



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN – MANAGUA

Facultad de Ciencia Médicas

Informe final de Investigación

Para Optar al Título de Especialista en Dirección
de Servicios de Salud y Epidemiología

“Calidad e interpretación del llenado de la curva de Partograma a
Embarazas atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua.
Granada. Enero a Diciembre 2018.”

Autor:

Lic. Ana Cecilia Muñoz Arauz.
Médico Residente de III año.

Tutor:

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.
Epidemiólogo HAJN – Granada

Granada, Nicaragua

Enero, 2019

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre todo poderoso por haberme guiado y acompañado a lo largo de mi carrera dándome la fuerza y sabiduría para salir adelante en los momentos más difíciles poniendo en mi camino a personas de buena voluntad permitiendo de esta manera dar un paso más en mi vida pues estoy convencida que todas las cosas buenas que me suceden son por obra y gracias del señor.

A todos los maestros los cuales compartieron su conocimiento y experiencia, brindándome asesoría y marcando así una etapa importante en mi formación durante los 3 años de carrera universitaria, también a mi tutor por su apoyo, por sus valiosos aportes y recomendaciones en la elaboración de este trabajo.

A todas las personas que de una u otra manera fueron parte fundamental para mi desempeño, por sus orientaciones e información necesaria para la realización de esta tesis monográfica. A todos muchas gracias

Lic. Ana Cecilia Muñoz Arauz

DEDICATORIA

Dedicado a Dios mi señor quien me ha dado la fortaleza y sabiduría para poder culminar esta etapa importante en mi vida profesional.

También a mi linda familia, sobre todo a mis hijos a mi esposo y madre que siempre estuvieron brindándome su afecto, amor, comprensión y apoyo incondicional en cada una de mis decisiones, también por sus consejos para seguir siempre adelante y alcanzar mis metas tanto en lo humano como en lo profesional.

Así mismo aquellos miembros de la familia que hoy ya no están presente físicamente junto a mí pero que sé que están orgullosos de lo que he logrado ya que ellos contribuyeron para mi crecimiento.

A todos ellos gracias por formar parte de mi vida.

Lic. Ana Cecilia Muñoz Arauz

RESUMEN

El parto no es siempre un evento normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico. El Partograma utilizado en Nicaragua, difundido y estandarizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), descrito por Schwarcz, Díaz y Nieto se encuentra complementado con curvas de alerta, que permiten la valoración e identificación precoz de varias complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto.

Con el objetivo Determinar la calidad e interpretación del llenado de la curva de Partograma a embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada del periodo de enero a diciembre 2018, se realizó estudio descriptivo de corte transversal donde incluyo de un universo de 1882 parto a 91 expediente clínicos que contiene la hoja de la curva de partograma el muestro fue por conveniencia tomando expedientes de todo el año basado en los criterio de inclusión y exclusión. El instrumento e recolección de la información es el mismo que utiliza la dirección orientado por normativa del MINSA central.

Para el análisis se estableció análisis de frecuencia simple y cruces de variables de interés, en los casos de cruces de variables entre el índice de cumplimiento de llenado e interpretación de la curva del partograma con las características de los pacientes y condiciones de ingreso y la complicaciones que se presentaron se utilizo prueba de significancia estadística como fue el Chi Cuadrado u el Coeficiencia de contingencia.

Los resultados identificados demuestran que el índice sumatorio para el porcentaje de cumplimiento de la curva del partograma demuestra que 17.5% (16) tiene menos del 80.0% de cumplimiento, el 20.8% (20), entre 81 a 90% y 61.5% (56) más del 90.0% del cumplimiento. Los indicadores que menos se cumplieron fueron la presentación, posición y la frecuencia cardiaca fetal y la contracción uterina entre 81 a 86.0%. El caso que corresponde 1.1% de la complicación fetal que se relacionó con el cumplimiento de menos de 80.0% del llenado e interpretación de la curva del partograma no presentaba asociación significativa.

Conclusión: Los expedientes analizados que no completan más del 90.0% con el índice sumatorio de cumplimiento adecuado del llenado e interpretación de la curva de partograma y se relaciona a condiciones que probablemente no se consideraron que pudieran general complicaciones, y de manera significativa fue un hecho la complicación del feto ocurrida en mujeres adolescentes con embarazo a término que no era ARO.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	6
II.	ANTECEDENTES	7
III.	JUSTIFICACIÓN	10
IV.	PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	11
V.	OBJETIVOS	12
	Objetivo General	12
	Objetivos Específicos.....	12
VI.	MARCO TEORICO	13
	EL PARTO	13
	TRABAJO DE PARTO.....	13
	UTILIZACIÓN DE LA CURVA DEL PARTOGRAMA.....	26
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO	30
	7.1 Tipo de estudio.	30
	7.2 Área de estudio.	30
	7.3 Universo.....	30
	7.4 Muestra.	30
	7.5 Operacionalización de Variables	31
	7.6 Técnica y Procedimientos.....	35
	7.7 Plan de análisis	36
	7.8 Cruces de variables	36
	7.9. Aspecto Ético de la Investigación.....	36
VIII.	RESULTADOS.....	37
IX.	DISCUSIÓN	40
X.	CONCLUSIONES	42
XI.	RECOMENDACIONES	43
XII.	BIBLIOGRAFIA	44
XIII.	ANEXOS	46

ANEXOS 1. Instrumento de recolección de la información

ANEXOS 2. Tabla de resultados.

ANEXOS 3. Gráficos de resultados.

I. INTRODUCCIÓN

La atención a la salud materno - infantil es una prioridad para los servicios de salud. Su objetivo principal es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada. El parto no es siempre un evento normal, los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la realización de un parto normal o eutócico. (MINSA - Nicaragua , 2013).

El parto, momento culminante de la gestación, supone un acto fisiológico que debe ser controlado para prevenir, detectar y manejar las complicaciones que puedan surgir y desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido. Su evolución es el resultado de una serie de factores en donde la coordinación e interrelación van a determinar la duración, su desarrollo y culminación fisiológica; se considera a la madre y al feto como elementos actores del proceso. Cuando se utiliza una gráfica, el obstetra adquiere una magnífica arma para el seguimiento del trabajo de parto, El tacto aislado y estático no brinda la visión en conjunto que nos demuestra una curva.

El Partograma utilizado en Nicaragua, difundido y estandarizado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), descrito por Schwarcz, Díaz y Nieto (1990), se encuentra complementado con curvas de alerta, que permiten la valoración e identificación precoz de varias complicaciones que pueden surgir durante el trabajo de parto, pudiendo prevenir así la pérdida del bienestar fetal y materno al facilitar el actuar oportuno del personal médico. Este método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva, permitiendo construir curvas de alerta de acuerdo a las peculiaridades de cada usuaria. (Villaca, Mosquera , & Olivencia, 1998).

Sin embargo, el partograma no logra su propósito si el personal de salud encargado de la vigilancia del trabajo de parto no realiza un llenado adecuado de este instrumento y una interpretación oportuna de los datos que el mismo pueda revelar. (Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia , 2007)

II. ANTECEDENTES

Duarte y Larios (2012) evaluaron la calidad del llenado e interpretación del partograma de pacientes atendidas en el Hospital Amistad Japón- Nicaragua, Granada, encontrando que el 20.3% de los expedientes presentaron incumplimiento de un gráfico adecuado de la curva de alerta y el 38.4% tuvieron déficit en graficar el descenso de la presentación según los planos de Hodge. Además, un 25.9% de los registros de la frecuencia cardíaca fetal tenían deficiencias, concluyendo que el 59.3% de los expedientes tuvieron una calidad del llenado insatisfactoria. (Larios & Duarte , 2012).

Logo y Montoya 2014. Con el objetivo de determinar 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.

El diseño fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en el cual se revisaron 121 expedientes de un universo de 702 nacimientos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión ya establecidos en el documento. La mayoría de las mujeres en estudio pertenecían al grupo de edad menor de 19 años de edad, con escolaridad de secundaria y con estado civil acompañada. En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes eran Primigestas, nulíparas, sin ningún aborto ni cesárea y con embarazos a término, sin ninguna patología asociada al embarazo, sin ninguna conducción del trabajo de parto con una duración menor de 4 horas en el turno de 7 am-3 pm, finalizando vía vaginal en un 93% y vía abdominal en un 7%, siendo atendidos en su mayoría por Residentes de la especialidad del segundo año.

En más del 80% no hubo complicaciones maternas y en más del 90% ninguna complicación fetal. 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. (Logo Canales & Montoya Zepeda, 2014).

Zelaya y Urrutia 2016. Realizaron estudio sobre el “Impacto del partograma en la vigilancia del trabajo de parto. Hospital San Juan de Dios de Estelí. Enero 2016” era un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal que tenía como objetivo general determinar el impacto del partograma en la vigilancia del trabajo de parto de pacientes atendidas en dicha unidad asistencial durante el mes enero del año 2016.

La población a estudio era de 335 pacientes, de la cual se incluyeron 179 expedientes, determinándose que el 59% (106) de los partogramas revisados no cumplieron los criterios para considerar su llenado adecuado. En relación a las complicaciones, las maternas fueron encontradas en 0.5% (1) de los expedientes revisados y las neonatales en 1.5% (3). Cabe destacar que la totalidad de las complicaciones encontradas corresponden a pacientes con partogramas llenados de manera inadecuada. En este estudio se logró determinar que el llenado e interpretación adecuada del partograma tiene un impacto positivo en la reducción de las complicaciones materno-fetales ya que permite su oportuna identificación. (Zelaya Ortega & Urrutia González, 20016).

Espinoza y Flores 2016. Evaluaron el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios Estelí, en el periodo julio-septiembre de 2015. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, universo constituido por 481 pacientes, muestra aleatoria simple representada por 107 expedientes clínicos obtenida mediante el programa de software estadístico Decisión Analyst STATS 2.0 con intervalo de confianza del 95%, proporción esperada del 10% y precisión del 5%.

Los resultados demuestran que la edad de la mayoría de parturientas tenía entre 20 y 34 años con 67 casos (62.6%) considerándose la edad óptima para llevar un embarazo a término; en relación a gestaciones tenemos que 51 pacientes (47.7%) eran primigestas representando el grupo de mayor vigilancia y complicaciones durante el trabajo de parto; en cuanto al promedio global del partograma tenemos que solamente en 14 casos (13.1%) el

resultado obtenido fue \geq de 90%, no obstante en los faltantes 93 casos (86.9%) fue \leq de 89% y con respecto al cumplimiento de la calidad del llenado del partograma observamos que el porcentaje de satisfacción fue de 51.4% y en referencia a la calidad de interpretación fue de 46.8%, presentándose las fallas principales en los datos generales de identificación de la paciente, el grafico adecuado de la variedad de posición de la presentación, frecuencia cardiaca fetal, frecuencia de las contracciones uterinas y serias dificultades en los cuatro acápite correspondientes a interpretación. (Espinoza Zepeda & Flores Casco, 2016)

III. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que existe norma protocolo la 001 la segunda edición revisada en el año 2015 y una ley reguladora como es la 423 Ley General de Salud: Título I, Capítulo I, Arto 4 “que le corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales. Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”. Se conoce que se realizan informe como evidencia de control, pero los indicadores de complicaciones y muerte perinatales y materna refleja otro efecto de lo que pasa en las unidades hospitalaria, donde existe la posibilidad que los números no son tomados en cuenta para establecer estrategias de cambio hacia la reducción de estos indicadores.

La herramienta del partograma se ha comprobado si se utiliza bien esta su sensibilidad para predecir entre el desarrollo de un parto sin complicaciones a que se presenta, sin embargo, como indicador de los sistemas de vigilancia a las complicaciones del parto casi siempre se tiene dificultad para cumplir con lo establecido. En parte por resistencia del personal de salud que la mayoría son médicos en formación los que atiende el trabajo de parto en el Hospital Amistad Japón Nicaragua, y por otras situaciones como la carga de trabajo para solo un recurso que queda en el servicio. O por el simple hecho de no establecer medidas correctivas de orden administrativo que permite que persista el problema.

Con este estudio se pretende demostrar lo importante que es realizarlo y a la vez identificar las debilidades para superarla a través de las recomendaciones que se plantearan, se pretende que el análisis sea de utilidad para la institución y o un documento más de archivo esperando también reconocer acierto para fortalecerlos y seguir contribuyendo a la mejora de la calidad del parto de las mujeres demandantes.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna. El partograma una herramienta que eleva la calidad del parto, pero si no existe el monitoreo sistemático, esto solo es una sugerencia mas sin cumplir y la atención al parto una improvisación de eventos, con el riesgo o persistencia de la letalidad, mortalidad materna y neonatal.

En el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada, el monitoreo se realiza una vez al mes como compromiso de los indicadores necesario para valorar la calidad de atención al parto, pero con solo diez expediente de todos los caso que suceden en el periodo. Actividad no satisfactoria por ser poco el numero de expedientes y por otra parte los resultados no son muy evidentes relacionado al problema para intervenir y de ahí que sea tomado en consideración realizar un estudio adicional para revelar desacierto a través de saber;

¿Cuál será la calidad la calidad e interpretación del llenado de la curva de Partograma a embarazas atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua en Granada del periodo de enero a diciembre 2018?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la calidad e interpretación del llenado de la curva de Partograma a embarazadas atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada del periodo de enero a diciembre 2018.

Objetivos Específicos.

1. Caracterizar a la población de mujeres embarazadas que se incluyeron en el estudio.
2. Identificar las condiciones de su ingreso a la unidad hospitalaria
3. Determinar los indicadores de calidad del partograma de las mujeres incluidas en el estudio.
4. Valorar el porcentaje de cumplimiento en relación con la condición ingreso y resolución de cada caso valorado.
5. Conocer la resolución de cada caso valorado.

VI. MARCO TEORICO

El PARTO

Es el acto por el cual el producto de la concepción es separado del organismo materno. También se define como el mecanismo por el cual un mamífero acuático es convertido en un mamífero aéreo. Según el Diccionario Salvat (1984), es el conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto y sus anexos. El parto puede ser pretérmino cuando la expulsión del producto se realiza entre la semana 20 y la 36, contadas a partir de la fecha de última regla. A término cuando sucede entre la semana 37 y la 42 y postérmino, cuando ocurre después de la 42 semana.

En la gran mayoría de los partos, el nacimiento ocurre primero con la salida de la cabeza en occípito-anterior, la cara mira hacia abajo, los hombros tienen una dirección antero-posterior y sale primero el anterior y luego el posterior y, por último, el resto del cuerpo. Cuando la posición de la cabeza fetal en la pelvis es diferente, ya sea porque viene en occípito-posterior o porque en vez de venir en cefálica viene en podálica, el parto generalmente se retrasa y puede que aparezcan complicaciones que ponen en peligro el bienestar materno-fetal.

TRABAJO DE PARTO

Es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, cuando el producto de la gestación es mayor de 20 semanas y su peso superior a 500 g. Se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto. Clásicamente se divide en tres períodos.

Primer período. Va desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta la dilatación completa. Dura como promedio 6 horas en la multípara y 8 horas en la primípara.

Segundo período. Se extiende desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto. Dura como promedio de 15 a 30 minutos en la multípara y de 30 a 45 minutos en la primípara.

Tercer período. Va desde el nacimiento del feto hasta la expulsión completa de la placenta y sus membranas. Dura como promedio de 5 a 10 minutos.

La identificación del inicio del trabajo de parto representa uno de los diagnósticos más importantes dentro de la práctica obstétrica porque una interpretación errónea puede aumentar la ansiedad de la madre, que ya es grande al final del embarazo, y pueden ocurrir complicaciones que ponen en peligro el bienestar materno-fetal, en caso de que no se haga el diagnóstico.

Durante los últimos meses del embarazo, la mujer presenta contracciones uterinas de intensidad variable que pueden ser confundidas con el trabajo de parto. Estas contracciones producen el descenso de la presentación, la formación del segmento uterino inferior y las modificaciones cervicales. El cuello pasa de ser posterior, largo y cerrado, a central, corto y cerrado o bien, escasamente permeable a uno o dos dedos. Cerca del término, las contracciones son más intensas y frecuentes y pueden hacer pensar que se está iniciando un trabajo de parto; sin embargo, estas contracciones, no producen ni un descenso marcado de la presentación, ni progreso de la dilatación, razón por la que a esta condición se la conoce con el nombre de “falso trabajo de parto”.

La gestante en trabajo de parto presenta contracciones uterinas dolorosas que pueden ser variables en cuanto a intensidad, duración y frecuencia. Varias horas antes de iniciar el trabajo de parto, en algunos casos, ocurre la expulsión de abundante moco espeso con o sin sangre que es el llamado “tapón mucoso cervical” y que se debe a la expulsión del moco que está en el canal del cuello uterino, producido por los cambios cervicales previos al trabajo de parto.

Es importante diferenciar la expulsión del tapón mucoso con la ruptura de membranas, en la que el líquido que sale por los genitales externos es abundante, fluido,

color blanco claro y con un olor característico. La expulsión del tapón mucoso no necesariamente indica un inicio de trabajo de parto inminente.

Durante el examen de admisión, se debe evaluar si el embarazo fue o no controlado con el fin de identificar posibles complicaciones, así como valorar los signos vitales y anotarlos. Se debe administrar un enema para vaciar el recto y evitar la salida de heces durante el descenso fetal, también se debe hacer la antisepsia del área perineal preferiblemente con preparados a base de yodo. El tacto de ingreso se debe hacer con guantes estériles. Si la paciente se presenta con historia de sangrado genital, el examen digital debe ser precedido de examen mediante espéculo con el que, en algunos casos, se puede diagnosticar una causa cervical de la pérdida sanguínea.

Si se cuenta con el equipo, la ecosonografía es ideal en estos casos. Si se sospecha una ruptura prematura de las membranas, se deben hacer las pruebas diagnósticas de la misma. A continuación, se hace el examen digital, con el objeto de precisar las características del cuello uterino, estado de las membranas, tipo de presentación y grado de encajamiento. El cuello se debe evaluar en cuanto al grado de borramiento y se considera completamente borrado, cuando se ha retraído completamente, de tal manera que no se puede diferenciar ni orificio interno ni externo. Estados previos al borramiento se definen como no borrado o borrándose.

A continuación, se mide el grado de dilatación, introduciendo y separando los dedos índice y medio en la parte interna del cuello. La máxima dilatación ocurre cuando la separación de los dedos es de 10 cm. Las modificaciones cervicales inducidas por las contracciones varían según la paciente sea primípara o multípara en esta última, la dilatación ocurre a medida que el cuello se borra, mientras que en la primípara la dilatación comienza una vez que el cuello está borrado. Las membranas se sienten como un acolchonamiento de superficie lisa entre el dedo explorador y la presentación; si existe duda de la integridad de las membranas, la presentación se puede desplazar hacia arriba, con el fin que salga líquido a través del cuello uterino. La parte fetal que se presenta se debe evaluar en cuanto al tipo de presentación, variedad de posición y grado de encajamiento; éste último se hace con relación a los planos de Hodge que son los siguientes

Planos de Hodge

Primer plano. Es cuando el diámetro biparietal, en caso de presentación de vértice o el bitrocanterio en las podálicas, está a nivel del estrecho superior y el punto más saliente del ovoide fetal escasamente llega al plano de las espinas ciáticas. Cuando la presentación está en este plano se considera encajada; por encima puede estar encajándose o móvil, en este último caso, si la presentación se empuja, el polo fetal se separa completamente para luego regresar al dedo con que se hace el tacto, mientras que con el feto encajándose, se puede movilizar, pero sin lograr el efecto anterior.

Segundo plano. Es cuando el diámetro biparietal o el bitrocanterio está a nivel de la línea que une la segunda y tercera vértebra sacra, con el borde inferior del pubis y la parte más saliente del ovoide se encuentra un poco por debajo del plano de las espinas ciáticas.

Tercer plano. Es cuando el diámetro biparietal o bitrocanterio está a nivel de las espinas ciáticas y la parte más prominente del ovoide sobresale de la vulva sólo entre contracciones. Cuarto plano. Es cuando el biparietal o bitrocanterio está por debajo de las espinas ciáticas y la parte más prominente del feto sobresale de la vulva aún entre contracciones.

RUPTURA DE LAS MEMBRANAS

Del total de embarazadas que llegan al hospital en trabajo de parto espontáneo, entre 25% y 50% vienen con ruptura de membranas, por lo que en el resto debe tomarse la decisión acerca de realizarla artificialmente, por un procedimiento llamado amniotomía, o esperar su ruptura espontánea. En mujeres con un embarazo a término y trabajo de parto espontáneo, la amniotomía temprana disminuye entre 30 y 90 minutos la duración del trabajo de parto, particularmente cuando se realiza antes de los 3 cm de dilatación.

Por otro lado, permite observar las características del líquido amniótico que dan una idea del estado del bienestar fetal. Para realizar la amniotomía, es preferible que la cabeza fetal esté firmemente apoyada sobre el cuello uterino y no se pueda rechazar con facilidad, con el fin de disminuir al mínimo cualquier riesgo de prolapso de miembro o cordón.

Una vez identificada la presentación, se coloca el amniotomo entre los dedos índice y medio, para prevenir lesión de las paredes de la vagina, se apoya sobre las membranas y se realizan movimientos laterales hasta observar la salida de líquido a través de los genitales. Se recomienda no retirar los dedos hasta que no haya salido abundante líquido y la presentación esté bien apoyada sobre el cuello para evitar la procidencia de cordón.

Después de la amniotomía pueden aparecer desaceleraciones precoces y variables de la frecuencia cardíaca fetal, las últimas suelen ser bien toleradas por el feto a término con crecimiento normal. En los casos poco frecuentes en que estos cambios sean importantes, el tratamiento debe ser conservador con cambio de posición a decúbito lateral y administración de oxígeno para mejorar el patrón de la frecuencia cardíaca. Es importante insistir en que la amniotomía. (Pagés & Aller, 2012)

Al inicio del trabajo de parto, la posición del feto con respecto al canal del parto es determinante para la vía por donde va a salir el feto; de tal manera que, si la posición es adecuada lo más probable es que sea parto vaginal, de lo contrario, generalmente, termina en cesárea.

ACTITUD

Al comienzo del embarazo, la cantidad de líquido amniótico es abundante en relación con el volumen ocupado por el feto, pero a medida que progresa el embarazo y, sobre todo, luego de la semana 32, la relación líquida amniótico-feto se modifica substancialmente con disminución del líquido y aumento del tamaño fetal. Estos cambios traen como consecuencia que el feto debe tomar una actitud especial que le permita acomodarse mejor al limitado espacio con el que cuenta, adoptando una forma ovoidea que corresponde a la forma de la cavidad uterina.

La cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Esta actitud, es la llamada “actitud de flexión”, que es la más frecuente y la que se considera normal. Existen las llamadas actitudes de

deflexión, que corresponden a variaciones anormales de la antes mencionada. A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara, que son las llamadas “actitudes de deflexión”.

SITUACIÓN

Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente, es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal.

La situación oblicua es la menos frecuente y es aquella en la que el eje longitudinal del feto forma un ángulo de 45° con relación al eje longitudinal del útero. Se observa, más que todo, en el curso del embarazo y constituye una situación transitoria porque al acercarse el final del embarazo suele evolucionar hacia longitudinal o transversa.

PRESENTACIÓN

Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, fúnica y compuesta. Cefálica Es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma piriforme, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior. Aunque la cabeza fetal es mayor que las nalgas, la actitud fetal de las extremidades inferiores flexionadas sobre el abdomen, hace que el polo fetal más voluminoso sea el podálico; de tal manera que, cuando se coloca en cefálica, se adapta mejor a la forma piriforme de la cavidad uterina normal.

Dependiendo del grado de flexión o deflexión de la cabeza se clasifican en: vértice, cara, bregma y frente.

Vértice. Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior completamente flexionada; de tal manera que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal y el punto de referencia cuando se hace el tacto vaginal es la fontanela posterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el suboccipitobregmático que mide como promedio 9,5 cm. Es la forma de presentación cefálica más frecuente.

Cara. Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma completamente deflexionada y el punto de referencia es el mentón. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el submentobregmático, que mide como promedio 10 cm. Es una forma de presentación cefálica poco frecuente con una incidencia del 0,15% al 0,54% de los casos (González y col, 1993; Seeds y Cefalo, 1982). Bregma. En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente flexionada y el punto de referencia es la fontanela anterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm. Es una forma muy rara de presentación cefálica con una incidencia del 0,04% a 1% (Garófalo y col, 1993; Uranga y Uranga, 1983).

Frente. En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente deflexionada y el punto de referencia es la nariz. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-mentoniano, que mide como promedio 13,5 cm. Al igual que la anterior, suele ser muy rara, con una incidencia del 0,1% al 0,3% (Calleri y col, 1993; Katz y Seeds, 1986). (Aller & Aller, 2012)

Estas dos últimas presentaciones generalmente son transitorias porque, a medida que progresa el parto, la presentación de bregma suele convertirse en presentación de vértice y la de frente, en presentación de cara, por los mecanismos de flexión o de deflexión que suceden durante el descenso. Otro factor que explica esta transición, es el hecho que los diámetros que ofrecen las presentaciones de bregma y frente, son incompatibles con un parto vaginal, por ser muy superiores a los diámetros normales de la pelvis, mientras que los diámetros de la posición de vértice y cara si son compatibles con los diámetros de la pelvis materna y puede ocurrir el parto vaginal.

Debido a que la mayoría evoluciona hacia la flexión, la duración del trabajo de parto es similar al normal. Si no evoluciona hacia la flexión, algunos autores sugieren el uso de fórceps (Philipott, 1982), aunque la mayoría se inclina por la cesárea

Nalgas. Es aquella situación longitudinal del feto, en la que las nalgas se presentan en el estrecho superior y el punto de referencia es el sacro. Constituye, aproximadamente, el 3,5% de las presentaciones en embarazos a término; sin embargo, durante el embarazo se puede encontrar una incidencia de hasta 33,3%, entre las semanas 21 y 24; de un 27,8%, entre la 25 y 28; de un 14% entre la 29 y 32 y de un 8,8%, entre la 33 y 36 (Scheer and Nubar, 1976). A medida que el embarazo progresa esta presentación se convierte espontáneamente, en la mayoría de los casos, en presentación de vértice. Cuando esta versión no ocurre, puede que existan factores fetales que impiden esta transición, como los tumores cervicales, las circulares múltiples de cordón, etc. y factores maternos como los fibromas, las anomalías congénitas de útero, etc. El hecho de que un porcentaje mayor de fetos está en presentación de nalgas antes de que la gestación llegue a su término, explica por qué la presentación de nalgas es más frecuente en prematuros que en fetos a término.

Dependiendo de la posición de las extremidades inferiores, la presentación de nalgas se divide en: franca, completa e incompleta.

Franca. Es aquella en la que las piernas extendidas están en flexión sobre el cuerpo; de tal manera que los pies están en contacto con la cara.

Completa. Es aquella en la que el muslo está en flexión sobre el cuerpo y la pierna en flexión sobre el muslo.

Incompleta. Es aquella en la que existe descenso de una o ambas extremidades inferiores y puede ser modo pie o modo rodilla, dependiendo de la parte fetal que se presente en el estrecho superior.

Hombros Es aquella postura fetal en la que su eje longitudinal es perpendicular al longitudinal materno formando un ángulo de 90°. Constituye la llamada situación transversa donde la parte fetal que se presenta en el estrecho superior de la pelvis es el

hombro y el punto de referencia el acromion. Es muy poco frecuente y el parto vaginal es imposible a menos que el feto sea muy pequeño o en los casos de muerte fetal intrauterina.

Presentación de hombros en la variedad acromio-ilíaca izquierda-anterior.

Fúnica Conocida también como prolapso de cordón, es aquella en la que el cordón umbilical se prolapsa hacia la vagina y se convierte en la parte fetal que se presenta. Es una condición con una elevada mortalidad fetal, pero, afortunadamente, ocurre con muy poca frecuencia

Compuesta Es aquella en la que alguna de las extremidades se prolapsa junto con la parte que se presenta, de tal forma que ambas entran en la pelvis al mismo tiempo. La forma más frecuente es la presentación cefálica con descenso de la extremidad superior y, al igual que la anterior, su frecuencia es muy baja. En estos dos últimos casos, cuando las membranas están intactas, se denominan procúbito de cordón o de brazo y cuando están rotas, procidencia de cordón o de brazo.

POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN

La posición es la relación de la parte fetal que se presenta con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. La variedad de posición es la relación de la parte fetal que se presenta, con la posición anterior, transversa o posterior de la pelvis. De acuerdo con esto, se conocen las siguientes variedades de posición. Debido a lo difícil que resulta determinar, mediante un examen físico, las diferentes variedades de posición en la presentación de hombros y que su determinación no tiene valor práctico, se recomienda referir a todas las situaciones transversas como presentación de hombros.

MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO

Para que el parto sea normal, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna. Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de

adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”, que son los siguientes.

Descenso

Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las multíparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento.

Flexión

Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal.

Mediante este movimiento, el feto sustituye el diámetro occípito-frontal de 11,5 cm por el suboccípito-bregmático de 9,5 cm. Durante las contracciones uterinas se produce una modificación de la actitud fetal, especialmente después que la cabeza ha descendido en la pelvis. El feto se estira y desaparece la convexidad dorsal y las extremidades se acercan al cuerpo. Esto ocasiona un cambio en la forma fetal de ovoide a cilíndrica que produce una disminución del diámetro fetal que pasa por la pelvis materna.

Encajamiento

Se considera que la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del

embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto. La forma de encajamiento más frecuente es en OIIA por ser los diámetros oblicuos los mayores del estrecho superior y por la posición del recto a la izquierda

Una vez que la cabeza se encaja, la sutura sagital está usualmente a mitad de camino del diámetro pubosacro. En este caso la cabeza está sinclítica; sin embargo, el asinclitismo es relativamente frecuente y puede ser de dos formas.

Anterior. Cuando la sutura sagital se dirige hacia el promontorio del sacro y el hueso parietal que se palpa es el anterior.

Posterior. Cuando la sutura sagital se dirige hacia el pubis y el hueso que se palpa es el parietal posterior.

Los cambios sucesivos de asinclitismo anterior a posterior durante el descenso, permiten al feto ofrecer sus menores diámetros a los mayores de la pelvis, facilitando así el parto; sin embargo, cuando es severa puede originar una distocia, aún en presencia de una pelvis normal.

Rotación interna

El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además, porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los ileo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior.

En esta rotación, la cabeza fetal gira de manera que el occipital se mueve gradualmente hacia la sínfisis del pubis y de su posición original en variedad anterior o transversa, pasa a una variedad de posición occípito-púbica que es la más frecuente durante la expulsión. Con menor frecuencia, la rotación ocurre hacia el promontorio del sacro y es la llamada variedad de posición occípito-sacra que suele ocasionar una expulsión prolongada. El proceso de rotación es progresivo a medida que la cabeza desciende y no

está completo hasta que haya alcanzado el cuarto plano de Hodge. La rotación interna es indispensable para completar el parto normal a menos que el feto sea pequeño.

Extensión

Es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar.

Rotación externa

Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también “restitución” (fig. 10-12). Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. De esta manera, habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna. Si el occipucio se encuentra hacia la izquierda, el movimiento de rotación será hacia la tuberosidad isquiática izquierda y lo contrario, cuando está hacia la derecha.

Expulsión

La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación, ocurre la expulsión del resto del cuerpo. (Aller & Aller, 2012)

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse

a la historia clínica. 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).

En 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada. La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados maternoperinatales ejerce una influencia desfavorable. (Méndez D, Bajuelo Páez, Téllez Córdova, & Couto Núñez, 2004).

Partograma: es el formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto. Trabajo de parto activo: presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento, dilatación del cuello uterino. Vigilancia materna y fetal: cuidado continuo provisto durante el trabajo de parto para la identificación oportuna de la aparición de riesgos o complicaciones.

Línea de base: es la línea a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

Curva de dilatación: es la línea que muestra la evolución de la dilatación del cuello uterino para una paciente determinada.

Curva de alerta: es la línea que se construye al inicio del trabajo de parto activo, según tiempos definidos por las condiciones maternas específicas y que al ser cruzada por

la curva de dilatación obliga la reevaluación integral del binomio madre – hijo para la toma de nuevas decisiones que permitan un desarrollo adecuado del parto.

La curva de alerta representa el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por dicha curva o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento y por lo tanto en este grupo estarán las mujeres que tendrán una mayor probabilidad de presentar distocias.

Objetivo específico del partograma.

- Identificar la viabilidad del parto por vía vaginal durante el seguimiento del trabajo de parto para decidir el nivel de complejidad de la atención.
- Identificar factores de riesgo que puedan incidir negativamente el resultado materno y perinatal para intervenirlos en forma preventiva.
- Facilitar la vigilancia del trabajo de parto de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes.
- Servir de fuente de información clínica y epidemiológica en el proceso de vigilancia de la atención del parto.

UTILIZACIÓN DE LA CURVA DEL PARTOGRAMA.

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

2. 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 registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente 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 evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó

auxiliar de enfermería). Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

3. En la parte inferior izquierda del partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento de este. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto. Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso.

4. 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 4-5 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

5. 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”.

6. 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.

7. 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 alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro.

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

a. Si la paciente ingresa en 5 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alarma para una paciente multípara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

b. Sí 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 la dilatación por debajo de la línea de base y el 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.

9. Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de DeLee. Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida 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.

b. Emplee el icono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal. 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 descritos en el numeral 3 (Requisitos para la atención con calidad del binomio madre-hijo durante el trabajo de parto y parto, para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea. (Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia , 2007).

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 Tipo de estudio.

Observacional. Descriptivo de Corte Transversal

7.2 Área de estudio.

El estudio se realizó en el servicio de obstetricia del Hospital Amistad Japón Nicaragua del municipio de Granada ubicado en el km 43^{1/2} carretera Masaya – Granada. El hospital tiene el servicio de labor y parto donde específicamente se realizó el monitoreo a través del análisis de la curva del partograma.

7.3 Universo.

Fueron todas las embarazadas atendidas por su parto vaginales, entre enero a diciembre del 2018 en total se conocen por cifras de estadística del hospital que son 1882 atenciones. (Hospital Amistad Japón Nicaragua, 2018).

7.4 Muestra.

Fue por conveniencia debido que la gran mayoría de los expedientes presentan inconsistencia en relación a los criterios de inclusión y exclusión, y por otra parte por problemas de espacio en el área de archivo no se encontraron muchos de los expedientes solicitados. En total los incluidos en el estudio son 91 expediente.

Unidad de análisis

Los expedientes de las mujeres que llegaron a parir y se les realizo partograma y este quedo registrado en el expediente que se encuentran en el área de archivo del hospital.

Criterios de Inclusión:

- Todos los expedientes de mujeres embarazadas que ingresaron al hospital específicamente por la atención al parto o un evento obstétrico que se lo desencadenó, ya sea a término 37 a 40 semana de gestación o pre o post termino.
- Independientemente que ella o su producto sufrieron complicaciones o fallecimiento.
- Se incluirán embarazadas que procedieron de los cuatros municipios de Granada, independientemente que fueran del área urbana o rural y de diferente extracto social, religión, escolaridad y estado civil.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron los expedientes que tuvieron vicios como manchones enmendadura con letra ilegible, páginas rota, que dificultarán el acceso a la información o aquellos que no cumplan con los criterios de inclusión, se excluyeron los partograma incompleto.

7.5 Operacionalización de Variables

Variable	Concepto Operacional	Indicador	Escala/ Valor
Objetivo 1.			
Edad Materna	Tiempo que lleva existiendo la mujer embarazada hasta ese momento en que se realizara la cesárea.	Expedientes clínico.	13 – 15 16 – 20 21 – 30 31 – 40 41 – 45
Municipio y área de Procedencia	Área geográfica del departamento de Granada donde habita o vive la mujer que llevo para ser atendida en el hospital	Según datos en el expediente	Granada Nandaime Diriomo Diría Urbano Rural
Pacientes de bajo o alto grado	Pacientes que han presentado o no una condición que pone el peligro la vida de la madre y el feto durante el embarazo parto puerperio	Según datos en el expediente	Alto Bajo
Objetivos 2.			

Condición de ingreso	Las posibles situaciones que presenta para que se dé el parto normal pero que también puede incurrir en una condición que sea de riesgo	Como llego a la unidad Procedencia Hora que estuvo en el servicio Tipo de embarazo Al llegar a L y P. Borramiento % Dilatación cm Diagnóstico de Ingreso	Referida Demanda espontanea ARO Emergencia <1hr 1 a 3 3 a 8hrs Pretérmino A termino Post termino Único Múltiple 80% 90% 100% 5 a 7 8 a 10 RMP IVU materna Otras enfermedades maternas RCIU Malformación fetal
Objetivo 3.			
Indicadores de calidad de llenado del partograma	Son todos los elementos que se toma en cuenta para cumplir con el correcto llenado y análisis de la ficha para tomar conductas terapéuticas	Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.	Cumple No cumple No aplica
		Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	Cumple No cumple No aplica
		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 No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente la curva real, hasta el	Cumple No cumple No aplica

		momento del nacimiento.	
		Grafica adecuadamente la curva de alerta.	Cumple No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	Cumple No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.	Cumple No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.	Cumple No cumple No aplica
		Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.	Cumple No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas	Cumple No cumple No aplica
		Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.	Cumple No cumple No aplica
		Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	Cumple No cumple No aplica
		Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a	Cumple No cumple No aplica

		rotas).	
		Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).	Cumple No cumple No aplica
		Interpreta adecuadamente ésta información.	Cumple No cumple No aplica
		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 No cumple No aplica
Objetivo 4.			
Resolución del caso revisados	Identificar en condiciones tuvieron la madre y el producto después de la atención al parto	El parto con complicaciones Complicaciones en el parto Hubo compromiso de la vida Alta satisfactoria Fallecido	Si No Parto detenido Hemorragia post parto Asfixia fetal Desgarro materno Fractura fetal Fetal Materna Ambos De la madre Del niño De ambos Si No
Objetivo 5.			

Porcentaje de calidad del llenado del partograma	Es la relación del cumplimiento del números de indicadores entre los indicadores que aplica para cada caso por 100	Cumplimiento	<50% 51 a 80% 81 a 90% >90%

7.6 Técnica y Procedimientos

Previo a toda realización del estudio se solicitó el permiso de la dirección del hospital para realizar el estudio y tener acceso a los expedientes clínicos que se encuentra en el área de archivos.

7.6.1 Fuente de información

Fue secundaria; los datos se tomaron de los expedientes clínicos de las pacientes, que acudieron al hospital.

7.6.2 Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos planteados se tomó como instrumento de recolección de la información parte de los indicadores de la propuesta de guía para el análisis del llenado de calidad del partograma. (MINSA Nicaragua , 2015) El instrumento está estructurado en; características generales de la madre, condiciones de ingreso, los indicadores de calidad y las condiciones de resolución de los casos evaluados. El instrumento fue probado con el llenado de 10 expedientes de mujeres que se les atendió el parto en el servicio.

7.6.3 Técnica de recolección de la información

La información fue recolectada por la misma investigadora, el levantamiento de la información durará 3 meses, tomando 28 a 29 expedientes mensuales. Acto seguido, la información fue introducida en una base de datos construida en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS 21.0 para Windows.

La presentación de resultados se hizo en cuadros y gráficos construidos en el programa Microsoft Office Word y Microsoft Office PowerPoint.

7.7 Plan de análisis

Se efectuó análisis de frecuencia y el índice sumatorio para obtener el porcentaje de cumplimiento, posteriormente se correlacionó con las variables de la condición de ingreso y resolución del caso.

7.8 Cruces de variables

1. Características y Condición de ingreso según porcentaje de cumplimiento de la calidad de llenado del partograma
2. Complicación según porcentaje de cumplimiento de la calidad de llenado del partograma

7.9. Aspecto Ético de la Investigación.

En la investigación se omitieron nombre de las embarazadas como de los médicos que atendieron a la paciente. Se conservará la información de igual manera que sea tomada de los expedientes clínicos y la información se usará con el objetivo exclusivo de la investigación únicamente y meramente académico. Los resultados serán dados a conocer en la institución donde se realizó el estudio.

VIII. RESULTADOS.

La edad de las mujeres incluidas en el estudio el 68.1% tenían 20 a 39 años con una media de 23.5% y una DS de 6.1 años. El 82.4% eran procedentes del municipio de Granada, siendo el 54.9% del área urbana. Las mujeres el 98.0% tenían un embarazo de bajo riesgo obstétrico. (Ver tabla 1).

La condición del ingreso de las pacientes incluidas en el estudio 52.7% fueron referida, el 92.3% procedentes del servicio de alto riesgo obstétrico y estuvieron en el servicio el 37.4% de 1 a 4 horas. El tipo de embarazo 83.0% estaba a termino y un 7.7% pre – termino, siendo el 98.9% embarazo único y el 42.9% era primer embarazo que presentaban. Al servicio de labor y parto el 83.5% llego entre 80 a 90% de borramiento y el 59.3% con 4 a 6cm de dilatación. (Ver tabla 2).

Los indicadores evaluados para la calidad e interpretación de la curva del partograma demuestra que el 92.2% llenan adecuadamente los datos generales de identificación de las pacientes. Se identifica que el 93.4% grafican adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento y el 96.7% grafica adecuadamente la curva de alerta. Se muestra que 71.4% se graficó adecuadamente el descenso de la presentación de la presentación respecto a los planos de Hodge. Otros porcentaje similar fue el 72.5% sobre la gráfica adecuada de la variedad de posición de la presentación.

Sobre la gráfica de la frecuencia cardiaca el 86.8% fue adecuada y de igual manera su presentación. En el caso de la gráfica de la frecuencia de las contracciones uterina fue adecuada en el 89.0% así mismo su interpretación. Se observo que graficaron de forma adecuada la ruptura espontanea de membrana o artificial en 96.7%. Se identifico que fue adecuadamente graficados los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas) en 96.7%. la otra información complementaria se llena adecuadamente en 95.6%, pero la interpretación de estos elementos fue adecuada en 95.6% de las pacientes observadas.

La utilización adecuada de las casilla de observación a, b, c, en 81.3% de las embarazadas, que corresponde al registro de la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibiótico, etc. (Ver tabla 3).

El índice sumatorio para el porcentaje de cumplimiento de la curva del partograma demuestra que 17.5% (16) tiene menos del 80.0% de cumplimiento, el 20.8% (20), entre 81 a 90% y 61.5% (56) más del 90.0% del cumplimiento.

Al relación las características y condición de las pacientes según el porcentaje de cumplimiento del llenado e interpretación de la curva del partograma se observa que 9.8% de las embarazadas adolescentes el cumplimiento estuvo en menos de 80.0%, mientras que el 45.0% de las mujeres mayores de 19 años tuvieron más de 90.0% de cumplimiento de la curva de llenado del partograma. Siendo la relación significativa con un valor de $X^2=6.1$, $p=0.047$ y el $Cc=0.047$.

Las pacientes ARO 3.3% y 1.1% el cumplimiento del llenado e interpretación de la curva del partograma fue menor de 80% y entre 81 a 90% sin ningún valor de significancia. La mayoría de los casos 61.5% que tuvieron un porcentaje de cumplimiento mayor a 90.0% eran pacientes que procedían de la sala de ARO, con una relación significativa donde $X^2=14.5$, $p=0.02$, $Cc=0.02$. respectivamente.

Las mujeres que tuvieron entre 1 a 4hrs en el servicio de ARO 21.9% cumplimiento mas de 90.0% con el llenado de la curva del partograma y las que tuvieron mas 24hrs en el servicio 6.6% el cumplimiento del partograma fue menor de 80.0% el cumplimiento. La diferencia de la suma de aquellas pacientes que tuvieron más de 10hrs 15.3% fueron a quienes la curva de partograma se cumplió mas de 90.0% el llenado e interpretación, pero sin significancia estadística.

Se observa también que las pacientes pre - términos el 4.4% tenían un porcentaje de cumplimiento menos de 80.0% la asociación es significativa $x^2=10.0$, $p=0.032$, $Cc=0.032$. otro elemento analizado fue el número de embarazo 15.3% de las mujeres que tuvieron menos de 80.0% de cumplimiento tenían 1 a 3 parto anteriormente. (Ver tabla 4).

El caso que corresponde 1.1% de la complicación fetal que se relacionó con el cumplimiento de menos de 80.0% del llenado e interpretación de la curva del partograma no presentaba asociación significativa. (Ver tabla 5).

IX. DISCUSIÓN

Se puede observar que dos terceras partes de las pacientes incluidas eran de bajo riesgo obstétrico. Pero aun así es notorio en los expedientes analizados, el partograma tienen datos no correctos a lo solicitado según los indicadores de evaluación.

Es necesario mencionar según todos los antecedentes que se mencionan en este documento que tienen casi la misma característica de evaluar los expedientes de paciente mayormente sin complicaciones tanto para el recién nacido como para la madre, mencionados que son principalmente las asfixia, la hemorragia post parto, el desgarro que son frecuente y en el hospital Amistad Japón Nicaragua en el 2018 ocurrieron alrededor 15 asfixia severas, Hemorragias post parto 35 casos, los desgarro no son contabilizados pero se saben que son frecuente por evidencia de algunos expedientes .

La mayoría de los expedientes en que se permitieron hacer análisis del partograma eran mujeres entre las edades normalmente aceptable para el parto procedentes de la zona urbana próxima a la unidad hospitalaria y con bajo riesgo obstétrico que llegaron con embarazos a término y único con uno o dos embarazados. Sin una razón específica que la gran mayoría estuvieron en sala De Alto Riesgo Obstétrico, adicional el hecho de ser referida de una unidad asistencial primaria.

No encontrar una relación clara entre estos elementos mencionados y la faltas de complicaciones a pesar de que la utilización del partograma como herramienta de la calidad en más de 30.0% de los expedientes analizados, observando la realización de la gráfica y su interpretación no es satisfactoria para lo que realmente se elaboró. Se puede mencionar entonces, si realmente la utilización de la herramienta de la curva de partograma realmente esta siendo bien aplicada en función de detectar prematuramente las complicaciones para todas las mujeres o realmente ocurre que las complicaciones son detectadas previo a la realización del trabajo de parto y la complicación ya se estableció. Esto realmente se puede corroborar con estudio in situ de cada una de las complicaciones. Pero la actividad que se realiza mensualmente de 10 expedientes o estudio similar al realizado nunca será satisfactorio.

Los datos de mayor debilidad en la elaboración e interpretación de la curva del partograma la grafica inadecuada del descenso de la presentación respecto a los plano de Hodge e igual a la gráfica de a la variedad de la posición y presentación. Estos son también indicadores señalado por Larios y Duarte 2012 como falla de su elaboración en el mismo hospital. La falta de interpretación de estos indicadores no reconoce la identificación de DCP oportuno y la forma en que el producto se presenta en el canal del parto para su descenso y reconocimiento de parto detenido.

La falta de grafica e interpretación adecuada de la frecuencia cardiaca fetal y de la contracción uterina, demuestra fatal de habilidad para detectar sufrimiento fetal agudo dado por asfixia intrauterina y la detección del trabajo de parto o falso trabajo de parto. Es notorio que si estos indicadores no son utilizados adecuadamente el ultimo indicador queda insatisfactoriamente completado donde los elementos de sufrimiento fetal agudo uso de oxitocina y uso de antibiótico no son consignados.

Al reconocer estos desacierto y aplicado a la población mas afectada y sus condiciones de ingreso demuestra al final que la complicación de un solo caso de recién nacido no fuera significativa. Pero si fue significativo encontrar la asociación en adolescente que no son valoradas adecuadamente y si proceden del servicio de alto riesgo obstétrico con un embarazo a término.

Haciendo un análisis exhaustivo de esto se puede decir que las posibles complicaciones que se puede dar en el momento que son trasladada del servicio ARO a la sala de labor y parto, no podrían ser detectado como se muestra la debilidad identificada. La complicación fetal en este caso que puso en compromiso la vida del recién nacidos ocurrió en una paciente adolescente con bajo riesgo fetal y que tuvo menos de 10hrs en el servicio de ARO con un embarazo a término y único, que tenia 90.0% de borramiento y 8cm de dilatación cuando llego al servicio de labor y parto. En este caso el nivel de cumplimiento no pasa del 80.0% del indicador de llenado satisfactorio de la curva del partograma.

X. CONCLUSIONES

1. La mayoría de los expedientes de mujeres que fue analizado la curva de partograma no tenían una clasificación de alto riesgo obstétrico, y eran mas en condiciones optima de un embarazo de bajo riesgo por lo que se menciona que la cualquier complicación que surgiera seria propia a la falta de buen uso de la herramienta de la evolución del curso del parto.
2. La condición de ingreso hospitalario demuestra que pocas pacientes tenían la complicación de ser un parto pre termino y multi gesta y otra con embarazo gemelar pero no fueron quienes presentaron complicaciones.
3. Se reconoció que los indicadores que presentaron debilidades en su construcción y análisis en la curva de partograma fueron el descenso de la presentación y la variedad de la posición y presentación del producto, así como la frecuencia cardiaca fetal y las contracciones uterina que determinar la identificación oportuna de defecto de la expulsión del feto y detención del trabajo de parto con ello el sufrimiento fetal.
4. Un poco mas de dos tercera parte de los expedientes analizados no completan mas del 90.0% con el índice sumatorio de cumplimiento adecuado del llenado e interpretación de la curva de partograma y se relaciona a condiciones que probablemente no se consideraron que pudieran general complicaciones, y de manera significativa fue un hecho la complicación del feto ocurrido en mujeres adolescentes con embarazo a término que fueron valoradas en la sala de ARO sin ser su embarazo como tal.
5. En relación con la complicación ocurrida con el compromiso de la vida del feto represento el 1.1% del total que no fue estadísticamente significativo se asociaba a los expedientes que tenían menos de 80.0% de cumplimiento en el llenado e interpretación.

XI. RECOMENDACIONES

A nivel de la dirección medica

1. Considerar el cambio de aplicación del análisis de los 10 expedientes mensuales que se realizan para valorar la realización e interpretación de la curva de partograma. Y basar este análisis mas en los partos complicados diferente de los caso sin complicar.
2. Orientar la realizar capacitaciones sistemática al inicio y principalmente con el cambio de rotación de médicos internos que son los que realizan esta actividad en la atención del parto ya sea en termino vaginal o por cesárea.

Al personal asistencia del servicio de labor y parto

1. Establecer construcción sobre el incumplimiento de los indicadores para la elaboración e interpretación de la curva de trabajo de parto que permita recordar al personal asistencial que incida en las fallas mas frecuente.
2. Contribuir con realizaciones de más estudio sobre la utilidad del uso de esta herramienta que prever complicaciones para el personal asistencial del servicio.
3. Cumplir de manera obligatoria con todos los parámetros de la construcción de la curva de partograma independiente en que haya terminado el embarazo.
4. Colocar sistema de recordatorio sobre la consignación de uso de oxitocina y antibiótico en la hoja del partograma

XII. BIBLIOGRAFIA

- Aller, J., & Aller, B. (2012). Mecanismo del Parto Normal. En J. Aller, & G. Pagés, *Obstetricia Moderna* (págs. 127 - 136). McGraw-Hill Interamericana.
- Espinoza Zepeda , C. A., & Flores Casco, E. J. (2016). Cumplimiento del Llenado e interpretación del Partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo Julio a Septiembre de 2015. Esteli: UNAN - Managua .
- Hospital Amistad Japón Nicaragua . (2017). Sistema del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Granada : MINSA.
- Larios , H., & Duarte , E. A. (2012). calidad del llenado e interpretación del partograma de pacientes atendidas en el Hospital Amistad Japón- Nicaragua, Granada en el periodo Enero a Diciembre 2012. Granada: UNAN - Managua.
- Logo Canales, J. M., & Montoya Zepeda, D. A. (2014). Calidad del Llenado e interpretación del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del HBCR en el periodo Enero-Marzo del 2014. Managua : UNAN - Managua.
- Méndez D, N., Bajuelo Páez, A. E., Téllez Córdova, M., & Couto Núñez, D. (2004). El partograma y las desviaciones del trabajo de parto . Santiago de Cuba : Hospital Clínicoquirúrgico Docente “Juan Bruno Zayas” .
- MINSA - Nicaragua . (2013). Protocolos para la atención de las Complicaciones Obstétricas. Managua : MINSA .
- MINSA Nicaragua . (2015). Norma y Protocolo para a la atención al control prenatal, parto, recién nacido y el puerperio de bajo riesgo. Managua : MINSA .

- Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia . (2007). Guía: Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR – OPS/OMS. Medellín : Dirección Seccional de Salud de Antioquia .
- Ortiz Ebanks, J. T., & Espinoza Bustamante, C. V. (2013). Indicaciones Considerada de Cesarea en embarazadas atendidas en el servicio de Ginecobstetricia. Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada enero a diciembre. Granada : UNAN - Managua .
- Pagés, G., & Aller, J. (2012). Atención al parto normal. En G. Pagés, & J. Aller, Obstetricia Moderna (pág. 146 a 154). McGraw-Hill Interamericana.
- Villaca, R., Mosquera , V., & Olivencia, M. (1998). Partograma con curvas de alerta en pacientes de la altura. Huaraz: Hospital de Apoyo III Víctor Ramos Guardia - Huaraz.
- Zelaya Ortega, D. M., & Urrutia González, F. R. (20016). impacto del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital San Juan de Dios de Estelí durante el mes enero del año 2016. Esteli : UNAN - Managua .

XIII. ANEXOS



ANEXOS I

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
FACULTAD DE MEDICINA

Instrumento de recolección de la información

“Calidad e interpretación del llenado de la curva de Partograma a embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. enero a diciembre 2018.”

Nota. La información será recolectada de los expedientes clínicos por el mismo investigador.

I. Características Generales de las pacientes.

1. Edad. ____ años No. De exp; _____
2. Procedencia. Granada __ Nandaime __ Diriomo __ Diría __
3. Urbano ____ Rural ____
4. Pacientes de Alto Riesgo Obstétrico ____ de Bajo Riesgo Obstétrico ____

II. Condición de su ingreso.

5. Referida ____ Demanda espontanea ____
6. Paciente procede de ARO ____ Emergencia ____ Hora que estuvo en el servicio ____ hrs
7. Es un embarazo Pre termino ____ a término ____ post termino ____
8. Es un embarazo Único __ Múltiple ____
9. Cuanto tenia al llegar a L y P. Borramiento _____ % Dilatación ____ cm
10. Diagnóstico de Ingreso. _____

III. Elementos de la calidad del Partograma.

Indicadores de calidad del llenado	Cumple		NA
	Si (1)	No (0)	
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.			
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.

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.

Índice sumatoria

Porcentaje de cumplimiento n.p.c/n.p. aplica x100

IV. Resolución del caso valorado.

Se evidencia que parto presento complicaciones si ___ no ___

¿Se hay complicaciones cuál? _____

¿Hubo compromiso de la vida? Materna ___ Fetal ___ Ninguna ___ Ambas ___

¿Hubo alta satisfactoria? Para los dos ___ solo la madre ___ solo el niño ___

¿No hubo fallecimiento? si ___ no ___ Quien? _____

RESULTADOS

Tabla 1.

Características de las embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2018.

n=91

Características generales	frec	%
Edad		
15 a 19	28	30.8
20 a 39	62	68.1
>39	1	1.1
Municipio		
Granada	75	82.4
Nandaime	7	7.7
Diriomo	7	7.7
Diría	2	2.2
Zona		
Urbano	50	54.9
Rural	41	45.1
Paciente		
Alto Riesgo Obstétrico	10	11.0
Bajo Riesgo Obstétrico	81	89.0

Fuente: Secundaria Expedientes Clínico

Nota el media de edad 23.5 años con DS 6.1 año.

Tabla 2.

Condición de ingreso de las embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2018.

n=91

Características generales	frec	%
Tipo de demanda		
Referido	48	52.7
Espontanea	43	47.3
A labor y parto procede		
Sala de ARO	84	92.3
De emergencia	7	7.7
Horas que estuvo en el servicio		
1 a 4hrs	34	37.4
5 a 10	31	34.1
11 a 24	15	16.5
> 24	11	12.1
Tipo de embarazo		
Pre termino	7	7.7
A termino	81	89.0
Post termino	3	3.3
Embarazo		
Único	90	98.9
Múltiples	1	1.1
No. de embarazo de las pacientes		
Primigesta	39	42.9
Bigesta	19	20.9
Trigesta	18	19.8
Cuadrigesta	8	8.8
Multigesta	7	7.7
Borramiento al llegar a L y P		
50 a 70 %	15	16.5
80 a 90	76	83.5
Dilatación al llegar a L y P		
4 a 6 cm	54	59.3
7 a 9	37	40.7

Fuente: Secundaria Expedientes Clínico.

Tabla 3.

Indicadores de calidad del llenado del partograma en embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2018.

n=91

<i>Indicadores de calidad e interpretación del llenado de la curva del partograma</i>	Registro encontrados	
	Si	No
Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.	84 (92.2)	7 (7.7)
Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	91 (100)	-
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).	88 (96.7)	3 (3.3)
Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.	85 (93.4)	6 (6.6)
Grafica adecuadamente la curva de alerta.	88 (96.7)	3 (3.3)
Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	65 (71.4)	26 (28.6)
Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.	66 (72.5)	25 (27.5)
Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.	79 (86.8)	12 (13.2)
Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.	79 (86.8)	12 (13.2)
Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas	81 (89.0)	10 (11.0)
Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.	81 (89.0)	10 (11.0)
Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	88 (96.7)	3 (3.3)
Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).	88 (96.7)	3 (3.3)
Llena adecuadamente la información complementaria de las Casillas: Tensión Arterial, Pulso, Posición Materna, Intensidad de Contracciones, Localización e Intensidad del Dolor).	87 (95.6)	4 (4.4)
Interpreta adecuadamente esta información.	87 (95.6)	4 (4.4)
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.	74 (81.3)	17 (18.7)

Fuente: Secundaria Expedientes Clínico

Tabla 4.

Características y condiciones de la pacientes según cumplimiento de la calidad del llenado en partograma de embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2018.

n=91

Características y condiciones	Cumplimiento de calidad			Pba de significancia		
	<80 n=16	81 a 90 n=19	>90 n=56	X ²	p	C.C
Edad						
15 a 19 años	9 (9.8)	4 (4.4)	15 (16.4)	6.1	0.047	0.041
>19	7 (7.7)	15 (16.4)	41 (45.0)			
Paciente						
Alto Riesgo Obstétrico	3 (3.3)	1 (1.1)	6 (6.6)	2.3	0.3	0.3
Bajo Riesgo Obstétrico	13 (14.2)	18 (19.7)	50 (54.9)			
A labor y parto procede						
Sala de ARO	15 (16.4)	19 (20.8)	56 (61.5)	14.5	0.02	0.02
De emergencia	1 (1.1)	-	6 (6.6)			
Horas que estuvo en el servicio						
1 a 4hrs	6 (6.6)	8 (8.7)	20 (21.9)			
5 a 10	2 (2.1)	7 (7.7)	22 (24.2)			
11 a 24	2 (2.1)	4 (4.4)	9 (9.8)			
> 24	6 (6.6)	-	5 (5.5)			
Horas que estuvo en el servicio						
1 a 10hrs	8 (8.7)	15 (16.4)	42 (46.1)	4.4	0.10	0.10
>10	8 (8.7)	4 (4.4)	14 (15.3)			
Edad gestacional						
Pre termino	4 (4.4)	-	3 (3.3)	10.0	0.032	0.032
A termino	12 (13.2)	19 (20.8)	50 (54.9)			
Post termino	-	-	3 (3.3)			
No. de embarazo de las pacientes						
1 a 3Parto	14 (15.3)	14 (15.3)	50 (54.9)	2.8	0.23	0.23
>3	2 (2.1)	5 (5.5)	6 (6.6)			

Fuente: Secundaria Expedientes Clínico

Tabla 5.

Complicaciones y cumplimiento de la calidad del llenado en partograma de embarazos atendidas en el Hospital Amistad Japón Nicaragua. Granada. Enero a Diciembre 2018.

n=91

Complicaciones	Cumplimiento de la calidad			Pba de Significancia		
	<80 n=16	81 a 90 n=19	>90 n=56	X2	P	CC
Complicación fetal						
Si	1 (1.1)	-	-	4.7	0.094	0.094
No	16 (17.5)	19 (20.8)	56 (61.5)			

Fuente: Secundaria Expedientes Clínico