

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua**  
UNAN-Managua



**Facultad de Ciencias Médicas**

***Informe final para optar al título de Doctor en Medicina y  
Cirugía General***

**Título:**

Calidad del Llenado e interpretación del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital “Bertha Calderón Roque” (HBCR), en el periodo Enero-Marzo del 2014.

**Autores:**

Br. Jacqueline Mabbelly Logo Canales

Br. Denis Alberto Montoya Zepeda

**Tutor:**

***Msc. MD. José de los Ángeles Méndez***

Gineco-Obstetra/ HBCR

Managua, Nicaragua 2014.

Tema:

Calidad del Llenado e interpretación del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital “Bertha Calderón Roque” (HBCR), en el periodo Enero-Marzo del 2014.



## **Dedicatoria**

Al iniciar en esta nueva etapa de la vida, nos hemos dado cuenta que cada día es siempre como el primero y por lo cual nos sentimos bendecidos de este logro, por lo cual queremos dedicarle nuestro trabajo monográfico a **Dios**, nuestros **padres**, **familiares** y demás personas que contribuyeron a que logremos ser médicos que aporten a el sistema de salud con información valiosa como este trabajo monográfico.

***Jacqueline Mabbelly Logo Canales***

***Denis Alberto Montoya Zepeda***



## **Agradecimiento**

Quiero agradecerle a Dios que me ha dado la vida, salud y fortaleza para culminar mi meta, a mi familia por brindarme su apoyo incondicional en cada momento, en especial a mi esposo por tu paciencia y comprensión, preferiste sacrificar tu tiempo para que yo pudiera cumplir con mi sueño. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor para nuestra familia, ahora puedo decir que esta tesis lleva mucho de ti, gracias por estar siempre a mi lado, mi esposo y mi hija.

***Jacqueline Mabbelly Logo Canales.***



## **Agradecimiento**

A **Dios** por sobre todas las cosas, por no apartarse de mi lado en los momentos más difíciles de mi vida y poner en mi camino a personas de buena fe que han sido instrumento de su voluntad.

A mis padres **José Adonis Montoya** y **Candelaria Zepeda**, mi hermana **Yahaira Montoya Zepeda**, por su amor y apoyo incondicional; por ser humildes y trabajadores. Los más grandes maestros de mi vida.

A mi tutor **Dr. José de los Ángeles Méndez** por la transmisión de sus valiosos conocimientos y experiencias, así como grandes principios éticos para que este trabajo monográfico fuera confeccionado con mucho esfuerzo y dedicación.

***Denis Alberto Montoya Zepeda.***



## **Opinión del tutor**

En los últimos años se han abordado muchos temas relacionados con el estado fisiológico de la mujer como lo es el embarazo y se ha aportado mucha información para garantizar una buena atención durante el trabajo de parto. Uno de los elementos más importantes considerada además como herramienta en esta labor del médico es el uso del partograma el cual permite identificar para actuar de manera oportuna ante alguna variación de lo que se considera normal durante este proceso. Por esto estoy seguro que se tiene que medir y vigilar la calidad del llenado e interpretación del partograma.

Tomando en cuenta todo lo anterior, los jóvenes investigadores:

Bra. Jacqueline Mabbelly Logo Canales

Br. Denis Alberto Montoya Zepeda

Han concluido con mucho esfuerzo y dedicación este trabajo investigativo con el firme propósito de aportar al sistema de salud una idea basada en hechos de como se está realizando la atención del trabajo de parto validado con instructivos como la hoja de monitoreo del Ministerio de Salud, y estoy seguro que este esfuerzo hará un eco dentro de las autoridades competentes para seguir obteniendo datos relacionados al tema abordado.

Felicitaciones a los bachilleres por este logro alcanzado en su vida profesional y personal por contribuir con un documento tan valioso como el elaborado para ayudar a los demás.

Afectuosamente,

Dr. José de los Ángeles Méndez.

Gineco-Obstetra HBCR



## **Resumen**

El objetivo de este estudio fue 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 es 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.

Estos hallazgos muestran el esfuerzo que se realiza en la vigilancia del trabajo de parto dentro de la población estudiada, los cuales pueden servir como marcadores que permitan detectar una desviación de un proceso tan natural como lo es el parto y así identificar particularidades de riesgo para actuar y evitar complicaciones.



## Contenido

I. Introducción .....	8
II. Antecedentes .....	10
III. Justificación .....	13
IV. Planteamiento del problema .....	14
V. Objetivos .....	15
VI. Marco Teórico .....	16
VII. Diseño Metodológico .....	39
VIII. Análisis y discusión de los resultados .....	49
IX. Conclusiones .....	60
X. Recomendaciones .....	61
XI. Bibliografía .....	62
XII. Anexos	





## **I. Introducción:**

El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico cuyo resultado es la expulsión del feto y de los anexos embrionarios a través del canal del parto, proceso mediado por contracciones uterinas acompañadas de borramiento y dilatación cervical.

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y Cols en década del 50, quienes efectuaron una representación gráfica, describiendo una fase latente, caracterizada por borramiento y dilatación cervical hasta los 4 cm; seguida de una fase activa con dos partes claramente diferenciadas: la primera caracterizada por un período de rápida progresión de la dilatación (fase de aceleración), y la segunda caracterizada por un enlentecimiento de la dilatación hacia los 9-10 cm (fase de desaceleración), 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 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.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de Partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

En 1972, Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto, a fin de ayudar a parteras a



vigilar en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital. La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal y, por tanto, el concurso de un médico.

El Partograma tiene por objetivo disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal, dar un seguimiento con alta calidad, evitar la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan, y tiene como ventaja que es económico y fácil de realizar.



## **II. Antecedentes:**

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 medico 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 (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:

- Falta de datos generales de la paciente.
- Selección incorrecta del patrón de curva de alerta.
- Grafica inadecuada de la curva de alerta.
- No hay interpretación adecuada de la curva real con respecto a la curva de alerta.
- No se grafica adecuadamente el descenso de la presentación.
- No hay interpretación adecuada de las variaciones de las contracciones uterinas.
- No se grafica de forma adecuada los cambios de patrones en la curva de alerta.
- Las casillas de observación no son utilizadas de la forma correcta.
- No se utiliza cierre del Partograma al producirse el parto.

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 realizó Partograma, a las 54 pacientes restantes si se les realizó Partograma; a 47 pacientes (87%) solamente se le realizó curva de alerta. En relación al APGAR de los recién nacidos de las pacientes en estudio y la realización del Partograma encontraron que se presentaron dos asfixias moderadas en 112 pacientes que no se les realizó Partograma, una en 47 pacientes que solo se les hizo curva de alerta y una en 7 pacientes que se le hizo tanto curva de alerta como curva real.

En el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de Leon, Nicaragua 2007, se determinó lo siguiente: de todos los expedientes revisados, el 100 % tenían



Partograma, el 75 % fueron llenados correctamente y el 25 % de manera inadecuada, el 36% de los expedientes refiere en terminación del parto en cesáreas (Velasquez 2007), además de determinar que los hallazgos mas frecuentemente encontrados en las cesáreas indicadas por sufrimiento fetal fueron: Oligoamnios, liquido amniótico meconial, circular de cordon y Polihidramnios.

La mayoría de los estudios consultados coinciden en que el uso del Partograma no reduce la tasa d cesáreas, aunque si reduce la incidencia de la morbilidad materna y neonatal. La excepción a ello la representa la revisión de Cochrane del año 2009, en la que se indica que se requieren pruebas adicionales apartir de ensayos para establecer la eficacia del uso del Partograma. (The Cochrane Collaboration, 2009)

En nuestro medio, la norma de atención del Parto normal del Ministerio de Salud, da al uso del Partograma un grado de RECOMENDACIÓN A (MINSa 2008).

En el año 2010, se realizó un estudio en el Hospital Fernando Velez Paiz por el Dr. Jorge Hernandez Guman. Donde se evaluo el llenado e interpretación de Partograma en el servicio de Labor y parto, los resultados son los siguientes:

El resultado global de llenado 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 mas 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.



### **III. Justificación:**

Cuando nace un bebé, es un milagro de la vida, un don que se le concedió a los seres vivos. Actualmente la natalidad mundial oscila entre 1.2 por 1000 habitantes en países ricos y 8.5 en los países pobres. Es así como cada segundo nacen miles de niños, donde más del 50 % de ellos en el Hospital Bertha Calderón Roque son por vía cesárea y el resto por vía vaginal y cada uno de estos grupos tanto la madre como el bebe, se enfrentan a innumerables riesgos de enfermar o morir, por lo cual es importante llevar un registro adecuado del trabajo de parto y parto y así poder prevenir estos riesgos de manera oportuna; el Partograma constituye la herramienta adecuada que nos permite identificar de manera oportuna una complicación para incidir en ella o evitarla, hay que aclarar que el Partograma dice mucho si se interpreta correctamente pero depende del médico la dinámica que realizara para abordar correctamente a la mujer embarazada.

Decidimos realizar el presente trabajo por todo lo mencionado anteriormente, además queremos proporcionar evidencia científica acerca del llenado correcto del Partograma y su utilización como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto para la toma de decisiones de manera oportuna y de esta manera poder evitar que muchas mujeres lleguen a complicaciones tan graves en un proceso tan natural como lo es el parto.

Así mismo, hacer énfasis, en los puntos o acápites del instrumento de evaluación en que se está fallando y poder emitir recomendaciones específicas de forma dirigida a todos los Centros de atención Obstétrica a nivel Nacional; con el firme propósito de que este estudio sirva como guía para que se implementen otros estudios a nivel nacional.



#### **IV. Planteamiento del problema:**

¿Cómo es 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, Enero-Marzo del 2014?



## **V. Objetivos:**

### **Objetivo General**

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.

### **Objetivos Específicos:**

1. Identificar los principales datos de afiliación del grupo en estudio.
2. Identificar los principales antecedentes obstétricos de las mujeres en estudio.
3. Determinar la Calidad del llenado de los datos del Partograma.
4. Determinar la calidad de la interpretación de los datos del Partograma en el grupo de madres en estudio.
5. Identificar el nivel de calidad de partogramas por inciso de acuerdo al instructivo emitido por el MINSA como monitoreo del Partograma.





## **VI. Marco Teórico:**

### **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 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.

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.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas antes del inicio del trabajo del parto.

El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:



Identificar el trabajo del 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.

Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

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.

Evaluar la Pelvis o “Continente del parto”: En la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayuda en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales, como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

Considerar los tejidos blandos maternos 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.

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.

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.

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 cardíaca 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.

**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.



### **Objetivos del partograma:**

Disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto.

Proveer al personal médico y parteras de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.

Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.

Reducir el índice de cesáreas y las asfixias al nacer, así como sus secuelas.

### **Ventajas del partograma:**

Disminuye la morbilidad y mortalidad materno perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.

Garantiza un seguimiento con alta calidad.

Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.

Es capaz de explicar los altos índices de cesáreas en algunos hospitales.

En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.

Facilita archivar y computar los datos.

Constituye un método de lenguaje universal.

Es económico y asequible.

### **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 alcanza 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 mas 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 ovulación del trabajo del 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.

### **¿Cómo utilizar el partograma del clap?**

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 ó 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 múltipara, 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 como se construyen las curvas de alerta para una paciente múltipara 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.

### **Llenado del partograma:**

#### **Datos Generales**

Anotar nombre y apellido de la embarazada, fecha de ingreso y de inicio del Partograma y número de historia clínica.

#### **Sector Central**

Este sector está destinado al registro de:

Dilatación cervical.

Planos de Hodge.

Estado en que se encuentran las membranas ovulares.

Frecuencia cardiaca fetal.

Contractilidad uterina.

#### **Gráfica de Dilatación Cervical**

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto; 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.

### **Altura de la Presentación**

En el eje derecho de las ordenadas de la cuadrícula central, está consignada la altura de la presentación. Esta se graficará según los planos de Hodge o de Lee. Si además se pudo diagnosticar la variedad de posición, este símbolo se completará según corresponda.

### **Planos de Hodge**

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

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

**III Plano:** Pasa por las espinas ciáticas y llega por detrás a la articulación entre la cuarta y quinta vértebra sacra.

**IV Plano:** Pasa por la punta del cóccix

### **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.



## Estado de las Membranas Ovulares

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad.

Si están rotas, se anotarán 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).

### Sector Inferior

Este sector está destinado al registro horario de:

**Posición Materna:** La adoptada predominantemente en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi Sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o Caminando.....PC

**Tensión Arterial:** en mm Hg la máxima y la mínima fuera de la contracción.

**Pulso Materno:** en latidos por minuto fuera de la contracción.

**Frecuencia Cardíaca Fetal:** en latidos por minutos fuera de la contracción.

**Duración Contracciones:** en segundos desde que se percibe por palpación el endurecimiento del útero hasta su aflojamiento.

**Frecuencia contracciones:** Número de contracciones en 10 minutos.



**Dolor:** marcar el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

### Localización

Región supra pública	(SP)
Región Sacra	(S)

### Intensidad del dolor:

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

### Otros Datos

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.

### 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 cesáreas.

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.

### **Procedimiento para Graficar la Dilatación Cervical y la Curva de Alerta.**

Los datos para construir la curva patrón de alerta fueron obtenidos desde 4-5cms de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5cms de dilatación cervical (Línea de base).

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. 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.

Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

### **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.



**GRÁFICOS**

**PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS** NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año N° DE HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

DILATACION CERVICAL \_\_\_\_\_ ●

ROTURA ESPONTANEA MEMB. \_\_\_\_\_ (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. \_\_\_\_\_ (RAM)

**INTENSIDAD LOCALIZACION**

Fuerte +++ Suprapúbico SP

Normal ++ Sacro S

Débil +

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dips tipo I (Desceleración precoz) \_\_\_\_\_ I

Dips tipo II (Desceleración tardia) \_\_\_\_\_ II

Dips variables (Desceleración variable) \_\_\_\_\_ V

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.

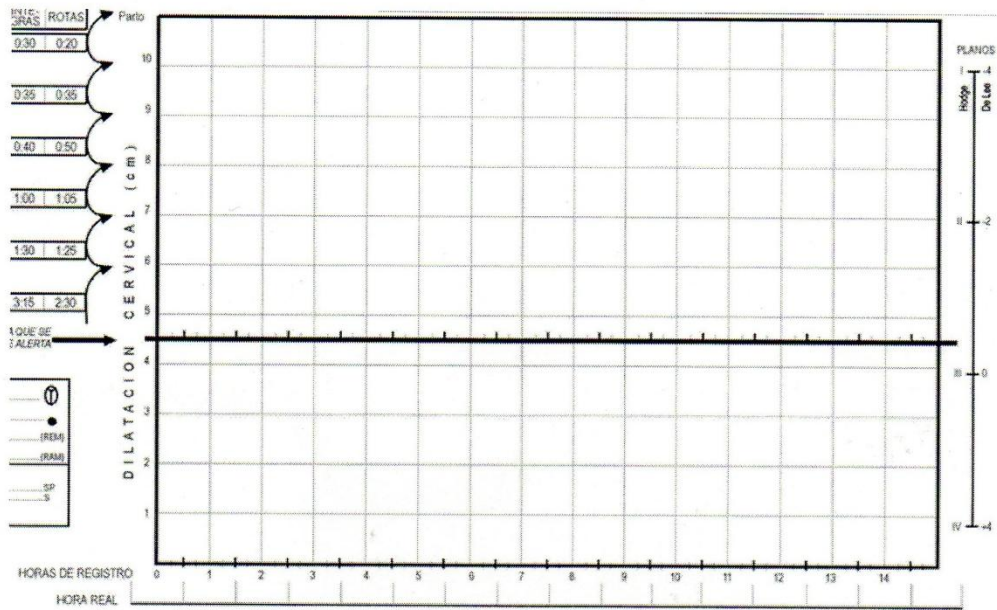


Grafico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

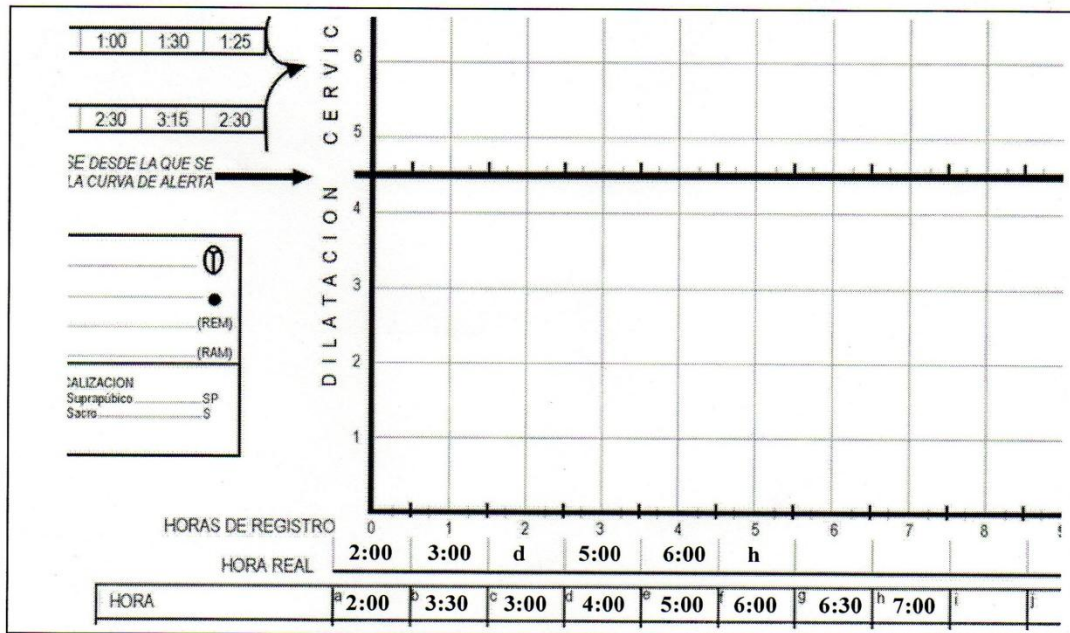
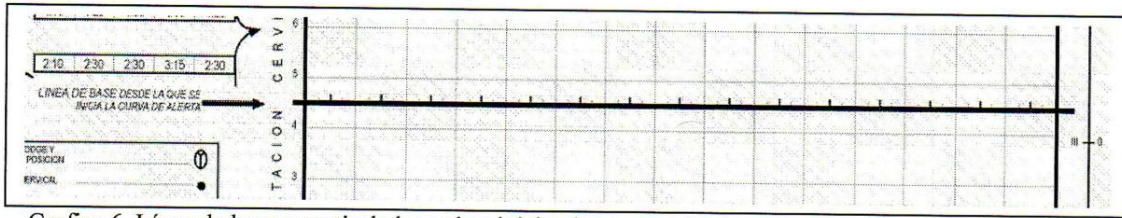


Grafico 5. Horas de evaluación clínica y del registro grafico del partograma



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

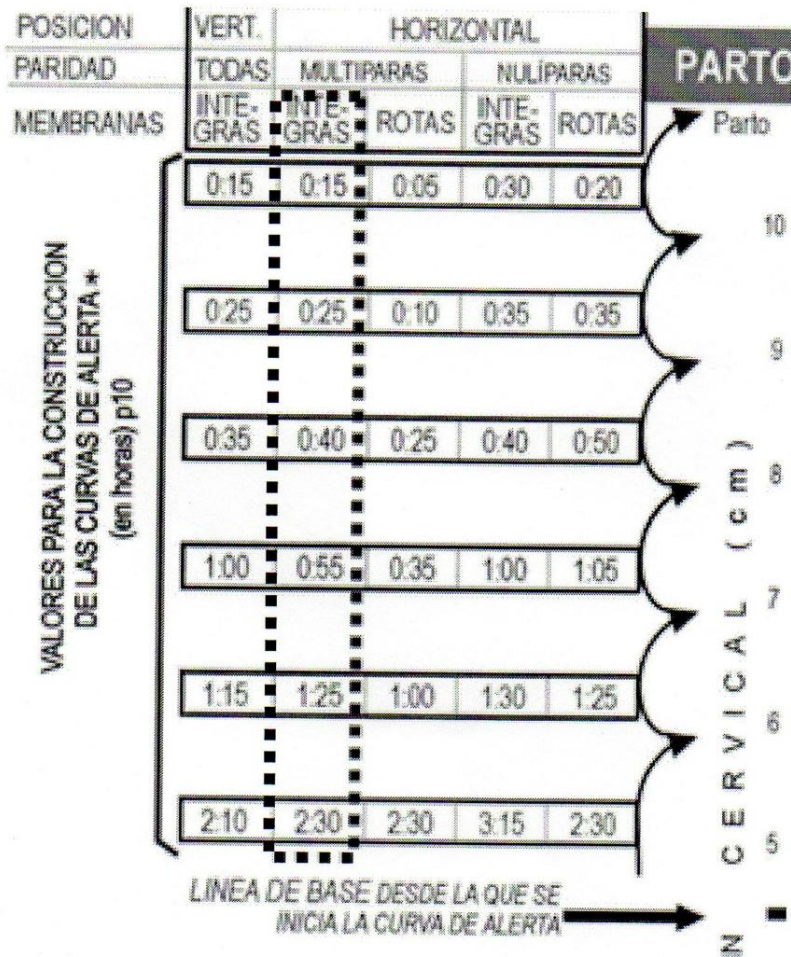


Grafico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.



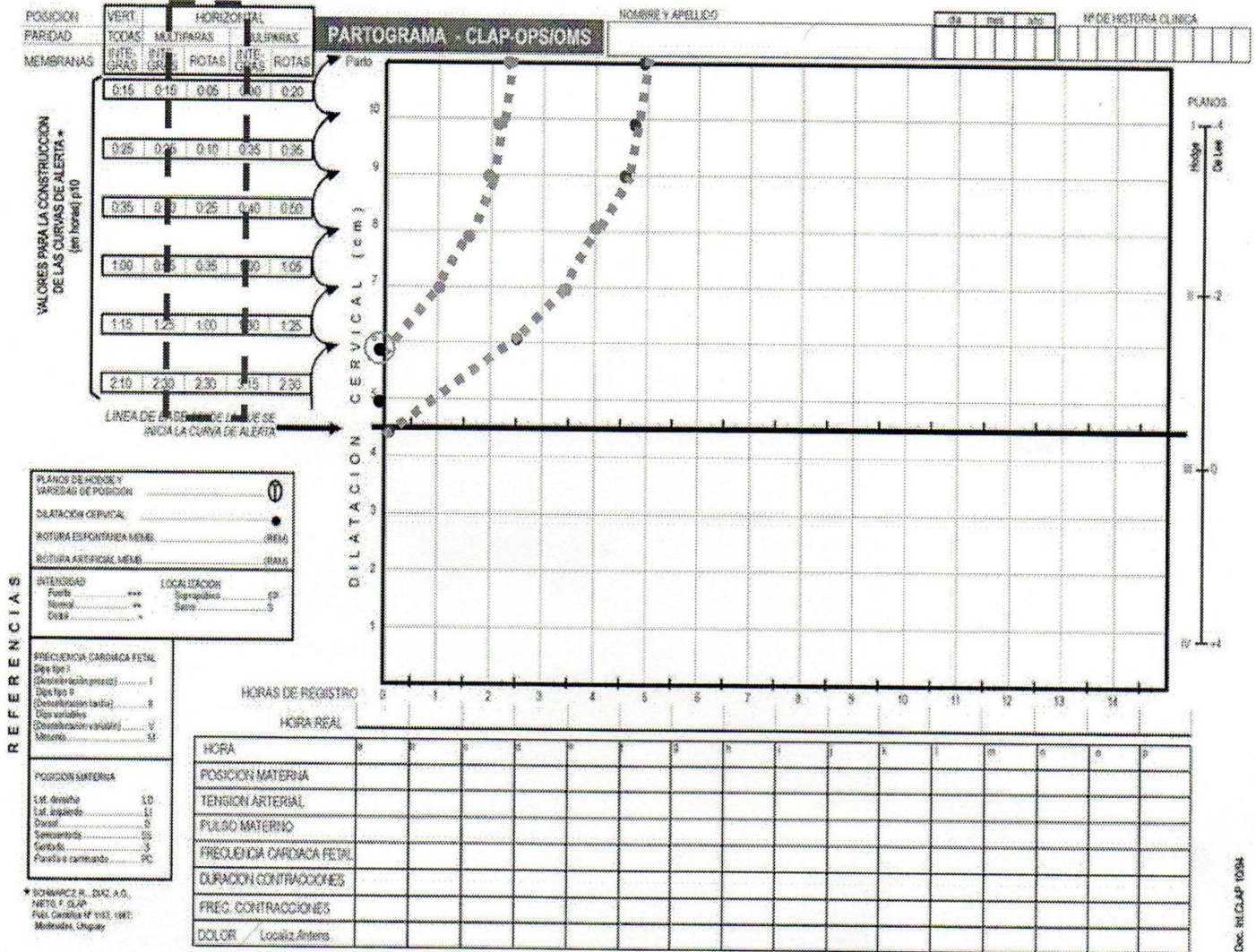


Grafico 8: construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

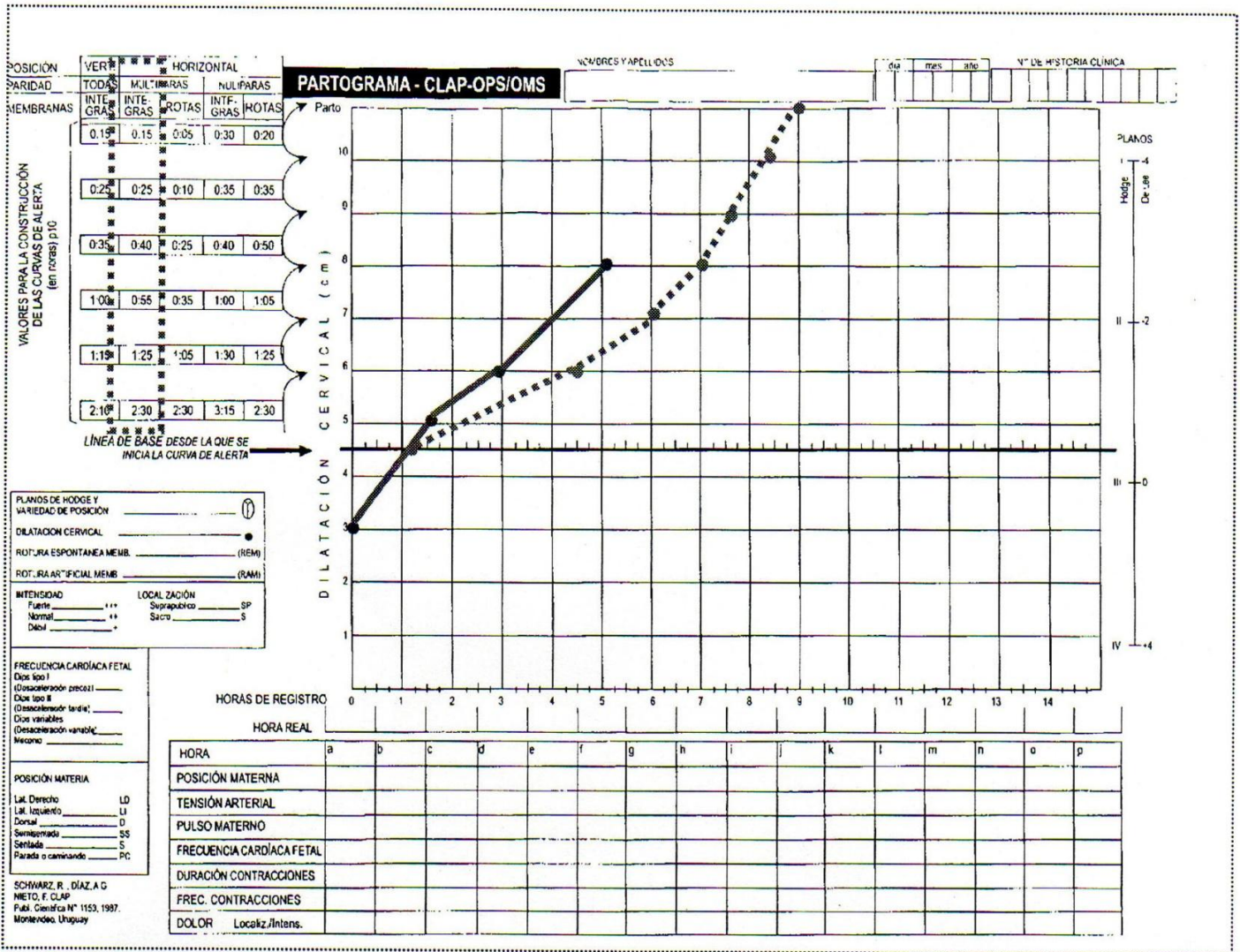


Grafico 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro grafico por debajo de la línea de base.



## **Conceptos generales:**

### **Definición de Parto:**

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

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

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

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

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

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.

Se desconoce el estímulo normal que desencadena la cascada bioquímica que inicia el trabajo de parto. 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 contradicciones de Braxton Hicks (contracciones regionales débiles, irregulares y rítmicas).



Se ha propuesto que un “gen reloj placentario” se mantiene activo desde las etapas más tempranas de la gestación y el momento del parto. Así mismo controla una señal que es el factor liberador de corticotropina placentaria (CRF). Dicho factor se libera hacia la circulación materna al principio del segundo trimestre y su concentración se eleva de manera exponencial conforme el embarazo avanza. Este factor regula la concentración de cortisol suprarrenal, que es capaz de incrementar la intensidad de las contracciones uterinas, y también estimula la producción de oxitocina por el feto y de prostaglandinas por la placenta. Los estrógenos estimulan la producción de receptores de oxitocina en el útero, a medida que la concentración de progesterona declina, cuando el embarazo se acerca a su término, los estrógenos pueden activar la contractilidad del miometrio.

El estiramiento mecánico también puede incrementar la contractilidad uterina (embarazo gemelar, polihidramnios etc.). Una vez iniciado el trabajo de parto el proceso implica múltiples circuitos de retroalimentación positiva.

### **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.

El grupo de mujeres estaba compuesto por nulíparas y multíparas sin desproporción céfalo pélvica, posición o presentación defectuosa del feto ni embarazos múltiples; ninguna de éstas 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, dilatoria y pelviana que define los objetivos fisiológicos de cada una de éstas categorías.



### **Períodos del Trabajo de Parto:**

- Borramiento y dilatación del cuello uterino.
- Expulsión del feto.
- Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)
- 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.

### **Estadios de Parto:**

**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.

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

Fase Activa: Asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm de dilatación.

Fase Descendente: Coincide con el segundo Estadio del parto.

**Segundo Estadio:** Intervalo entre la dilatación cervical completa (10cm) 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.

**Tercer Estadio:** Hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales.

El mecanismo del trabajo de parto, en general consta de tres tiempos fundamentales:

1° Mecanismo de Entrada a la pelvis: para atravesar el área del estrecho superior

2° Mecanismo de pasaje; para atravesar la excavación.



### 3º Mecanismo de Salida de la pelvis para atravesar el estrecho superior.

En cada etapa que avance el feto cambia de actitud y ejecuta movimientos de rotación para acomodarse a los distintos ejes y diámetros de la pelvis. Esta acomodación es la resultante de las fuerzas propulsivas de la contracción y de los obstáculos opuestos por el canal del parto.

Según la clásica división del mecanismo del parto, el conjunto de movimientos fetales durante su progresión se produce generalmente de la siguiente manera:

1. Acomodación al estrecho superior: reducción de diámetros de la presentación flexión o deflexión (cabeza) o por compresión (nalga), y orientación.
2. Encajamiento y descenso: la circunferencia máxima de presentación franquea el estrecho superior.
3. Rotación intrapélvica: el eje mayor de la presentación coincide con el eje pubococcigeo del estrecho inferior.
4. Desprendimiento: el plano máximo de presentación franquea el estrecho inferior.
5. Rotación intrapélvica teoría de Sellheim (facillimum de flexión).

El parto, sin embargo, no es siempre un fenómeno normal; los múltiples factores que participan en su evolución pueden perturbarse y destruir la armonía necesaria para la evolución de un parto normal o eutócico.

Deberá tomarse en cuenta los diferentes tipos de distocia que se puedan presentar durante el trabajo de parto, que pueden contribuir en la obstrucción del mismo, en su enlentecimiento o en la necesidad de realizar un cambio de conducta en la paciente, como:

Distocia del parto.

Distocias del canal del parto.



Distocias del motor del parto.

Distocias por disminución de la contractibilidad con triple gradiente alterado.

Distocias del canal pelvigenital.

Distocias óseas.

Distocias de partes blandas.

Distocias de causa ovular.

### **Falso Trabajo de Parto.**

En esta situación las contracciones uterinas son irregulares, poco frecuentes, con escasa intensidad y duración e ineficaces para el progreso del parto, pero no se puede diferenciar de una prolongación de la fase de latencia. Aproximadamente el 10% de las fases de latencia prolongada corresponde a un falso trabajo de parto.



## **VII. Diseño Metodológico**

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

**Área de estudio:** Sala de Labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque.

**Universo:** Está constituido por el total de partos o nacimientos vía vaginal ocurridos en el periodo del estudio, el cual fue de 702 nacimientos.

**Muestra:** Está constituida por 121 expedientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de forma aleatorizada por conveniencia.

### **Criterios de inclusión:**

- Embarazos a termino
- Fetos vivos
- Presentación cefálica
- Pesos mayores de 2500 gramos

### **Criterios de exclusión:**

- No embarazos de termino
- Fetos muertos
- Presentación Pélvica.

**Fuente de información:** Se revisaron los expedientes clínicos del grupo de madres en estudio, los cuales fueron proporcionados por el departamento de estadística.

**Técnica de recolección de la información:** Se realizó una ficha de recolección de datos y se aplicó el instructivo de monitorización emitido por el MINSA en la evaluación del Partograma en mujeres con trabajo de parto con embarazos a





término. Dichos datos fueron recolectados por los investigadores con el fin de evitar sesgos

**Procesamiento de la información:** fué realizado a través del paquete estadístico spss. 17 en el cual se ingresaron los datos para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

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

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

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

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

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

**Plan de tabulación y análisis:** una vez obtenida la información mediante el instrumento de recolección de datos, se elaboro una base de datos en el programa SPSS 11.0 para Windows, donde posteriormente se establecieron análisis de



frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de interés, cabe destacar que para determinar la calidad del llenado e interpretación del partograma lo realizamos manualmente uno por uno de los expedientes de acuerdo a lo que se establece a la normativa del MINSA.

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. Esto para hablar de calidad. Posteriormente la información se presenta en tablas y gráficos de resultados.

### **Variables:**

#### Objetivo # 1:

Edad  
Escolaridad  
Estado Civil

#### Objetivo # 2:

Gestas  
Paras  
Abortos  
Cesáreas  
Semanas de Gestación  
Patologías que Acompañan al Embarazo  
Conducción del Trabajo de Parto



Duración del Trabajo de Parto

Momento del Nacimiento

Forma de Finalización del Embarazo

Nivel Jerárquico de la atención al nacimiento

Complicaciones Maternas asociadas al nacimiento

Complicaciones Fetales asociadas al nacimiento

Objetivo # 3

Llenado del Partograma

Objetivo # 4:

Interpretación del Partograma

Objetivo # 5:

Nivel de porcentaje de cumplimiento del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA.



## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	INDICADOR	ESCALA/VALOR
Edad	Tiempo transcurrido en años, desde el nacimiento hasta el momento de recolectar la información	Años	< 19 años 19-34 años 35 años o más
Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de la recolección de la información	Según expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universitaria
Estado Civil	Relación conyugal existente entre 2 personas	Según expediente	Soltera Acompañada Casada
Gestas	Número de embarazos acontecidos hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	Primigestas Bigesta Multigesta
Paras	Número de partos acontecidos al momento de recolectar la información	Según expediente	Múltiparas Nulíparas
Abortos	Número de nacimientos antes de la viabilidad fetal, o sea antes de las 22 semanas de gestación	Según expediente	1 2 3 o más



Cesáreas	Número de nacimientos por la vía abdominal, hasta el momento de recolección de la información	Según expediente	1 2 3 o más
Semanas de Gestación	Tiempo de vida intrauterina fetal, alcanzado, hasta el momento del nacimiento en semanas	Según expediente	37-41 6/7 semanas de gestación Mayor de 42 de gestación
Patología Acompaña Embarazo	que al Son todas aquellas enfermedades o situaciones que alteran el bienestar físico de la madre y su hijo, en el momento del nacimiento	Según expediente	Pre- Eclampsia HTA Diabetes Anemias Cardiopatías Enfermedades pulmonares Enfermedades placentarias Hemorragias Infecciones Ovulares



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)	Según expediente	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	Menor 4 horas 4-6 horas 6 horas o más
Momento de Nacimiento	Período de tiempo laboral del hospital en que nace el bebé	Según expediente	7am-3pm 3pm-7am
Forma de Finalización del Embarazo	Es la vía por medio del cual se da el nacimiento del bebé	Según expediente	Vaginal Abdominal
Nivel Jerárquico de atención al nacimiento	Es el tipo de personal médico que asiste a la parturienta a dar a luz, según nivel de formación	Según expediente	R I R II R III R IV MB



<p>Complicaciones Maternas asociadas al nacimiento</p>	<p>Son todas aquellas alteraciones acontecidas durante el nacimiento que ponen en peligro la vida de la madre</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Hemorragia postparto Eclampsia Expulsivo prolongado Hipertensión Gestacional Transitoria</p>
<p>Complicaciones Fetales asociadas al nacimiento</p>	<p>Son todos aquellos eventos que ocurren fuera de lo normal en el nacimiento del bebé y que alteran su bienestar físico</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Enfermedades Infecciosas Respiratorias Circulatorias</p>
<p>Llenado del Partograma</p>	<p>Es el llenado de forma clara, ya establecida por medio de la hoja de monitoreo del Partograma con curva de alerta</p>	<p>Según expediente</p>	<p>Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica</p>



Interpretación del Partograma	Es el análisis amplio y científico de todos los eventos ocurridos en el transcurso del trabajo de parto ya sean normales o anormales que se evalúan en la hoja del monitoreo del Partograma	Según expediente	Satisfactorio No Satisfactorio No Aplica
Nivel de porcentaje de cumplimiento del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA.	Cumplimiento del llenado e interpretación adecuado del Partograma según la instructivo del Minsa	Según expediente	Satisfactorio No satisfactorio No Aplica





## **Aspectos Éticos**

Se garantiza confidencialidad y el anonimato de los datos proporcionados. Se evitara la utilización de los datos para fines diferentes al estudio. Es responsabilidad del investigador asegurarse de la calidad de los datos que le serán proporcionados, ya que estos deberán tener alta validez y fiabilidad.

Se solicitó el apoyo y permiso a la dirección del Hospital Bertha Calderón Roque asegurándole y comprometiéndonos a que trabajo investigativo se apegara a la ética médica bajo los principios de una investigación de carácter científico.



## **VIII. Análisis y discusión de los resultados:**

### **1. Principales datos de afiliación del grupo de madres en estudio según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° I en Anexos)**

Resultados:

Con respecto al grupo etéreo se encontró que un 76.03% (92) correspondían a las edades menores de 19 años, siendo así un 14.05 % (17) oscilaban entre las edades de 19 a 34 años y un 9.92%( 12) a las edades de 35 años a mas, representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

En relación a la escolaridad de nuestros sujetos en estudio se observó que un 56.20 % (68) eran de estudios de secundaria, un 29.75% (36) de estudios primarios y un 4.96%( 6) eran analfabetas.

Con respecto al estado civil de los sujetos en estudio se encontró que un 79.34% (96) eran acompañadas, un 10.74% (13) casadas y un 9.92% (12) se encontraban solteras.

Análisis y discusión de los resultados:

En esta revisión con respecto al grupo etéreo de las mujeres atendidas en la sala de labor y parto del hospital Bertha Calderón Roque, se encontró que la mayoría de las madres eran menores de 19 años lo que representa un 76.03%( 92), por lo tanto las adolescentes menores de 19 años representan un problema de salud pública debido a las repercusiones y complicaciones que pueden presentar siendo esto de gran importancia ya que el embarazo en adolescentes es un tema que requiere más educación y apoyo para alentar a las adolescentes a retrasar la maternidad hasta que estén preparadas además se considera que en las adolescentes menores de 19 años corren un riesgo de defunción materna cuatro



veces más alto que las mujeres en edades de 20 0 30 años y la tasa de mortalidad de los neonatos es superior.

Con respecto a lo encontrado sobre la escolaridad predominan madres que logran cursar su secundaria, representado un 56.20 % ( 68 ) , un 29.75% (36) de estudios primarios y un 4.96%( 6) eran analfabetas, lo cual podemos observar mayor vulnerabilidad en las adolescentes que cursan niveles académicos más bajos ya que se incrementa el abandono de escolaridad, calidad de vida , siendo la deserción de estos el presentar mayor complicaciones en su embarazo y comprensión del mismo, a la vez incrementando a mayor pobreza y un menor nivel educativo en nuestra población joven.

Al analizar el estado civil de las madres se encontró que la mayoría eran acompañadas 79.34% (96), un 10.74% (13) casadas y un 9.92% (12) se encontraban solteras. 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 bebe.

## **2. Relación de los principales antecedentes obstétricos del grupo de madres en estudio según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 2 en Anexos)**

Resultados:

Con los resultados al número de gestas se encontró que un 77.69% (94) eran Primigesta, siendo así un 14.05 % (17) Bigestas y un 8.26%( 10) Multigestas representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

En relación al número de partos de nuestros sujetos en estudio se observó que un 80.99 % (98) eran nulíparas, un 19.01% (23) múltipara.

Con relación a los abortos de los sujetos en estudio se encontró que un 95.04% (115) ninguno, un 3.31% (4) uno y un 1.65% (2) dos.



En relación al número de cesáreas se encontró que un 95.87% (116) ninguno, un 2.48% (3) uno y un 1.65% (2) dos.

Con respecto a las semanas de gestación de los sujetos de estudio se encontró que un 100(121) estaban entre las semanas 37-41-6/7.

Análisis y discusión de los resultados:

Los resultados del número de las gestas nos muestra que en su mayoría eran Primigestas representando un 77.69% (94), seguida en un 14.05 % (17) las Bigestas y un 8.26%( 10) Multigestas representando un total del 100% de los sujetos en estudio. Lo cual nos indica que en nuestro país las mujeres adolescentes inician su vida sexual activa a temprana edad lo que nos permite reconocer las consecuencias y el riesgo que se exponen las mujeres embarazadas muy jóvenes ya que estas no reciben la educación sexual y planificación familiar, lo que debemos de fortalecer en nuestra población joven nicaragüense.

En relación al número de partos se representa que en su mayoría el 80.99 % (98) eran nulíparas, un 19.01% (23) múltipara. Lo cual podemos observar que las madres dependiendo de cada estilo de vida y de factores personales y en su elección decide o no sobre su planificación familiar.

Con relación a los abortos de los sujetos en estudio se encontró que un 95.04% (115) en su gran mayoría de los expedientes revisados revelo que las mujeres no habían presentado aborto y un 3.31% (4) lo cual cuatro mujeres presentaron dos y un 1.65%( 2) dos mujeres presentaron dos. 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.

En relación a los antecedentes de cesáreas se encontró que un 95.87% (116) de las mujeres no habían tenido ninguna cesárea esto nos permite garantizar que se ha realizado un adecuado control de la preparación del parto y a la vez esto



disminuye el riesgo de las complicaciones del parto actual y recuperación de la mujer, un 2.48% (3) uno fueron sometidas a cesáreas y un 1.65% (2) dos, siendo estos casos muy particulares. Siendo así las semanas de gestación de las embarazadas se encontró que un 100 % (121) estaban entre las semanas 37-41-6/7 lo cual confirma que las mujeres reciben el seguimiento de su embarazo de forma segura hasta alcanzar a su culminación.

### **3. Relación de las patologías más importantes que acompañan al embarazo según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 3 en Anexos)**

Resultados:

Con respecto a las Patologías que acompañan al embarazo se encontró que un 96.69% (117) no presentaban enfermedades, siendo así un 1.65 % (2) presentaban Pre-eclampsia y un 0.83%( 1) HTA crónica y un 0.83%( 1) Diabetes así como las patologías como son anemia, cardiopatías, enfermedades pulmonares y placentarias, hemorragias e infecciones ovulares se encontró un 0%, representando un total del 100% de los sujetos en estudio.

Análisis y discusión de los resultados:

Con respecto a las Patologías que acompañan al embarazo se encontró que un 96.69% (117) no presentaban enfermedades lo que es positivo la ausencia de enfermedades ya que estas son indicativos de factores de riesgo durante el embarazo y el trabajo de parto., siendo así un 1.65 % (2) presentaban Pre-eclampsia y un 0.83%( 1) HTA crónica y un 0.83%( 1) Diabetes así como las patologías como son anemia, cardiopatías, enfermedades pulmonares y placentarias, hemorragias e infecciones ovulares se encontró un 0%, no presentaban estas patologías lo que indica el fomento de la salud y prevención de enfermedades en las mujeres gestantes.



#### **4. Relación de los datos generales de la atención del parto según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 4 en Anexos)**

Resultados:

Con relación a la Conducción del trabajo de parto se encontró que un 66.12% (80) no eran conducidas y un 33.88% (41) si eran conducidas.

Con respecto al abordaje del momento del nacimiento se encontró que un 57.85% (70) se presentaban entre 7 am- 3 pm y un 42.15% (51) entre las 3 pm- 7 am.

En relación a la forma de finalización del embarazo se muestra que el 93.39 % (113) finalizaba por vía vaginal y un 6.61% (8) finalizaban por vía abdominal.

Con respecto al Nivel jerárquico de atención al nacimiento un 34.71%(42) eran atendidos por un médicos R2, un 28.93 atendidos por medico R1, un 23.14%( 28) por médicos R3 y un 4.96% (6) atendidos por médicos R4, así como un 8.26% (10) atendidos por un médico de base.

Análisis y discusión de los resultados:

Con relación a la Conducción del trabajo de parto se encontró que en la 66.12% (80) no eran conducidas, lo cual nos indica que las mujeres embarazadas en su trabajo de parto en parámetros normales no se apliquen medidas innecesarias si no hay indicación médica para intervenir. En relación a la forma de finalización del embarazo se muestra que el 93.39 % (113) finalizaba por vía vaginal y un 6.61% (8) finalizaban por vía abdominal, lo que nos indica una buena vigilancia del trabajo de parto haciendo uso del Partograma de forma oportuna y observar si se presentaba una anomalía he intervenir de forma precisa. Con respecto al Nivel jerárquico de atención al nacimiento un 34.71%(42) eran atendidos por un médicos R2, lo cual nos indica que la mayoría de atenciones durante el trabajo de



parto eran dados por los residentes de segundo año lo que esto nos muestra que su atención que brindaba en la práctica de su labor era con mayor experiencia .

### **5. Relación de las principales complicaciones asociadas al nacimiento según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 5 en Anexos)**

Resultados:

En relación a las complicaciones maternas en el grupo de estudio se encontró que de un total de 121 expedientes revisados que equivalen a un 100%, el 85.12% (103) no presentaron ninguna complicación, mientras que un 9.92% (12) sufrieron desgarros, el 2.48% (3) tuvieron hemorragia postparto, 1.65% (2) sufrieron de hipertensión gestacional transitoria y sólo un 0.83% (1) tuvo un expulsivo prolongado.

Por otra parte, se encuentran las complicaciones del feto, en las cuales se encontró que el 96.69% (117) no presento complicaciones fetales, el 2.48% (3) presento algún tipo de enfermedad infecciosa y que solamente un 0.83% (1) tuvo como complicación enfermedad respiratoria, todo esto para un total de 100% (121).

Análisis y discusión de los resultados:

Al analizar los resultados ya descritos anteriormente se puede observar que el 85% de las mujeres en el estudio no presentaron ninguna complicación asociada al parto, seguida de 12 casos de desgarros equivalentes aproximadamente al 10% lo cual hace contraste a la literatura consultada donde una de las más importantes y que actualmente se encuentra en segundo lugar con respecto a las complicaciones es la hemorragia postparto, pero sin olvidar que los desgarros son



una de las causas de hemorragia después del parto y que si no se logra identificar a tiempo y actuar en el momento indicado habrían más de una complicación en el puerperio. Por otra parte en cuanto a las complicaciones fetales se evidencio que 96.69% de los casos no presentaron complicaciones al momento del nacimiento, lo que apoya a la labor que ha venido desarrollando el Ministerio de salud en cuanto a la aplicación de la norma que engloba la atención prenatal y el buen manejo del trabajo de parto utilizando todas las herramientas necesarias para evitar estas complicaciones como lo es el partograma los cuales han venido beneficiando a la nueva población nicaragüense como lo son los recién nacidos que llegan sin ninguna complicación a este mundo.

## **6. Relación del cumplimiento del llenado e interpretación del partograma según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 6 en Anexos)**

Resultados:

Ahora al hablar de la relación del cumplimiento del llenado e interpretación del partograma, el 78.5% (95) tuvo un llenado satisfactorio, pero el 17.4% (21) el llenado no fue satisfactorio y un 4.1% (5) que no aplicaron. En cuanto al interpretado del partograma para la vigilancia del trabajo de parto se logró observar que un 61.2% (74) interpretaron el partograma satisfactoriamente, al contrario del 34.7% (42) que no fue satisfactoria la interpretación y un 4.1% (5) que no aplican, para un total del 100%.

Análisis de los resultados:

En cuanto a la relación del cumplimiento del llenado del partograma se observo que ha mejorado en relación a los últimos estudios realizados en esta unidad hospitalaria llegando a un 78.5% de llenado satisfactorio, avanzando en mas del





10% según el estudio realizado en el año 2013 en el periodo de mayo-noviembre (63%), pero aun así hay detalles que tienen que seguirse trabajando e involucrando a todos los que grafican el partograma porque si la hoja de llenado está incompleta en detalles aunque sean mínimos se considera un llenado insatisfactorio, hay que recordar que el partograma se confecciona a la medida de cada paciente para que cumpla con la eficacia que posee en la vigilancia del trabajo de parto.

Por otra parte esta el interpretado del partograma se logra observar una mejoría significativa, lo cual es indispensable porque el partograma no habla, sino que el medico esta aprendiendo a utilizar esta herramienta y tal evidencia es que el 61.2% de los partogramas revisados fueron interpretados satisfactoriamente, pero a la vez no se puede obviar el hecho de que falta mucho por mejorar porque casi el 35% no fue interpretado adecuadamente en el periodo del estudio, una de las dificultades que se logra observar es que no se están utilizando adecuadamente las casillas y por lo tanto tampoco se están interpretando, he ahí uno de los principales puntos a mejorar y tomar medidas para continuar interpretando de manera adecuada el partograma y dar una atención excelente en cuanto vigilancia del trabajo de parto en este hospital de referencia nacional.

## **7. Relación del cumplimiento por acápite de la hoja de monitoreo del partograma emitida por el MINSA según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 7 en Anexos)**

Resultados:

Con respecto a los resultados encontrados con la hoja de monitoreo para la evaluación del cumplimiento de llenado e interpretación del partograma, se observó que el 74.4% llena satisfactoriamente los datos generales de identificación del paciente, en cambio al 25.6% que no los llena satisfactoriamente,



y un 0% no aplica. En cuanto al tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma el 77.7% lo inicia en el tiempo adecuado, mientras que un 18.2% no lo hace satisfactoriamente y un 4.1% no aplica al tiempo de inicio del partograma. Ahora el 77.7 % selecciona adecuadamente el patrón de construcción de la curva de alerta de forma satisfactoria y un 18.2% no lo hace satisfactoriamente, además hay un 4.1% que no aplica. Por otra parte el 71.1% grafica adecuadamente la curva real hasta el momento del nacimiento, en cambio un 24.8% no lo hace de forma satisfactoria y un 4.1% que no aplica a graficar adecuadamente. Como quinto acápite de la hoja se encuentra que el 76.0% grafica adecuadamente la curva de alerta, y que un 19.8% no lo hace satisfactoriamente, habiendo un 4.1% que no aplica a graficarla. Luego está que solo el 56.2% interpreta adecuadamente la curva real con respecto a la curva de alerta, mientras que el 39.7% no lo hace adecuadamente, y un 4.1% que no aplica a interpretar adecuadamente la curva real. También el 62.8% grafica adecuadamente el descenso de la presentación con respecto a los planos de Hodge, mientras que un 33.1 % no lo hace satisfactoriamente, y un 4.1% que no aplica. En cuanto a graficar adecuadamente la variedad de la posición de la presentación, el 52.9% lo hace satisfactoriamente y un 43% de manera inadecuada, con 4.1% que no aplica al acápite de valoración. Luego se identificó que el 66.1% grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal, mientras que un 29.8% no lo realiza adecuadamente, con el 4.1% que no aplica. En el décimo acápite de la hoja de monitoreo del partograma el 52.9% interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal, el 43 % no lo hace satisfactoriamente y un 4.1% no aplica. Después se determinó que el 69.4% grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas, mientras que el 26.4% no lo hace adecuadamente y un 4.1% no aplica. Con respecto al interpretado de las variaciones de las contracciones uterinas, el 54.5% lo hace satisfactoriamente, mientras que el 41.3% no lo hace adecuadamente y un 4.1% que no aplica. Al analizar la forma de como grafican la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de las Membranas) miramos que el 21.5% lo hicieron satisfactoriamente, el 10.7% de manera inadecuada y un 67.8% que no aplica. Si bien se observó también que



el 21.5% grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas), en comparación al 10.7% que lo hace de forma insatisfactoria y un 67.8% que no aplica a graficar esta parte del partograma. En el acápite numero 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 51.2% lo hace de forma adecuada, mientras que un 44.6% de forma inadecuada y un 4.1% que no aplica. Y con respecto a la interpretación del acápite anterior solo un 39.7% interpreta adecuadamente esa información, mientras que un 56.2% lo interpreta de forma inadecuada y que un 4.1% no aplica. Y por último se encontró que el 18.2% utiliza adecuadamente las casillas de observaciones (a, b, c,...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPS, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc., mientras que un 21.5% lo hace de forma inadecuada, y un 60.3% no aplica.

#### Análisis de los resultados:

Al hablar del cumplimiento de cada uno de los acápites de la hoja de monitoreo emitida por el Ministerio de Salud se observa que las cifras están un poco mas homogéneas en cuanto a años anteriores, pero es evidente que se ha avanzado en cuanto al llenado del partograma debido a que en su mayoría se cumplen satisfactoriamente, mas la interpretación de los parámetros graficados sigue con deficiencias y por lo tanto insatisfactorios. Hay que señalar que el acápite numero 8, 12 y 15 de la hoja de monitoreo se cumplen insatisfactoriamente en mas del 40% contrastando uno de los últimos estudios el cual revela este incumplimiento en menor porcentaje, esto conlleva a seguir vigilando con esta herramienta que el Ministerio de Salud nos brinda la labor de vigilancia en la sala de labor y parto y continuar con las estrategias que se han implementado para mejorar las deficiencias que se tenían para brindar una atención con calidad y calidez haciendo uso de todos los medios que benefician a los pacientes que llegan a esta unidad hospitalaria.



## **8. Relación de la calidad del llenado e interpretación del partograma aplicando la hoja de monitoreo emitido por el MINSA según porcentaje y frecuencia en cuanto al nivel de la 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. (Ver Tabla N° 8 en Anexos)**

Resultados:

En cuanto a la relación entre el llenado e interpretado del partograma aplicando la hoja de monitoreo del Ministerio de Salud que consta de 17 acápites para evaluar el nivel de calidad y llenado e interpretación del partograma y su utilización como instrumento en el trabajo de parto se obtuvieron los siguientes datos: de un 100% (121 expedientes revisados) el 69.4% (84) lo hicieron satisfactoriamente, mientras que un 26.5% (32) de forma insatisfactoria y solo un 4.1% (5) que no aplica.

Análisis y discusión de los resultados:

Al analizar y discutir al llenado e interpretación de las hojas de partograma que se revisaron el periodo de enero a marzo se observa el 69.4% eran satisfactorios, lo cual revela que no solamente es un aumento en el número de hojas de partograma en los expedientes, sino que se está haciendo uso adecuado de esta herramienta, pero no hay que olvidar que casi el 30% no está haciéndolo adecuadamente lo que nos indica hay que seguir trabajando por llenar adecuadamente e interpretar de manera correcta el partograma para así lograr una vigilancia del trabajo de parto que evite complicaciones materno-fetales durante y después del parto.



## **IX. Conclusiones:**

1. En el presente estudio 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.
2. 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 hubieron complicaciones maternas y en más del 90% ninguna complicación fetal.
3. Del total de partogramas revisados cuidadosamente el 78.5% fue llenado satisfactoriamente.
4. En relación a la interpretación del partograma, el 61.2% fue satisfactorio.
5. 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.



## **X. Recomendaciones:**

- ✓ Recomendamos al Ministerio de Salud a realizar, promover y facilitar talleres de actualización y capacitación sobre el llenado e interpretación de la hoja del partograma hacia médicos generales, residentes de Gineco-obstetricia, Internos y Pre-internos, haciendo énfasis en el interpretado que es en donde se encuentran mayores problemas a la hora de la evaluación.
- ✓ Se recomienda a los responsables del SILAIS Managua estimular la realización de estudios a nivel Nacional sobre el llenado e interpretación de la hoja de Partograma para ver si realmente se está utilizando el partograma de manera propicia en nuestro país.
- ✓ En vista que es evidente la mejoría localidad del llenado e interpretación del partograma, se insta a las autoridades correspondientes a que continúen promoviendo todas aquellas actividades que han servido para obtener los resultados actuales con la finalidad de vigilar de manera adecuada el trabajo de parto y evitar complicaciones durante este proceso tan natural como lo es el parto.
- ✓ Se recomienda a toda aquella personas que logren leer este documento monográfico que participen en pro de la vigilancia del trabajo de parto realizando más estudios en relación al tema de la calidad del partograma, tanto en su llenado e interpretación y así contribuir con evidencia científica para evitar y/ identificar de manera oportuna alteraciones del trabajo de parto.



## XI. Bibliografía:

1. Parras M. Quiroz L. Schepeler M. Calvo X. Pérez P. Díaz R. Pasten J. Evaluación gráfica del Partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto, Rev. Chil. Obstet Ginecol 2005; 70(1): 8-11.
2. Méndez D. Bajuela A. Téllez M. Núñez D. El Partograma y las Desviaciones del Trabajo de Parto, MEDISAN 2004; 8 (4): 64 – 72.
3. González X. Abouassi O. Vargas A. Barrios F. Salazar G. Impacto del Partograma en la atención del trabajo de parto, *Salus online* 7: (2) 2003 – (2-1 Partograma) p. 1
4. Zeledón L. Abarca A. Aplicación del Partograma en el servicio de Labor y Parto del Hospital Bertha Calderón en el periodo Julio – Septiembre 1197, trabajo Monografico.
5. González X. Impacto del Partograma en la atención del parto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.1995.
6. Molina J. La vigilancia del trabajo de parto usando el Partograma con curvas de alerta. Hospital Militar “Dr. Alejandro Dávila Bolaños”. Julio-Diciembre 2004. Managua-Nicaragua. (Monografía Médico Residente de Ginecología y Obstetricia).
7. Campos A. Evaluación del uso de las gráficas utilizadas para el registro de la evolución de la labor de parto, Hospital “Dr. Fernando Escalante Pradilla, San Isidro de Pérez León, Costa Rica. Septiembre 2001.
8. Echavarría R. Manejo activo del trabajo de parto y su relación con la morbilidad materna y perinatal. Revisión servicio clínico del Rosario y Universidad Pontificada, Bolivariana Medellín Antioquia, agosto 2001-2002.
9. Villanueva A. Cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional y nivel de satisfacción a la usuaria, Facultad de Medicina San Fernando, Universidad Nacional mayor de San Marcos Lima Perú. Revista Peruana de Epidemiología. 2003,11(1).



10. Bosse G. The Partograph in daily practice it's quality that matters. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2002; 77:243-244.
11. Pettersson K. Evaluation of an adapted model of the World Health Organization partograph used by Angolan midwives in a peripheral delivery unit. Midwifery, 2000; 16:82-88.
12. Umezulike A. Use of the partograph among medical personel in Enugu, Nigeria, International Journal of Gynecology and obstetrics, 1999;65:203-205.
13. Lennox C Breech labor on the who partograph International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1988; 62:117-127.
14. Pavón P. evaluación del expediente Clínico en la Atención Obstétrica. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana, 2002; vol. 2 N<sup>o</sup> 1.
15. Seffah J. Ruptured uterus and the partograph. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003; 80:169-170.
16. Dejardin B. Value of the alert and actions linies on the partograma. Lancet 1992; Vol.339.
17. Scott J. Danforth. Tratado de obstetricia y Ginecología. Octava edición, Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
18. Cunningham F. Williams Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. Veintiuna edición; 2001.
19. Ministerio de Salud, Tecnologías Perinatales, Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Agenda para una Maternidad segura. Nicaragua. 2000.
20. Schwarcz R. L. y col. Obstetricia, Quinta Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial El Ateneo. 1997.
21. Pérez S. Obstetricia. Primera Edición, Paltex. Organización Mundial de la Salud.1998.
22. Gabbe N y S. Obstetricia, Primera Edición Madrid, España: Editorial Marbán, SL.2004





23. Uranga Imaz A. Obstetricia práctica, Primera Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial Intermédica. 1967.
24. Trabajo Monográfico para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales. Hspital Escuela Oscar Danilo Rosales, León Junio 2005 – Junio 2007 Elaborado por: Dra. Milagros Velásquez Espino Residente del IV Año Ginecología y Obstetricia.



# ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

La siguiente ficha de recolección de datos es para describir la **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** para optar al título de Médico y Cirujano/ UNAN-Managua. Los datos en este documento solo serán manejados por los investigadores y vistos por el tutor de la monografía.

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

1. Edad: \_\_\_< 19 años \_\_\_19-34 años \_\_\_35 años o más
2. Escolaridad: \_\_\_Analfabeta \_\_\_Primaria \_\_\_Secundaria \_\_\_Universitaria
3. Estado civil: \_\_\_Soltera \_\_\_Acompañada \_\_\_Casada
4. Gestas: \_\_\_Primigestas \_\_\_Bigesta \_\_\_Multigesta
5. Paras: \_\_\_Nulíparas \_\_\_Multípara
6. Abortos: \_\_\_Uno \_\_\_Dos \_\_\_Tres o más
7. Cesáreas: \_\_\_Uno \_\_\_Dos \_\_\_Tres o más
8. Semanas de Gestación: \_\_\_37-41 6/7 semanas de gestación \_\_\_Mayor de 42 semanas de gestación
9. Patología que acompañan el embarazo: \_\_\_Pre- Eclampsia \_\_\_HTA \_\_\_Diabetes \_\_\_Anemias \_\_\_Cardiopatías \_\_\_Enfermedades pulmonares \_\_\_Enfermedades placentarias \_\_\_Hemorragias \_\_\_Infecciones Ováricas.
10. Conducción del trabajo de parto: \_\_\_Si \_\_\_No
11. Duración del trabajo de parto: \_\_\_< 4 horas \_\_\_4-6 horas \_\_\_6 horas o más
12. Momento del Nacimiento: \_\_\_7am-3pm \_\_\_3pm-7am
13. Forma de finalización del embarazo: \_\_\_Vaginal \_\_\_Abdominal
14. Nivel de jerarquización al momento del nacimiento: \_\_\_R I \_\_\_R II \_\_\_R III \_\_\_R IV \_\_\_MB
15. Complicaciones maternas asociadas al nacimiento: \_\_\_Hemorragia postparto \_\_\_Eclampsia \_\_\_Expulsivo prolongado \_\_\_Hipertensión Gestacional Transitoria
16. Complicaciones fetales asociadas al nacimiento: Enfermedades: \_\_\_Infecciosas \_\_\_Respiratorias \_\_\_Circulatorias
17. Llenado del Partograma: \_\_\_Satisfactorio \_\_\_No Satisfactorio \_\_\_No Aplica
18. Interpretación del Partograma: \_\_\_Satisfactorio \_\_\_No Satisfactorio \_\_\_No Aplica
19. Nivel de porcentaje de cumplimiento del llenado e interpretado por inciso del Instructivo emitido por el MINSA: \_\_\_Satisfactorio \_\_\_No Satisfactorio \_\_\_No Aplica



**REPÚBLICA DE NICARAGUA  
MINISTERIO DE SALUD**

**HOJA DE MONITOREO PARA EL PARTOGRAMA CON CURVA DE ALERTA**

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																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Prom	
<b>No</b>	<b>Criterio:</b>																						
1	Llena adecuadamente los Datos Generales de identificación de la paciente.																						
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.																						
3	Selección adecuada del Patrón de Construcción de la curva de alerta (Columnas con casillas que contienen los tiempos máximos normales del progreso de la dilatación).																						
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.																						
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.																						
6	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.																						
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.																						
8	Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.																						
9	Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal.																						
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.																						
11	Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas.																						
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas.																						
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).																						
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas).																						



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

**OBSERVACIONES (Limitantes encontradas, Acuerdos, Compromisos, etc.):**

---



---



---



---



---



---



---



---



**Tabla N° 1**

**Principales datos de afiliación del grupo de madres en estudio según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Grupo etéreo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
< 19 años	92	76.03
19-34 años	17	14.05
35 años a más	12	9.92
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>
<b>Escolaridad</b>		-
Analfabeta	6	4.96
Primaria	36	29.75
Secundaria	68	56.20
Universidad	11	9.09
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>
<b>Estado civil</b>		-
Soltera	12	9.92
Acompañada	96	79.34
Casada	13	10.74
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 2**

**Relación de los principales antecedentes obstétricos del grupo de madres en estudio según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Numero de gestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Primigestas	<b>94</b>	77.69
Bigestas	<b>17</b>	14.05
Multigestas	<b>10</b>	8.26
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Número de partos</b>		-
Nulípara	<b>98</b>	80.99
Múltipara	<b>23</b>	19.01
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Abortos</b>		-
Ninguno	<b>115</b>	95.04
Uno	<b>4</b>	3.31
Dos	<b>2</b>	1.65
Tres o más	<b>0</b>	-
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Cesárea</b>		-
Ninguna	<b>116</b>	95.87
Uno	<b>3</b>	2.48
Dos	<b>2</b>	1.65
Tres o más	<b>0</b>	-
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Semanas de gestación</b>		-
37-41 6/7	<b>121</b>	100.00
42 ó más	<b>0</b>	-
Total	<b>121</b>	100.00

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 3**

**Relación de las patologías más importantes que acompañan al embarazo según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Patologías que acompañan al embarazo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ninguna	<b>117</b>	<b>96.69</b>
Pre-eclampsia	<b>2</b>	<b>1.65</b>
HTA crónica	<b>1</b>	<b>0.83</b>
Diabetes	<b>1</b>	<b>0.83</b>
Anemia	<b>0</b>	<b>0</b>
Cardiopatías	<b>0</b>	<b>0</b>
Enfermedades Pulmonares	<b>0</b>	<b>0</b>
Enfermedades Placentarias	<b>0</b>	<b>0</b>
Hemorragias	<b>0</b>	<b>0</b>
Infecciones Ovulares	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.





**Tabla N° 4**

**Relación de los datos generales de la atención del parto según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Conducción del trabajo de parto</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	<b>41</b>	33.88
No	<b>80</b>	66.12
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Duración del trabajo de parto</b>		-
<4 horas	<b>109</b>	90.08
4-6 horas	<b>10</b>	8.26
>6 horas	<b>2</b>	1.65
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Momento del nacimiento</b>		-
7 am- 3 pm	<b>70</b>	57.85
3 pm- 7 am	<b>51</b>	42.15
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Forma de finalización del embarazo</b>		-
Vaginal	<b>113</b>	93.39
Abdominal	<b>8</b>	6.61
Total	<b>121</b>	100.00
<b>Nivel jerárquico de atención al nacimiento</b>		-
R1	<b>35</b>	28.93
R2	<b>42</b>	34.71
R3	<b>28</b>	23.14
R4	<b>6</b>	4.96
Medico de base	<b>10</b>	8.26
Total	<b>121</b>	100.00

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 5**

**Relación de las principales complicaciones asociadas al nacimiento según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Complicaciones maternas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ninguna	<b>103</b>	85.12
Hemorragia postparto	<b>3</b>	2.48
Eclampsia	<b>0</b>	-
Expulsivo prolongado	<b>1</b>	0.83
Hipertensión gestacional transitoria	<b>2</b>	1.65
Desgarros	<b>12</b>	9.92
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>
<b>Complicaciones fetales</b>		-
Ninguna	<b>117</b>	96.69
Enfermedades infecciosas	<b>3</b>	2.48
Enfermedades respiratorias	<b>1</b>	0.83
Enfermedades circulatorias	<b>0</b>	-
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100.00</b>

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 6**

**Relación del cumplimiento del llenado e interpretación del partograma según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

	Satisfactorio		No satisfactorio		No Aplica		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
<b>Llenado</b>	<b>95</b>	<b>78.5</b>	<b>21</b>	<b>17.4</b>	<b>5</b>	<b>4.1</b>	<b>121</b>	<b>100</b>
<b>Interpretado</b>	<b>74</b>	<b>61.2</b>	<b>42</b>	<b>34.7</b>	<b>5</b>	<b>4.1</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 7**

**Relación del cumplimiento por acápite de la hoja de monitoreo del partograma emitida por el MINSA según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

N°	Criterio	Satisfactorio		No Satisfactorio		No Aplica	
		Frec	%	Frec	%	Frec	%
1	Llena adecuadamente los datos generales de identificación del paciente.	90	74.4	31	25.6	0	0
2	Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma.	94	77.7	22	18.2	5	4.1
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).	94	77.7	22	18.2	5	4.1
4	Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento.	86	71.1	30	24.8	5	4.1
5	Grafica adecuadamente la curva de alerta.	92	76.0	24	19.8	5	4.1
6	Interpreta adecuadamente la curva real respecto a la curva de alerta.	68	56.2	48	39.7	5	4.1
7	Grafica adecuadamente el descenso de la presentación respecto a los planos de Hodge.	76	62.8	40	33.1	5	4.1
8	Grafica adecuadamente la variedad de la posición de la presentación.	64	52.9	52	43.0	5	4.1



9	Grafica adecuadamente la frecuencia cardiaca fetal.	80	66.1	36	29.8	5	4.1
10	Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.	64	52.9	52	43.0	5	4.1
11	Grafica adecuadamente la frecuencia de las contracciones uterinas.	84	69.4	32	26.4	5	4.1
12	Interpreta adecuadamente las variaciones de las contracciones uterinas.	66	54.5	50	41.3	5	4.1
13	Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontanea de Membranas (REM) o la Ruptura Artificial de Membranas (RAM).	26	21.5	13	10.7	82	67.8
14	Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas integras a rotas).	26	21.5	13	10.7	82	67.8
15	Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas: Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de las contracciones, localización e intensidad del dolor.	62	51.2	54	44.6	5	4.1
16	Interpreta adecuadamente esta información.	48	39.7	68	56.2	5	4.1
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...	22	18.2	26	21.5	73	60.3

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.



**Tabla N° 8**

**Relación de la calidad del llenado e interpretación del partograma aplicando la hoja de monitoreo emitido por el MINSA según porcentaje y frecuencia.**

**N= 121**

<b>Llenado/ Interpretado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Satisfactorio	<b>84</b>	69.4
No Satisfactorio	<b>32</b>	26.5
No Aplica	<b>5</b>	4.1
Total	<b>121</b>	100%

**Fuente:** Expediente Clínico-Ficha de recolección de Datos.