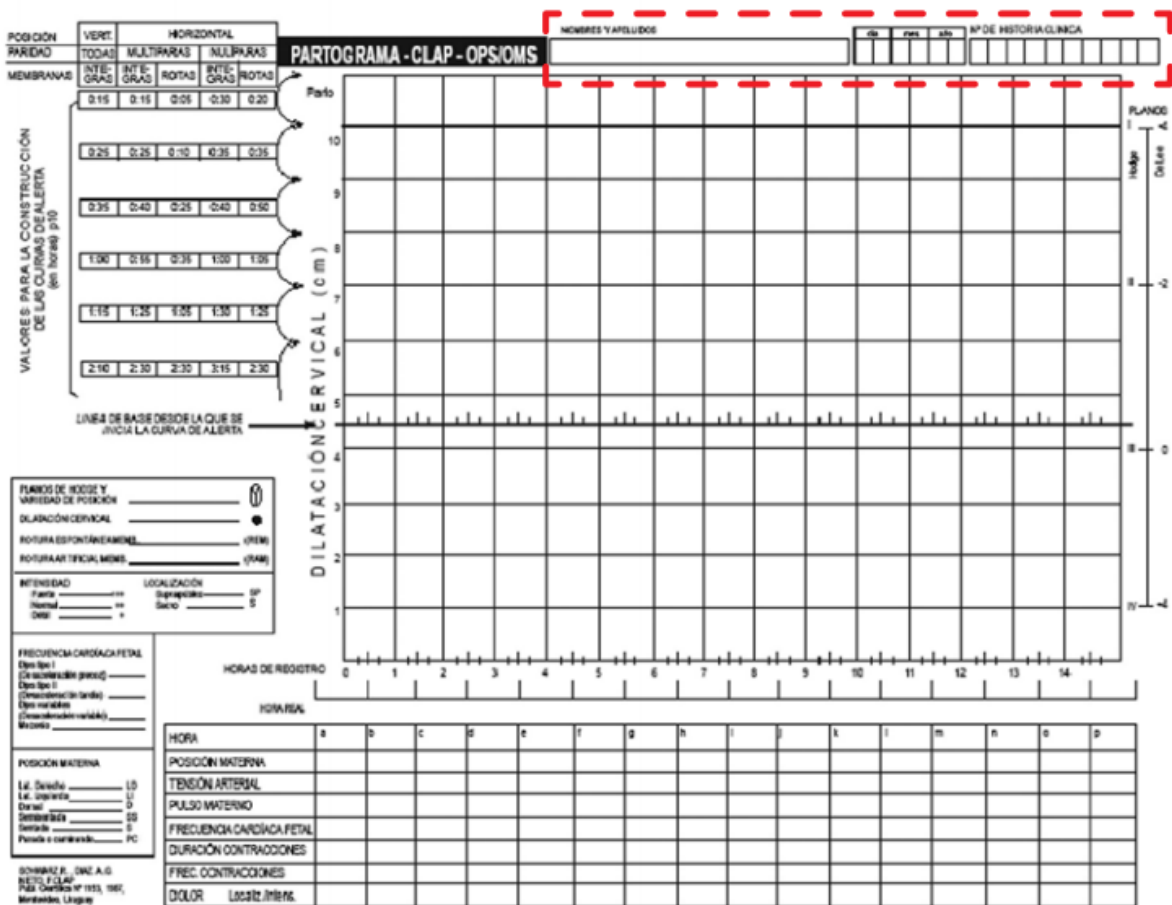


Gráfico 1: Partograma CLAP-OPS/OMS. Datos generales (CLAP-OPS/OMS, 2007).



➤ **Vigilancia clínica**

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (ver gráfico 2), 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 registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal (CLAP-OPS/OMS, 2007).

Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería). Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor (CLAP-OPS/OMS, 2007).

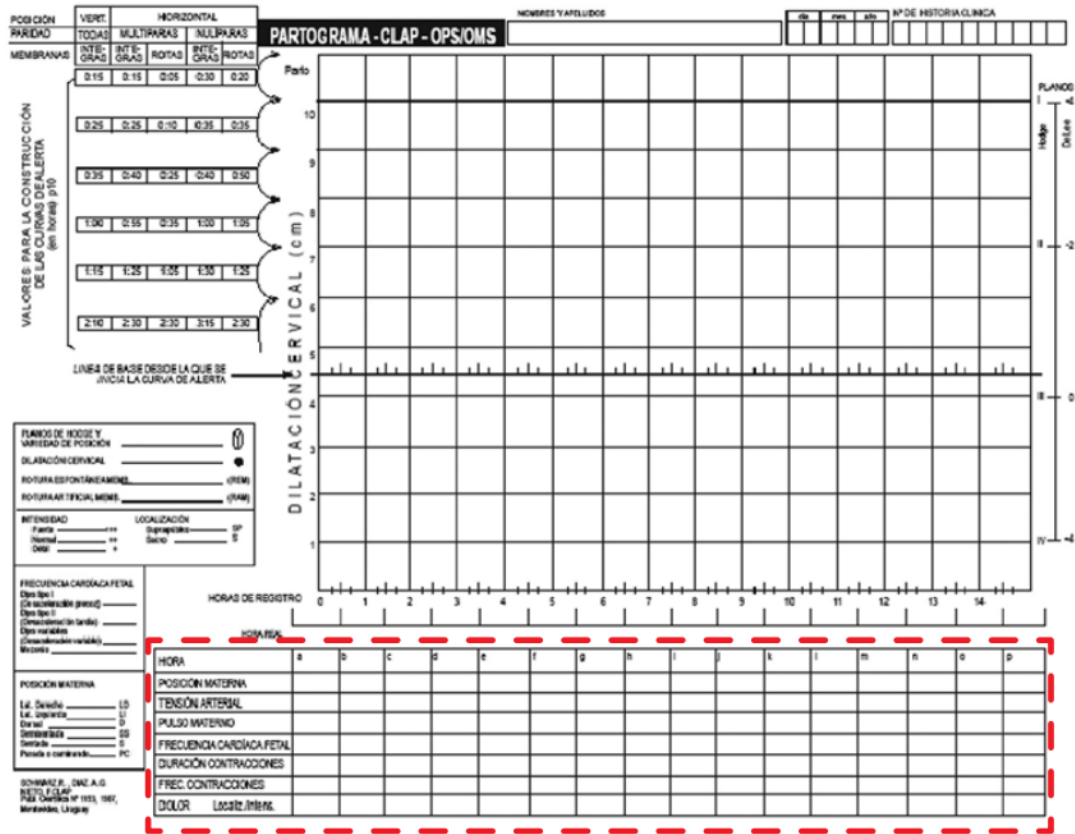


Gráfico 2: Partograma CLAP-OPS/OMS. Vigilancia clínica (CLAP-OPS/OMS, 2007).

➤ **Referencias para llenado del partograma**

En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del mismo. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardiaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto. Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (ver gráficas 2 y 4) (CLAP-OPS/OMS, 2007).

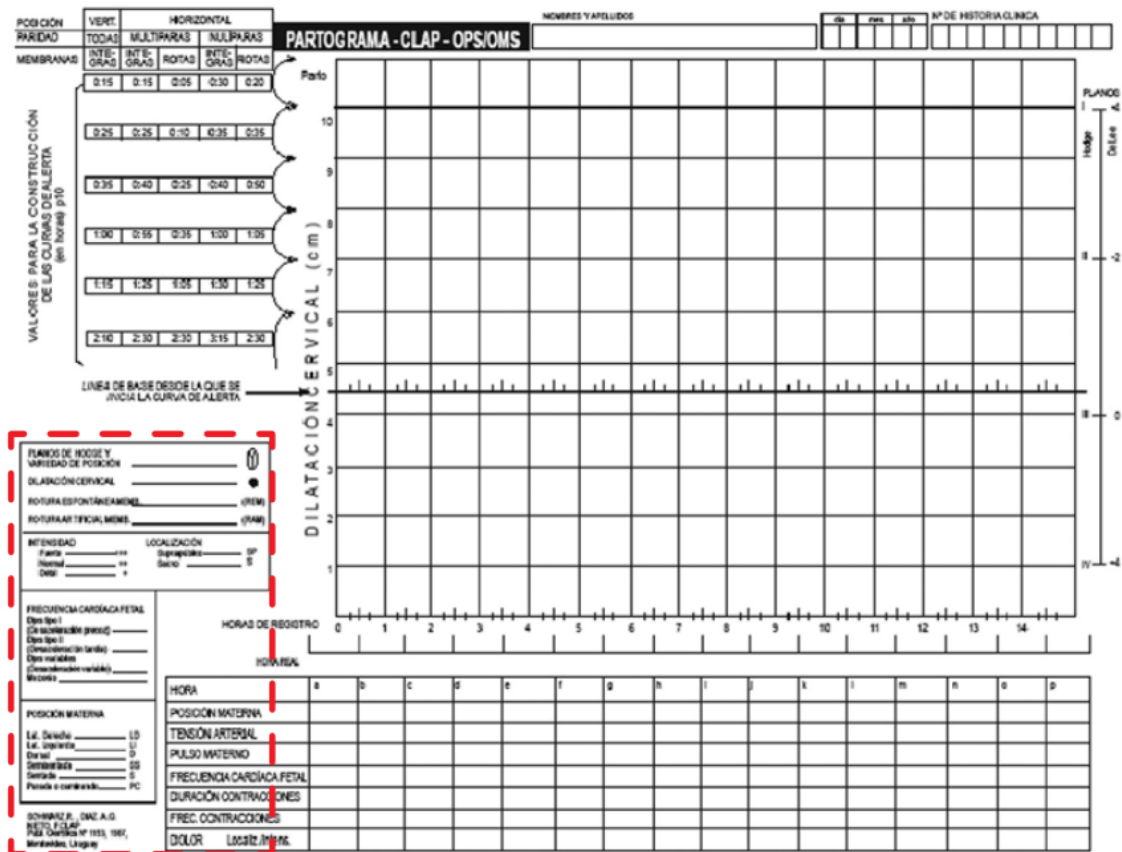


Gráfico 3: Partograma CLAP-OPS/OMS. Referencias para el llenado del partograma (CLAP-OPS/OMS, 2007).

➤ **Sector central**

En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, curva de alerta y de descenso de la cabeza fetal (ver gráfico 4). 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 4-5 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas (CLAP-OPS/OMS, 2007).



En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar la “hora real”, es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las “horas reales” de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real” (CLAP-OPS/OMS, 2007).

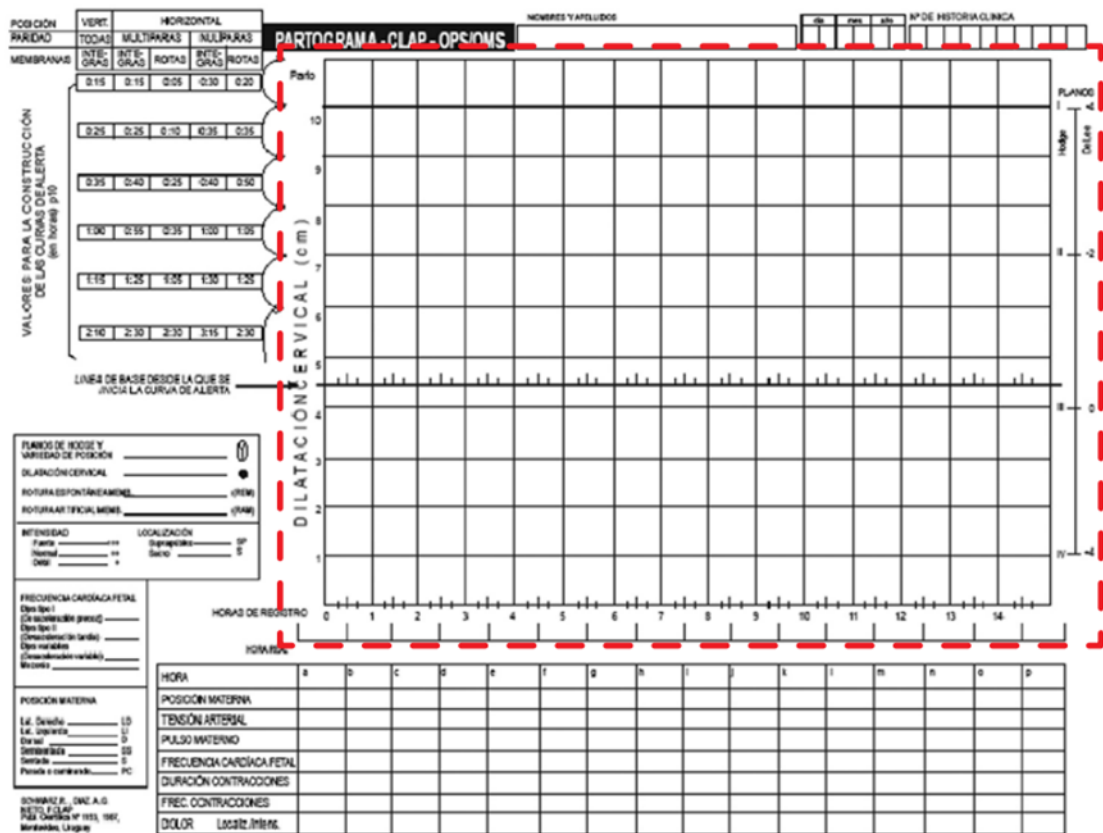


Gráfico 4: Partograma CLAP-OPS/OMS. Sector central (CLAP-OPS/OMS, 2007).



- Dilatación Cervical

Se grafica utilizando un punto en el tiempo real que se corresponde con la dilatación cervical. El graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta (MINSA, 2008).

Es importante mencionar, que la vigilancia del trabajo de parto no significa estar haciendo tactos vaginales, sino la valoración integral de la parturienta. 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. La variedad de posición de la presentación cefálica más frecuente, es la Occipito Izquierda Anterior (OIA), seguida por la Occipito Derecha Posterior; por lo tanto estas son las primeras variedades de posición que todo trabajador de la salud que atiende partos debe tratar de identificar. Si se observa la salida de meconio de forma espontánea o se identifica éste al realizar el tacto vaginal, en el Partograma, en tiempo real, la presencia de Meconio debe registrarse M.

- 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 (MINSA, 2008).



I plano: Toma el borde superior de la sínfisis del pubis y llega al promontorio.

II plano: Pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y cae por detrás en la parte media de la segunda vertebra sacra.

III plano: Pasa por las espinas ciáticas y llega por detrás a la articulación entre la cuarta y quinta vertebra sacra.

IV plano: Pasa por la punta del cóccix. (Carvajal, Chambi, & Vaca, 2012)

- Curva Real

La curva real debe elaborarse en todo Partograma, resulta de la unión con una línea continua de los diferentes puntos correspondiente a los tactos realizados por la persona que examina. 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 operación cesárea, por lo tanto no se graficó la curva real hasta el final, pero además en las notas se encontrará la descripción de por qué se decidió la realización de esta cirugía.
- ✓ La parturienta fue referida a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución. Una copia del Partograma con curva de alerta, debe acompañar toda referencia a otra unidad de salud, en donde se refleja el diagnóstico y motivo de traslado.

- Curva de Alerta (línea punteada)

Esta 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 cms de dilatación cervical). Este punto de intersección deberá ser marcado no con un punto, ya que se confundiría con otro tacto realizado, sino con un cero pequeño (0) y que se denota como punto cero, punto de inicio o punto de partida (MINSA, 2008).

En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10



cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente, puede realizarse posterior al nacimiento (MINSA, 2008).

Elaboración de la Curva de Alerta: El recurso de salud que vigila el trabajo de parto o atiende partos, debe seleccionar de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular en una de las 5 variantes: Vertical: Todas, con membranas íntegras, no importando la paridad (Vertical significa caminando, parada o sentada). Horizontal: hay 2 categorías 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.

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 (MINSA, 2008).

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 (MINSA, 2008).

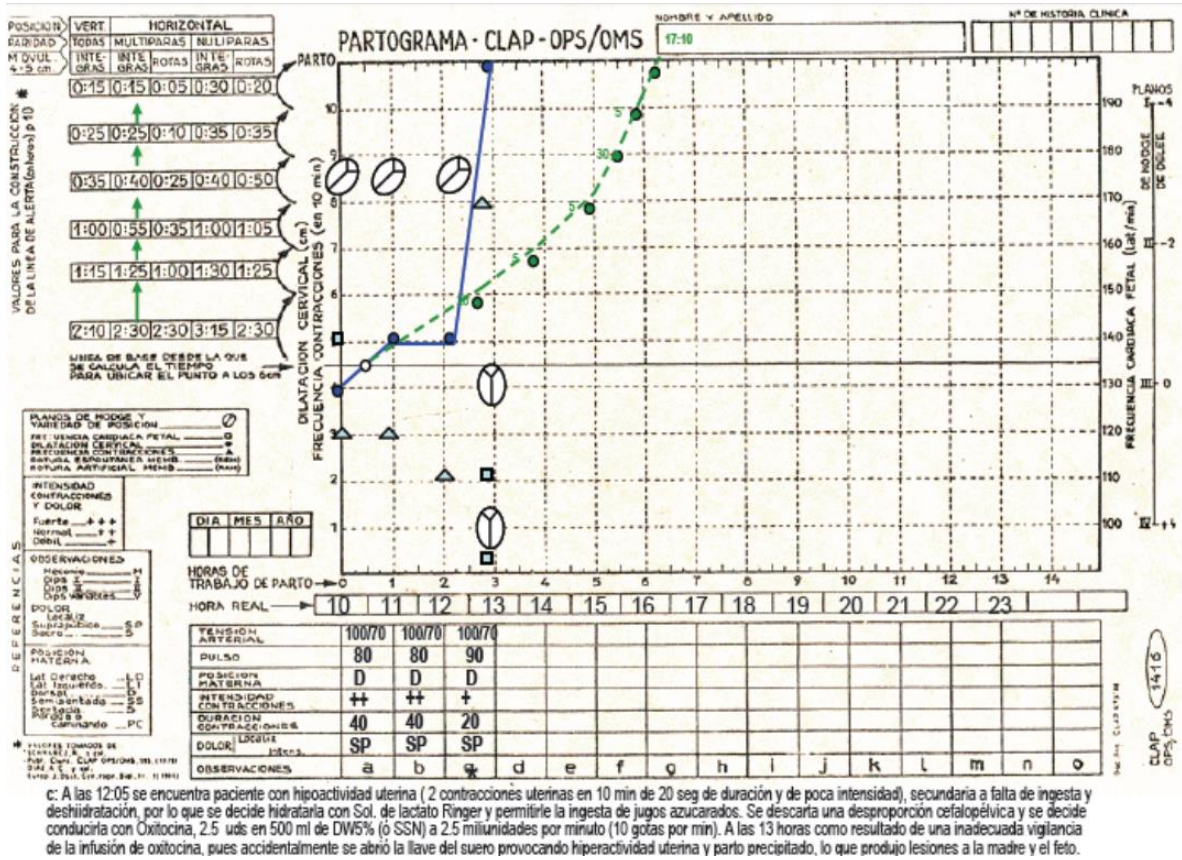


Gráfico 5: Partograma CLAP-OPS/OMS. Ejemplo de grafica de curva real, curva de alerta, planos de Hodge, dilatación cervical y contracciones uterinas (MINSA, 2008).



7. Diseño metodológico

7.1- Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cualitativo descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

7.2- Área y periodo de estudio

El presente estudio se realizó en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe durante el periodo de enero a junio del 2017.

7.3- Población de estudio

Universo: el universo estuvo comprendido por un total de 245 pacientes atendidas en la sala de labor y parto Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe durante el periodo de estudio.

Muestra: la muestra está comprendida por un total de 150 expedientes clínicos de pacientes. Dicha muestra fue obtenida utilizando el software netquest, con un intervalo de confianza de 95% y un margen de error de 0.05.

7.4- Criterios de inclusión

1. Pacientes atendidas en la sala de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, Carazo.
2. Pacientes atendidas en el periodo de enero a junio del 2017.
3. Partos vía vaginal.

7.5- Criterios de exclusión

1. Pacientes con expediente incompleto
2. Embarazo gemelar
3. Productos de gestación muertos
4. Partos en expulsivo



7.6- Unidad de análisis

Pacientes embarazadas las cuales ingresaron a la sala de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe.

7.7- Fuente de información

La fuente de información fue secundaria, a través de la revisión de expedientes.

7.8- Técnicas de recolección de la información

Se realizó una revisión documental de los expedientes de las pacientes muestreadas. Inicialmente se identificaron todas las pacientes ingresadas a labor y parto durante el periodo de estudio, posteriormente el investigador llenó la ficha de recolección de datos (Ver anexo ficha de recolección de información).

7.9- Enunciado de variables

- Objetivo número 1:
 - Edad
 - Procedencia
 - Escolaridad
 - Ocupación
 - Estado civil

- Objetivo número dos
 - Gestas
 - Partos vaginales
 - Abortos
 - Intervalo intergenésico
 - Controles prenatales
 - Edad gestacional
 - Enfermedades maternas más frecuentes



- Objetivo número tres
- Datos generales
- Elaboración del partograma
- Patrón de construcción de la curva
- Curva real
- Curva de alerta
- Interpretación de la curva de real respecto a la curva de alerta
- Descenso de la presentación
- Frecuencia cardiaca fetal
- Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal
- Contracciones uterinas
- Cambios en la curva de alerta
- REM o RAM
- Signos vitales, posición materna, contracciones uterinas
- Expediente cumple



7.10- Operacionalización de variables

OBJETIVO NÚMERO 1			
VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Años	Menor 19 años 20-34 años Mayor a 35 años
Procedencia	Origen de la persona	Origen	Urbano Rural
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Estudios	Analfabeta Primaria Secundaria Bachiller Técnico Superior Universitario
Ocupación	Actividad habitual de una persona o trabajo.	Cargo	Ama De Casa Trabajadora Domestica Comerciante Secretaria Otros
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Registro civil	Soltera Acompañada Casada Divorciada Viuda



OBJETIVO NÚMERO DOS			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Gestas	Número de embarazos que presenta la mujer a lo largo de su vida incluyendo el actual.	Número de embarazos	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
Partos vaginales	El acto de dar a luz un niño/a o un feto vivo/a o muerto/a y sus anexos, por vía vaginal. Es el procedimiento para asistir el nacimiento de un niño/a vivo/a, de un feto muerto (incluyendo placenta) por medios manuales, instrumentales o quirúrgicos.	Número de partos	Nulipara Uno Dos Tres o mas
Abortos previos	Es todo nacimiento con un peso del producto de la gestación menor de 500 g.; en los casos que no existe el peso, se considera aborto a todo nacimiento menor de 22 semanas de gestación	Número de abortos	Uno Dos Tres o mas Ninguno
Intervalo intergenésico	Duración en meses entre el anterior embarazo y el actual.	Años	Menos de 18 meses Mayor a 18 meses



OBJETIVO NUMERO 2			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Controles prenatales	Es la serie de visitas programadas de la embarazada con el proveedor de salud con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido-a.	Número de controles	Menos de cuatro Más de cuatro
Edad gestacional	Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.	Numero de semanas	Menor a 37 SG Entre 37-41 SG Mayor a 42SG
Enfermedades crónicas maternas	Enfermedades no transmisibles, afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta.	Patologías crónicas	HTA DM2 Cardiopatía Enfermedad de la tiroides Antecedente de pre-eclampsia/ eclampsia Asma Ninguna



OBJETIVO NUMERO 3			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Datos generales	Datos personales de la gestante.	Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente.	Si no
Elaboración del partograma	Inicio de llenado de partograma.	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	Si no
Patrón de construcción de la curva	Tabla de valores donde se ubica los datos de la parturienta de acuerdo a sus características.	Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta.	Si no
Curva real	Expresión gráfica resultante de los tactos vaginales realizados.	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.	Si No
Curva de alerta	Sistema de vigilancia del progreso del trabajo de parto, marca un límite extremo de la evolución de la dilatación cervical.	Grafica adecuadamente la curva de alerta.	Si No
Interpretación de la curva de real respecto a la curva de alerta	Interpretación por parte del personal de salud de las gráficas de cura real respecto a la de alerta.	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto a la curva de alerta.	Si No
Descenso de la presentación	Referentes anatómicos para evaluar el progreso del descenso.	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	Si No
Frecuencia cardiaca fetal	Numero de latidos por minuto detal auscultado por estetoscopio o monitorizado por Doppler.	Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.	Si no



OBJETIVO NUMERO 3			
VARIABLE	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA
Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal	Variaciones a través del tiempo de la frecuencia cardiaca fetal.	Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.	Si No
Contracciones uterinas	Fuerza que ejerce el útero para la expulsión del bebe.	Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.	Si No
REM o RAM	Ruptura espontanea o artificial de membranas.	Grafica de forma adecuada la REM o RAM.	Si No
Cambios en la curva de alerta	Cambios en los patrones en la curva de alerta.	Grafica adecuadamente los cambiones de patrones en la curva de alerta.	
Signos vitales, posición materna, contracciones uterinas	Datos complementarios para evaluar el bienestar materno entre estos signos vitales, entre otros.	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, localización e intensidad del dolor.	Si No
Expediente cumple	Cumplimiento del llenado e interpretación adecuada del partograma acorde a la hoja de monitoreo establecida por el MINSA.	Porcentaje de cumplimiento del expediente.	Valor___



7.11- Plan de análisis

Se utilizó el software SPSS versión 23.0 para el análisis descriptivo de variables. Adicionalmente, se utilizó el programa Excel versión 2019 para la creación y diseño de gráficos.

7.12- Aspectos éticos

Se solicitó autorización al director del hospital para tener acceso a los expedientes y de otras estadísticas. Además, se aseguró el anonimato y confidencialidad de la información.

Justicia: Se tomaron en cuenta a todas las pacientes sin distinción de raza, religión, entre otros.

Beneficencia: con la investigación que se realizó, no se dañara la integridad física, ni emocional de los individuos en estudio y los datos obtenidos serán para beneficio científico y de la salud de la población.

Protección de la confidencialidad: no fue necesario el nombre de ningún individuo, y se aseguró de proteger su identidad.



8. Resultados

Durante el periodo de estudio se realizó una revisión de 150 expedientes de pacientes ingresadas a labor y parto y que cumplían con los criterios de inclusión.

En relación a las características sociodemográficas de las pacientes obteniéndose los siguientes resultados un 30.7% (46) de las pacientes eran menor a 19 años, un 62.7% (94) se encontraban entre 20-34 años, un 6.7% (10) eran mayor a 34 años. (Ver tabla y grafico numero 1). De estas pacientes, un 40% (60) eran de procedencia urbana y un 60% (90) eran de procedencia rural (Ver tabla y grafico numero 2). En cuanto a la escolaridad de las pacientes, un 5.3% (8) eran analfabetas, un 28% (42) habían cursado primaria, un 47.3% (71) habían cursado secundaria de manera incompleta, un 9.3% (14) habían culminado la secundaria, un 7.3% (11) tenían un nivel de técnico superior y un 2.7% (4) tenían licenciatura (Ver tabla y grafico numero 3). En lo que corresponde a la ocupación, un 88.7% (133) de las pacientes eran ama de casa, un 3.3% (5) eran trabajadoras domésticas, un 1.3% (2) eran comerciantes y un 6.7% (10) tenían otra ocupación como administradora de empresas, contadora y auxiliar de enfermería entre otras (Ver tabla y grafico numero 4). En lo que respecta al estado civil de las pacientes, un 12.7% (19) eran solteras, un 62% (93) estaban acompañadas y un 25.3% (38) eran casadas (Ver tabla y grafico numero 5)

Por otra parte, dentro de los antecedentes gineco-obstétricos de las pacientes se encontraron los siguientes resultados, un 32.7% (49) eran primigestas, un 32.7% (49) eran bigestas, un 24% (36) eran trigestas y un 10.7% (16) eran multigestas (Ver tabla y grafico numero 6). En cuanto a los partos vaginales, un 35.3% (53) eran nulíparas, un 35.3% (53) habían tenido un parto vaginal, un 18.7% (28) habían tenido dos partos vaginales y un 10.7% (16) habían presentado tres o más partos vaginales anteriores (Ver tabla y grafico numero 7). Por otra parte, un 8.7% (13) de las pacientes habían tenido un aborto anterior, un 2.7% (4) habían tenido dos abortos anteriores y un 88.7% (133) no habían presentado ningún aborto anterior (Ver tabla y grafico numero 8). En cuanto al intervalo intergenesico, un 12.7% (19) de las pacientes tenían un intervalo intergenesico menor a 18 meses, un 54.7% (82) más de 18 meses y un 32.7% (49) no aplicaba ya que cursaban con su primer embarazo (Ver tabla y grafico numero 9). En relación a los controles prenatales, un 18% (27) de las pacientes tenían



menos de cuatro CPN y un 82% (123) tenían más de cuatro CPN (Ver tabla y grafico numero 10). Además, un 8.7% (13) de las pacientes tenían menos de 37 SG y un 91.3% (137) tenían entre 37-41 SG (Ver tabla y grafico numero 11).

Adicionalmente, dentro de los antecedentes patológicos personales se encontró que un 0.7% (1) tenían HTA, un 1.3% (2) tenían DM tipo 2, un 3.3% (5) asma bronquial, un 5.3% (8) tuvieron antecedente de preeclampsia/eclampsia y un 89.3% (134) no tenían ningún antecedente patológico (Ver tabla y gráfico número 12).

En lo que respecta al cumplimiento de llenado e interpretación de partograma se evaluaron los indicadores establecidos en el protocolo establecido por el ministerio de salud:

El primer criterio, el cual establece el llenado adecuado de los datos generales de identificación de la paciente, el cual se cumplió en un 99.3% (149) de las pacientes y no se cumplió en un 0.7% (1) (Ver tabla y grafico numero 13). Por otra parte, un segundo criterio el cual evalúa el tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma, este se cumplió en un 92.7% (139) y no se cumplió en un 7.3% (11) (Ver tabla y grafico numero 14). El tercer criterio contempla la selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta, este se cumplió en un 91.3% (137) y no se cumplió en un 8.7% (13) (Ver tabla y grafico numero 15). El cuarto criterio, en donde se evalúa si se grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento, dicho criterio se cumplió en un 74% (111) y no se cumplió en un 26% (39) (Ver tabla y grafico numero 16). Asimismo, el quinto criterio valora si se grafica adecuadamente la curva de alerta, el cual se cumplió en un 73.3% (110) y no se cumplió en un 26.7% (40) (Ver tabla y grafico numero 17). De la misma forma, en el sexto criterio se evalúa la interpretación adecuada de la curva real con respecto a la curva de alerta, el cual se cumplió en un 70.7% (106) y no se cumplió en un 29.3% (44) (Ver tabla y grafico numero 18).

Por otra parte, un séptimo criterio el cual establece si se grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge, este se cumplió en un 50.7% (76) y no se cumplió en un 49.3% (84) de los partogramas (Ver tabla y grafico numero 19).



Adicionalmente, el criterio número ocho evalúa si se grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación, el cual se cumplió en un 44% (66) y no se cumplió en un 56% (84) (Ver tabla y grafico numero 20). Asimismo, el criterio número nueve evalúa si se grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, este se cumplió en un 80% (120) y no se cumplió en un 20% (30) (Ver tabla y grafico numero 21). Además, en el criterio número diez se evaluó si se interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, el cual se cumplió en un 75.3% (113) y no se cumplió en un 24.6% (37) (Ver tabla y grafico numero 22). En relación al criterio número once el cual valora si se grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, este se cumplió en un 72.7% (109) y no se cumplió en un 27.3% (41) (Ver tabla y grafico numero 23). Asimismo, se evaluó si se interpretaba adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas (criterio doce), el cual se cumplió en un 66.7% (100) y no se cumplió en un 33.3% (50) (Ver tabla y grafico numero 24).

El criterio número trece, evalúa si se grafica de forma adecuada la ruptura espontánea de membranas (REM) o la ruptura artificial de membranas (RAM), este se cumplió en un 10.7% (16), no se cumplió en un 10% (15) y este criterio no aplicaba en un 79.3% (119) (Ver tabla y grafico numero 25). De la misma manera, el criterio número catorce evalúa si se grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (de posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas), este criterio se cumplió en un 13.3% (20), no se cumplió en un 10% (15) y no aplicaba en un 76.7% (115) (Ver tabla y grafico numero 26).

Por otra parte, el criterio número quince evaluaba el llenado adecuado de información complementaria (tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor), este se cumplió en un 83.3% (125) y no cumplió en un 16.7% (25) (Ver tabla y grafico numero 27). El criterio número dieciséis evaluó la interpretación adecuada de la información anteriormente mencionada, este se cumplió en un 70% (105) y no se cumplió en un 30% (45) (Ver tabla y grafico numero 28). Asimismo, el criterio número diecisiete establece si se utiliza adecuadamente las casillas de observaciones para registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación



de oxitocina, antibióticos, etc. Este se cumplió en un 24.7% (37) y no se cumplió en un 75.3% (113) (Ver tabla y grafico numero 29).

Finalmente, en lo que respecta al promedio global de cumplimiento de llenado e interpretación del partograma un 30% (45) y un 70% (105) no cumplen con el llenado e interpretación satisfactoria o inadecuado del partograma (Ver tabla y gráfico número 30). Para la obtención de estos valores, se calculó el promedio de cumplimiento de cada partograma, este se obtuvo al dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables, multiplicados por 100. Posteriormente, se calculó el promedio global de cumplimiento, para el cual se valoró como expediente cumple a aquellos que obtuvieron un promedio total de 90% a mas (según lo establecido en el protocolo), y dividiendo esta cifra entre el total de partogramas monitoreados.



9. Discusión de los resultados

En relación a las características sociodemográficas de las pacientes muestreadas, se obtuvieron como datos predominantes que un 62.7% (94) tenían entre 20-34 años, un 60% (90) era de procedencia rural, escolaridad secundaria incompleta en un 47.3% (71), de ocupación ama de casa en un 88.7% (133) y estado civil acompañada en un 62% (93). Estos datos coinciden con el estudio realizado por Espinoza y flores (2015) en donde encontraron que la mayoría de las pacientes en su estudio se encontraban entre los 20 y 34 años, de estado civil acompañada. Sin embargo, contrastan en el nivel de escolaridad ya que en este estudio obtuvieron que la mayoría de las pacientes cursaron el nivel de primaria.

Por otra parte, dentro de los antecedentes gineco-obstétricos predominantes se obtuvo que un 32.7% (49) eran primigestas y otro 32.7% (49) eran bigestas. Asimismo, un 35.3% (53) habían tenido un antecedente de parto vía vaginal y otro 35.3% (53) eran nulíparas. Por otra parte, un 88.7% (133) no habían presentado ningún aborto anterior. Estos datos coinciden con los arrojados por el estudio realizado por Logo y Montoya (2014), en donde la mayoría de pacientes muestradas eran primigestas, sin antecedente de aborto anterior.

En relación al intervalo intergenesico, un 54.7% (82) tenían más de 18 meses. Un 82% (123) se habían realizado más de cuatro CPN. En relación a la edad gestacional, un 91.3% (137) se encontraban entre 37 a 41 semanas de gestación. Nuevamente, coincidiendo con el estudio realizado por Logo y Montoya en donde reportan que la mayoría de las pacientes cursaban con embarazos a término.

En lo que respecta a las enfermedades maternas, un 89.3% (134) no tenían ningún antecedente personal patológico, seguido de un 5.3% (8) por antecedente de preeclampsia y eclampsia. Estos datos se asemejan los reportados por Sánchez y Torres (2015), en donde la mayoría de las pacientes no tenían enfermedades crónicas y dentro de aquellas que si tenían predomino la preeclampsia.



En cuanto al cumplimiento de llenado e interpretación del partograma acorde a los estándares establecidos por el ministerio de salud, en el presente estudio se encontró que un 30% (45) cumplían con un llenado adecuado del mismo. Este dato es similar al encontrado por Espinoza y Flores y Sánchez y Torres, los cuales encontraron un nivel de cumplimiento de 13.1% y 33.9%, respectivamente.



10. Conclusiones

- 1- Dentro de las principales características sociodemográficas obtenidas en el presente estudio se encuentran: edad entre 20-34 años, procedencia rural, escolaridad secundaria incompleta, ocupación ama de casa y estado civil acompañada.

- 2- En cuanto a los antecedentes gineco obstétricos predominantes se encontró que la mayoría de las pacientes eran primigestas y bigestas, nulíparas o con un parto vía vaginal anterior, sin antecedentes de aborto. Con un intervalo intergenesico mayor a 18 meses, con cuatro o más controles prenatales y con embarazo a término. En lo relacionado a los antecedentes personales no patológicos la mayoría de las pacientes no tenían ningún antecedente patológico.

- 3- En relación al promedio global de cumplimiento de llenado e interpretación de partograma, la mayoría de los expedientes presentaban un llenado e interpretación inadecuado o insatisfactorio del mismo.



11.Recomendaciones

1- Al personal de salud:

- Realizar estudio continuo sobre el llenado e interpretación del partograma.
- Al momento de realizar el llenado del partograma, tener siempre en cuenta los estándares establecidos por el Ministerio de Salud.
- A los médicos de base realizar revisiones periódicas sobre el llenado e interpretación del partograma por parte de los estudiantes de medicina y personal de enfermería. Con el objetivo de brindar retroalimentación para así poder fortalecer sus conocimientos.

2- Al subdirector docente del hospital:

- Promover la educación continua sobre el llenado e interpretación del partograma.
- Implementación de talleres o sesiones conjuntas con el objetivo de evaluar y así mejorar la calidad del llenado e interpretación del partograma.
- Promover la realización de investigaciones futuras sobre el tema en la institución, para así valorar si las intervenciones a tomar están teniendo algún impacto positivo en el llenado e interpretación del partograma.



12. Referencias

- Carvajal, H., Chambi, G., & Vaca, S. (2012). Descripción anatómica de la pelvis obstétrica y examen pelvimétrico en mujeres embarazadas. *Archivos Bolivianos de Medicina*, 37-52.
- CLAP-OPS/OMS. (2007). *Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP-OPS*. Antioquia.
- Espinoza, C., & Flores, E. (2015). *Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo julio a septiembre 2015*. Managua : UNAN.
- Friedman, E. (1954). The graphic analysis of labor . *American Journal of Obstetric Gynecology*, 1568-1575.
- Logo, J., & Montoya, D. (2014). *Calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo enero-marzo del 2014*. Managua : UNAN.
- Méndez, D., Bajuelo, A., Téllez, M., & Couto, D. (2004). El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *MEDISAN*, 8(4):64-72.
- MINSA. (2008). *Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo*. Managua : Industrias gráficas, SA.
- OMS. (1994). World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *The Lancet*, 1399-404.
- OPS. (2008). *Protocolo de atención del parto de bajo riesgo*. Managua: OPS.
- Philpott, R. H., & Castle, W. M. (1972). Cervicographs in the main management of labour in promigravidae. The alert line for detecting abnormal labour. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology* , 592-598.
- Sánchez, A., & Torres, A. (2015). *Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del*



área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el periodo comprendido entre enero-junio del año 2015. Mangua : UNAN.

USAID. (2009). *El uso de partograma y el manejo activo del tercer estadio del parto son prácticas de atención materna neonatal seguras.* Guatemala: USAID.

Velásquez, M. (2007). *Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, León, Junio 2005-Junio 2007.* León: UNAN.

Zupan, J. (2005). Perinatal mortality in developing countries . *New England Journal of Medicine* , 2047-2048.



13. Anexos



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Cumplimiento de llenado e interpretación del partograma en pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, periodo enero-junio 2017.

Ficha número: _____ Expediente: _____

1- Características sociodemográficas:

- Edad
 - Menor 19 años _____
 - 20-34 años _____
 - Mayor a 35 años _____
- Procedencia:
 - Urbana _____
 - Rural _____
- Escolaridad:
 - Analfabeta _____
 - Primaria _____
 - Secundaria _____
 - Bachiller _____
 - Técnico superior _____
 - Licenciatura _____
- Ocupación:
 - Ama de casa _____
 - Trabajadora domestica _____
 - Comerciante _____
 - Secretaria _____
 - Otros: _____ (especifique)
- Estado Civil:
 - Soltera _____
 - Acompañada _____
 - Casada _____
 - Divorciada _____
 - Viuda _____

2- Antecedentes gineco-obstetricos:

- Gestas:
 - Primigesta _____
 - Bigesta _____
 - Trigesta _____
 - Multigesta _____

- Partos Vaginales:

- Nulípara _____
- Uno _____
- Dos _____
- Tres o mas _____
- _____

- Abortos:

- Uno _____
- Dos _____
- Tres o mas _____
- Ninguno _____

- Intervalo Intergenésico:

- Menos de 18 meses _____
- Más de 18 meses _____
- No aplica _____

- Controles Prenatales:

- Menos de cuatro _____
- Más de cuatro _____

- Edad Gestacional:

- Menor de 37 SG _____
- Entre 37-41 SG _____
- Mayor a 42SG _____

3- Enfermedades Crónicas Maternas:

- HTA _____
- DM2 _____
- Cardiopatía _____
- Enfermedad de la tiroides _____
- Asma _____
- Antecedente de pre-eclampsia/eclampsia _____
- Ninguna _____

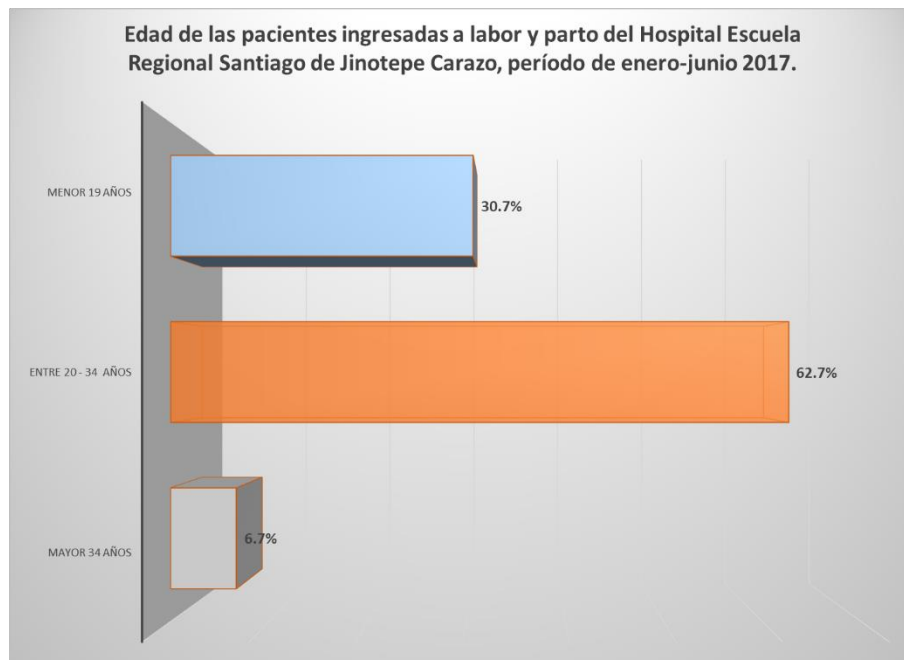


Tabla numero 1: Edad de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Edad		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor 19 años	46	30.7%
Entre 20 - 34 años	94	62.7%
Mayor 34 años	10	6.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 1: Edad de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 1.

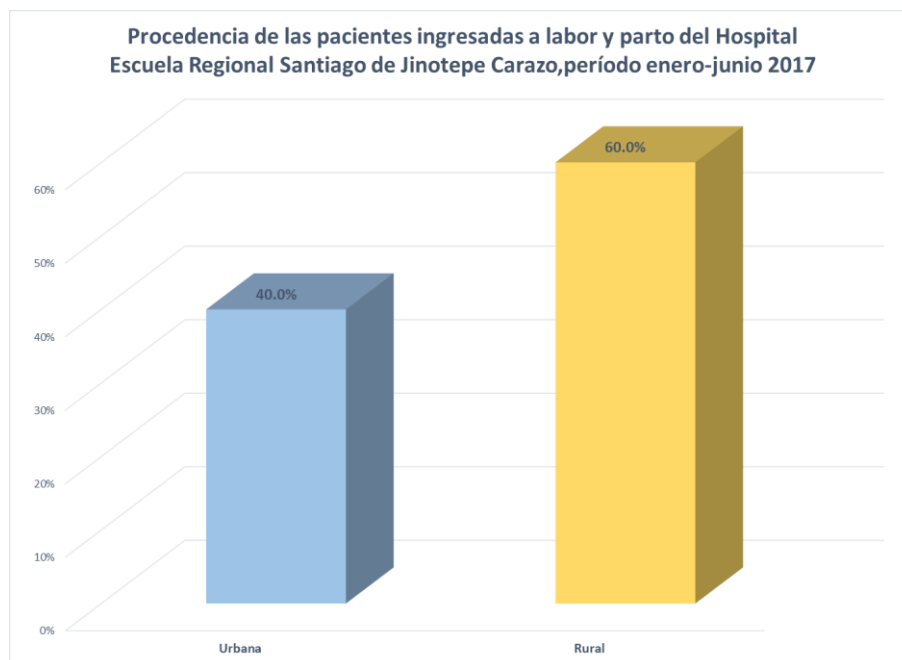


Tabla número 2: Procedencia de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Procedencia		
	Frecuencia	Porcentaje
Urbana	60	40.0%
Rural	90	60.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 2: Procedencia de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 2.

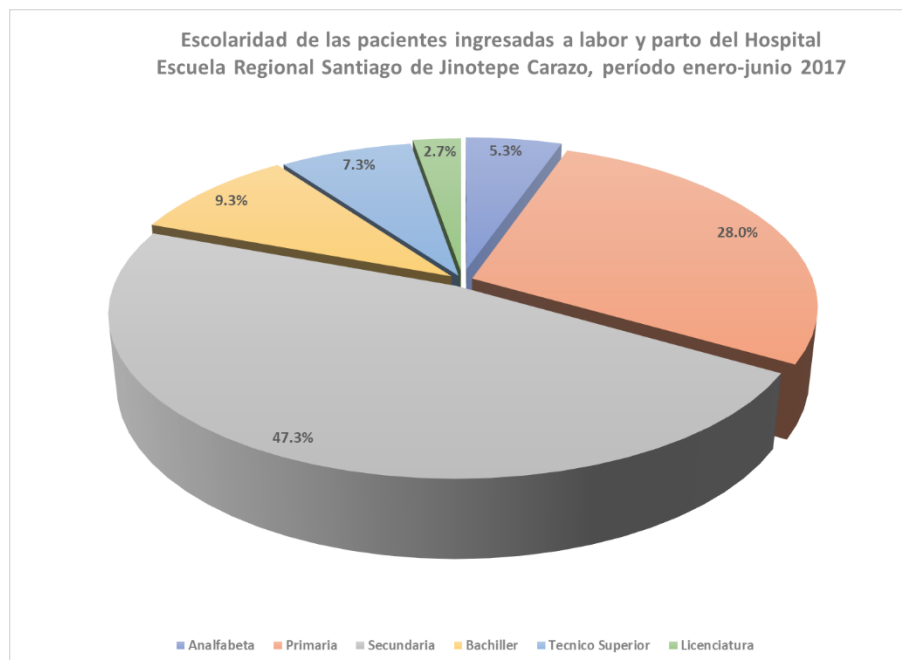


Tabla número 3: Escolaridad de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	8	5.3%
Primaria	42	28.0%
Secundaria	71	47.3%
Bachiller	14	9.3%
Tecnico Superior	11	7.3%
Licenciatura	4	2.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 3: Escolaridad de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 3.

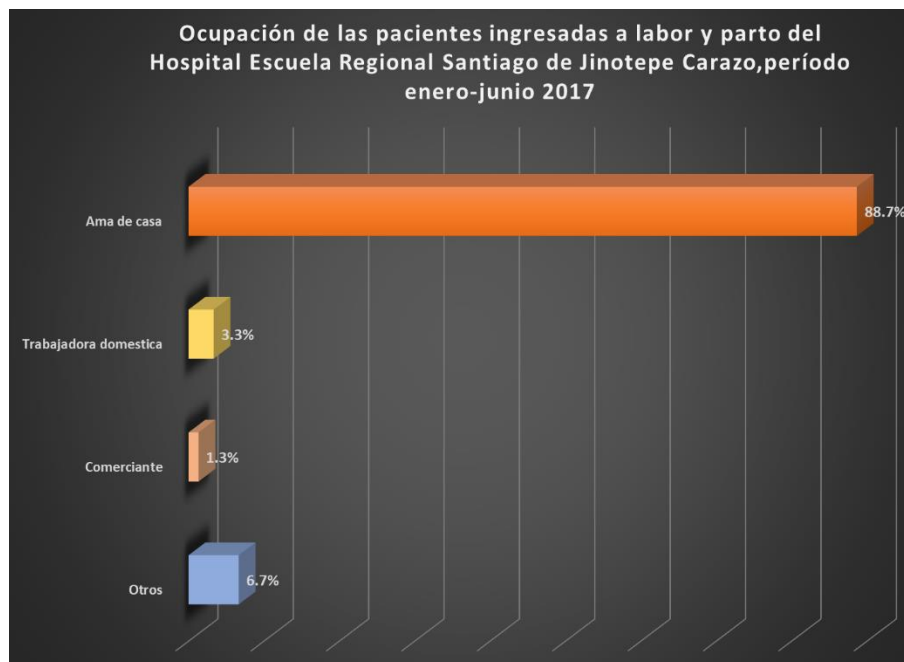


Tabla numero 4: Ocupación de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	133	88.7%
Trabajadora domestica	5	3.3%
Comerciante	2	1.3%
Otros	10	6.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfica numero 4: Ocupación de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 4.



Tabla número 5: Estado civil de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Estado Civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	19	12.7%
Acompañada	93	62.0%
Casada	38	25.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 5: Estado civil de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 5.

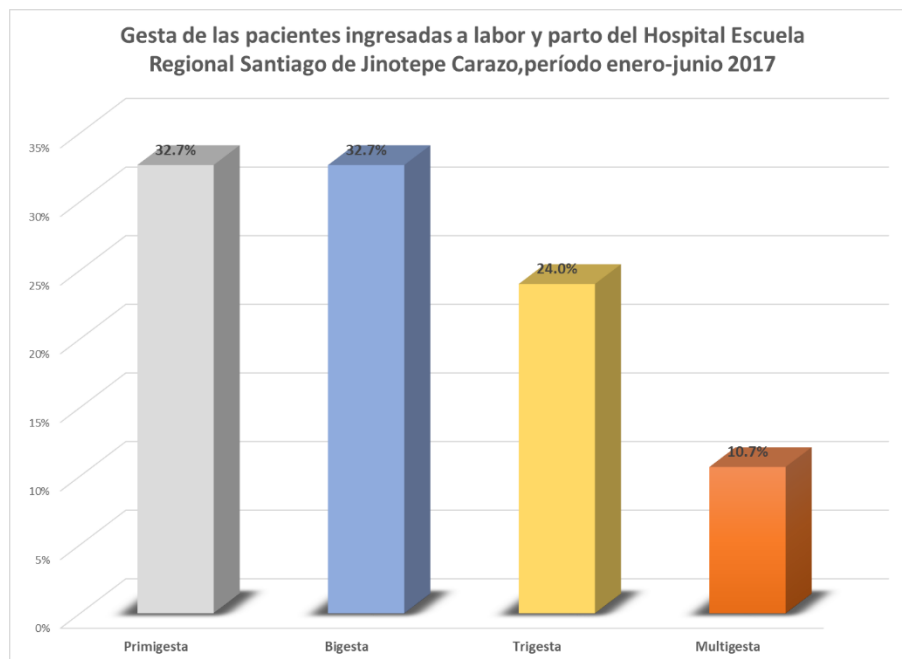


Tabla número 6: Gestas de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Gestas		
	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	49	32.7%
Bigesta	49	32.7%
Trigesta	36	24.0%
Multigesta	16	10.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 6: Gestas de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 6.

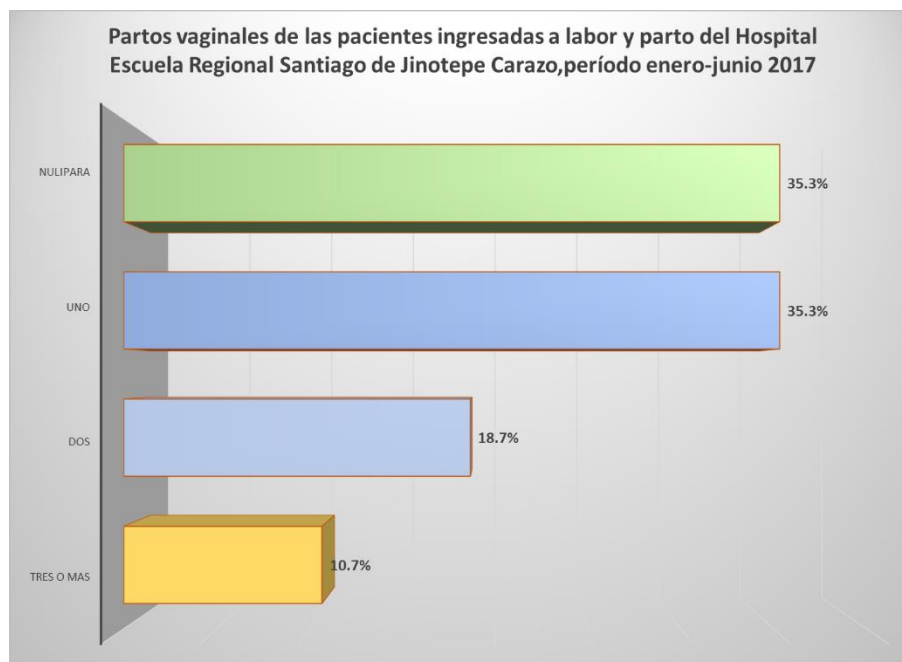


Tabla numero 7: Partos vaginales de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Partos Vaginales		
	Frecuencia	Porcentaje
Nulipara	53	35.3%
Uno	53	35.3%
Dos	28	18.7%
Tres o mas	16	10.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 7: Partos vaginales de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 7.

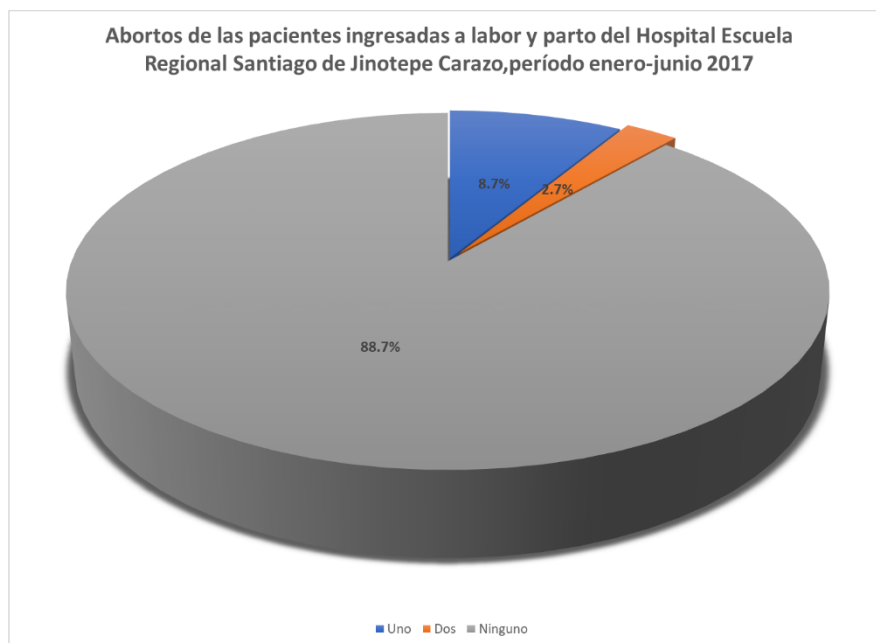


Tabla numero 8: Abortos de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Abortos		
	Frecuencia	Porcentaje
Uno	13	8.7%
Dos	4	2.7%
Ninguno	133	88.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 8: Abortos de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 8.

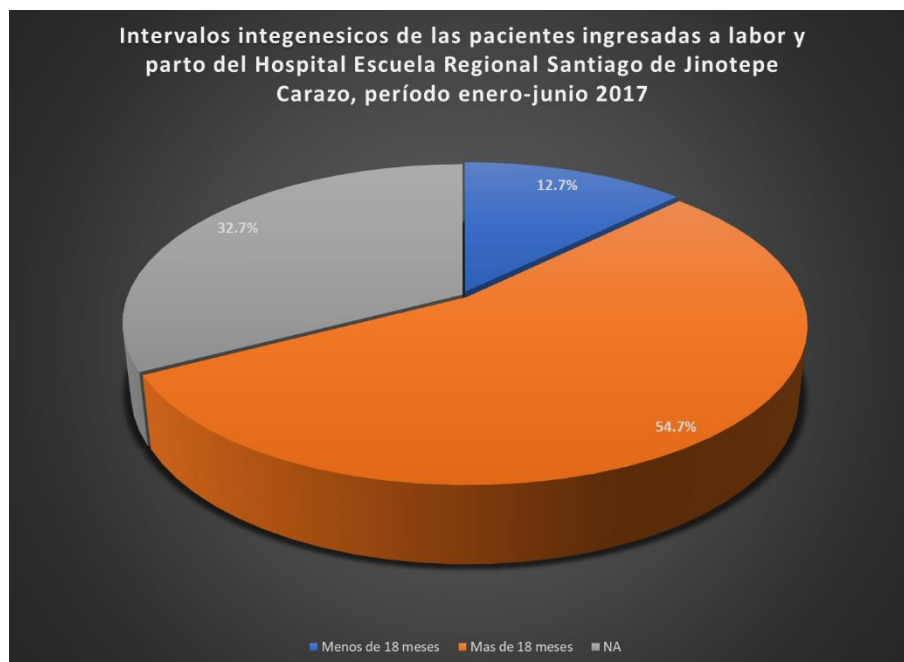


Tabla numero 9: Intervalo intergenesico de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Intervalos Intergenesicos		
	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 18 meses	19	12.7%
Mas de 18 meses	82	54.7%
NA	49	32.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 9: Intervalo intergenesico de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 9.

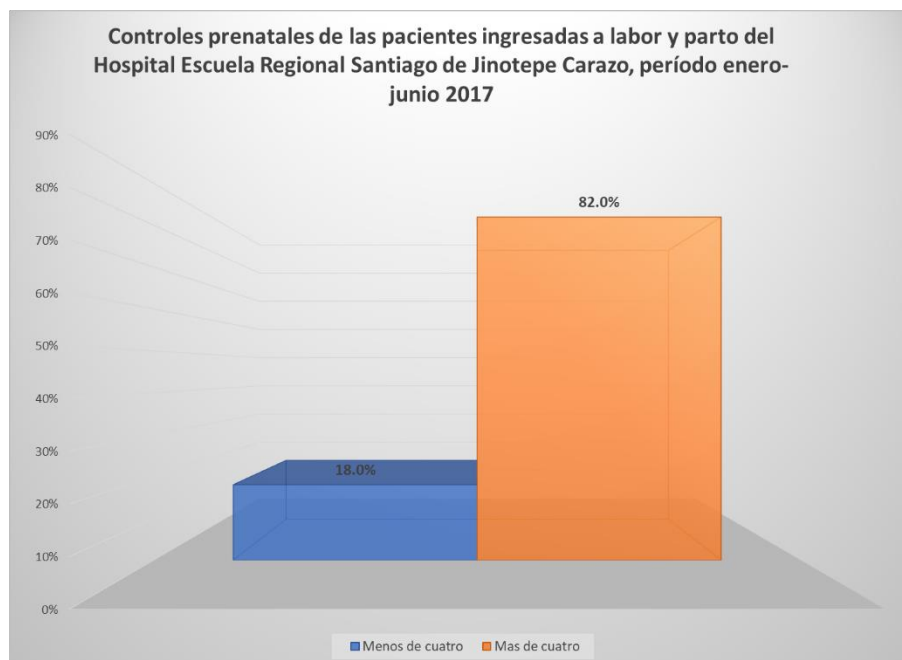


Tabla numero 10: Controles prenatales de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Controles Prenatales		
	Frecuencia	Porcentaje
Menos de cuatro	27	18.0%
Mas de cuatro	123	82.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 10: Controles prenatales de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 10.

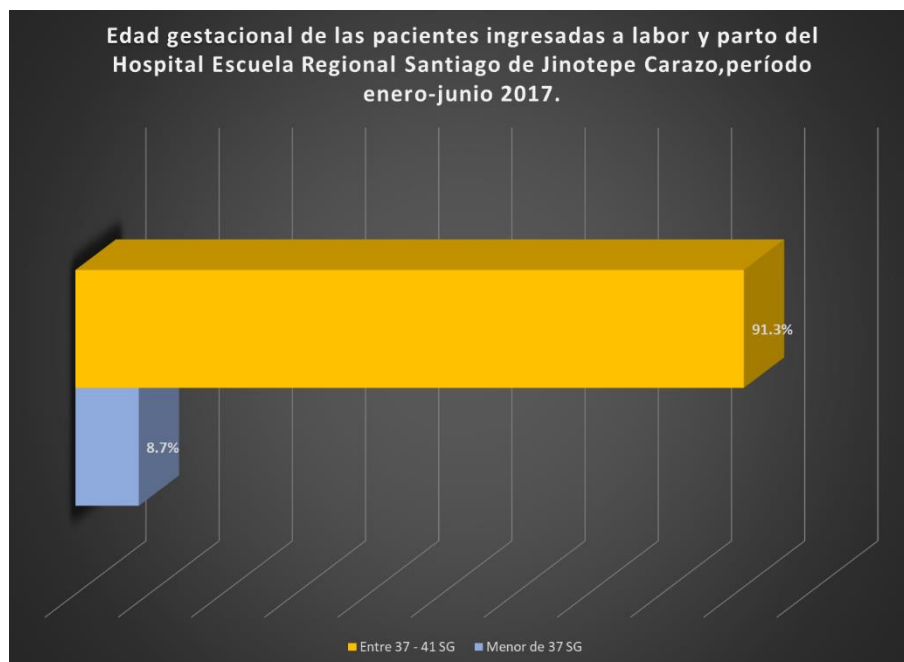


Tabla número 11: Edad gestacional de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Edad Gestacional		
	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 37 SG	13	8.7%
Entre 37 - 41 SG	137	91.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 11: Edad gestacional de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 11.

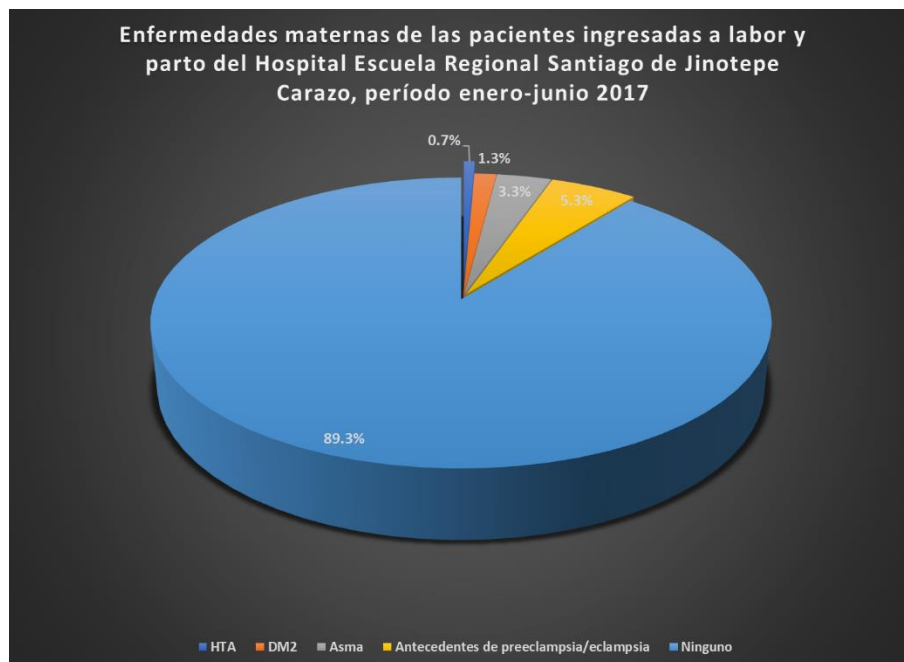


Tabla numero 12: Enfermedades maternas de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.

Enfermedades Maternas		
	Frecuencia	Porcentaje
HTA	1	0.7%
DM2	2	1.3%
Asma	5	3.3%
Antecedentes de preeclampsia/eclampsia	8	5.3%
Ninguno	134	89.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 12: Enfermedades maternas de las pacientes ingresadas a labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, periodo enero-junio 2017.



Fuente: Tabla número 12.

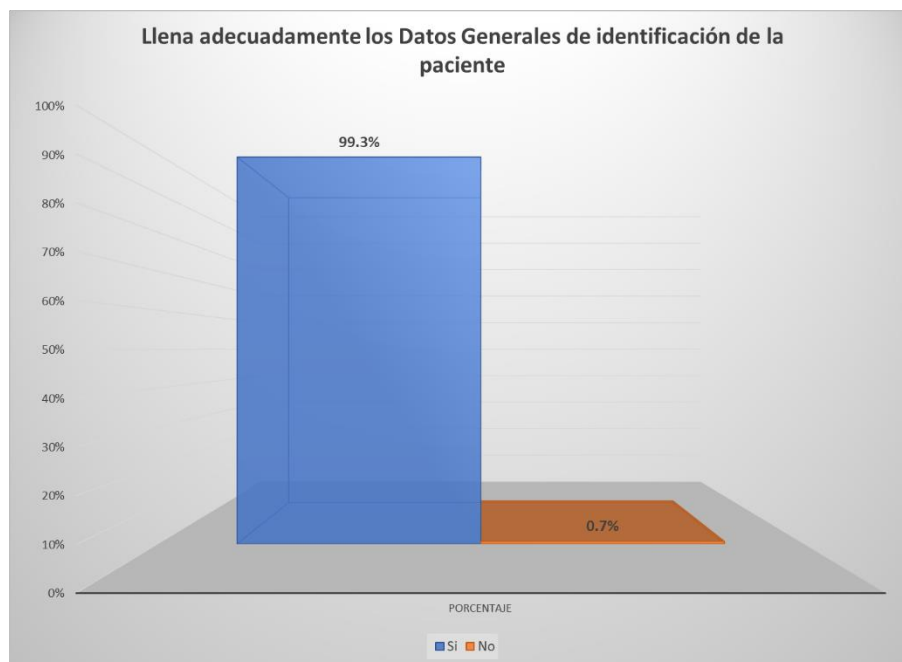


Tabla numero 13: Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente (criterio 1).

Criterio 1		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	149	99.3%
No	1	0.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 13: Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la paciente (criterio 1).



Fuente: Tabla número 13.

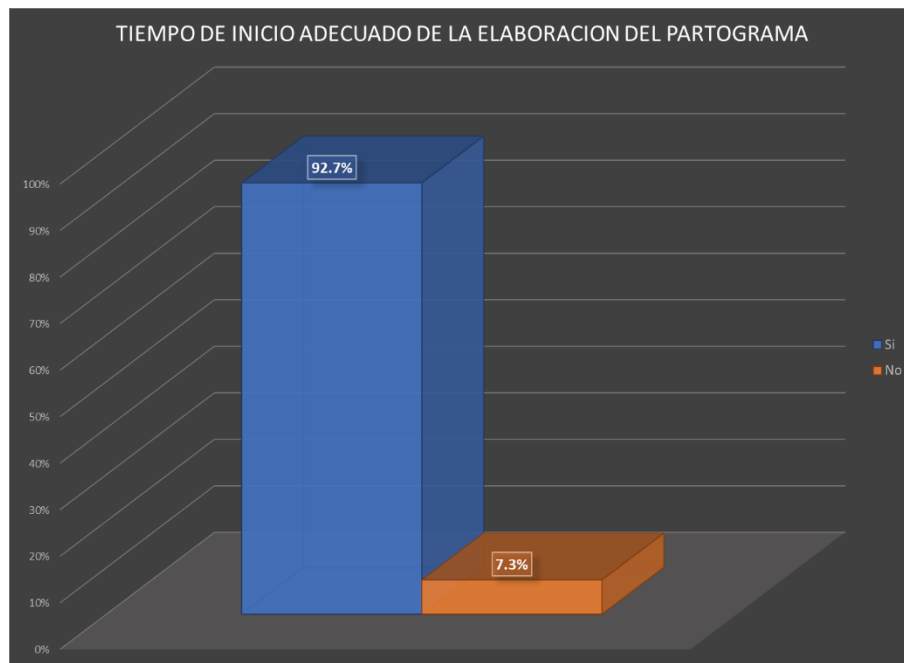


Tabla número 14: Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma (criterio 2).

Criterio 2		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	139	92.7%
No	11	7.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 14: Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma (criterio 2).



Fuente: Tabla número 14.

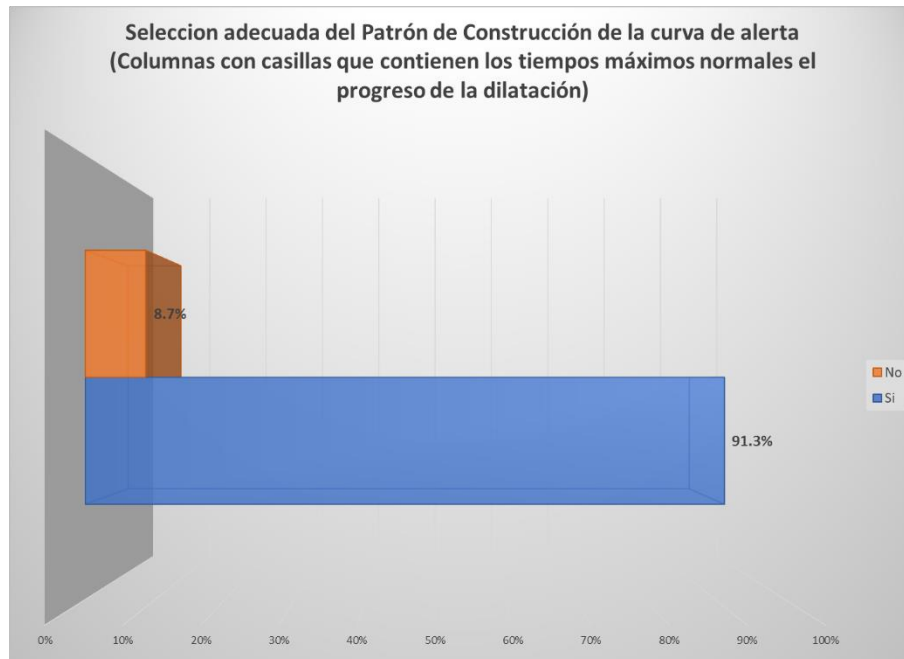


Tabla numero 15: Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta (columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de dilatación) (criterio 3).

Criterio 3		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	137	91.3%
No	13	8.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 15: Selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta (columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de dilatación) (criterio 3).



Fuente: Tabla número 15.

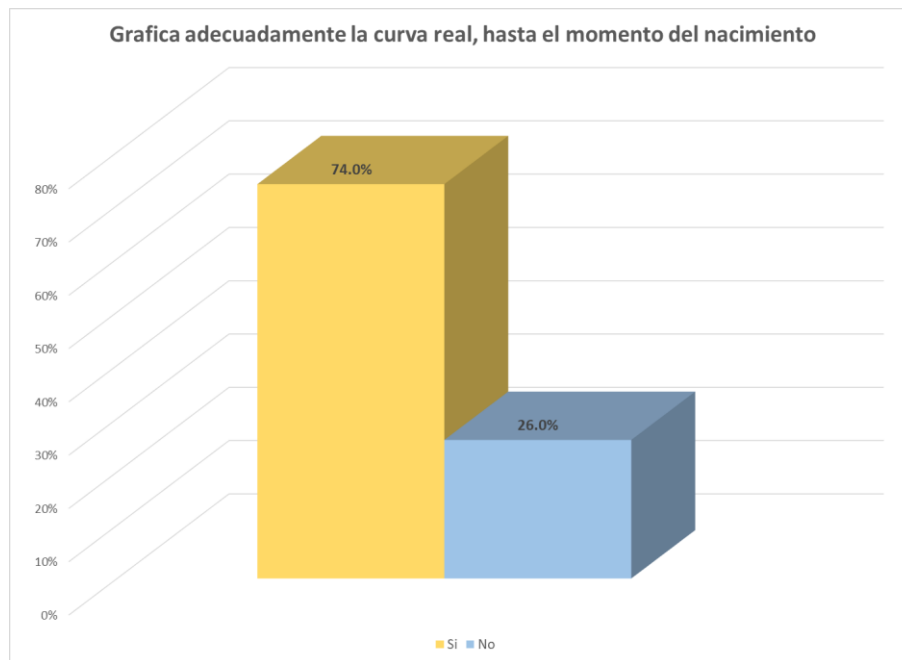


Tabla numero 16: Gráfica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento (criterio 4).

Criterio 4		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	111	74.0%
No	39	26.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfica numero 16: Gráfica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento (criterio 4).



Fuente: Tabla número 16.

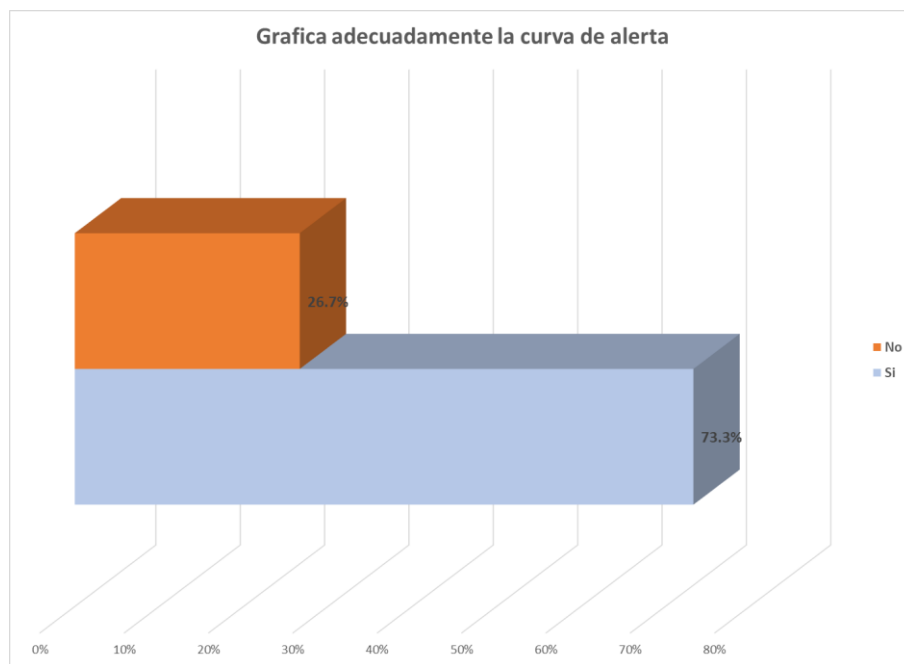


Tabla numero 17: Grafica adecuadamente la curva de alerta (criterio 5).

Criterio 5		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	110	73.3%
No	40	26.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 17: Grafica adecuadamente la curva de alerta (criterio 5).



Fuente: Tabla número 17.

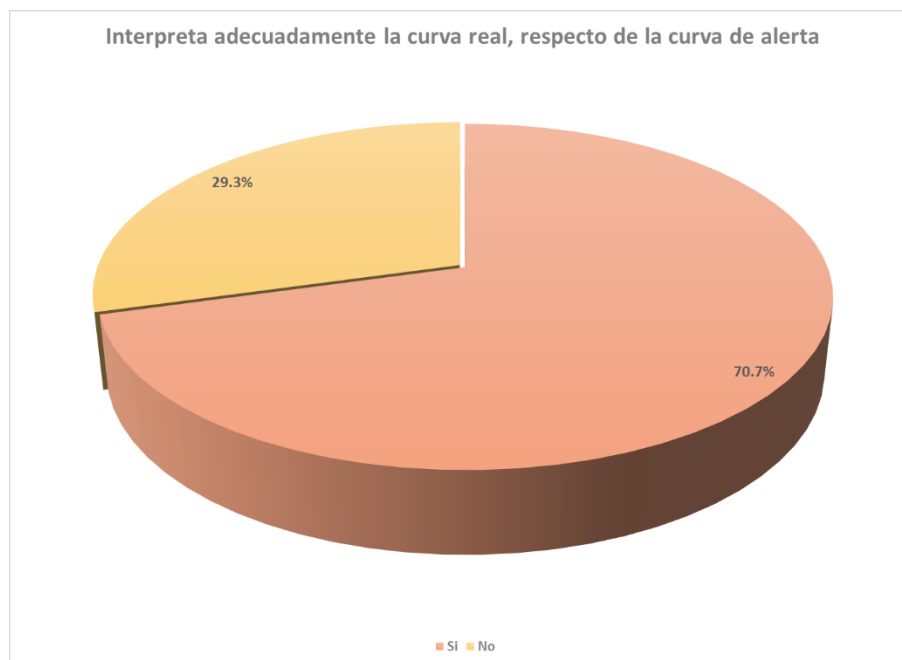


Tabla numero 18: Interpreta adecuadamente la curva real, respecto a la curva de alerta (criterio 6).

Criterio 6		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	106	70.7%
No	44	29.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfica numero 18: Interpreta adecuadamente la curva real, respecto a la curva de alerta (criterio 6).



Fuente: Tabla número 18.

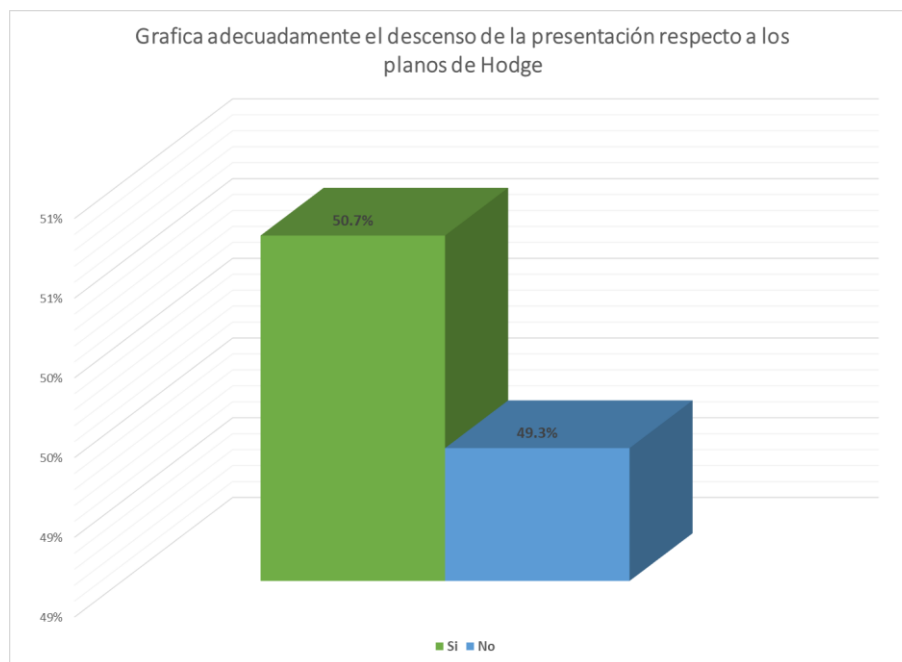


Tabla numero 19: Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge (criterio 7).

Criterio 7		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	50.7%
No	74	49.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfica numero 19: Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge (criterio 7).



Fuente: Tabla número 19.

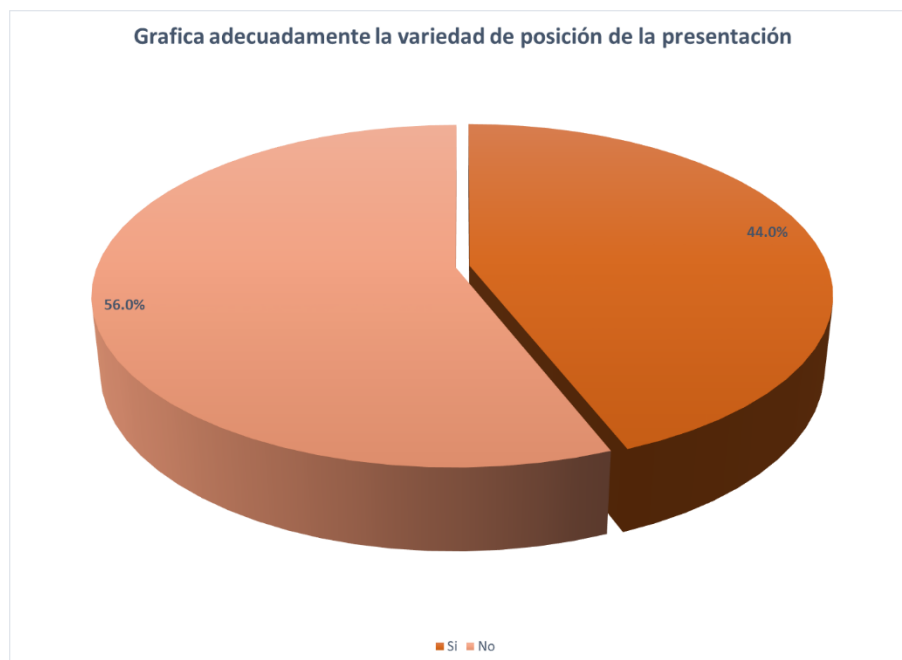


Tabla numero 20: Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación (criterio 8).

Criterio 8		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	66	44.0%
No	84	56.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 20: Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación (criterio 8).



Fuente: Tabla número 20.

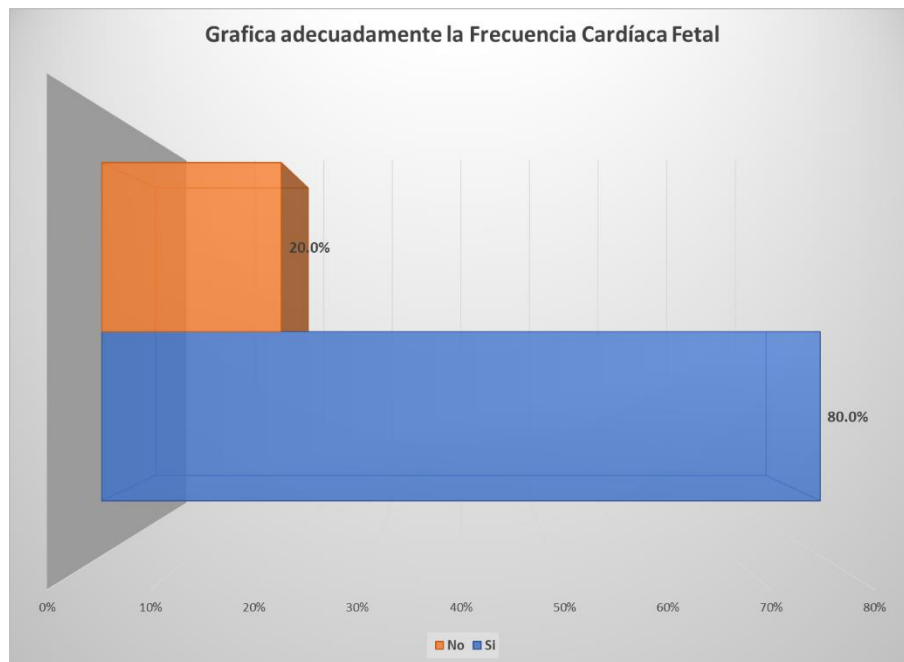


Tabla numero 21: Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal (criterio 9).

Criterio 9		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	120	80.0%
No	30	20.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 21: Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal (criterio 9).



Fuente: Tabla número 21.

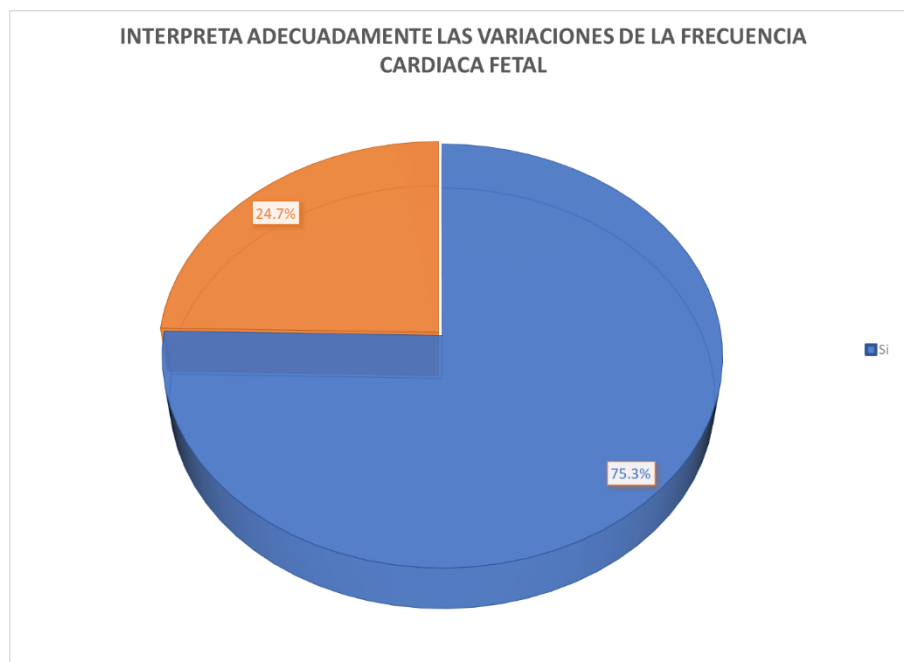


Tabla numero 22: Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal (criterio 10).

Criterio 10		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	113	75.3%
No	37	24.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 22: Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal (criterio 10).



Fuente: Tabla número 22.

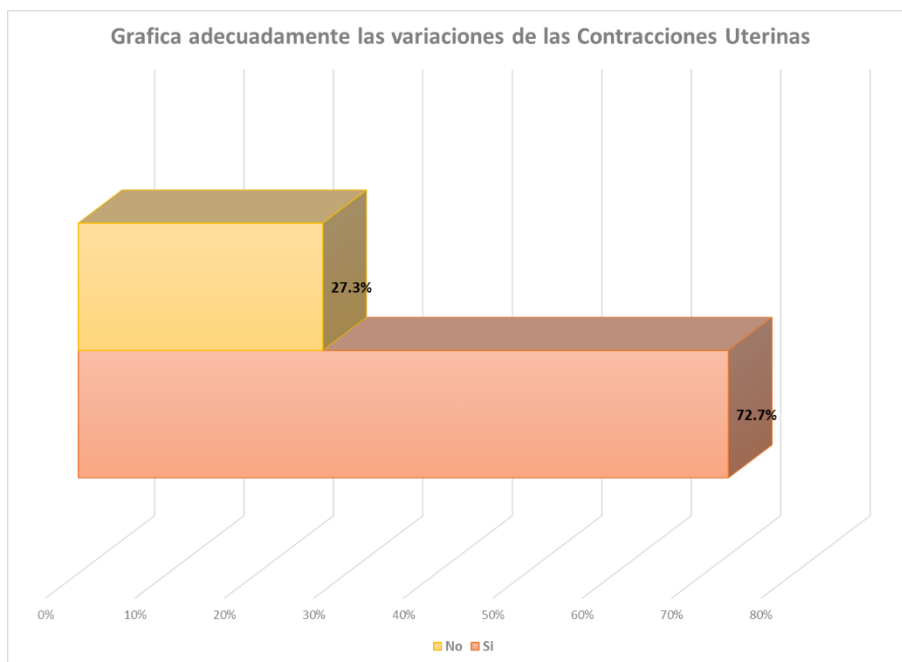


Tabla numero 23: Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas (criterio 11).

Criterio 11		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	109	72.7%
No	41	27.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 23: Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas (criterio 11).



Fuente: Tabla número 23.

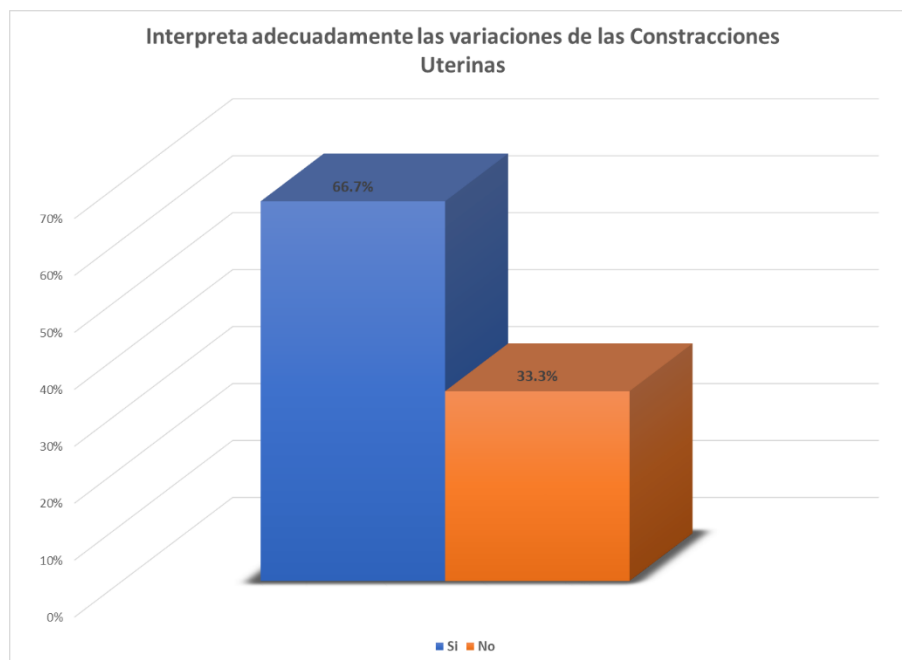


Tabla numero 24: Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas (criterio 12).

Criterio 12		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	100	66.7%
No	50	33.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 24: Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas (criterio 12).



Fuente: Tabla número 24.

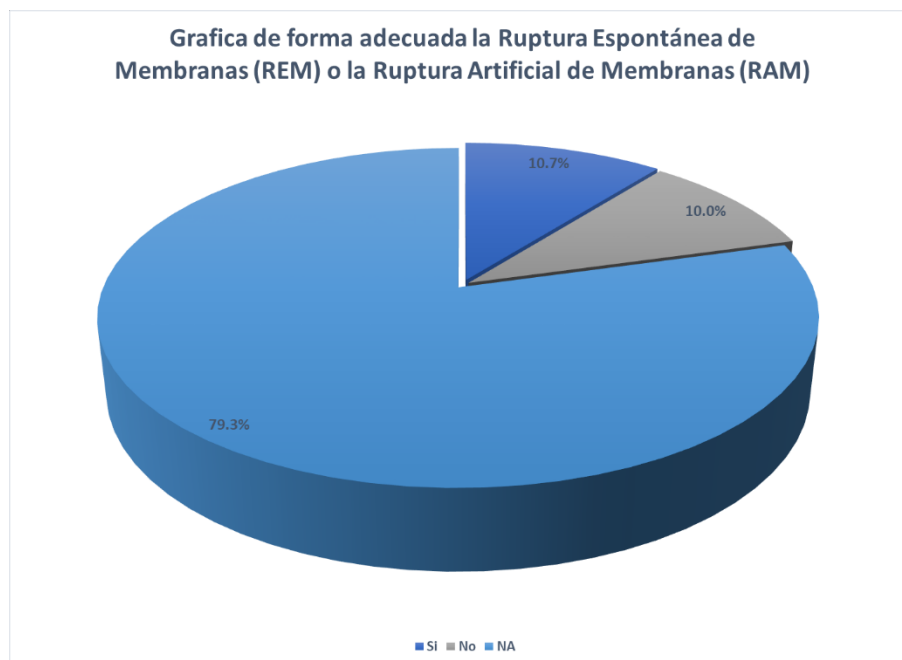


Tabla numero 25: Grafica de forma adecuada la ruptura espontanea de membranas (REM) o ruptura artificial de membranas (RAM) (criterio 13).

Criterio 13		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	10.7%
No	15	10.0%
NA	119	79.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 25: Grafica de forma adecuada la ruptura espontanea de membranas (REM) o ruptura artificial de membranas (RAM) (criterio 13).



Fuente: Tabla número 25.

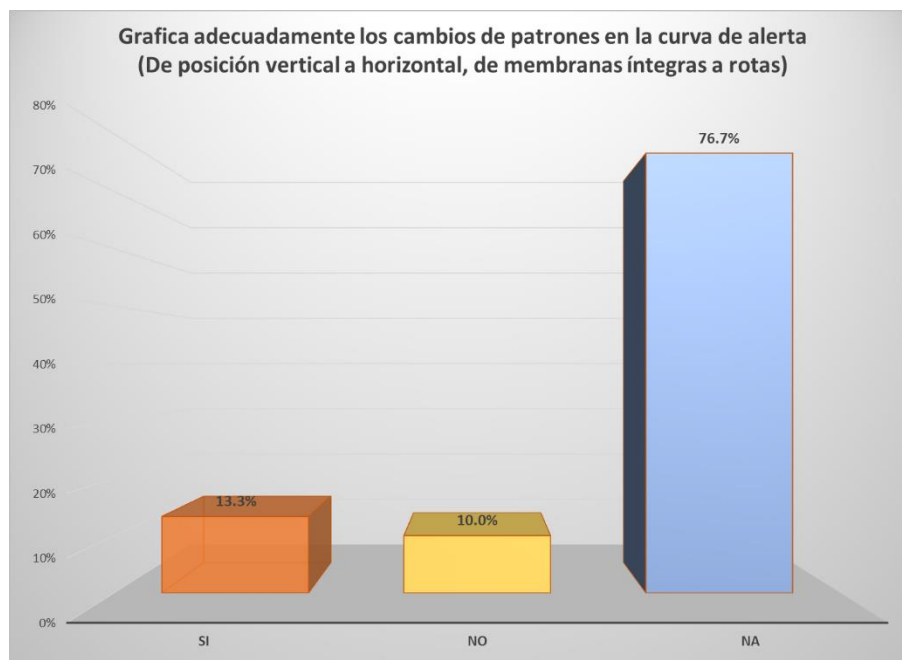


Tabla número 26: Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (de posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas) (criterio 14).

Criterio 14		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	13.3%
No	15	10.0%
NA	115	76.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico número 26: Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (de posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas) (criterio 14).



Fuente: Tabla número 26.

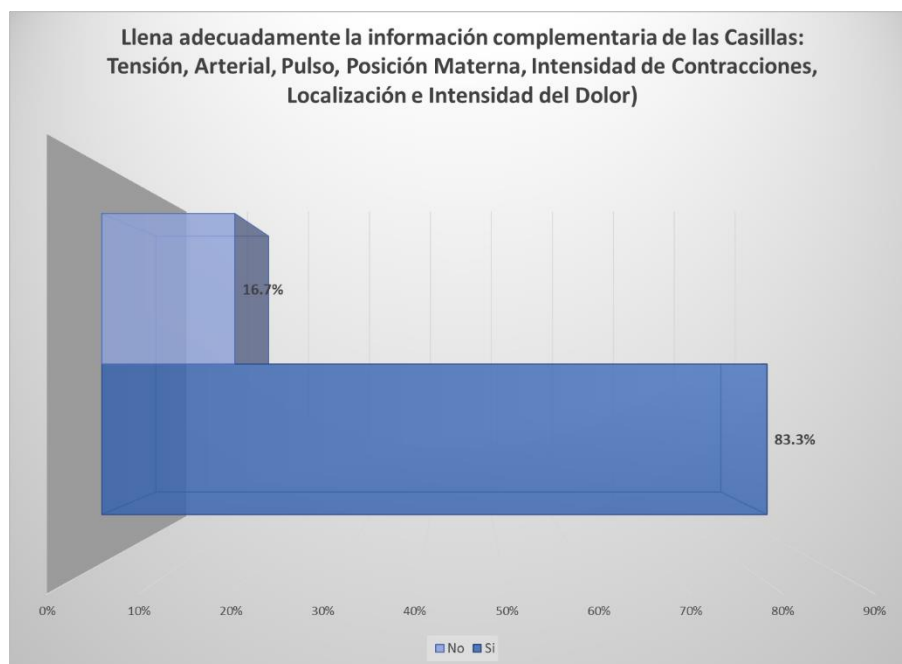


Tabla numero 27: Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, localización e intensidad del dolor (criterio 15).

Criterio 15		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	125	83.3%
No	25	16.7%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 27: Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, localización e intensidad del dolor (criterio 15).



Fuente: Tabla número 27.

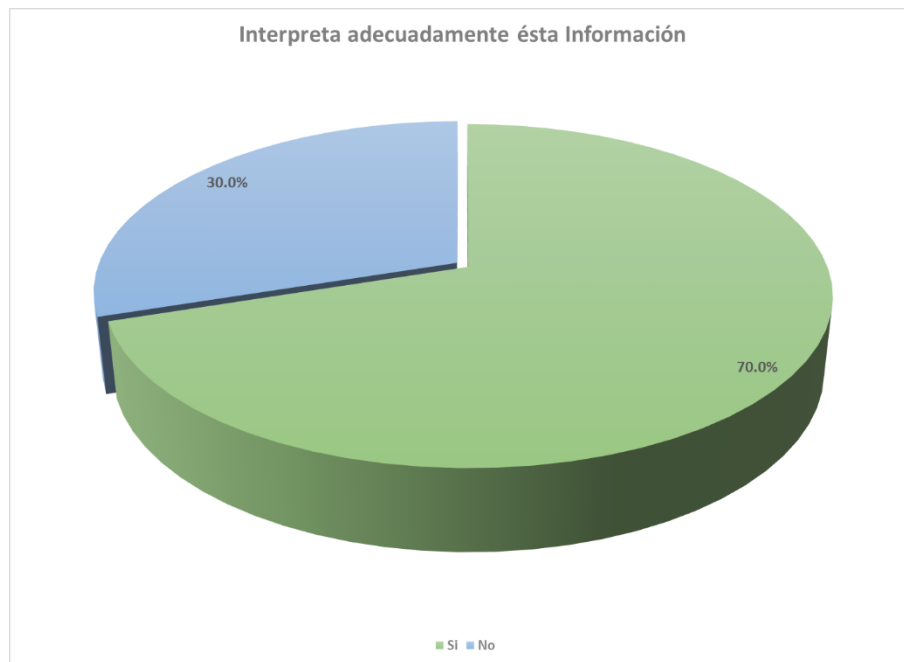


Tabla numero 28: Interpreta adecuadamente esta información (criterio 16).

Criterio 16		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	105	70.0%
No	45	30.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 28: Interpreta adecuadamente esta información (criterio 16).



Fuente: Tabla número 28.

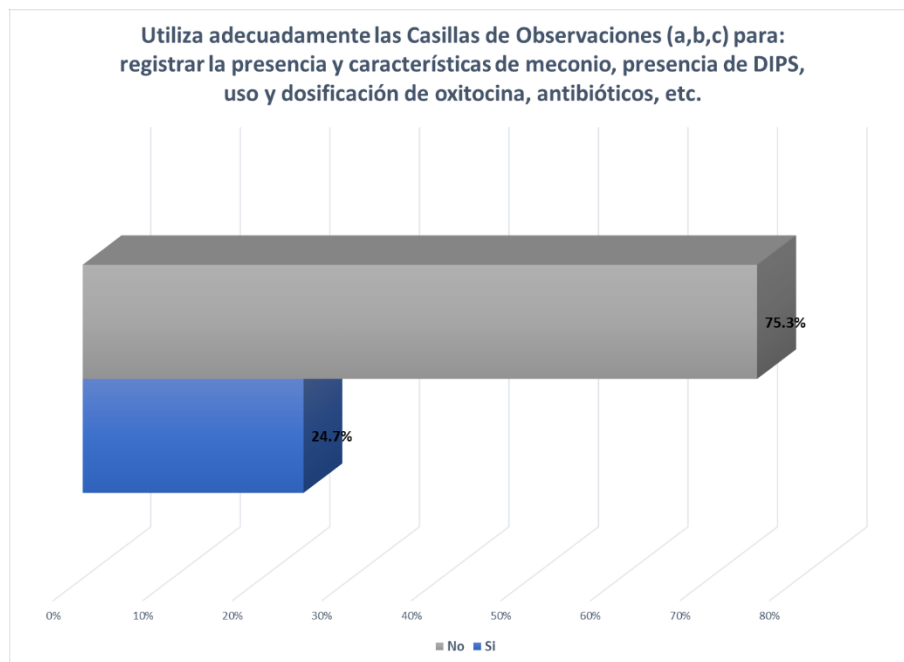


Tabla numero 29: Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones para registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc. (criterio 17).

Criterio 17		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	24.7%
No	113	75.3%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 29: Utiliza adecuadamente las casillas de observaciones para registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc. (criterio 17).



Fuente: Tabla número 29.

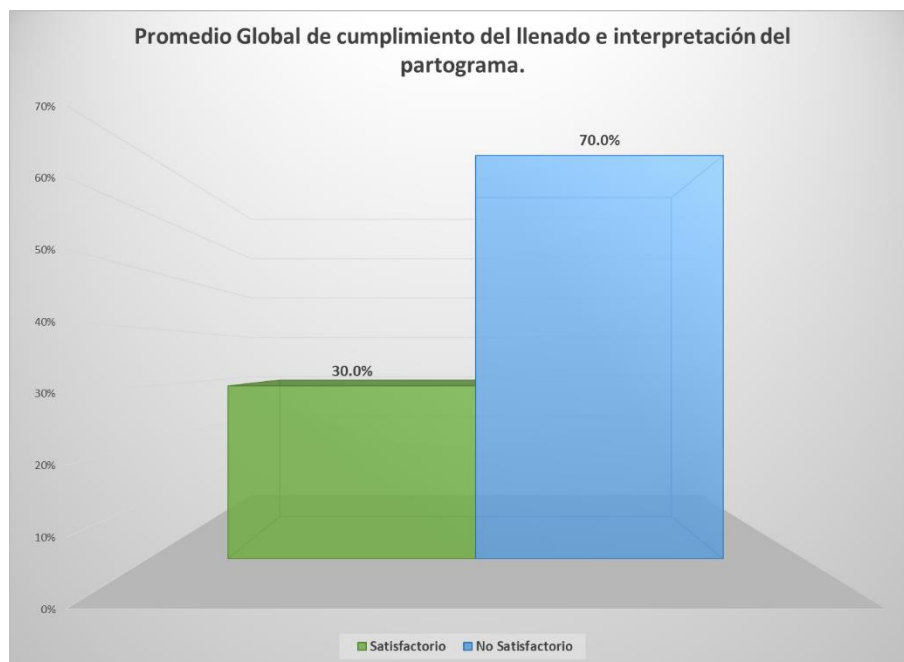


Tabla numero 30: Promedio global de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma.

Promedio Global		
	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	45	30.0%
No Satisfactorio	105	70.0%
Total	150	100.0%

Fuente: Ficha de recolección de la información.

Gráfico numero 30: Promedio global de cumplimiento del llenado e interpretación del partograma.



Fuente: Tabla número 30.