

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBEN DARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**TRABAJO DE INVESTIGACION MONOGRÁFICA PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA GENERAL**

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

Autores: Br. Itzell Amanda Downs Salmerón

Br. María René Pilarte Gutiérrez

Tutor científico: Dr. Eduardo Alberto Corrales Ginecobstetra

Tutor metodológico: Lic. Dora Florián Montiel Msc. Epidemiologia

06 de Diciembre del 2017, Managua, Nicaragua

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

DEDICATORIA

Dedicamos nuestro trabajo a Dios quien nos ha dado la fortaleza y sabiduría para poder culminar esta etapa tan importante en nuestra vida profesional mediante su guía e incondicional acompañamiento.

A nuestros padres, hermanos y familiares que siempre estuvieron brindándonos su afecto, comprensión y apoyo en todo momento, bajo toda circunstancia y en cada una de nuestras decisiones, así como también sus consejos para lograr seguir siempre adelante, no darnos por vencidas y alcanzar nuestras metas tanto en lo humano como en lo profesional. Por estar presentes en cada paso desde el inicio de nuestra vida académica y continuar ahí en pie de lucha a nuestro lado.

Todas esas personas que son parte indispensable en nuestras vidas que siempre confiaron en nuestras capacidades, aun cuando nosotras mismas no lo lográbamos hacerlo. Esos amigos, que brindaron comprensión a las ausencias, y apoyo en todo momento hasta el día de hoy.

De igual forma a nuestros maestros los cuales nos compartieron sus conocimientos y experiencias, brindándonos asesoría y marcando así una etapa importante en nuestra formación durante los seis años de carrera universitaria. Sobre todo, a nuestros tutores por encaminarnos en cada paso, por sus valiosos aportes y recomendaciones en la elaboración de este trabajo.

Y a todas las personas que de una u otra manera fueron un eje fundamental para el estudio, por orientarnos y facilitarnos información necesaria para la realización de esta tesis monográfica.

AGRADECIMIENTOS

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

A nuestros padres por ser los más grandes maestros en nuestras vidas. Por su amor y entrega para que nuestros sueños se hagan realidad. Por ser siempre ellos a los cuales podemos acudir en cada dificultad y han sido nuestra base, nuestro polo a tierra para siempre recordar el motivo por el cual elegimos esta bella travesía.

A nuestros hermanos, familiares y amigos que a pesar de las dificultades, las ausencias e inconvenientes, jamás dudaron, siempre comprendieron y no dudaron de que la meta estaba próxima a alcanzarse. Por que hasta el día de hoy continúan a nuestro lado.

De manera muy especial y sincera deseamos expresar nuestro agradecimiento hacia nuestros tutores Dr. Eduardo Alberto Corrales y Lic. Dora Florián Montiel, por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo, por el respeto a nuestras sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que han facilitado a las mismas.

RESUMEN

El presente estudio fue realizado para determinar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en las pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo que corresponde al primer trimestre del año 2017.

Es un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, universo constituido por 220 pacientes donde se seleccionó mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, una muestra de 141 expedientes clínicos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión del estudio, realizando el llenado de la ficha de recolección, midiendo las variables en estudio; datos sociodemográficos, principales antecedentes ginecoobstetricos y datos del parto, calidad del llenado e interpretación del Partograma; los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos a través del paquete estadístico SPSS versión 23 para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

En los resultados encontramos que la mayoría de parturientas tenía entre 20 y 34 años considerándose la edad óptima para llevar un embarazo a término. En relación a los principales antecedentes obstétricos, la mayoría eran bigestas, multíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, en el mayor porcentaje de pacientes hubo conducción del trabajo de parto, con una duración del parto menor de 4 horas en el turno de 3pm-7am, siendo la mayoría atendidos por médicos residentes; en cuanto al cumplimiento de la calidad del llenado del partograma observamos que el porcentaje de satisfacción fue de 72% y en referencia a la calidad de interpretación fue de 74% y con respecto al promedio global del partograma tenemos que

solamente en 48 casos (30.04%) el resultado obtenido fue \geq de 90%, no obstante en los faltantes 93 casos (65.96%) fue \leq de 90%, por lo cual se logró establecer que en la sala de labor y parto del Hospital no se cumple con los estándares de calidad del ministerio de salud de Nicaragua presentando deficiencia para el llenado e interpretado satisfactorio del Partograma tomando en cuenta que Partograma bien llenado e interpretado es cuando al aplicar la hoja de monitoreo de 17 ítems se obtiene un promedio al menos del 90%.

Contenido

I.	Introducción	8
II.	Antecedentes	10
III.	Justificación.....	16
IV.	Planteamiento del problema	18
V.	Objetivos	19
V.1	Objetivo general.....	19
V.2	Objetivos específicos:	19
VI.	Marco Teórico	20
VI.1	Generalidades	20
VI.1.1	Conceptos Generales	20
VI.2	Teorías de Desencadenamiento del Trabajo de Parto.....	27
VI.3	Criterios para definir un Trabajo de Parto Normal	29
VI.3.1	Verificar la actividad contráctil	30
VI.3.2	Evaluar la Pelvis o “Continente del parto”	30
VI.3.3	Considerar los tejidos blandos maternos o Circunstancias del Continente.....	31
VI.3.4	Evaluar las características fetales o “Contenido del Parto”	31
VI.3.5	Evaluación fetal del ambiente Intrauterino	31
VI.4	Periodos del Trabajo de Parto.....	32
VI.4.1	Borramiento y dilatación del cuello uterino	32
VI.4.2	Expulsión del feto.....	33
VI.4.3	Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)	33
VI.5	Estadios del Trabajo de Parto	33
VI.5.1	Primer Estadio.....	33
VI.5.2	Segundo Estadio.....	34
VI.5.3	Tercer Estadio	34
VI.6	PARTOGRAMA.....	34
VI.6.1	Generalidades	34
VI.6.2	Definición	35

VI.6.3	Objetivos del Partograma	36
VI.6.4	Ventajas del Partograma.....	36
VI.6.5	Clínica del Parto o Partograma	37
VI.6.6	Utilización del Partograma del CLAP.....	39
VI.6.7	Llenado del Partograma.....	43
VI.7	Score de Apgar	52
VII.	Material y Método	54
VII.1	Tipo de estudio	54
VII.2	Área de estudio.....	54
VII.3	Universo	54
VII.4	Muestra.....	54
VII.5	Técnica de muestreo.....	54
VII.6	Unidad de análisis	54
VII.7	Criterios de Inclusión y Exclusión.....	55
VII.7.1	Criterios de inclusión.....	55
VII.7.2	Criterios de exclusión.....	55
VII.8	Listado de Variables:.....	56
VII.9	Matriz de Operacionalización de variables.....	59
VII.10	Métodos e instrumentos de recolección	76
VII.10.1	Instrumento de recoger la información.....	76
VII.10.2	Fuente de recolección de información	76
VII.10.3	Plan de tabulación y análisis	76
VII.11	Aspectos éticos	77
VIII.	Resultados.....	78
IX.	Análisis y discusión de los resultados	83
X.	Conclusiones	96
XI.	Recomendaciones.....	98
	Bibliografía.....	100
	Xii.....	101
	ANEXOS.....	101

I. Introducción

El trabajo de parto y el parto en sí constituyen un proceso fisiológico cuyo resultado es la expulsión del feto o producto y de los anexos embrionarios a través del canal del parto, este proceso está mediado por contracciones uterinas que se acompañan de borramiento y dilatación cervical.

El análisis de la evolución y progreso del trabajo de parto fue realizado y desarrollado por Friedman y Cois en la década de 1950, los cuales idearon y diseñaron una representación gráfica del mismo, descubriendo fases del mismo. Una fase latente, que se caracteriza por el borramiento y dilatación cervical hasta los 4cm, seguida por una fase activa con dos partes claramente definidas: la primera que está caracterizada por un periodo de rápida progresión de la dilatación (fase de aceleración), y la segunda que está caracterizada por un enlentecimiento de la dilatación hacia los 9-10 cm (fase de desaceleración), justo antes del inicio del expulsivo. Esta curva sigmoidea representa la dilatación cervical a lo largo del tiempo, y el descenso de la presentación se representa por una curva hiperbólica.

Se reconoce de manera internacional que el mejor método ideado para la vigilancia del proceso activo del trabajo de parto es el gráfico, por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o más bien, individualizado de la mujer en dicho proceso, que se ha visto relegado por nuevas técnicas en la obstetricia moderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para la utilización del partograma, ha producido un formato standard del mismo, con su utilización y aplicación se han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad en diversos estudios realizados en países orientales.

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

Actualmente existen más de 200 tipos de partogramas distintos, basados en los originales de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, estos últimos a través del Programa para la Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de la aplicación en países en vías de desarrollo.

En Nicaragua se introduce la iniciativa de partograma como instrumento de apoyo en la atención de la mujer gestante desde el año 1987. Sin embargo, es a partir del año 2000 que se lleva a cabo como proyecto piloto el uso del partograma para la vigilancia del trabajo de parto en los municipios de Matagalpa y Jinotega. De acuerdo a los resultados positivos, actualmente se ha expandido al resto de municipios del País desarrollando estándares e indicadores con el que se evalúa la calidad del llenado, su interpretación y la toma de decisiones.

En el Hospital Carlos Roberto Huembés no se encontró registro de antecedentes de estudios con el enfoque de valoración del llenado e interpretación del partograma por lo tanto este estudio se considera de utilidad para tener un conocimiento y evaluación objetivo de la labor que se realiza y a su vez contribuir con la disminución de complicaciones obstétricas y perinatales que se puedan presentar durante el trabajo de parto o a consecuencia de la vigilancia del mismo. Así como poder brindar recomendaciones para la mejora en conjunto y garantizar una mejor atención a la Mujer.

II. Antecedentes

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

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

Después de probarlo en estudios multicéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, tanto en las que tienen capacidad de manejar complicaciones como en aquéllas que no la tienen, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive. En Senegal (1992) se realizó un estudio, sobre la valoración del Partograma con curva de alerta concluyendo que la curva de alerta fue cruzada en el 9.8% de los casos y que la frecuencia de resucitación neonatal en este grupo fue alta.

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

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En Nicaragua un estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón sobre la aplicación del Partograma en el servicio de labor y parto durante el periodo julio a septiembre de 1997 por la Dra. Zeledón y el Dr. Abarca reporta que 112 pacientes (67.4%) no se les realizo partograma, a las 54 pacientes restantes si se les realizo Partograma; a 47 pacientes (87%) solamente se les realizo curva de alerta. En relación al APGAR de las pacientes en estudio y la realización del partograma encontraron que se presentaron dos asfixias moderadas en 112 pacientes que no se les realizo

Partograma, una en 47 pacientes que solo se les hizo curva de alerta, una en 7 pacientes que se les hizo tanto curva de alerta como curva real.

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

En el hospital Bertha Calderón se realizó un estudio por el Dr. Lacayo en 2009 sobre nivel de calidad de llenado e interpretado del Partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto encontrando que la mayoría de las madres comprendían entre las edades de 20 a 34 años, además se encontró que el llenado e interpretado está por debajo del 50% lo cual se considera no satisfactorio.

En el año 2010, se realizó un estudio en el Hospital Fernando Vélez Paiz por el Dr. Jorge Hernández Guzmán, donde se evaluó el llenado e interpretación de Partograma en el servicio de Labor y parto, los resultados son los siguientes: El resultado global de llenado adecuado e interpretación del Partograma fue de 16.66%. Los criterios que se cumplieron satisfactoriamente fueron, tiempo de inicio adecuado de la elaboración del Partograma y selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta. Los cumplimientos más bajos fueron grafica de forma adecuada, la ruptura espontanea de membrana, grafica adecuadamente los cambios de patrón en la curva de alerta, utiliza las casillas de observación.

En el año 2011, El Br. Saborío realizó el estudio Utilización del partograma como herramienta para la toma de decisiones en los partos atendidos en el servicio de labor y parto del Hospital José Antonio Brenes Palacios de Somoto de Octubre a Diciembre 2011, se obtuvieron los siguientes

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

conclusiones: Calidad del llenado e interpretación del partograma representa en el 66 % (197) de cumplimiento, pero aún existe una brecha de 34 % que no cumple lo que puede dar una muerte o complicación maternal por una deficiente vigilancia del trabajo del parto.

En el año 2014, los Dres. Logo y Montoya realizaron el estudio sobre la calidad del llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón Roque, en el periodo Enero-Marzo del 2014, con el fin de obtener datos reales que sirvan para brindar una atención con calidad y calidez durante la vigilancia del trabajo de parto. Del total de partogramas revisados cuidadosamente el 78.5% fue llenado satisfactoriamente. En relación a la interpretación del partograma, el 61.2% fue satisfactorio. Se encontró que en cuanto al llenado e interpretación del partograma durante el estudio realizado de enero a marzo con la hoja de monitoreo emitida por el MINSA el 69.4% era satisfactoria.

En 2015 para optar el título de médico general en el hospital regional de Jinotepe se realizó en estudio sobre calidad de llenado e interpretación del partograma en el servicio de labor y parto en el que se encontró que el promedio global de la calidad del llenado del partograma fue del 72 % se cumple , en cambio 16% no se cumple En relación a la calidad de la interpretación de los datos del partograma se encontró que el promedio global de la calidad de la interpretación del partograma según los criterios revisados fueron: 84% se cumple los datos generales de identificación del paciente, en cambio 16% que no se cumple.

En otro estudio acerca del 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 se identificó que el mayor número de parturientas pertenecían a

las edades entre 20-34 años. En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes eran primigestas, multíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo. En cuanto al parto el 100% finalizó vía vaginal, predominando las pacientes que no tuvieron conducción del trabajo de parto, con una duración menor de 4 horas, en su mayoría no hubo complicaciones maternas-Fetales.

Con respecto al porcentaje del cumplimiento del partograma encontramos que solo un 33.9% (95) cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15% (185) con un llenado insatisfactorio, por lo que el cumplimiento de la interpretación del partograma, tiene un porcentaje significativo a favor del cumplimiento (interpretación) adecuado.

III. Justificación

Cada nacimiento se considera un milagro de vida, un punto de relevancia significativa en la vida de una familia. Actualmente la natalidad mundial oscila entre 1.2 por cada 1000 habitantes en los países desarrollados y de 8.5 en los países en vías de desarrollo. Es de esta manera como cada segundo nacen miles de niños, teniendo un registro hasta el 12 de agosto del año 2015 103,005 nacimientos en Nicaragua, de los cuales se considera que el 80% fueron por vía vaginal y el 20% por vía cesárea y en cada uno de estos grupos tanto la madre como el producto se enfrentan a incalculables riesgos de enfermedades, complicaciones o hasta la muerte.

Por lo que se considera de suma importancia llevar un registro adecuado del trabajo de parto y parto propiamente dicho y así poder prevenir e identificar estos riesgos de forma adecuada y en un momento determinante, ya que el partograma constituye la herramienta adecuada que nos permite identificar de manera oportuna una complicación para incidir en ella y evitar consecuencias de la misma, además de ser uno de los medios más económicos y de fácil acceso para un país como el nuestro que se encuentra en vías de desarrollo.

Por tal motivo decidimos realizar el presente trabajo, por lo mencionado anteriormente; pretendiendo proporcionar evidencia científica acerca del llenado adecuado del partograma y su correcta utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto para la toma de decisiones oportunamente y así evitar complicaciones graves en este proceso tan natural de la vida como lo es el parto.

Así mismo, hacer énfasis en los puntos o acápites del instrumento de evaluación proporcionado por el Ministerio de Salud (MINSa), las debilidades en la que hay que fortalecer y poder de esta manera emitir recomendaciones basadas en evidencias específicas dirigidas a todos

los centros de atención obstétrica a nivel nacional, y especialmente del centro donde se realiza el estudio, con el firme propósito de que este estudio pueda servir de guía para poder implementar otros estudios a nivel nacional.

En el hospital Carlos Roberto Huembés, lugar donde se realiza el estudio, no se encontró registro de la realización de estudios investigativos relacionados con la evaluación del partograma por lo cual la importancia y el beneficio que brinda esta investigación se basa en sentar precedentes para una adecuada valoración del trabajo realizado por el personal médico en el tema en cuestión y así tratar de garantizar una disminución de las complicaciones obstétricas, perinatales que puedan presentarse en este hospital.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuál es el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017?

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en las pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo que corresponde al primer trimestre del año 2017

V.2 Objetivos específicos:

- Identificar las características socio-demográficas de las pacientes en estudio.
- Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.
- Evaluar el porcentaje de cumplimiento de criterios de llenado del partograma (CLAP OPS-OMS) aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por el MINSA en la Normativa 109.
- Valorar la calidad de interpretación de los datos del partograma (CLAP OPS-OMS) en el grupo de pacientes en estudio, según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

•

VI. Marco Teórico

VI.1 Generalidades

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

VI.1.1 Conceptos Generales

VI.1.1.1 *Definición de Embarazo*

Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación.

El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.

- **El embarazo de Bajo Riesgo:** Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.
- **El embarazo de Alto Riesgo:** es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

VI.1.1.2 Factores de Riesgo del Embarazo

Para la clasificación del tipo de embarazo y aplicación de las conductas a seguir en las atenciones prenatales, se definen a continuación los tipos de factores de Riesgo (probabilidad que tiene la madre o su hijo, o ambos de enfermar o morir) según su asociación con el daño que producen.

El concepto de ARO debe de quedar bien establecido, se discontinuará el termino ARO Potencial o ARO Real. De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si no tiene ningún factor de riesgo es clasificado como Bajo Riesgo Obstétrico y la paciente embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales. (MINSA Nicaragua, Septiembre 2015)

VI.1.1.2.1 Factores para Alto Riesgo Obstétrico

- Muerte fetal o Muerte neonatal previa.
- Antecedentes de 3 o más abortos consecutivos
- Peso al nacer del último recién nacido menor a 2,500 gramos.
- Peso al nacer del último recién nacido mayor a 4,500 gramos.
- Hospitalización por hipertensión o Pre eclampsia/eclampsia en el último embarazo.
- Cirugías previas en el tracto reproductivo.
- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- Edad menor de 20 años o mayor de 35 años.
- Isoinmunización Rh Negativa en embarazo actual o embarazos anteriores.

- Sangrado vaginal
- Masa pélvica
- Presión arterial diastólica de 90 mm/Hg o más durante el registro de datos.
- Diabetes
- Nefropatía
- Cardiopatía.
- Uso de Drogas
- Cualquier otra enfermedad o condición médica severa (Aquí se incluyen hiperémesis gravídica no controlable, anemias con grados de alteración hemodinámica, enfermedades endémicas en fase aguda, psicopatologías, PVVS, adolescentes con riesgos activos)
- Infección de Vías Urinarias
- Poca o excesiva ganancia de peso
- Retardo del crecimiento intrauterino
- Rotura Prematura de Membranas
- Infecciones ovulares
- Presentación pélvica y situación transversas después de 36 semanas de gestación
- Embarazo Prolongado

VI.1.1.3 Definición de Parto

Parto es la expulsión de un feto vivo o muerto y sus anexos. En condiciones normales el parto acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo.

VI.1.1.3.1 Factores de Riesgo del Parto

VI.1.1.3.1.1 Antecedentes Personales

- Edad materna (< 20 años y > 35 años)
- Talla baja (< 1.50 cm)
- Multiparidad (> 4 hijos)
- Periodo intergenésico corto (Menor de 24 meses)
- Factores del embarazo actual: Rh(-), PVVS, RPR positivo
- Patologías del embarazo (anemia, post-término, hipertensión inducida por el embarazo, diabetes mellitus, etc.)
- Poco o excesiva ganancia de peso durante el embarazo

VI.1.1.3.1.2 Situaciones relacionadas al Parto

- Cambios en la intensidad de las contracciones uterinas (Hipertonía, Atonía uterina)
- Cambios en la frecuencia de las contracciones uterinas (Polisistolia, oligosistolia)
- Estado Psíquico de la parturienta
- Alteraciones en el Borramiento y dilatación del cuello uterino
- Variaciones de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto (Dips I, Dips II, Sufrimiento Fetal Agudo)
- Trabajo de Parto detenido
- Ruptura Prematura de membranas
- Corioamnioitis
- Coagulación intravascular diseminada

- Sospecha clínica de DCP
- Desviación de la curva real del Partograma respecto a la curva de alerta

VI.1.1.4 Clasificación del Parto

VI.1.1.4.1 Según la edad gestacional

- Pretérmino: Parto que ocurre entre las 22 y 36 semanas de amenorrea. Clínicamente en este rango se encuentra el parto inmaduro (22 a 27 semanas 6/7) y el parto prematuro: (28 a 36 semanas 6/7 cumplidas).
- A Término: a partir de las 37 semanas a 41 semanas 6/7 cumplidas.
- Postérmino: 42 semanas en adelante.

VI.1.1.4.2 Según intervención o no de agentes externos

- Espontáneo (sin intervención de agentes externos): el que finaliza por la acción de sus fuerzas naturales.
- Provocado o Inducido (con intervención de agentes externos)

VI.1.1.4.3 Según evolución fisiológica

- Normal o Eutócico: es el parto normal y el que se inicia de forma espontánea en una mujer, con un feto a término en presentación cefálica flexionada, posición de vértice y termina también de forma espontánea, sin que aparezcan complicaciones en su evolución.
- Distócico (hay alteración contráctil o del mecanismo del parto) y se requieren maniobras o intervenciones quirúrgicas para la finalización del parto, así como un parto prolongado

evaluado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación cervical en función del tiempo.

VI.1.1.4.4 Según presentación del feto o producto

- Cefálico (vértice, cara y frente)
- Pélvico (franco de nalgas).
- Incompleto o completo (de nalgas).

VI.1.1.4.5 Según vía de nacimiento

- Vaginal (espontáneo o instrumental-fórceps, vacuum extractor)
- Abdominal (cesárea).

VI.1.1.4.6 Según número de fetos o productos

- Único
- Múltiple

VI.1.1.5 Definición de Trabajo de Parto

El trabajo de parto se define como un aumento en la actividad miometrial, o más concretamente como el cambio en la contractibilidad miometrial desde la "contractura" (actividad de alta intensidad y alta frecuencia) que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino.

VI.1.1.5.1 Acciones para determinar la Evolución del Trabajo de Parto

VI.1.1.5.1.1 Confirmación del Trabajo de Parto

- **Pródromos de trabajo de parto:** Cuello uterino no dilatado, no borrado, contracciones uterinas irregulares.

- **Inicio del trabajo de parto**

- **En Nulíparas:** Borramiento del 100% y Dilatación de 3 cms y 3-4 contracciones en 10 minuto de 40- 45 segundos de duración.

- **En Multíparas:** Borramiento del 50%, Dilatación de 3-4 cms y 3-4 contracciones en 10 minutos de 40-45 segundos de duración.

- **Trabajo de Parto:** Borramiento: 50-100%, dilatación: 4-10 cm, (cuello uterino se dilata 1 cm por hora), con contracciones uterinas regulares, comienza descenso fetal.

VI.1.1.5.1.2 Identificación de la Situación, Posición y presentación fetal.

VI.1.1.5.1.2.1 Situación

Se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son longitudinales, transversos y oblicuos.

VI.1.1.5.1.2.2 Posición

Mediante la realización de las Maniobras de Leopold por palpación abdominal se realiza el diagnóstico de la posición del feto en el útero, ésta es la relación que guarda el punto guía con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna, son dos las posiciones: derecha e izquierda.

- Variedad de Posición: Se valorará por medio del examen ginecológico. Es la relación que guarda el occipucio con la extremidad de los principales diámetros maternos.

El occipucio puede estar en contacto con la eminencia iliopectínea, la extremidad del diámetro transversal, la articulación sacro ilíaca, el pubis o el sacro, resultando la variedad de posición anterior, transversa, posterior, pública o sacra respectivamente.

VI.1.1.5.1.2.3 Presentación

La presentación es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto, son dos: cefálica y pelviana, característica de una presentación normal es una cabeza bien flexionada, con el occipucio más bajo en la vagina que el sincipucio.

El vértice de la cabeza fetal es la parte que se presenta más comúnmente. Use los puntos de referencia del cráneo fetal para determinar la variedad de posición de la cabeza del feto en relación con la pelvis de la madre (occipucio, bregma, frente y mentón).

La mayor mortalidad se produce por presentaciones anómalas. Ej.: modalidad de cara, modalidad de frente, modalidad de Bregma, presentación pelviana, situación transversa, por lo que la conducta a seguir es la operación Cesárea.

VI.2 Teorías de Desencadenamiento del Trabajo de Parto

Considerando que en situaciones normales el parto se presenta al momento de existir por una parte, la madurez fetal necesaria para la adaptación al medio extrauterino, y por otra un tamaño óptimo del feto que permita su paso sin dificultades a través de la pelvis materna, se han

desarrollado en la obstetricia una serie de teorías tendientes a explicar los factores que participan en el desencadenamiento del trabajo de parto en situaciones normales.

- Fisicomecánica y neuroendocrina: El útero detiene su crecimiento en la semana 36, pero el feto sigue creciendo provocando Distensión Baroreceptores, con estímulo de la vía neuronal y Núcleos supraóptico y paraventricular liberando de esta manera Oxitocina

- Teoría de la oxitocina: existe un aumento en los estrógenos y disminución de la progesterona al final del embarazo, conllevando un aumento de los receptores de oxitocina, produciendo gradualmente oxitocina durante el embarazo.

- Teoría de la privación de progesterona: La progesterona aumenta el potencial de membrana e inhibe las uniones intercelulares (GAP junctions), esto evita la contracción uterina. Al final del embarazo caen los niveles de progesterona

- Teoría del control endocrino fetal: La hormona liberadora de corticotrofina (CRH) provoca una activación de eje hipotálamo hipofisario adrenal por CRH que aumenta el cortisol, convierte progesterona en estradiol, caen los niveles de progesterona, favorece la producción de PGE2 y aumenta los receptores de oxitocina por el aumento de estrógenos circulantes.

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

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

VI.3 Criterios para definir un Trabajo de Parto Normal

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

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

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

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

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, y realizar en cada evaluación clínica la verificación de requisitos para el éxito del parto desde el primer contacto que se tenga con la paciente o parturienta, los cuales incluyen:

VI.3.1 Verificar la actividad contráctil

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

VI.3.2 Evaluar la Pelvis o “Continente del parto”

El médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la estatura de la paciente ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, sin embargo, esto ha de determinarse con las características de la pelvis materna, es decir palpando las prominencias óseas que limitan el canal del parto como son: ángulo sub púbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro; pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada.

Deben identificarse los antecedentes perinatales, peso de productos anteriores (macrosómicos), trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. El feto asume una actitud funcional favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas.

VI.3.3 Considerar los tejidos blandos maternos o Circunstancias del Continente

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

VI.3.4 Evaluar las características fetales o “Contenido del Parto”

Es el feto con sus particularidades quien finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica. El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas.

Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.

VI.3.5 Evaluación fetal del ambiente Intrauterino

El feto vivo es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio de trabajo de parto se deben verificar las condiciones maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino y en relación con la actividad contráctil del útero. Y se debe realizar una vigilancia continua y de calidad para que de esta manera se obtenga una culminación del parto satisfactoria para el binomio madre-hijo. (S. Primera Edición, Paltex, 1998)

Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (NST o CST) antes de iniciar el trabajo de parto y de la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. Además el registro gráfico de la historia del trabajo de parto (Partograma) con sus novedades es la mejor herramienta para garantizar un resultado materno y perinatal óptimo.

Friedman A partir de los estudios realizados a un grupo de mujeres que estaba compuesto por nulíparas y multíparas sin desproporción céfalo pélvica, posición o presentación defectuosa del feto ni embarazos múltiples; ninguna de estas mujeres había sido tratada con dosis importantes de sedantes, analgesia de conducción, oxitocina, ni había tenido intervenciones quirúrgicas; todas las mujeres tenían pelvis normal, habían llegado al término del embarazo, con fetos en presentación cefálica. A partir de los estudios realizados desarrolló el concepto de tres fases funcionales del trabajo de parto: preparatoria, dilatatoria y pelviana que define los objetivos fisiológicos de cada una de estas categorías.

VI.4 Periodos del Trabajo de Parto

VI.4.1 Borramiento y dilatación del cuello uterino

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

menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanza el 80% es decir los 8 cm.

VI.4.2 Expulsión del feto

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

VI.4.3 Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)

Es la expulsión de la placenta junto con las membranas ovulares que se da inmediatamente posterior a la salida del producto, conocida también como el alumbramiento.

Se denomina "fenómenos activos" del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos y "fenómenos pasivos" a los efectos que aquellos tienen sobre el canal del parto y el feto.

VI.5 Estadios del Trabajo de Parto

VI.5.1 Primer Estadio

Hace referencia al intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Sub dividido por Friedman en tres fases de acuerdo con la progresión de la dilatación cervical.

VI.5.1.1 *Fase latente*

Período entre el inicio del trabajo de parto y el punto en que se observa un cambio en la progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una duración variable.

VI.5.1.2 *Fase Activa*

Asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm. de dilatación. Se subdivide a su vez en una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración.

VI.5.1.3 Fase Descendente

Coincide con el segundo estadio del parto.

VI.5.2 Segundo Estadio

Es el intervalo entre la dilatación cervical completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando con la expulsión del feto. En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer período del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas. Por su parte, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% u 8 cm.

VI.5.3 Tercer Estadio

Hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales.

VI.6 PARTOGRAMA

VI.6.1 Generalidades

Enmanuel Friedman (1954-1978) estudió cuidadosamente miles de mujeres con trabajo de parto normal y anormal mediante examen en serie del cérvix para definir la tasa esperada de avance

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

y detectar patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular. Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado.

Desde 1954, Friedman estableció el análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales. Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo. El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva.

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; estos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, confirmando su efectividad, bajo costo y factibilidad.

VI.6.2 Definición

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.

A pesar de existir otros modelos del partograma como el utilizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Nicaragua se utiliza el modelo del Centro Latinoamericano de

Perinatología (CLAP), el cual es autorizado por la OPS/OMS, creado por Schwartz Et Al en 1987. (Schwartz, Díaz & Nieto, 1987)

VI.6.3 Objetivos del Partograma

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

VI.6.4 Ventajas del Partograma

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

5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y asequible.

VI.6.5 Clínica del Parto o Partograma

La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto.

Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de sus fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez que la dilatación cervical alcanzo el 80% es decir los 8 cm.

Friedman (1955,1967) describió las diferentes etapas del trabajo de parto, considerando tres etapas: la primera o fase latente, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 cm de dilatación, puede dilatar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 cm, con optima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última etapa o expulsivo, cuando se completa el descenso de la cabeza fetal hasta el introito vulvar y ocurre el nacimiento del feto.

Con base a esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como una herramienta clínica para la vigilancia del trabajo del parto, llamado Partograma.

El centro latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo del parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz y colaboradores, publicación científica de CLAP No 1153.1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una “línea de alerta”.

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir el 90 % de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso.

Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el esfuerzo de la actividad uterina oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

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

- Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
- Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de la posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
- Presenta una tabla independiente para el registro de las características clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor.
- Es dinámico y fácil de elaborar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, pueda evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.
- Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución que en muchos casos son ilegibles.

VI.6.6 Utilización del Partograma del CLAP

Con la paciente ingresada en sala de Labor se procede con el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado trabajo de parto es decir

que presente contracciones uterinas útiles (4/10´/40´´) capaces de provocar modificaciones cervicales para que de esta manera exista un descenso de la presentación adecuada.

El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos). El partograma es un instrumento indispensable para evaluar el curso y la calidad de atención del parto de forma individual. Este instrumento determina cuando la evolución del parto es normal o no, además contribuye al diagnóstico de la necesidad de oxitócicos y la realización de procedimientos como el parto instrumental o la cesárea.

Con la paciente ingresada a sala de Labor Iniciar el llenado del Partograma con curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado Trabajo de Parto.

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia.

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

Esta parte del Partograma debe ser diligenciada cada que se evalúe la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico profesional de enfermería o auxiliar de enfermería). En la parte inferior izquierda del Partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del Partograma.

Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, y 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, de dilatación y de descenso. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad.

Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas. 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”.

El Partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta. Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta.

Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es multípara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alerta son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar en un centímetro a otro.

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

- Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.
- Si la paciente ingresa en 6 cm de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alerta para una paciente multípara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.
- Si se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el

punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas íntegras.

VI.6.7 Llenado del Partograma

VI.6.7.1 *Datos Generales*

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de expediente clínico. Además de plasmar la hora real en la que la paciente inicia trabajo de parto. En algunos casos se considera oportuno adjuntar en la parte superior de la hoja el diagnóstico de la paciente además de su edad como información complementaria. (Grafico No.1)

VI.6.7.2 *Sector Central*

Este sector está destinado al registro de:

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

VI.6.7.2.1 *Gráfica de la Dilatación Cervical*

Para graficar la dilatación se utiliza un punto en el tiempo real, el graficar correctamente la dilatación cervical nos permite elaborar adecuadamente la Curva Real y la Curva de Alerta.

La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto, lo que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto (10 cm); en el eje de las abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ellas se encuentran casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación. El valor hallado en el primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación), con la ordenada (dilatación cervical en cm).

De igual manera se seguirán anotando sucesivamente los siguientes exámenes obstétricos hasta completar el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante una línea, permitirá dibujar la curva de dilatación para un caso determinado según la evolución.

VI.6.7.2.2 *Altura de la Presentación*

Al hablar de presentación nos referimos a la parte del feto que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis materna, el cual lo ocupa en gran parte y que es capaz de desencadenar por si solo un mecanismo de parto.

Este se valora con los planos de Hodge, los cuales se utilizan con mayor frecuencia y con los planos De Lee. Se empleará la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”.

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

VI.6.7.2.2.1 Planos de Hodge

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

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

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

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

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

VI.6.7.2.3 Variedad de Posición

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

VI.6.7.2.4 Estado de las Membranas Ovulares

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

VI.6.7.2.5 Frecuencia Cardíaca Fetal

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (período de relajación). La 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.

Se toma la FCF por un minuto completo y durante 15 segundos multiplicado por 4. Se considera normal FCF entre 120 y 160 por min la variabilidad normal no debe exceder los 12

latidos; si hay bradicardia (FCF menor de 120) o taquicardia (FCF mayor de 160) en período de relajamiento se debe sospechar sufrimiento fetal. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS variables que se pueden auscultar e identificar durante las contracciones uterinas.

VI.6.7.2.6 Contractilidad Uterina

Se grafica utilizando un triángulo en el tiempo real del Partograma correspondiente a la valoración. Se deben medir en 10 minutos, en los cuales se espera como normal 3 a 5 contracciones. Y también debe tomarse en cuenta la intensidad y duración para que el parto avance de manera satisfactoria, las cuales deben ser de 40 a 50 segundos y (++) respectivamente.¹¹ A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones uterinas aumentan en frecuencia, intensidad y duración y se debe monitorear variaciones en cualquiera de estos parámetros para obtener una interpretación adecuada y de esta manera determinar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

VI.6.7.3 Sector Inferior Derecho

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

Esta parte del partograma debe ser diligenciada horariamente y cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de sala de parto (Interno, Medico Servicio Social, Residente, Especialista, Licenciada en enfermería). (Grafico No.2)

VI.6.7.4 Sector Inferior Izquierdo

Este sector está destinado al registro horario de: (Grafico No.3)

VI.6.7.4.1 Posición Materna

La adoptada predominantemente en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi Sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o Caminando.....PC

VI.6.7.4.2 Tensión Arterial

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

VI.6.7.4.3 Pulso Materno

En latidos por minuto fuera de la contracción.

VI.6.7.4.4 Frecuencia Cardíaca Fetal

En latidos por minutos fuera de la contracción. 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 periodo (periodo expulsivo), cuando se investiga el DIPS II, éste debe considerarse positivo cuando una caída transitoria de la FCF con respecto a la basal tenga una amplitud mayor de 15 latidos por minuto.

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.

VI.6.7.4.5 Duración de las Contracciones Uterinas

En segundos desde que se percibe por palpación el endurecimiento del útero hasta su aflojamiento. 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 (++).

VI.6.7.4.6 Frecuencia de las Contracciones

Número de contracciones en 10 minutos. 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 concluir en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta.

VI.6.7.4.7 Localización del dolor

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

- Región supra pública (SP)
- Región Sacra (S)

VI.6.7.4.8 Intensidad del Dolor

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

VI.6.7.4.9 Otros Datos

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

VI.6.7.5 Curvas de Alerta para la Dilatación Cervical

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesárea.

Es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta práctica para vigilar el progreso del parto en un caso individual.

Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Bridan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso.

VI.6.7.5.1 Procedimiento para Graficar Dilatación Cervical y Curva de Alerta

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesárea.

La Curva de Alerta (línea punteada) se iniciará únicamente si la paciente se encuentra con dilatación mayor a 5 cm los cuales están por encima de la línea base (la línea de base es una línea continúa impresa en el Partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cm de dilatación cervical) (Grafico No. 6). Si la parturienta acude con dilación menor a lo mencionado se deberá iniciar al momento que la curva real se intercepta con la línea de base. Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. (Grafico No.7)

El observador, a partir de este momento, puede elegir de la tabla impresa en el Partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas de acuerdo a las características de la paciente. Los tiempos se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro. Lo cual será diferente para cada caso ya que si la

paciente se encuentra en posición vertical tendrá una evolución más rápida con respecto a la paciente en posición horizontal. Así como también afecta la paridad y la presencia o ausencia de membranas ovulares puesto que se modifica el tiempo de finalización del parto para cada caso. (Grafico No. 9)

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

VI.6.7.5.2 Condiciones Cambiantes durante el Trabajo de Parto

Si varían las condiciones de ingresos durante el transcurso del trabajo de parto se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada. 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.

VI.7 Score de Apgar

Es un método práctico para valorar la condición de un recién nacido. Toma en cuenta 5 criterios clínicos: color de la piel, frecuencia cardíaca, Irritabilidad refleja, tono muscular y respiración o llanto. A cada parámetro se le asigna un valor entre 0 y 2, sumando las cinco puntuaciones se obtiene el resultado del test. (Apgar, 1953)

El test se realiza al minuto de vida, a los cinco minutos y en ocasiones a los diez minutos después de nacer. La puntuación al primer minuto evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del parto y su posible sufrimiento, a los cinco minutos es más útil para la predicción de muerte neonatal. Una puntuación de 10 se describe como la mejor condición posible. En conclusión, el puntaje de 8 a 10 indica un neonato normal, de 4 a 7 depresión leve-moderada y de 0 a 3 como depresión severa. (MINSa, UNICEF, 2013)

SIGNOS	PUNTAJE	PUNTAJE	PUNTAJE
	0	1	2
Respiración	Ausente	Irregular (llanto débil)	Regular (llanto Fuerte)
Frecuencia Cardíaca	Ausente	< 100 lpm	>100 lpm
Color de la Piel y Mucosas	Palidez o cianosis generalizada	Acrocianosis, cuerpo rosado	Rosado Total
Tono Muscular	Flacidez	Flexión Moderada de extremidades	Flexión Completa/ movimiento Activo
Respuesta a Estímulo del pie (Irritabilidad Refleja)	Sin Respuesta	Algunos Movimientos	Llanto Vigoroso

VII. Material y Método

VII.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal

VII.2 Área de estudio

Hospital Carlos Huembés de Managua, el cual cuenta con un área de Labor y Parto donde hay 3 camas para labor, dos expulsivos donde se atienden todas las pacientes con trabajo de parto, con un personal de salud en esa área de 1 Enfermera, 1 Médico Interno, 1 Médico residente y el Médico de Base.

VII.3 Universo

Está constituido por las 220 pacientes que ingresaron al de servicio de labor y parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el período de Enero –marzo 2017.

VII.4 Muestra

Se obtuvo una muestra de 141 pacientes cuyos expedientes clínicos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos

VII.5 Técnica de muestreo

No probabilístico por conveniencia

VII.6 Unidad de análisis

Todos los expedientes clínicos revisados

VII.7 Criterios de Inclusión y Exclusión

VII.7.1 Criterios de inclusión

- Embarazos a término
- Feto vivo
- Producto único
- Presentación cefálica
- Peso mayor de 2500 gramos
- Parto vaginal

VII.7.2 Criterios de exclusión

- Embarazos pretérmino
- Embarazo gemelar
- Presentación podálica
- Cesáreas
- Peso menos de 2500 gramos
- Abortos

VII.8 Listado de Variables:

Objetivo específico No. 1: Describir las características socio-demográficas de las pacientes en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Estado civil
- Ubicación Geográfica
- Profesión u Oficio

Objetivo específico No. 2: Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.

- Gestas
- Paras
- Abortos
- Cesáreas
- Semanas de Gestación
- Conducción del trabajo de parto
- Duración del trabajo de parto
- Momento del Nacimiento
- Apgar al momento del Nacimiento
- Nivel de jerarquización de la atención al momento del nacimiento

Objetivo específico No. 3: Evaluar el porcentaje del cumplimiento de criterios de llenado del Partograma CLAP-OMS/OPS aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

- Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.
- Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.
- Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).
- Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.
- Grafica adecuadamente la curva de alerta.
- Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.
- Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.
- Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.
- Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.
- Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.
- Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).
- Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).

- Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).
- Interpreta adecuadamente ésta información complementaria
- Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc...

Objetivo específico No. 4: Valorar la calidad de interpretación de los datos del Partograma CLAP-OMS/OPS en las pacientes en estudio; según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

- Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.
- Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.
- Interpreta adecuadamente ésta información complementaria

VII.9 Matriz de Operacionalización de variables

Objetivo específico No. 1: Describir las características socio-demográficas de los pacientes en estudio.

Variables	Definición	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Años, según el expediente clínico	≤19 años 20-34 años 35 años o más
Escolaridad	nivel académico alcanzado hasta el momento de recolección de la información	según expediente clínico	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado civil	Relación conyugal existente entre dos personas	Según expediente clínico	Soltera Acompañada casada
Ubicación geográfica	Se refiere a la residencia habitual de la embarazada	Según expediente clínico	Rural Urbana

Profesión u oficio	Empleo u actividad que realiza una persona	Según expediente clínico	Ama de casa Operaria Licenciada Atención al cliente Comerciante Asistente del hogar Enfermera Ingeniera Estudiante Policía
--------------------	--	--------------------------	---

Objetivo específico No. 2: Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Gestas	Número de embarazos al momento de recolección de la información	Según expediente clínico	Primigesta Bigesta Trigesta Multigesta
Paras	Número de partos al momento de	Según expediente clínico	0. ninguno 1 o mas

	recolección de la información		
Abortos	Número de nacimientos antes de la viabilidad fetal, ósea antes de las 22 semanas de gestación al momento de recolección de la información	Según expediente clínico	ninguno Uno Dos Tres o más
Cesáreas	Número de partos vía abdominal al momento de recolección de la información	Según expediente Clínico	Ninguno Uno Dos tres
Semanas de gestación	Tiempo de vida intrauterina fetal, alcanzado, hasta el momento del nacimiento en semanas	Según expediente clínico	37-41 6/7 semanas de gestación Mayor de 42 semanas de gestación

Conducción del trabajo de parto	Es la regularización de contracciones uterinas, iguales o semejantes al trabajo de parto espontáneo mediante el uso de un método farmacológico (oxitocina o Misoprostol)	Según expediente clínico	Si No
Duración del trabajo de parto	Tiempo transcurrido en horas desde el inicio de la etapa activa del trabajo de parto hasta el nacimiento	Según expediente clínico	< 4 horas 4-6 horas 6 horas o más
Momento del nacimiento	Período de tiempo laboral del hospital en que nace el bebé	Según expediente clínico	7am-3pm 3pm-7am
Apgar al momento del nacimiento	Sistema de valoración de las	Según expediente clínico	0-3pts (depresión severa)

	condiciones del recién nacido a través de un puntaje de 0 a 10 puntos		4-7pts (depresión leve-moderada) 8-10pts (No hay depresión)
Nivel de jerarquización de la atención al momento del nacimiento	Es el tipo de personal médico que asiste a la parturienta a dar a luz, según nivel de formación	Según expediente clínico	MI MG MR MB

Objetivo específico No. 3: Evaluar el porcentaje del cumplimiento de criterios de llenado del Partograma CLAP-OMS/OPS aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

Variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta	Anota datos generales en el partograma, nombres y apellidos de la usuaria y la	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

	fecha de atención, diagnóstico		
Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del Partograma	A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cm de dilatación	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica
Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta	Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica
Grafica adecuadamente la curva real, hasta el	En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea	Según Partograma	Se cumple No cumple

<p>momento del nacimiento</p>	<p>continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice PARTO.</p>		<p>No aplica</p>
<p>Grafica adecuadamente la Curva de Alerta.</p>	<p>La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>
<p>Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta</p>	<p>Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>

	trabajo de parto. Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta		
Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge.	Debe graficarse según corresponda a cualquiera de los planos: I, II, III, IV	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica
Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación	Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP.	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica
Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF)	El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por	Según Partograma	Se cumple No cumple

	min, hasta un máximo de 200 por min		No aplica
Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal	Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse, además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables.	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

<p>Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas</p>	<p>Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>
<p>Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterina</p>	<p>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 (++).En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>

	casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA. (No Aplica).		
Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM)	Debe graficarse la Rotura de Membranas ya sea esta espontánea (REM), o artificial (RAM) al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica
Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical	Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

<p>a horizontal, de membranas íntegras a rotas)</p>	<p>(acostada), En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica).</p>		
<p>Llena adecuadamente la información complementaria de las casilla</p>	<p>Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>
<p>Interpreta adecuadamente ésta</p>	<p>No sólo basta registrar correctamente la</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple</p>

información complementaria	información en las casillas complementarias. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación en la casilla se anotará NA (No Aplica).		No aplica
<ul style="list-style-type: none"> Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc... 	Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo	Según Partograma	<p>Se cumple</p> <p>No cumple</p> <p>No aplica</p>

	o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s.		
--	--	--	--

Objetivo específico No. 4: Valorar la calidad de interpretación de los datos del Partograma CLAP-OMS/OPS en las pacientes en estudio; según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

Variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta	Recordemos que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto.	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

	Normalmente, en ninguna situación la Curva Real debe cruzar la Curva de Alerta		
Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal	Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. Debe anotarse e interpretarse además, las variaciones de FCF que correspondan a DIPS Tipo I, DIPS Tipo II y a DIPS Variables.	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

<p>Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterina</p>	<p>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 (++) .En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se</p>	<p>Según Partograma</p>	<p>Se cumple No cumple No aplica</p>

	anotará NA. (No Aplica).		
Interpreta adecuadamente ésta información complementaria	No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación en la casilla se anotará NA (No Aplica).	Según Partograma	Se cumple No cumple No aplica

VII.10 Métodos e instrumentos de recolección

VII.10.1 Instrumento de recoger la información

Se elaboró un instrumento de recolección de la información, con los objetivos específicos y las variables a estudio, según la Hoja de monitoreo del partograma en curva de alerta del MINSA incluyendo los 17 criterios, fue aplicado por los diferentes investigadores de este estudio con el propósito de recolectar las respuestas del expediente clínico para determinar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo del parto en el servicio de labor y parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo que corresponde al primer trimestre del 2017.

VII.10.2 Fuente de recolección de información

Los datos se recolectaron de los expedientes clínicos del grupo de las pacientes en estudio, con su partograma completo, las personas responsables de la colecta de la información fueron los investigadores debidamente capacitados para la aplicación y uso del instrumento de recolección de la información. La fuente fue secundaria.

VII.10.3 Plan de tabulación y análisis

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 23 en el cual se ingresaron los datos para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

Sistema de evaluación de cumplimiento de los diferentes Acápites de la Hoja del Monitoreo del Partograma. La hoja consta de 17 Acápites, la cual se evalúa de la siguiente manera.

Priorizar partogramas de Asfixias Severas y Moderadas, Síndrome de Aspiración de Meconio (SAM), Hemorragia, Post Parto y Cesáreas indicadas como resultado de la vigilancia del Trabajo de Parto. Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable.

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

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

VII.11 Aspectos éticos

Todos los datos obtenidos de la investigación fueron utilizados única y exclusivamente para fines de investigación, teniendo en cuenta los principios de la ética médica.

VIII. Resultados

Del estudio realizado en el hospital Carlos Roberto Huembés sobre el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017 tomando una muestra de 141 expedientes se obtuvieron los siguientes resultados:

Objetivo 1: identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

De los 141 expedientes revisados, se obtuvo que el 86.5% (122) tenían edades de 20 a 34 años, seguido de un 7.1% (10) de pacientes igual o mayor de 35 años y 6.4% (9) son menores de 19 años. El 46.8 % (66) de las pacientes del estudio tienen un nivel de escolaridad de secundaria seguido del nivel universitario con el 35.5% (50), con 17.7% (25) nivel primario o sin analfabetas. En cuanto al Estado Civil el 50.4% (71) corresponde al estatus Acompañadas, 41.1% (58) Casadas, 8.5% (12) están Solteras. Según ubicación geográfica el 51.1% (72) son de origen urbano y el 48.9% (69) de origen rural.

Según la profesión u oficio de las pacientes en estudio el 54.6% (77) son amas de casa, seguido del 15.6% (22) de atención al cliente, un 7.1% (10) de licenciadas, 5.7% (8) de operarias, un 4.3% (6) de estudiantes, 3.5% (5) son policías, seguido de un 3.5% (5) asistentes del hogar, 2.1% (3) de ingenieras, un 2.1% (3) de comerciantes, y un 1.4% (2) de enfermeras.

Objetivo 2: Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.

En los Antecedentes Gineco-obstétricos el 44 % (62) son Bigestas, seguido de las primigestas con 26.2% (37), 15.6% (22) son trigesta y 14.2% (20) multigestas. En cuanto al Número de Partos

el 66.7% (94) son Multíparas y el 46.8 % (131) son Nulíparas. En relación al número de Abortos el 83% (117) no han presentado abortos, con un 14.9 % (21) han presentado aborto en una ocasión, 2.1% (3) en dos ocasiones. En cuanto al Número de Cesáreas el 98.6% (139) no han tenido cesáreas, el 1.4% (2) han tenido una cesárea anterior; de todas las pacientes en estudio el 100% (141) presentaban semanas de Gestación entre 37- 41 6/7.

En relación a la duración del Trabajo de Parto de las pacientes en estudio se observó que un 83% (117) tenía una duración menor de cuatro horas, 13.5% (19) una duración de cinco a seis horas y un 3.5% (5) con una duración de seis horas o más. En relación al Horario de Nacimiento el 61% (86) nacieron en el horario de 3:00 pm-7 am y un 39 % (55) en el horario de 7:00 am – 3:00 pm. En cuanto a la conducción del trabajo de parto se encontró que el 70.2% (99) se requirió uso de oxitocina y el 29.8%(42) no.

Con respecto a la puntuación apgar al momento del nacimiento tenemos que el 95.7% (135) obtuvo 8-10 pts es decir no hubo depresión, seguido del 3.5%(5) con depresión leve 4-7 puntos y 1.4% (2) con depresión severa menor de 0-3 puntos.

En cuanto al Nivel Jerárquico en la atención del Parto el 66.7 %(94) fue atendido por Médico residente, el 31.3% (44) fueron atendidas por Medico de base, el 1.4%(2) por Medico interno, el 0.7% (1) por Medico general.

Objetivo 3: Evaluar el porcentaje de cumplimiento de criterios de llenado del partograma (CLAP OPS-OMS) aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por el MINSA en la Normativa 109.

Con respecto a los resultados encontrados con la hoja de monitoreo para la evaluación del cumplimiento de los criterios de llenado del partograma, se observó que el 58.9% (83) llena satisfactoriamente los datos generales de identificación del paciente, en cambio el 41.1% (58) que no los llena satisfactoriamente y un 0% no aplica. En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma el 90.8% (128) lo inicia en el tiempo adecuado, mientras que un 9.2% (13) no lo hace satisfactoriamente. Ahora el 83.7 % (118) selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de forma satisfactoria, un 16.3% (23) no lo hace satisfactoriamente. Por otra parte, el 91.5% (129) grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, en cambio un 8.5% (12) no lo hace de forma satisfactoria.

Como quinto acápite de la hoja se encuentra que el 75.2% (106) grafica adecuadamente la curva de alerta, y que un 24.8% (35) no lo hace satisfactoriamente. También el 85.8% (121) grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, mientras que un 14.2 % (20) no lo hace satisfactoriamente. En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, el 83% (117) lo hace satisfactoriamente y un 17% (24).

Luego se identificó que el 89.4% (126) grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, mientras que un 10.6% (15) no lo realiza adecuadamente. Después se determinó que el 87.2% (123) grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, mientras que el 12.8% (18) no lo hace adecuadamente. Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas) miramos que el 46.1% (65) no aplica, un 37.3% (53) lo hicieron satisfactoriamente y el 16.3% (23) de manera inadecuada. Se observó también que un 53.2% (75) no aplica a graficar adecuadamente los cambios en la curva

de alerta (de posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas) que el 31.9% (45) grafica adecuadamente en comparación al 14.9% (21) que lo hace de forma insatisfactoria.

En el acápite número quince de la hoja de monitoreo hace referencia al llenado adecuado de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor el cual revela que un 90.8% (128) lo hace de forma adecuada, mientras que un 9.2% (13) de forma inadecuada. Y por último se encontró que el 40.4% (57) no utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., comparado a un 30.5% (43) que lo hace de forma adecuada, y un 29.1% (41) no aplica

En cuanto al promedio general de calidad del llenado del partograma con curva de alerta del Ministerio de Salud podemos afirmar que el 72% (102) se realizó de forma satisfactorio, en 18.1% (25) observamos que el llenado no fue adecuado por lo cual se consideró insatisfactorio y el restante 9.9% (14) representa los criterios no aplicables para su evaluación

Objetivo 4: Valorar la calidad de interpretación de los datos del partograma (CLAP OPS-OMS) en el grupo de pacientes en estudio, según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

Con respecto al acápite interpretación adecuada de la curva real respecto a la curva de alerta se observa que el 73.8%(104) lo interpreta adecuadamente, mientras que el 26.2% (37) no lo hace adecuadamente. En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma el 77.3% (109) interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, el 16.3% (23) no lo hace satisfactoriamente y un 6.4% (9) no aplican. Con respecto al interpretado de las variaciones de las

contracciones uterinas, el 72.3% (102) lo hace satisfactoriamente, mientras que el 23.4% (33) no lo hace adecuadamente y un 4.3% (6) no aplican.

Y con respecto a la interpretación de la información complementaria de las casillas: tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor un 70.2 % (99) interpreta adecuadamente esa información, mientras que un 27% (38) lo interpreta de forma inadecuada y un 2.8% (4) no aplican.

En cuanto al nivel de interpretación del partograma con curva de alerta hablando del promedio general podemos afirmar que el 74% (104) se realizó de forma satisfactoria, en 23% (32.5) observamos que el interpretado fue inadecuado e insatisfactorio y el restante 2.8% (4) representa los criterios que se consideraron como no aplicables para su evaluación.

De acuerdo a la Normativa 011 del Ministerio de Salud de Nicaragua se establece que Partograma bien llenado y bien interpretado se considera cuando al aplicar el instrumento de monitoreo (Hoja de monitoreo para el partograma con curva de alerta) se obtiene en promedio de todos los 17 (diecisiete) ítems al menos el 90% (Noventa por ciento) por lo tanto al observar el promedio global del estudio encontramos que solo un 34.04% (48) cumplió, siendo el mayor porcentaje el 65.96 (93) con promedio menor del 90%

IX. Análisis y discusión de los resultados

En esta revisión sobre el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo que corresponde al primer trimestre del año 2017; podemos expresar lo siguiente:

Objetivo 1: identificar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

En cuanto a la edad de las mujeres atendidas en el Hospital Carlos Roberto Huembés tenemos que el grupo de mayor predominio fueron las pacientes entre 20 y 34 años, lo cual representa un dato muy satisfactorio probablemente secundario a un mayor acceso a los métodos anticonceptivos que existe actualmente en los servicios públicos, previsionales o privados; así como también la mayor cobertura que existe en el programa de planificación familiar donde se beneficia mayormente a la población rural siendo este resultado similar a los resultados obtenidos en el estudio realizado por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega.

Con respecto a la escolaridad tenemos el mayor porcentaje de madres que logran cursar la secundaria 46.8% (66) seguido de un porcentaje significativo que son universitarias 35.5% (50) sin embargo el mayor porcentaje hablando de la ocupación u oficio no ejercen ya que tenemos que el mayor número son amas d casa 54.6%(77)

Con respecto a la ubicación geográfica el mayor porcentaje 51.1% (72) es del área urbana lo que significa mayor acceso a los servicios de salud y menor probabilidad de complicaciones en el embarazo.

En relación al estado civil tuvimos resultados bastante similares a los encontrados en los estudios realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo

y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua siendo también nuestro grupo de mayor prevalencia el de unión estable, lo cual nos indica que la mayoría de las mujeres se encuentran bajo un núcleo de compañía y esto mejora la condición de la estabilidad emocional de la futura madre y él bebé.

Objetivo 2: Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.

En cuanto al análisis de los antecedentes obstétricos con respecto a las gestaciones encontramos un alto porcentaje de bigestas lo que constituye un resultado satisfactorio ya que no constituye un factor de riesgo como lo es el grupo de primigestas para desarrollar patologías en el embarazo como preeclamsia, este resultado es opuesto al resultado del estudio realizado por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega; siendo las primigestas el grupo de mayor predominio.

Según la paridad logramos determinar predominio entre las pacientes multíparas lo cual se relaciona a que la mayoría de las pacientes del estudio fueron bigestas, lo cual difiere en gran medida con el estudio realizado por Logo Montoya (2014) en el Hospital Hospital Bertha Calderón Roque; donde la gran mayoría de las pacientes eran nulíparas, aunque guardamos semejanza con el estudio realizado por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta- Jinotega donde también en su mayoría eran multíparas. Resultados con los cuales podemos observar como varían los estilos de vida y uso de métodos de planificación de cada paciente.

Por los abortos tenemos que la mayor frecuencia se presentó en las que no presentaban ningún antecedente; mismo porcentaje que se correlaciona con lo encontrado por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega; lo que indica que el control prenatal está forjando y asegurando

un embarazo saludable y su efecto en la prevención, captación temprana de factores de riesgo y control del desarrollo adecuado del embarazo y su finalización a término.

En los antecedentes de cesáreas encontramos que la mayoría de nuestra población en estudio con atención del parto vía vaginal no refirieron antecedente de cesárea anterior seguido de un porcentaje mínimo 1.4%(2) de pacientes con una cesárea anterior lo cual se corresponde a los hallazgos de Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua donde también se reportó un mínimo de pacientes con antecedentes de una o dos cesáreas previas, lo cual nos permite decir que se está realizando un adecuado control de preparación del parto disminuyendo el riesgo de las principales complicaciones derivadas de las mismas como es la rotura uterina, hemorragia post-parto y la muerte materna o feto-neonatal en el parto actual.

En referencia a la edad gestacional del grupo en estudio tenemos que en su totalidad tenían embarazo entre 37-41 6/7 semanas de gestación es decir embarazo de término coincidiendo en cuanto a los resultados referidos en el estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, con la única diferencia de que el intervalo normal de edad gestacional usado en este fue de 37-40-6/7 y donde solamente el 1% sobrepaso las 41 semanas de gestación; no tuvimos diferencia con los resultados presentados por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega donde la totalidad de su muestra tenía embarazo a término, lo cual puede ser secundario a los criterios de inclusión en ambos estudios. Por otra parte, al observar que la totalidad de los embarazos presentaron edad gestacional adecuada, confirma que las mujeres reciben control y seguimiento del embarazo de forma segura hasta alcanzar su finalización como un parto normal

o eutócico, evitando de esta manera los riesgos de complicaciones durante el trabajo de parto, parto e incluso el puerperio para el binomio madre-hijo.

En cuanto a la conducción del trabajo de parto observamos que del total de pacientes estudiadas más de la mitad de las embarazadas fueron conducidas durante el trabajo de parto, lo cual difiere con hallazgos del estudio realizado por Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua en donde más de la mitad de las embarazadas en estudio no fueron conducidas; y que nos puede estar indicando que en el Hospital Carlos Roberto Huembés muchas veces a las mujeres embarazadas en trabajo de parto en parámetros normales se les aplican medidas innecesarias, pese a no haber indicación médica para intervenir.

En cuanto a la duración del trabajo de parto obtuvimos que el mayor porcentaje de las mujeres en estudio fue menor a 4 horas, resultados semejantes al estudio realizado por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega, donde se reportó que un 50.7% tenía una duración menor de cuatro horas, lo cual llama la atención puesto que esto muchas veces es equivalente a un parto precipitado observándose con mayor frecuencia en las pacientes primigestas, por lo tanto deben tomarse en cuenta medidas que regulen las acciones del personal de salud durante la vigilancia del trabajo de parto y hacer uso racional de los fármacos uteroestimulantes ya que esto puede ser causante de complicaciones y daños irreversibles al momento del parto o durante el puerperio inmediato tanto para la madre y recién nacido.

Por lo que se refiere al momento del nacimiento observamos que la minoría dieron a luz entre las 7:00am-3:00 pm, y la mayoría lo hicieron entre las 3:00pm-7:00 am, dichos datos antes mencionados se correlacionan con los obtenidos por Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega donde la mayoría también nacieron en el horario de 3:00 pm-7 am contribuyendo de forma

indirecta sobre la calidad del llenado e interpretado del partograma dado al cansancio del recurso de turno.

Con respecto a la puntuación apgar al momento del nacimiento tenemos que el 95.7% (135) obtuvo 8-10 puntos es decir no hubo depresión, seguido del 3.5% (5) con depresión leve 4-7 puntos y 1.4% (2) con depresión severa menor de 0-3 puntos, lo cual representa 4.9% (7) de asfixias siendo significativo para el corto periodo de tiempo del estudio, por lo tanto deben de tomarse medidas que regulen las acciones del personal de salud en la vigilancia del trabajo de parto.

Determinamos que los partos atendidos en el periodo de nuestro estudio en el servicio de labor y parto del Hospital Carlos Roberto Huembés el 66.7% (94) fue atendido por Médicos residentes, quienes son el recurso de mayor resolución luego de los médicos de base.

Objetivo 3: Evaluar el porcentaje de cumplimiento de criterios de llenado del partograma (CLAP OPS-OMS) aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por el MINSA en la Normativa 109.

En base al llenado adecuado de los datos generales de identificación de la paciente tenemos que el 58.9% (83) se realizó de forma satisfactoria comparado al 41.1% (58) que fue insatisfactorio resultado semejante a los reportes del estudio realizado por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo en el que el mayor porcentaje fue satisfactorio.

Luego, respecto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma encontramos que el 90.8% (128) se inició satisfactoriamente cuando la embarazada presentó contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 4

centímetros de dilatación (Trabajo de Parto), captada en la sala de emergencias o en sala de Alto Riesgo Obstétrico siendo estos porcentajes muy similares a los encontrados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y poca diferencia entre los resultados de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Por otra parte de acuerdo a la selección adecuada del patrón de construcción de la curva de alerta notamos que el 83.7% (118) fue satisfactorio, puesto que el recurso de salud que vigilaba el trabajo de parto reconoció las características de la parturienta con respecto a la posición materna la paridad y el estado de las membranas ovulares señalando la columna correspondiente mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la misma; ahora al comparar estos resultados con los estudios de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo observamos que no hay diferencias y con los reportes de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua la diferencia fue mínima.

Ahora, en relación al grafico adecuado de la curva real hasta el momento del nacimiento determinamos que el 91.5% (129) realizó satisfactoriamente debido a que esta se dibujó hasta la línea superior del partograma que dice parto cuando se produjo parto, en este acápite los porcentajes obtenidos fueron mayores en comparación con los referidos en los trabajos de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Por cuanto se refiere al grafico adecuado de la curva de alerta tuvimos que el 75.2% (106) construyó de forma satisfactoria, al momento en que la curva real se intersecta con la línea de base, sobretodo en parturientas con poca dilatación y en las situaciones donde las parturientas llegaron con trabajo de parto avanzado se inició a partir del grado de dilatación correspondiente pero no

obstante el 24.8% (35) fue no satisfactorio porque la misma no fue realizada o bien, no cumplía con criterios correspondientes para su construcción por lo tanto hay que focalizarnos en los ciclos rápidos de mejora continua; en este punto las diferencias en cuanto a satisfacción fueron mayores en los estudios por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Después con respecto al grafico adecuado del descenso de la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge resultó que el 85.8% (121) graficó satisfactoriamente observándose una adecuada correlación con el grado de dilatación y el número de tactos vaginales realizados; resultados semejantes con los obtenidos por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el d Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque Managua.

Al hablar del grafico adecuado de la variedad de posición de la presentación encontramos que el 83% (117) lo realizó de manera satisfactoria ya que se constató que existe correlación con los hallazgos del examen físico registrado en las notas clínicas resultado similar al estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo.

Ahora al tratar sobre el grafico adecuado de la frecuencia cardiaca fetal observamos que el 89.4% (126) graficó de forma satisfactoria cada 30 minutos, resultados semejantes con los resultados del trabajo de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe Carazo.

En cuanto al grafico adecuado de la frecuencia de las contracciones uterinas el 87.2% (123) lo realizó de manera satisfactoria cada 30 minutos comparamos con los reportes del estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo donde el porcentaje de satisfacción es de 80% para este caso.

Luego al evaluar sobre el gráfico adecuado de la Rotura Espontánea de Membranas y la Rotura Artificial de Membranas observamos que el 37.3% (53) que representa la mayoría de evaluación válida para este parámetro, cabe reconocer que se registró de forma satisfactoria, encontrándose reportada al lado del punto graficado de la dilatación correspondiente que se registra en la curva real o bien estaba señalada en las casillas de observaciones; estos resultados no varían en relación a los datos reportados en el estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Posteriormente al revisar acerca del gráfico adecuado en los cambios de patrones de la curva real para los partogramas válidos de evaluación de este parámetro encontramos que en el 14.9%(21) los resultados fueron no satisfactorios debido a la falta de selección del nuevo patrón de construcción de la curva de alerta o bien la ausencia de la nueva curva, pero en el 31.9% (45) se observó que se efectuó de modo satisfactorio; aunque también es oportuno mencionar que el 53.2 % (75) restantes el criterio no aplicó debido a que no hubo cambios en relación a la posición materna y tampoco se produjo Ruptura Artificial de Membranas o Ruptura Espontánea de Membranas siendo estos resultados muy similares a los encontrados en los trabajos de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

Sobre el llenado adecuado de las casillas de información complementaria notamos que el 90.8% (128) completó de manera satisfactoria pues observamos evaluaciones completas que aportan información útil para evaluar el progreso del trabajo de parto la cual se considera necesaria para reconocer de forma temprana las distocias que se pueden producir durante el trabajo de parto

y reconocer las comorbilidades que pueden acompañar al embarazo o ser inducido por el mismo; resultado que fue mayormente satisfactorio que el resultado del trabajo de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo donde se obtuvo 71% de satisfacción

En lo que se refiere a la utilización adecuada de las casillas de observación notamos la mayoría es decir el 40.4% (57) no fue satisfactorio encontrándose que la principal dificultad aparenta ser la falta de conocimiento sobre el uso de las mismas pues las decisiones tomadas durante el proceso de atención del parto estaban consignadas en las notas clínicas más sin embargo no se representó en el partograma, luego tenemos un 30.5% (43) que las utilizo adecuadamente; para quedar así un grupo de 29.1% (41) en las cuales no se consideró necesario disponer de las mismas y no aplicó el criterio; habiendo discrepancias entre los resultados presentados en los estudios realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe Carazo donde se observó un porcentaje de satisfacción de 84% y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua podemos notar que solamente el 18.2% de los resultados válidos para este apite se obtuvieron resultados de satisfacción.

Ahora, en cuanto al promedio general de calidad del llenado del partograma con curva de alerta basado en los 13 (trece) criterios tomados en cuenta para esta evaluación podemos afirmar que el resultado de satisfacción obtenido se encuentra por debajo de los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud; con respecto a los criterios no aplicables de evaluación se refiere a la Rotura Espontanea de Membranas o Rotura Artificial de Membranas y el cambio de patrón de construcción de la curva de alerta que en algunos casos no se presentaron durante la vigilancia del trabajo de parto, o bien, la utilización de las casillas de observaciones no se consideró necesaria por lo tanto no se tomaron en cuenta. Los resultados antes mencionados son inferiores a

los reportados en los trabajos realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

El promedio general de la calidad del llenado del partograma según los 13 criterios tomados en cuenta: Se determinó que 102 casos (72 %) se cumple, en cambio 22 casos (18.1%) que no se cumple y 14 casos (9.9%) no aplica estos criterios según los partogramas revisados, resultado semejante al del estudio realizado por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe con un 72% satisfactorio, inferiores a los del estudio realizado por Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua con un 78.5% de llenado satisfactorio.

Objetivo 4: Valorar la calidad de interpretación de los datos del partograma (CLAP OPS-OMS) en el grupo de pacientes en estudio, según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.

Con respecto al acápite interpretación adecuada de la curva real respecto a la curva de alerta se observa que el 73.8%(104) lo interpreta adecuadamente, mientras que el 26.2% (37) no lo hace adecuadamente.

Al hablar sobre la adecuada interpretación de la curva real respecto de la curva de alerta notamos que en su mayoría el 73.8% (104) cabe reconocer que se hizo de forma satisfactoria recordando que la Curva de Alerta es el tiempo máximo normal (en base al Percentil 10) que puede durar el trabajo de parto, considerando que se tomaron decisiones oportunas evitando de esta forma complicaciones al binomio madre-hijo, pero infortunadamente también se presentaron 37 casos (26.2%) en los cuales no se tomó ninguna decisión, o al menos las que se realizaron no fueron las adecuadas durante la vigilancia del trabajo de parto o parto, estos resultados son similares a los del

reporte de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y porcentajes mayores con respecto al trabajo de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

En cuanto a interpretación adecuada de las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal obtuvimos en el porcentaje valido para análisis de este acápite que en 109 casos (77.3%) se realizó de forma satisfactoria ya que se tomaron las decisiones oportunas y necesarias para evitar complicaciones fetales. En el estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo los resultados obtenidos son opuestos a los nuestros puesto que el porcentaje de satisfacción fue mayor.

Ahora, al referirnos sobre la interpretación adecuada de las variaciones de las contracciones uterinas notamos que en 102 casos (72.3%) se tuvo valoración satisfactoria, derivándose acciones de índole diagnóstica o terapéutica cuando se presentaron alteraciones relacionadas con intensidad, duración y número de contracciones manejándose estas con úteroestimulantes para mejorar la actividad uterina y lograr el descenso de la presentación hasta llegar a su expulsión. Al comparar nuestros resultados con los obtenidos por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua observamos que el porcentaje de satisfacción fue mayor que el de nuestro estudio.

Con respecto a la interpretación adecuada de la información complementaria obtuvimos que en 99 casos (70.2%) se analizó de forma no satisfactoria pues al igual que el interpretado de la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterinas sabemos que es necesario que la misma este registrada de forma completa para que sea útil en la toma de decisiones ante el riesgo de complicaciones o daños maternos y feto-neonatales; no obstante en 38 casos (27%) esta

información fue útil para derivar acciones de índole diagnóstica o terapéutica producto de la vigilancia estricta del trabajo de parto o parto. En 4 casos (2.8%) el acápite no fue evaluado por que no hubo alteraciones en reportes de la información básica considerándose dentro de los parámetros normales. Los datos antes mencionados presentan cierta diferencia en cuanto a satisfacción se refiere con los resultados obtenidos por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua los cuales fueron mayores en comparación con los nuestros.

En cuanto al promedio general del nivel de interpretación del partograma con curva de alerta tomando en cuenta los 4 parámetros que valoran interpretación podemos afirmar que en 104 casos (74%) se realizó de forma satisfactoria, en 33 casos (23%) observamos que el interpretado fue insatisfactorio y 4 casos (2.8%) representa los criterios que se consideraron como no aplicables para su evaluación. Al comparar nuestros resultados con los reportes del estudio de Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo y el de Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua, podemos observar que son inferiores.

Ahora con respecto al promedio global del cumplimiento del llenado e interpretación de nuestro estudio aplicando la hoja de evaluación del minsa de 17 acápite:

Podemos afirmar que de los 141 expedientes clínicos solamente 48 casos (34.04%) obtuvo un promedio global de Partograma \geq o igual al 90% y que en los 93 casos (65.96%) fue menor del 90% lo que significa que en la Sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés no se cumple con los estándares de calidad del Ministerio de Salud de Nicaragua presentando deficiencia para el llenado e interpretado satisfactorio de la hoja del partograma tomando en cuenta que partograma bien llenado y bien interpretado es cuando al aplicar el instrumento de monitoreo (Hoja

de monitoreo para el partograma con curva de alerta) se obtiene en promedio de todos los 17 (diecisiete) ítems al menos el 90% (Noventa por ciento).

Siendo estos resultados los más bajos que se han obtenido con respecto a los trabajos previos realizados por Flores (2015) en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe-Carazo, Carballo (2015) en el Hospital Victoria Motta-Jinotega y Logo & Montoya (2014) en el Hospital Bertha Calderón Roque-Managua.

X. Conclusiones

1. En relación a las características sociodemográficas identificamos que el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20-34 años, principalmente con nivel escolar secundario y con estado civil primordialmente acompañada, de procedencia urbana y de profesión u oficio principalmente ama de casa.

2. Con respecto a los antecedentes obstétricos, logramos determinar que el mayor porcentaje de pacientes atendidas lo representan en relación a gestaciones las bigestas, paridad las múltiparas, antecedente de cesárea y aborto las que nunca habían presentado una de las dos condiciones antes mencionadas y con embarazos a término.

3. Al hablar sobre los datos generales asociados al parto y nacimiento tenemos que la mayor proporción presentó una duración del trabajo de parto menor a 4 horas, en el turno de 3 pm- 7 am, siendo atendidos principalmente por médicos residentes, utilizándose con frecuencia la conducción del trabajo de parto, y obteniendo en la mayoría de los nacimientos Apgar de 8-10 puntos.

4. En cuanto a la calidad del llenado de los datos del partograma del presente estudio se encontró que el promedio general de la calidad del llenado del partograma según los criterios revisados fue del 72 % se cumple, en cambio 18.1% no se cumple y 9.9% no aplica estos criterios según los partogramas revisados.

5. En relación a la calidad de la interpretación de los datos del partograma del presente estudio se encontró que el promedio general de la calidad de la interpretación del Partograma según los criterios revisados fueron: 74% se cumple, en cambio 23% que no se cumple y 2.8% no aplica estos criterios según los partogramas revisados.

6. En los resultados del promedio global del partograma se logró establecer que no se cumple de forma satisfactoria con los estándares de calidad del Ministerio de Salud en lo que se refiere a calidad del llenado e interpretado adecuado del partograma hasta en 65.96% de los casos.

XI. Recomendaciones

1. A las autoridades del Hospital

- Promover las supervisiones y monitoreos según la hoja de monitoreo del minsa para el partograma con curva de alerta en la unidad.
- Promover la mejoría de calidad del llenado e interpretación del partograma en el Hospital con la finalidad de vigilar de manera adecuada el trabajo de parto y evitar complicaciones durante este proceso del parto. Monitorear la calidad de atención en el servicio de Ginecoobstetricia y principalmente en labor y parto para mejora continua del partograma.
- Revisar los expedientes clínicos con el objetivo de Evaluar la Mejoría de la Calidad de la Atención Medica en el hospital, según la guía de Manejo del Expediente Clínico y el partograma.

2. Al departamento de docencia

- Tomar nuestro trabajo como precedente y promover la realización de estudios similares a este; para de esta manera determinar las debilidades que se tienen en la vigilancia del trabajo de parto, ya sea en el llenado o en la interpretación de los ítems correspondientes del partograma, y así también evaluar los logros y avances obtenidos a partir de la publicación de esta investigación

3. Al departamento de ginecoobstetricia

- Continuar actualizaciones y capacitaciones sobre el llenado e interpretación de la hoja del partograma hacia médicos de base, residentes de Gineco-obstetricia, Internos y Preinternos, haciendo énfasis en la interpretación, que es la manera para detectar oportunamente las alteraciones en el trabajo de parto y de esta manera intervenir adecuadamente.

Bibliografía

1. Aladjem S, Fera A, Rest J, Et Al. (1977). Fetal Heart Rate responses to fetal movements. Br J Obstet Gynecol.
2. Apgar. (1953). Atención Al Recien Nacido y Niño Sano .
3. Bloom, McIntire, Kelly, & Et Al. (1998). Ginecología Y Obstetricia.
4. Caldeyro Barcia & Poseiro. (1960). En *Physiology of the uterine contraction*.
5. Caldeyro Barcia, Álvarez & Reynolds. (1950). A Better Understanding of uterine contractility through simultaneous recording with an internal a a seven-channel method. En A. B.-c. method.
6. Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap III, & Wenstrom. (2006). *Birth Mecanism and Complications with Medical Evidence*. Denver.
7. Hon EH, Quiligan EJ. (1967). Clasification of fetal heart rate (II). En *A revised working classification* (pág. 31: 779). Conn Med.
8. MINSAs Nicaragua. (Septiembre 2015). *Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Recién Nacido y Puerperio de Bajo Riesgo*. Managua, Nicaragua: MINSAs Nicaragua.
9. MINSAs, UNICEF. (2013). Guía para el Manejo Integral del Neonato. En MINSAs. Managua, Nicaragua.
10. S. Primera Edición, Paltex. (1998). Obstetricia . Organizacion Mundial de la Salud.
11. Schuartz, Fescina, & Duverges. (2005). *Obstetricia*.
12. Schwartz, Díaz & Nieto. (1987). *Obstetricia Médica y Clínica* .
13. Schwarz, Díaz, Belizán, Fescina, & Caldeyro Barcia. (1976). Obstetricia.
14. Sokol, Brindley. (1990). *Birth Mecanism and Complications* . Staten Island.

XIII. Anexos

Ficha de Recolección de Información



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

La siguiente ficha de recolección de datos es para describir el cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés en el periodo que corresponde al primer trimestre del año 2017. Los datos en este documento solo serán manejados por los investigadores y vistos por el tutor de la monografía.

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

- **Objetivo específico No. 1:** Identificar las características socio-demográficas de las pacientes en estudio.
- 1. Edad:
 - a. < 19 años
 - b. 20-34 años
 - c. 35 años o más
- 2. Escolaridad:
 - a. Analfabeta
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Universitaria
- 3. Estado civil:
 - a. Soltera
 - b. Acompañada
 - c. Casada
- 4. Ubicación Geográfica:
 - a. Urbana
 - b. Rural
 - c. Profesión u Oficio: _____

- **Objetivo específico No. 2:** Identificar los principales antecedentes obstétricos y datos del parto de las pacientes en estudio.
1. Gestas:
 - a. Primigestas
 - b. Bigesta
 - c. Trigesta
 - d. Multigesta
 2. Paras:
 - a. 0 (Ninguna)
 - b. 1 o más
 3. Abortos:
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Tres o más
 4. Cesáreas:
 - a. Ninguno
 - b. Uno
 - c. Dos
 - d. Tres
 5. Semanas de Gestación:
 - a. 37-41 6/7 semanas de gestación
 - b. Mayor de 42 semanas de gestación
 6. Conducción del trabajo de parto:
 - a. Si
 - b. No
 7. Duración del trabajo de parto:
 - a. < 4 horas
 - b. 4-6 horas
 - c. 6 horas o más
 8. Momento del Nacimiento:
 - a. 7am-3pm
 - b. 3pm-7am

9. Apgar al momento del Nacimiento:
 - a. 0-3pts (depresión severa)
 - b. 4-7pts (depresión leve-moderada)
 - c. 8-10pts (No hay depresión-normal)

10. Nivel de jerarquización al momento del nacimiento:
 - a. MI
 - b. MG
 - c. MR
 - d. MB

- **Objetivo específico No. 3:** Evaluar el porcentaje de cumplimiento de criterios de llenado del partograma (CLAP OPS-OMS) aplicando el instrumento de estándares de calidad brindado por el MINSA en la Normativa 109.
 1. Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

 2. Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

 3. Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

 4. Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

 5. Grafica adecuadamente la curva de alerta.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

6. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

7. Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

8. Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

9. Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

10. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

11. Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

12. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

13. Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).
 - a. Se Cumple

- b. No Cumple
 - c. No Aplica
14. Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
 15. Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
 16. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
 17. Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc...
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
- **Objetivo específico No.4:** Valorar la calidad de interpretación de los datos del partograma (CLAP OPS-OMS) en el grupo de pacientes en estudio, según los acápites de interpretación del instrumento de estándares de calidad brindado por MINSA en la normativa 109.
1. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.
 - a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
 2. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.
 - a. Se Cumple

- b. No Cumple
 - c. No Aplica
3. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.
- a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica
4. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria
- a. Se Cumple
 - b. No Cumple
 - c. No Aplica

GRÁFICOS



PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS	NOMBRE Y APELLIDO			Nº DE HISTORIA CLÍNICA		
	dia	mes	año			

Grafico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma"

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz./intens.																

Grafico 2. vigilancia clínica del trabajo de parto

REFERENCIAS

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION _____	
DILATAION CERVICAL _____	
ROTURA ESPONTANEA MEMB. _____	(REM)
ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____	(RAM)

INTENSIDAD	LOCALIZACION
Fuerte _____ +++	Suprapúbico _____ SP
Normal _____ ++	Sacro _____ S
Débil _____ +	

FRECUENCIA CARDIACA FETAL
Dips tipo I _____ I
(Desceleración precoz)
Dips tipo II _____ II
(Desceleración tardía)
Dips variables _____ V
(Desceleración variable)
Meconio _____ M

POSICION MATERNA
Lat. derecho _____ LD
Lat. izquierdo _____ LI
Dorsal _____ D
Semisentada _____ SS
Sentada _____ S
Parada o caminando _____ PC

Grafico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

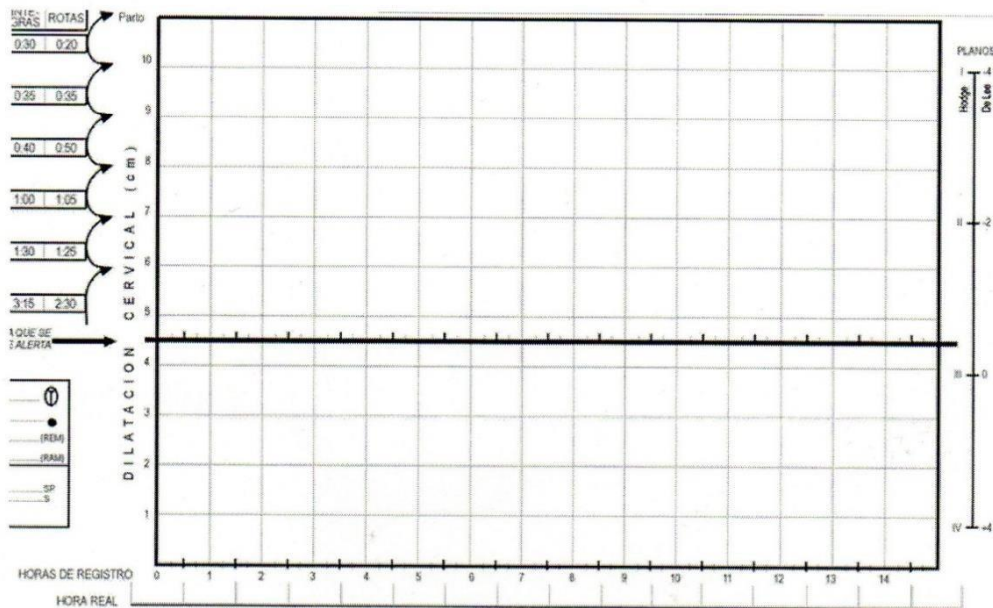


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

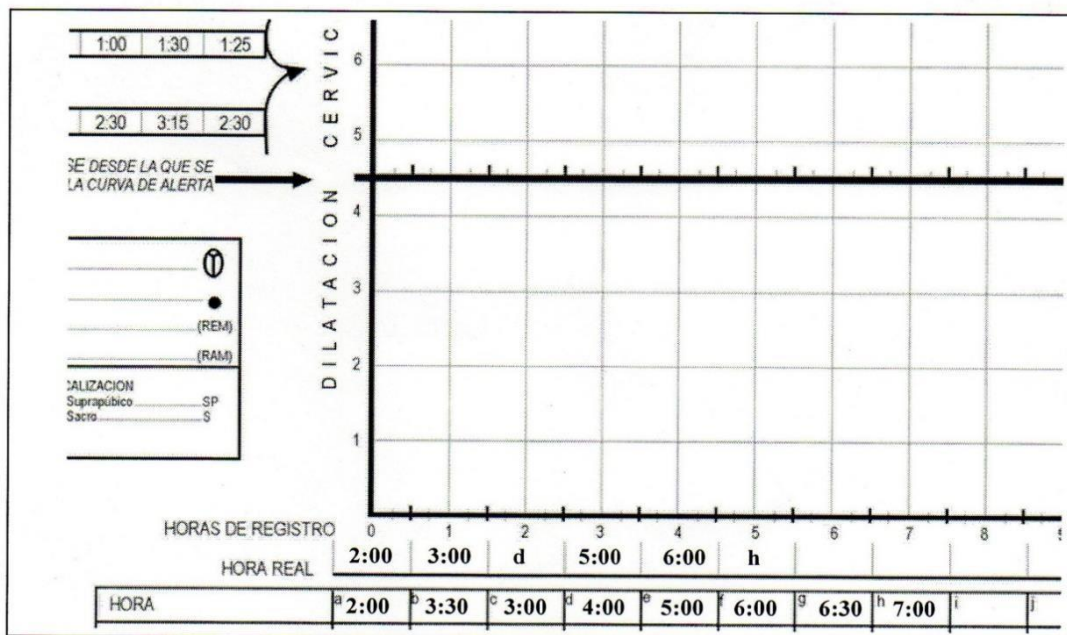
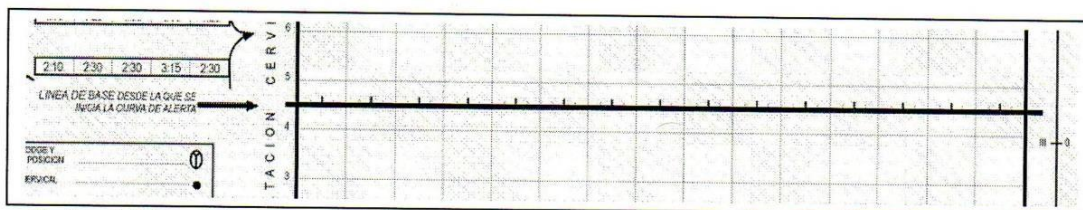


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro gráfico del partograma



Gráfica 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

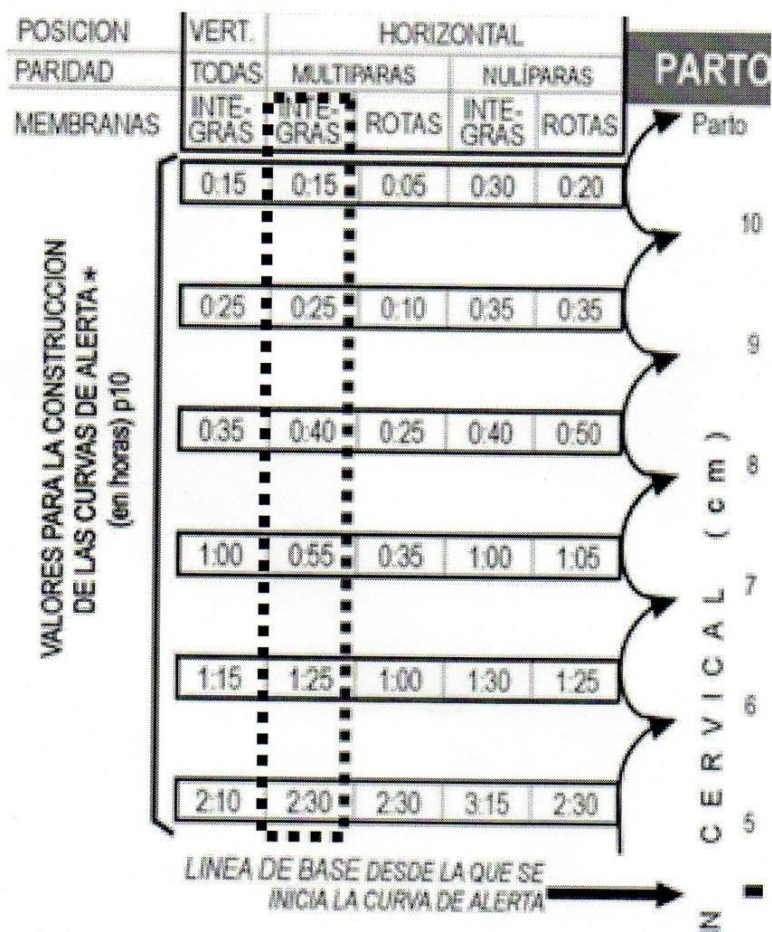


Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.

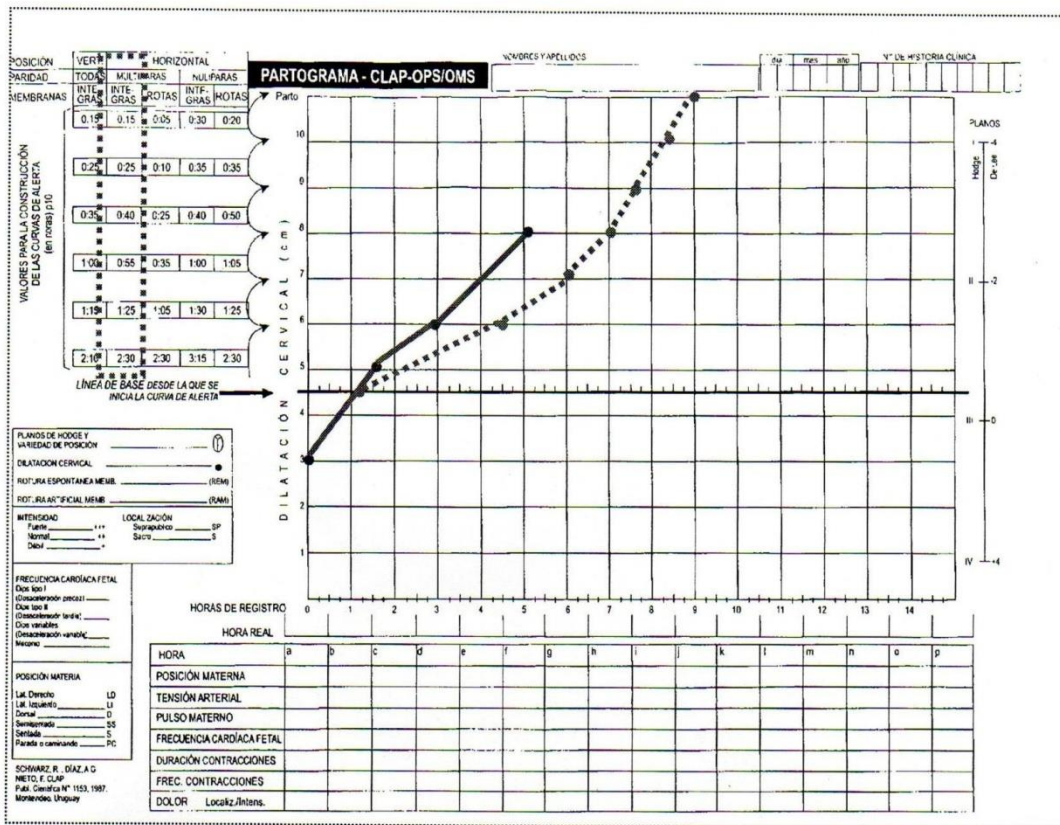


Grafico 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro grafico por debajo de la línea de base.

REPÚBLICA DE NICARAGUA

MINISTERIO DE SALUD

SILAIS: Municipio: Unidad de Salud: _____ Monitor/Supervisor: # Partogramas Revisados: __ Periodo
Monitoreado: Total Partos
Atendidos en el Periodo: _____

Porcentaje de Partos Atendidos a los cuales se les realizó Partograma: _____

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

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

Número de Expediente																								
No	Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	PROM	
1	Llena adecuadamente los datos Generales de identificación de la paciente.																							
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																							
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																							
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																							
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.																							
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																							
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																							
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																							

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

INSTRUCCIONES PARA EL MONITOREO DEL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA SEGÚN EL MINSA (7)

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

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

1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta: Se considera que los datos generales están adecuadamente llenados, cuando en el partograma se registran los nombres y apellidos de la usuaria y la fecha de atención.

2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma: A toda embarazada con contracciones uterinas dolorosas de al menos 40 segundos de duración, de intensidad normal y con al menos 3 cms de dilatación (Trabajo de Parto), captada en sala de emergencias o en salas de hospitalización, deberá iniciársele la elaboración del partograma. No confundir con el inicio de la elaboración de la curva de alerta, la cual debe elaborarse cuando la dilatación cervical es de al menos 4.5 cms.

3-Selección adecuada del Patrón de Construcción de la Curva de Alerta:

Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las 5 variantes: **Vertical:** Todas con membranas íntegras, no importando la paridad.

Horizontal: en donde hay

2 categorías **Múltiparas y Nulíparas;** cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas.

Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento: En los casos en donde se produjo parto vaginal, la curva real (línea continua) debe dibujarse hasta la línea superior del partograma que dice **PARTO**. En los casos en donde se indicó y realizó cesárea, la curva real deberá dibujarse hasta la dilatación correspondiente al momento en donde se indicó la cirugía.

5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta: La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 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.

6-Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta:

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

7-Grafica adecuadamente la presentación de acuerdo a los Planos de Hodge:

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

8-Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación:

Las variedades de posición de la presentación de vértice, en orden de frecuencia, son como siguen: OIA, ODP, ODA, OIP. Menos frecuentes son las variedades transversas y Occipito Sacras (OS). Al momento del expulsivo, la mayoría de estas presentaciones como parte de la rotación interna de la cabeza fetal se convierten en Occipito Púbricas (OP).

9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF): El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.

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

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

12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas: En el Trabajo de Parto, se considera normal 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos; de 40 a 60 segundos de duración y de intensidad normal (++) . Variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que deben derivar en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la parturienta. En los casos en que no se requiera una interpretación de las contracciones uterinas porque todo transcurre normal, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No.10).

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

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

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

16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria: No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. Variaciones que están fuera de lo normal, deben originar comentarios que lleven a decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación de la información complementaria, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA

(No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No.13, o entre 12 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 14).

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

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

Tablas

Tabla No.1. Distribución por edad de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

EDAD		
VALORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 19 AÑOS	9	6.4
20-34	122	86.5
35 años a mas	10	7.1
Total	141	100.0

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.2 Distribución por escolaridad de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

ESCOLARIDAD		
VALORES	FRECUENCIA	Percent
primaria	25	17.7
secundaria	66	46.8
universitaria	50	35.5
Total	141	100.0

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.3. Distribución por estado civil de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

ESTADO CIVIL		
	FRECUENCIA	PERCENTAJE
SOLTERA	12	8.5
ACOMPANADA	71	50.4
CASADA	58	41.1
TOTAL	141	100.0

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.4 Distribución por ubicación geográfica de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

UBICACIÓN GEOGRAFICA		
	FRECUENCIA	PERCENTAJE
URBANA	72	51.1
RURAL	69	48.9
TOTAL	141	100.0

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.5 Distribución por profesión u oficio de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

PROFESION U OFICIO		
Valor	Frecuencia	Porcentaje
ama de casa	77	54.6
operaria	8	5.7
licenciada	10	7.1
atencion al cliente	22	15.6
comerciante	3	2.1
asistente del hogar	5	3.5
enfermera	2	1.4
ingeniera	3	2.1
estudiante	6	4.3
policia	5	3.5
Total	141	100.0

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla 6. Principales antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes en sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al 1er trimestre del año 2017.

Antecedentes Ginecoobstetricos		Frecuencias	Porcentajes
Gestas	Primigesta	37	26.2
	Bigesta	62	44.0
	Trigesta	22	15.6
	Multigesta	20	14.2
	Total	141	100
Paras	Ninguno	47	33.3
	1 o mas	94	66.7
	Total	141	100
Abortos	Ninguno	117	83.0
	Uno	21	14.9
	Dos	3	2.1
	Total	141	100
Cesareas	Ninguna	139	98.6
	Una	2	1.4
	Total	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.7 Pacientes que tuvieron conducción del trabajo de parto que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017

Conducción del Trabajo de Parto		
Valor	Frecuencia	Porcentaje
Si	99	70.2
No	42	29.8
Total	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.8 Duración del trabajo de parto de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017.

Duración del trabajo de parto		
VALOR	FRECUENCIA	POCENTAJE
≤4 Horas	117	83
4-6 Horas	19	13.5
≥6 Horas	5	3.5
Total	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.9 Horario al momento de nacimiento en relación al cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

Horario al Momento de Nacimiento		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7am-3pm	55	39
3pm-7am	86	61
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 10 Apgar al momento del nacimiento en relación al cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

APGAR Al Momento del Nacimiento		
VALOR	FRECUENCIAS	PORCENTAJE
0-3 ptos (depression severa)	2	1.4
4-7 ptos (depresión leve)	5	3.5
8-10 ptos (No hay depresión)	134	95.0
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

Tabla No. 11 Nivel jerárquico de la atención del parto de las pacientes que se les realizó vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017.

Nivel Jerárquico de la Atención del Parto		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MI	2	1.4
MG	1	0.7
MR	94	66.7
MB	44	31.2
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No.12 Cumplimiento del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

Tabla 12.1

Cumplimiento del llenado del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto			
Criterio Evaluado	VALORACION DE CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente	CUMPLE	83	58.9
	NO CUMPLE	58	41.1
	TOTAL	141	100
2. Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma	CUMPLE	128	90.8
	NO CUMPLE	13	9.2
	TOTAL	141	100
3. Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).	CUMPLE	118	83.7
	NO CUMPLE	23	16.3
	TOTAL	141	100
4. Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento	CUMPLE	129	91.5
	NO CUMPLE	12	8.5
	TOTAL	100	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla 12.2

Cumplimiento del llenado del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto			
Criterio Evaluado	VALORACION DE CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5. Grafica adecuadamente la curva de alerta.	CUMPLE	106	75.2
	NO CUMPLE	35	24.8
	TOTAL	141	100
6. Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	CUMPLE	121	85.8
	NO CUMPLE	20	14.2
	TOTAL	141	100
7. Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.	CUMPLE	117	83
	NO CUMPLE	24	17
	TOTAL	141	100
8. Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.	CUMPLE	126	89.4
	NO CUMPLE	15	10.6
	TOTAL	100	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla 12.3

Cumplimiento del llenado del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto			
Criterio Evaluado	VALORACION DE CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5. Grafica adecuadamente la curva de alerta.	CUMPLE	106	75.2
	NO CUMPLE	35	24.8
	TOTAL	141	100
6. Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	CUMPLE	121	85.8
	NO CUMPLE	20	14.2
	TOTAL	141	100
7. Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.	CUMPLE	117	83
	NO CUMPLE	24	17
	TOTAL	141	100
8. Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.	CUMPLE	126	89.4
	NO CUMPLE	15	10.6
	TOTAL	100	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla 12.4

Cumplimiento del llenado del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto			
Criterio Evaluado	VALORACION DE CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
9. Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas..	CUMPLE	123	87.2
	NO CUMPLE	18	12.8
	TOTAL	141	100
10. Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	CUMPLE	53	37.6
	NO CUMPLE	23	16.3
	NO APLICA	65	46.1
	TOTAL	141	100
11. Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).	CUMPLE	45	31.9
	NO CUMPLE	21	14.9
	NO APLICA	75	53.2
	TOTAL	141	100
12. Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).	CUMPLE	128	90.8
	NO CUMPLE	13	9.2
	TOTAL	100	100
13. Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc...	CUMPLE	43	30.5
	NO CUMPLE	57	40.4
	NO APLICA	41	29.1
	TOTAL	100	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 13 Promedio general del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

PROMEDIO GENERAL DEL LLENADO		
VALORACION CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	102	72
NO SATISFACTORIO	25	18.1
NO APLICA	14	9.9
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 14 Cumplimiento de interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

Cumplimiento del llenado del Partograma en la Vigilancia del Trabajo de Parto			
Criterio Evaluado	VALORACION DE CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1. Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.	CUMPLE	106	75.2
	NO CUMPLE	35	24.8
	TOTAL	141	100
2. Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.	CUMPLE	112	74.9
	NO CUMPLE	23	16.3
	NO APLICA	6	4.3
3. Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.	CUMPLE	103	73
	NO CUMPLE	34	24.1
	NO APLICA	4	2.8
4. Interpreta adecuadamente ésta información complementaria	CUMPLE	97	68.8
	NO CUMPLE	38	27
	NO APLICA	6	4.3
	TOTAL	100	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 15 Promedio general de interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

PROMEDIO GENERAL DE INTERPRETACIÓN		
VALORACION CUMPLIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SATISFACTORIO	104	74
NO SATISFACTORIO	33	23.2
NO APLICA	4	2.8
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Tabla No. 16 Promedio global del Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017

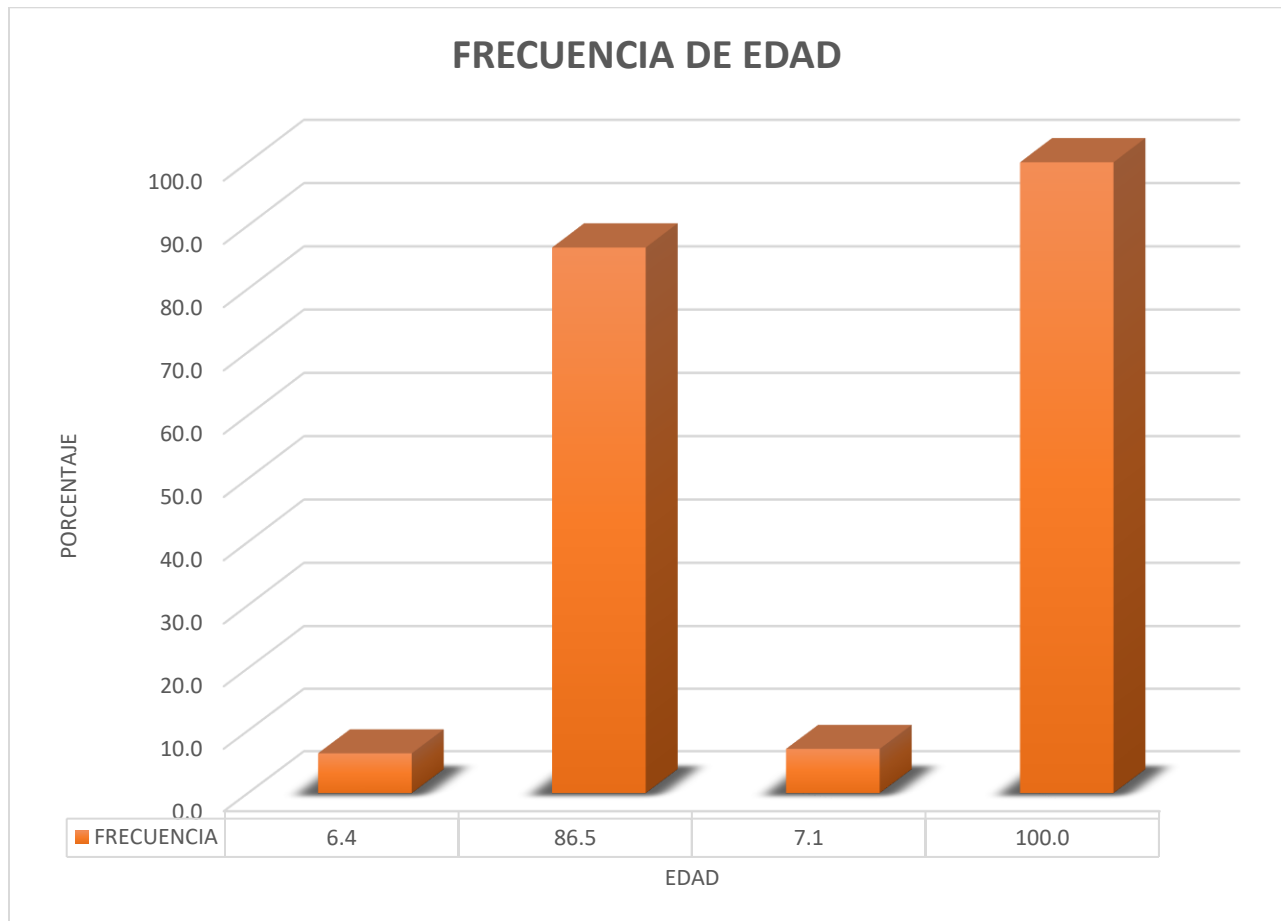
PROMEDIO GLOBAL		
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
$\geq 90\%$	48	34.04
$\leq 90\%$	93	65.96
TOTAL	141	100

N=141

Fuente: Expediente Clínica y Ficha de Recolección de Datos

Graficos

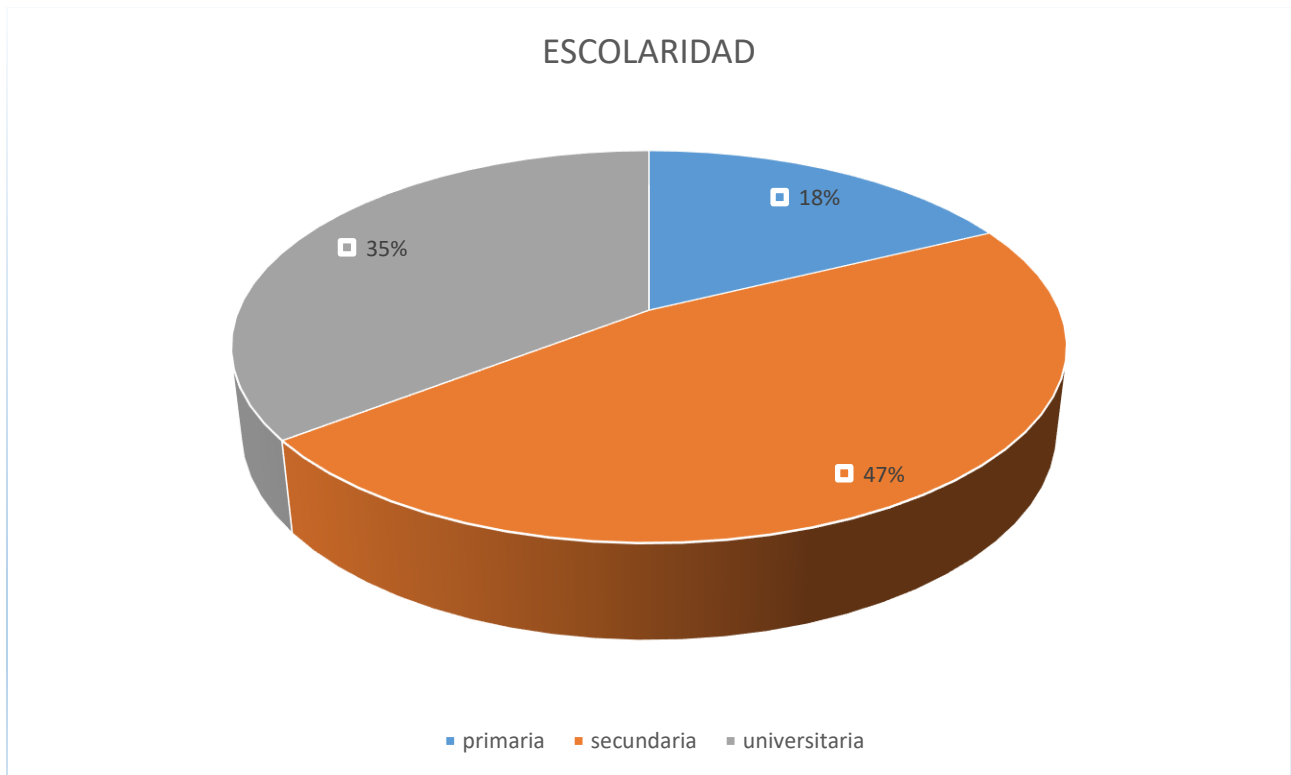
Grafico No.1 Distribución por edad de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017



N=141

Fuente: Tabla No.1

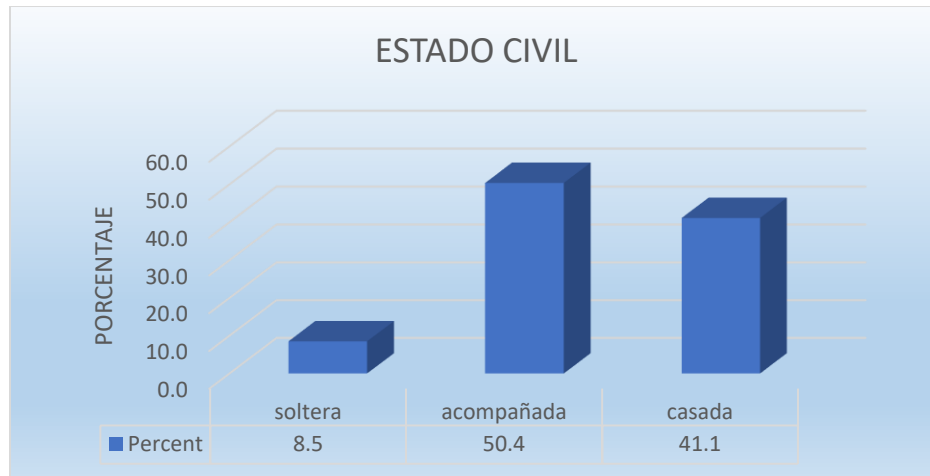
Grafico No.2 Distribución por escolaridad de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.2

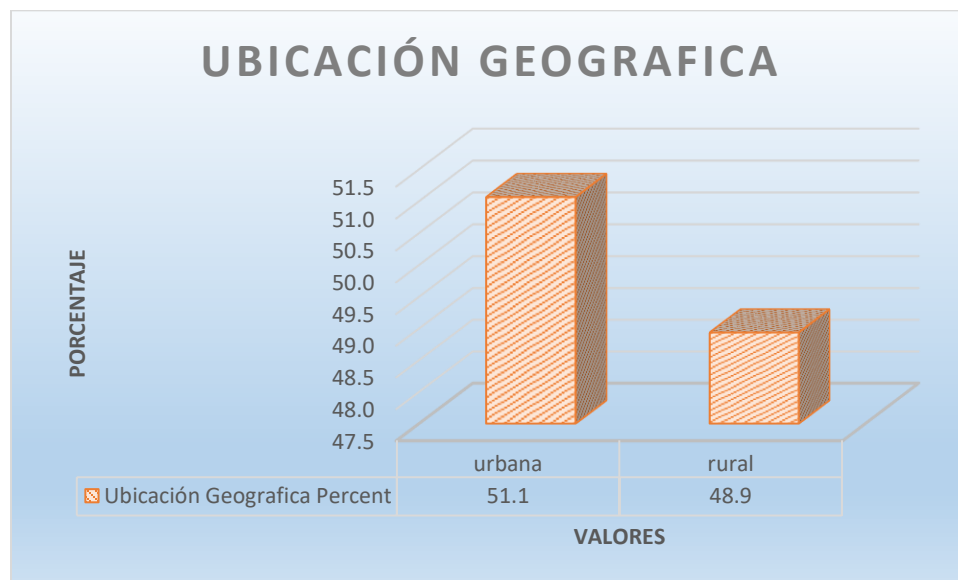
Grafico No.3 . Distribución por estado civil de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.3

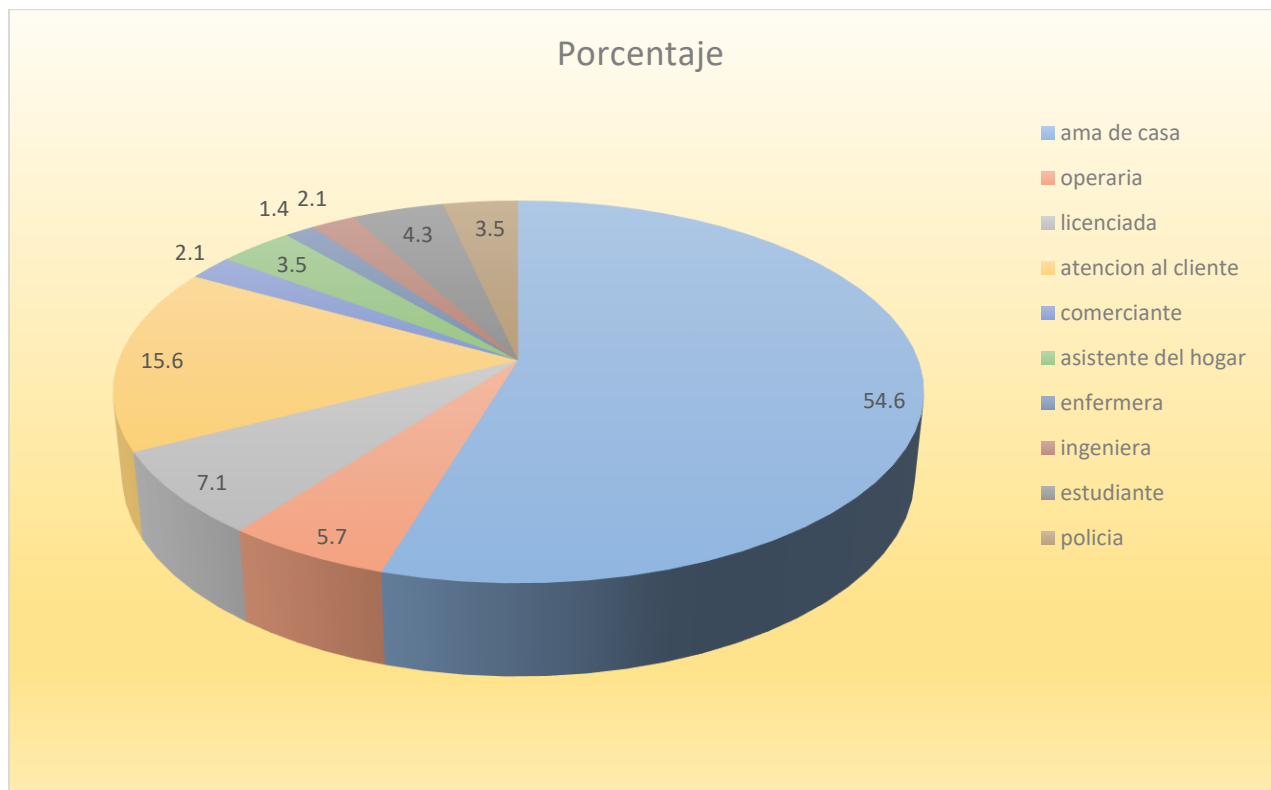
Grafico No. 4 Distribución por ubicación geográfica de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.4

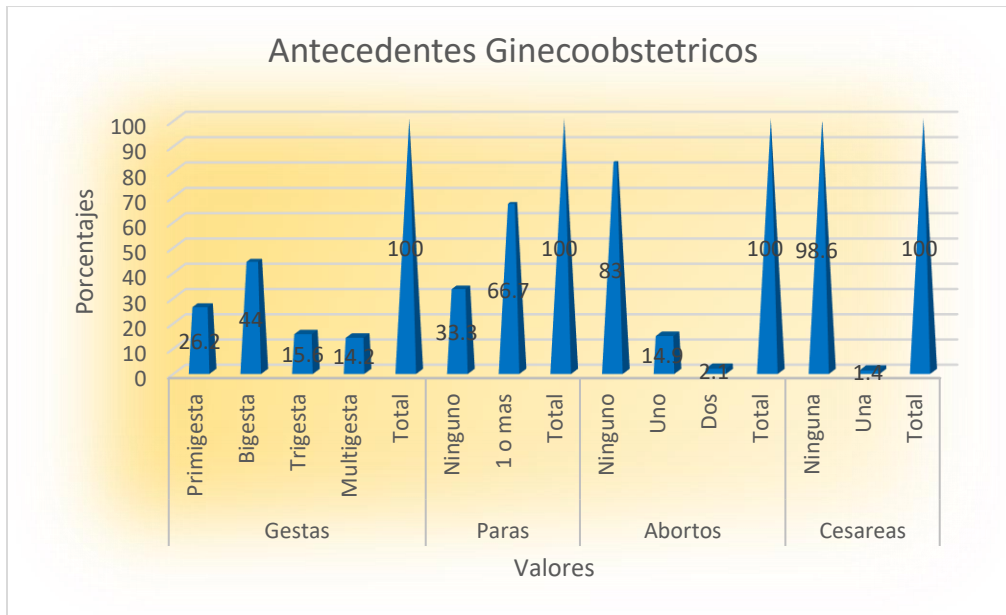
Grafico No. 5 Distribución por profesión u oficio de las pacientes en estudio del cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No. 5

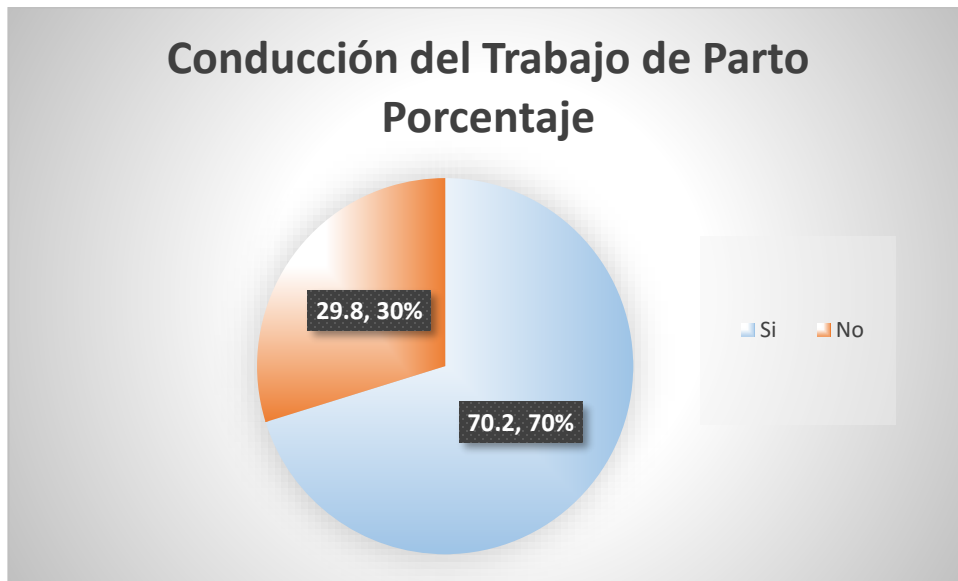
Grafico No. 6 Principales antecedentes ginecoobstetricos de las pacientes en sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.6

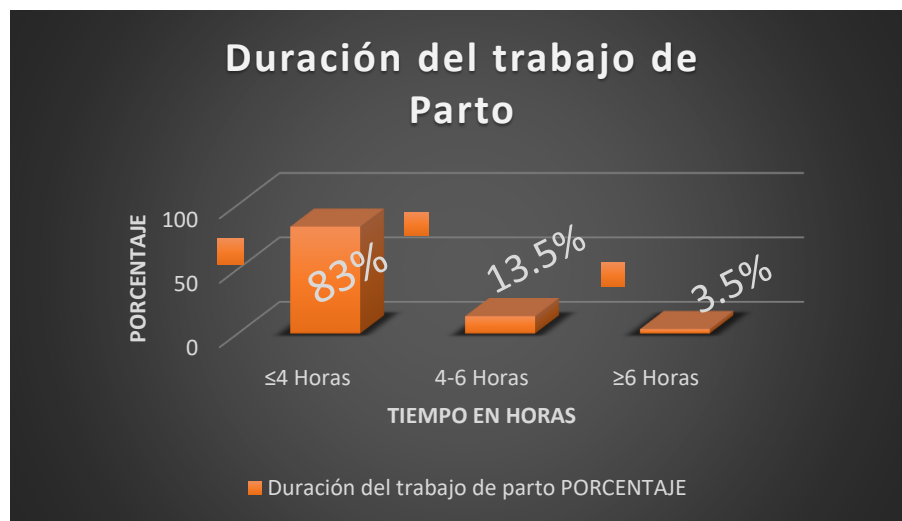
Grafico No.7 Pacientes que tuvieron conducción del trabajo de parto que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017



N=141

Fuente Tabla No.7

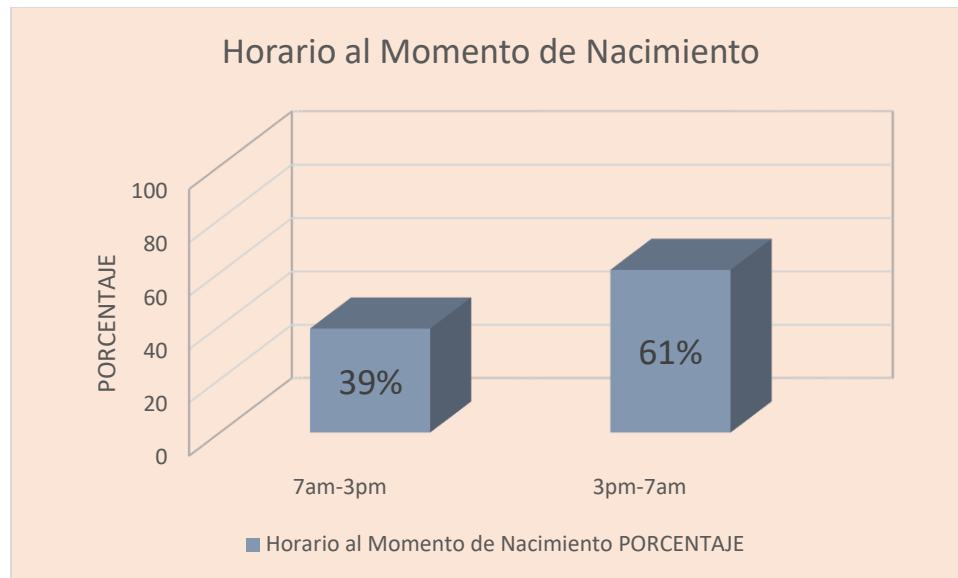
Grafico No. 8 Duración del trabajo de parto de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No. 8

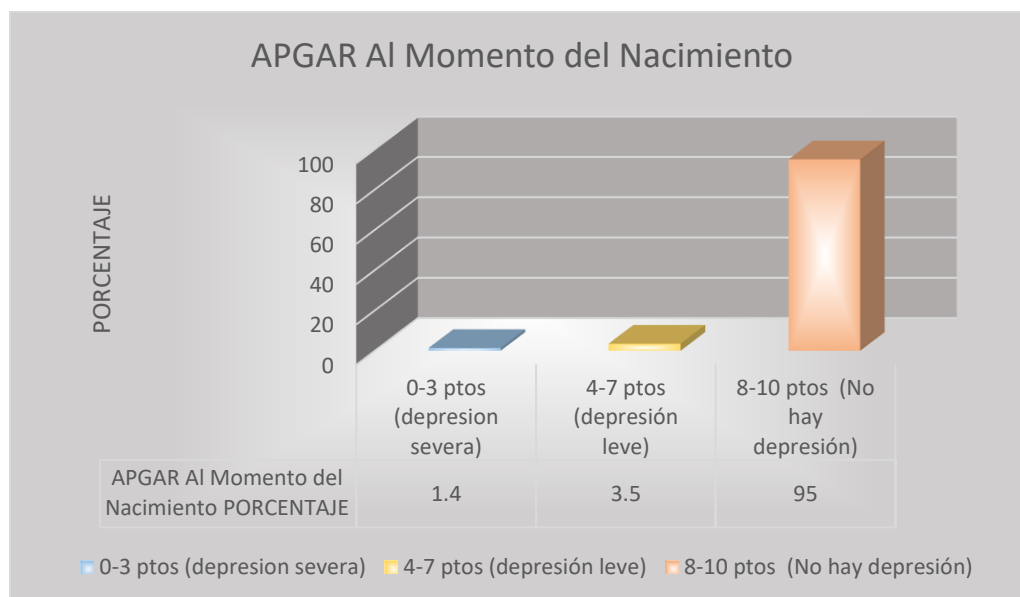
Graifco No.9 Horario al momento de nacimiento en relación al cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No. 9

Graifco No. 10 Apgar al momento del nacimiento en relación al cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.

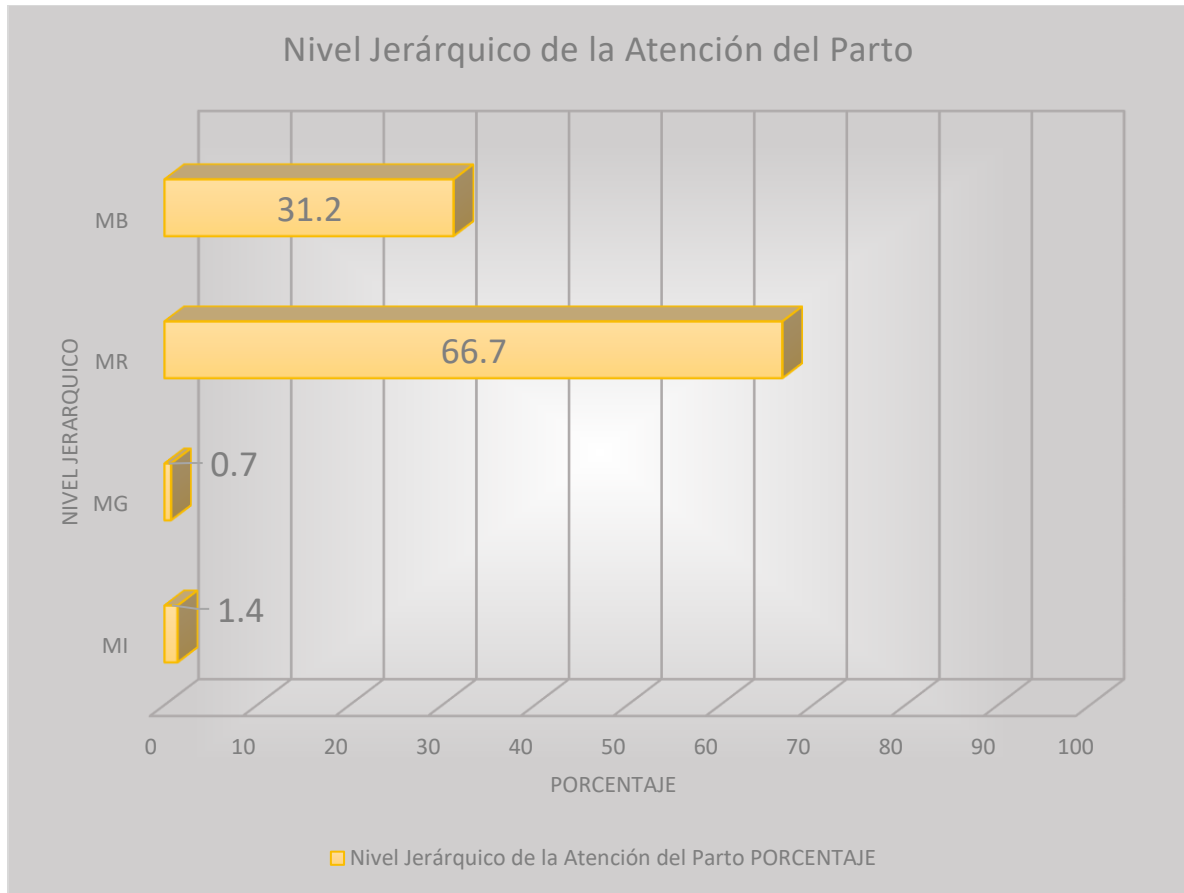


N=141

Fuente Tabla No.10

“Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de Labor y Parto del Hospital Carlos Roberto Huembés, en el período que corresponde al primer trimestre del año 2017”

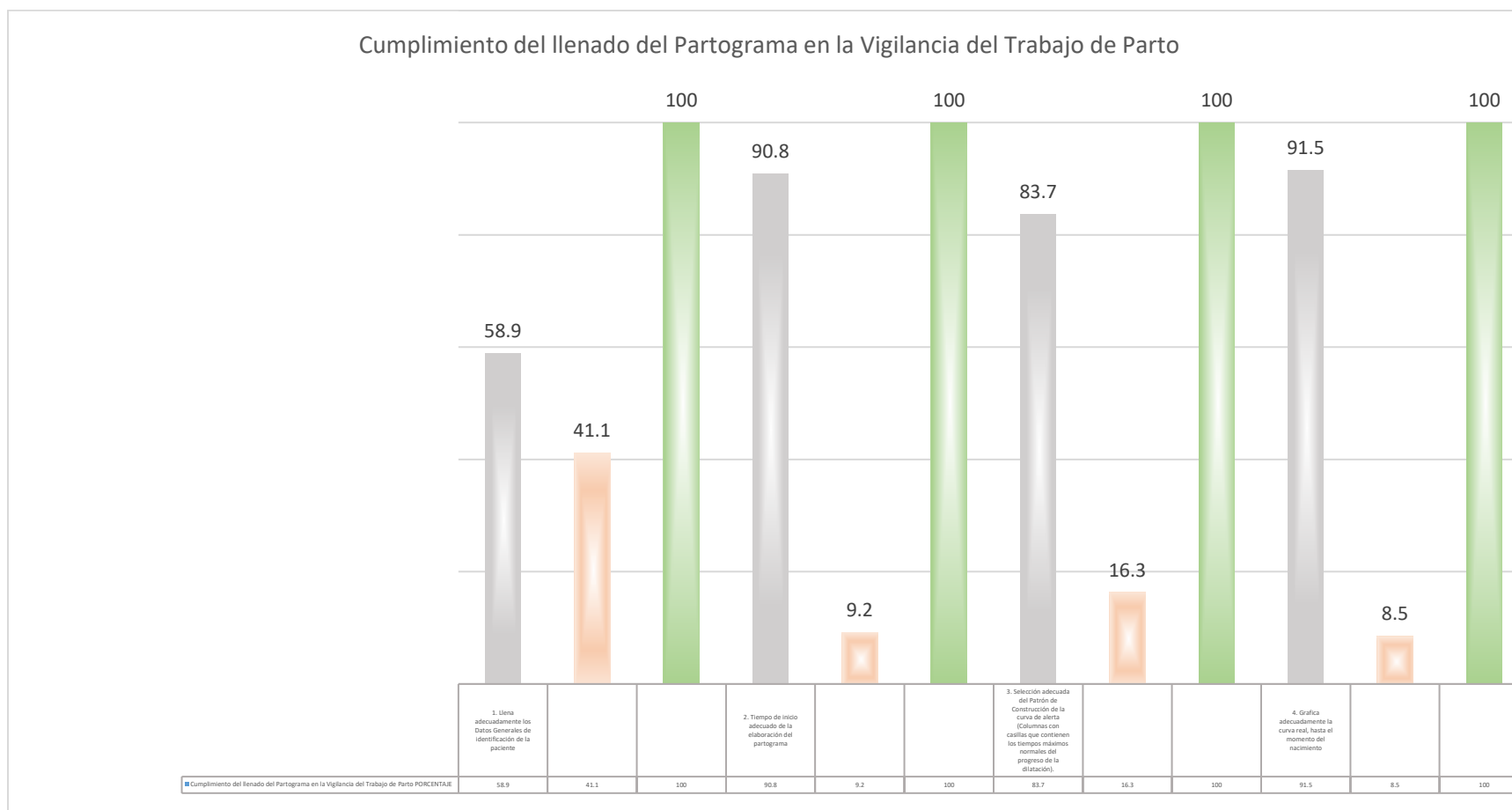
Grafico No 11 Nivel jerárquico de la atención del parto de las pacientes que se les realizo vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del HCRH en el periodo correspondiente al primer trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No. 11

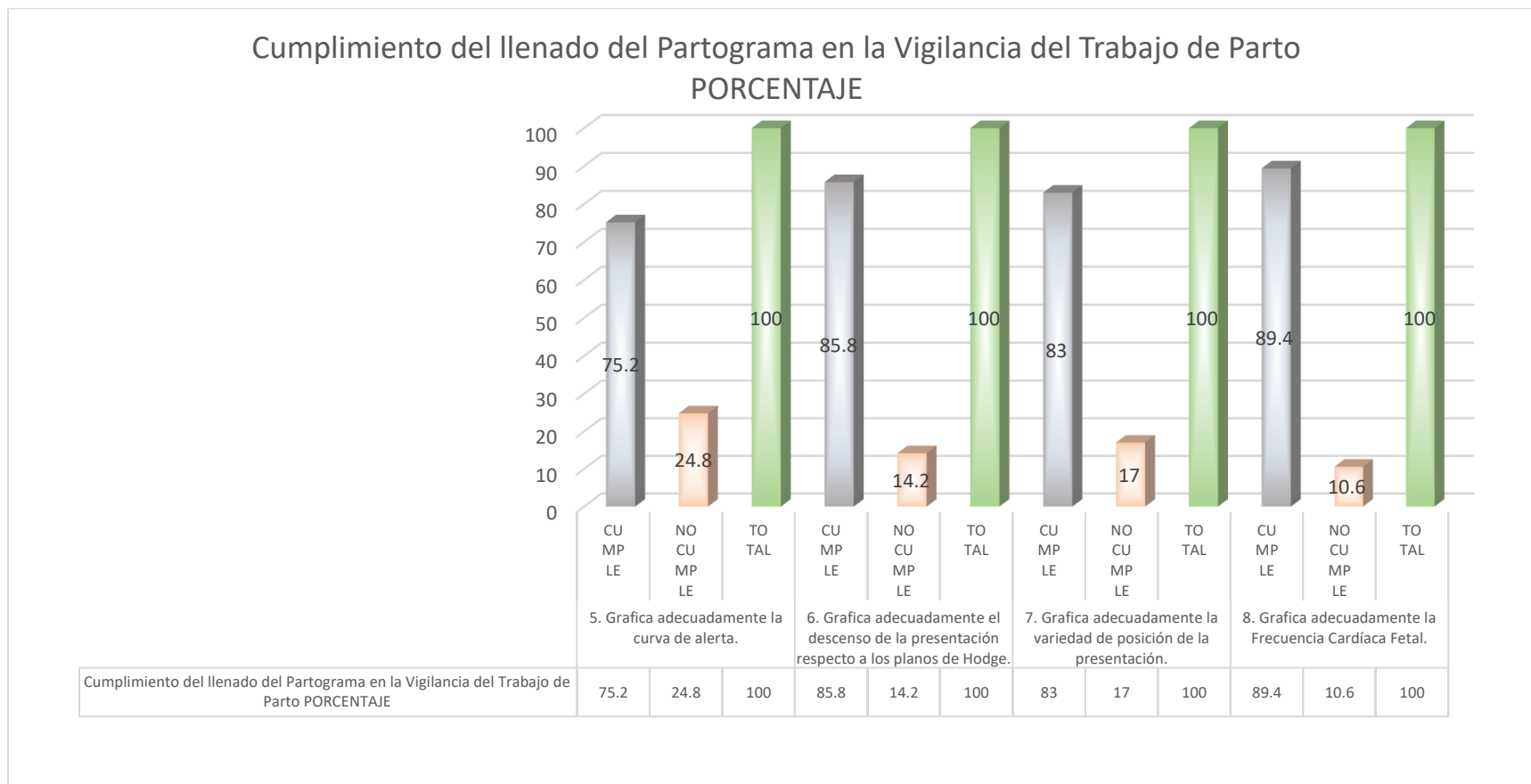
Grafico No. 12.1 Cumplimiento del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla 12.1

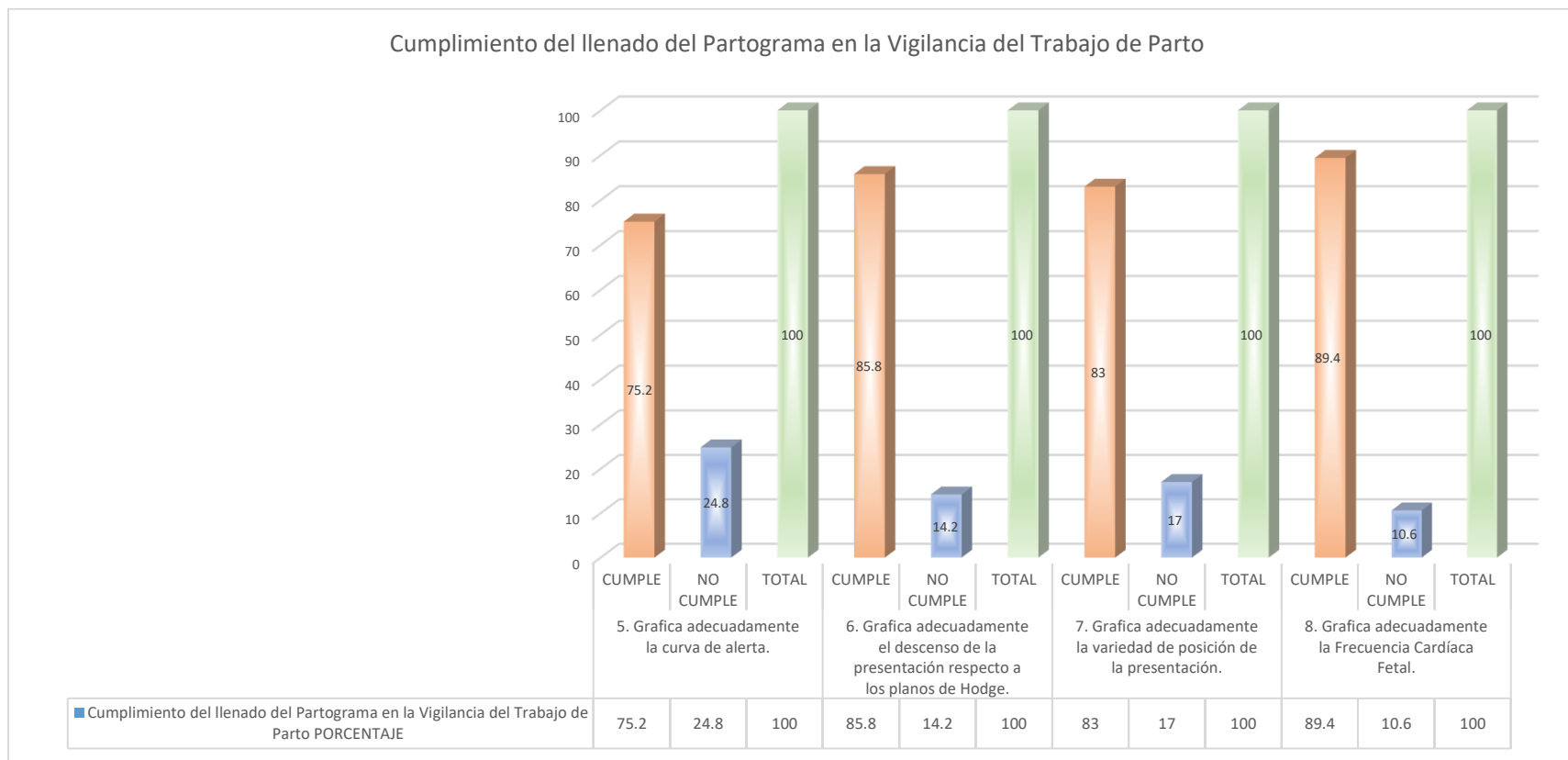
Grafico No. 12.2 Cumplimiento del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla 12.2

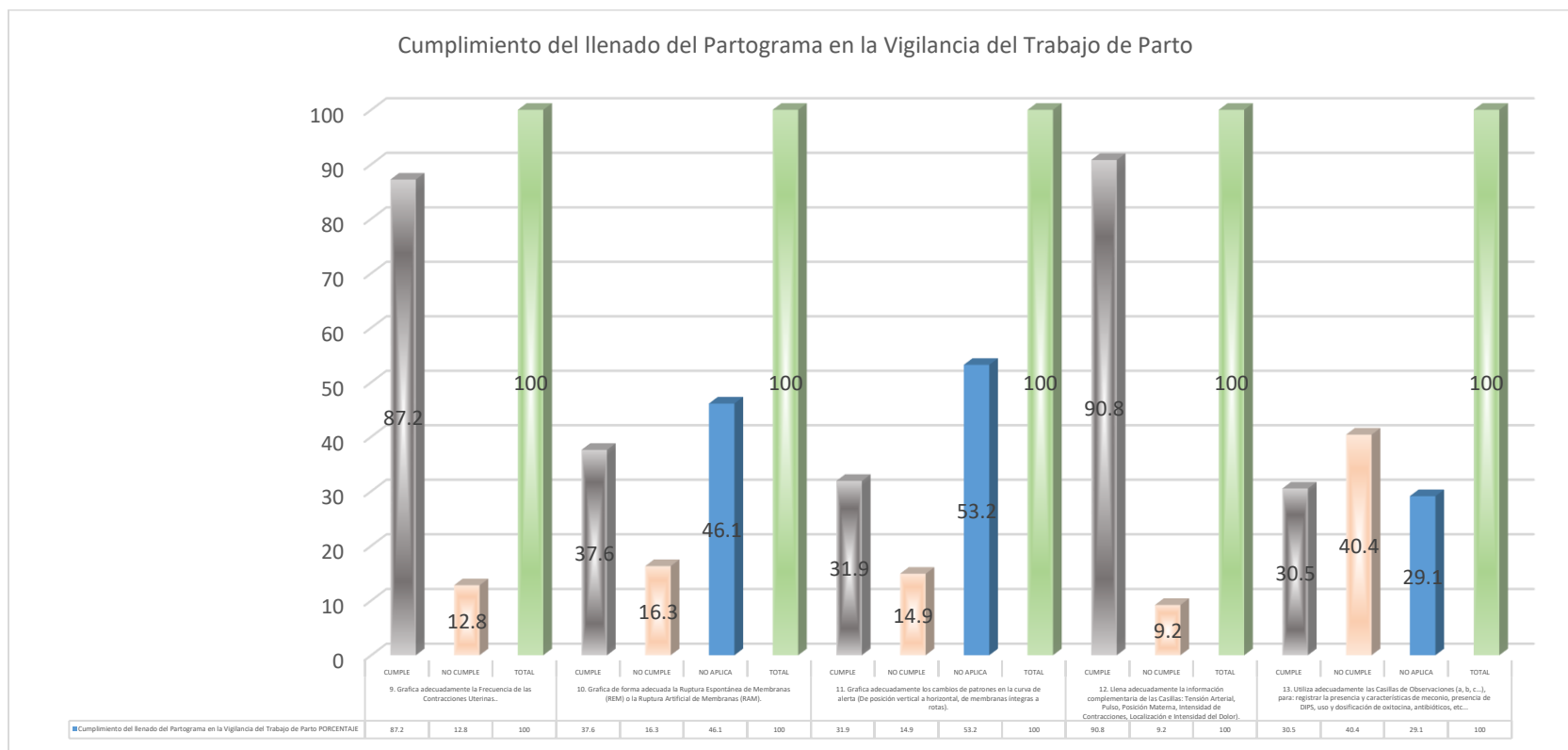
Grafico No. 13.3 Cumplimiento del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla 12.3

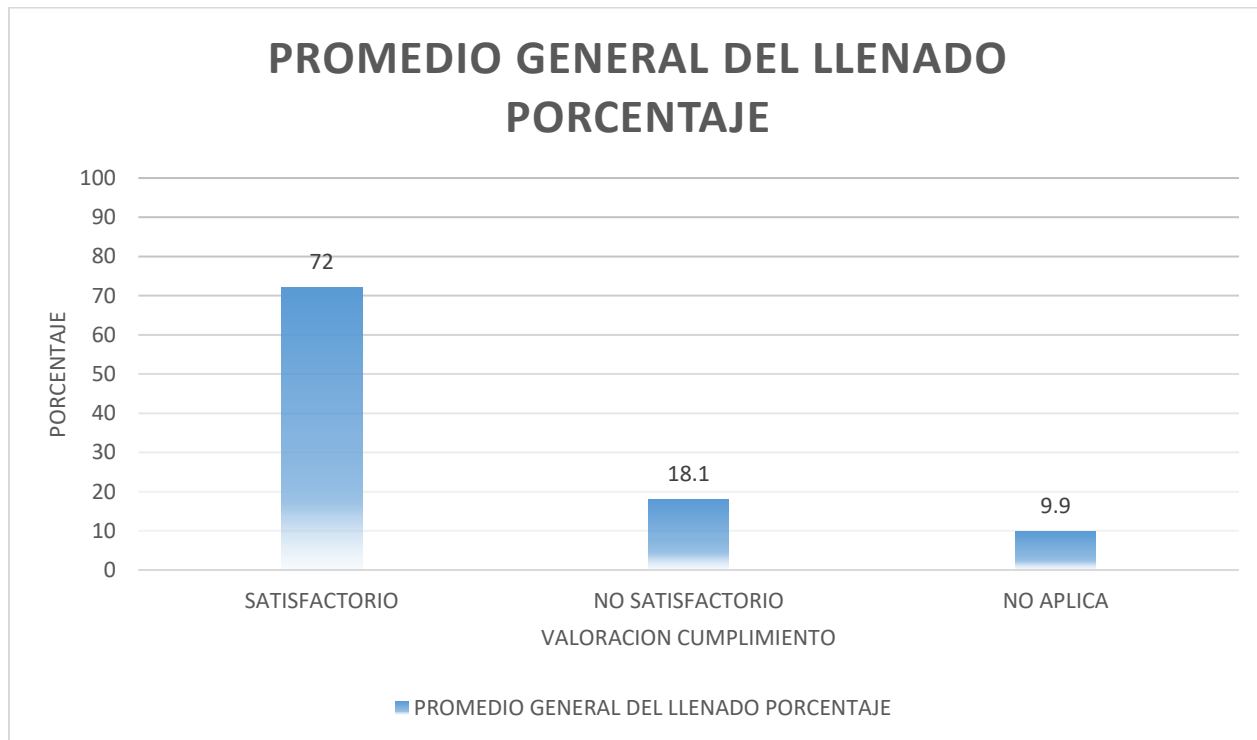
Grafico No.12.4 Cumplimiento del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla 12.4

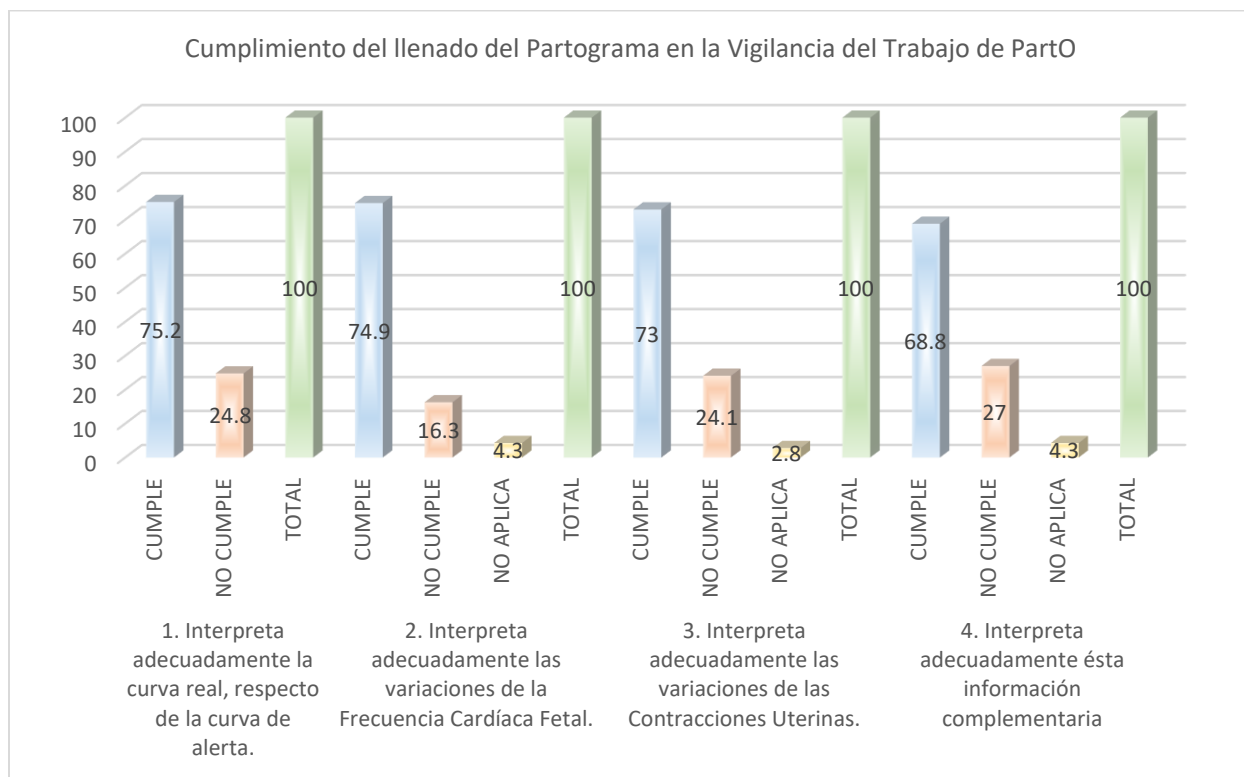
GraficoNo. 13 Promedio general del llenado del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.13

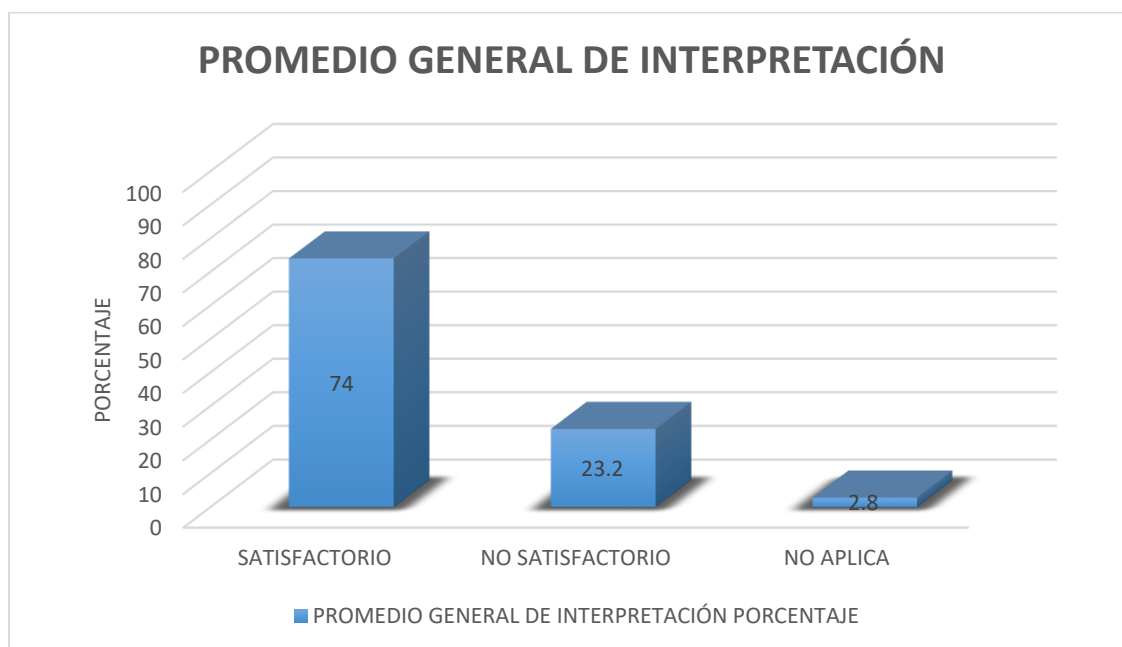
Grafico No. 14 Cumplimiento de interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla No.14

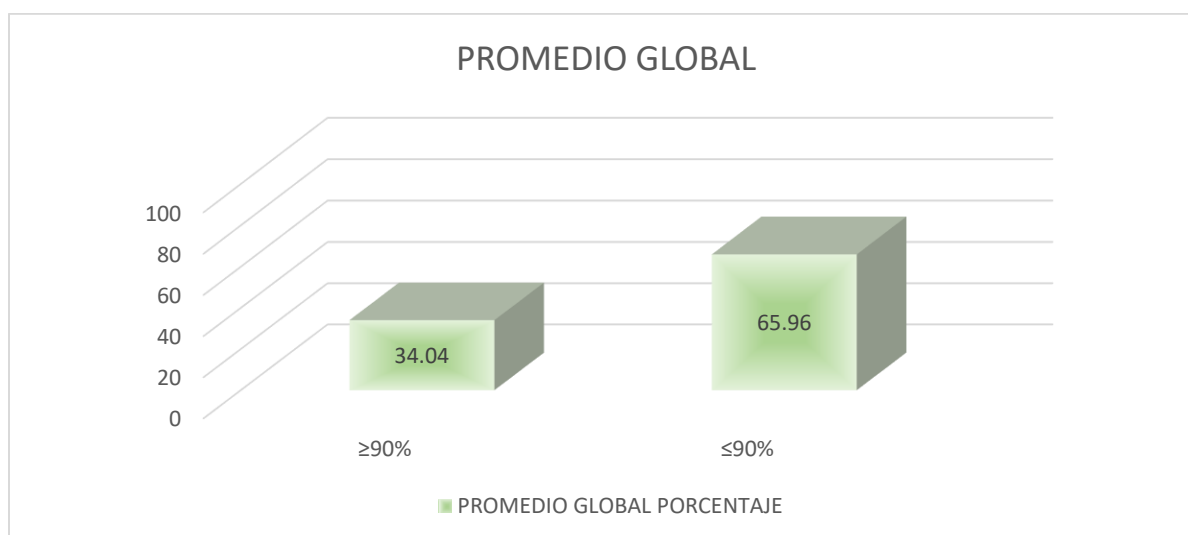
Grafico No.15 Promedio general de interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017.



N=141

Fuente Tabla 15

Grafico No.16 Promedio global del Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en pacientes ingresadas a la sala de labor y parto del HCRH en el periodo que corresponde al 1er trimestre del año 2017



N=141

Fuente Tabla No. 16