

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA
RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



***TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR AL TÍTULO DE
MÉDICO Y CIRUJANO***

TEMA

Calidad del llenado e interpretación del Partograma en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el cuarto trimestre del año 2016.

AUTORES:

Br. Edgard Antonio Del Palacio Hernández.

Br. Marlon Yelcin Pérez Aguilar

TUTOR

Dr. Herbert Alberto César Romero
Médico y Cirujano
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Hospital Alemán Nicaragüense

Managua, Enero del 2018.



DEDICATORIA

A DIOS:

Que nos brinda sabiduría y paciencia para seguir en nuestra carrera y que no nos desampara en ningún momento.

A NUESTROS PADRES:

Que con su dedicación, amor, comprensión y ternura nos han sacado hacia adelante, enseñándonos el valor de la vida y que hay que trabajar honrado y fuerte para lograr nuestras metas.

A NUESTROS FAMILIARES:

Principalmente aquellos que ya no nos acompañan por haberse adelantado y estar en la presencia del señor.



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por brindarnos vida y permitir que lleguemos a cumplir de a poco nuestras metas.

A NUESTROS PADRES:

Que nos brindan su apoyo incondicional para seguir en nuestra profesión.

A NUESTRAS FAMILIAS:

Que de una u otra manera nos han apoyado en el transcurso de nuestra carrera y son testigos de nuestro sacrificio como estudiantes.

A NUESTROS TUTORES:

Por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo, por el respeto a nuestras sugerencias e ideas.

De manera muy especial y sincera agradecemos a nuestros Docentes de la Universidad Autónoma de Nicaragua UNAN MANAGUA, por brindarnos sus conocimientos y que estuvieron pendientes en aclarar todas nuestras dudas, así como a los médicos del Hospital Alemán Nicaragüense y médicos del Hospital San Juan de Dios, por prepararnos para brindar un mejor servicio a la población.

A Todos... Gracias...



RESUMEN

Conocer la calidad del llenado e interpretación del Partograma en las pacientes del área de Labor y Parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de octubre a diciembre del 2016.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal donde se realizó revisión del registro de los partos atendidos en el Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo comprendido del cuarto trimestre del 2016. Se tomó una muestra de 400 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión del estudio, se revisaron expedientes clínicos y se llenó una ficha recolectora de datos, los cuales fueron introducidos en una base de datos a través del paquete estadístico Excel versión 2013 para su posterior análisis a través de tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje.

En nuestro estudio identificamos que en relación a las características socio-demográficas el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20-34 años, con nivel escolar primaria y con estado civil primordialmente en unión de hecho estable. En relación a los antecedentes obstétricos, la mayoría eran multíparas y se encontró que la mayoría de las pacientes habían acudido por lo menos a 3 o menos controles prenatales.

Con respecto al promedio global del llenado del partograma encontramos que el 65% obtuvieron un porcentaje de 90% de los expedientes revisados, lo cual nos hace ver que existe aún problemas en el llenado del partograma en esta unidad de salud, sin embargo la interpretación del partograma fue de un (89%), lo cual indica que en un buen porcentaje se están tomando medidas oportunas en la evolución del trabajo de parto.



OPINION DEL TUTOR

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más discutidos, por la precisión para marcar su comienzo y los múltiples cambios experimentados en su trayecto evolutivo, se considera un acto fisiológico normal ya que constituye la manera natural de reproducción de la especie humana, sin embargo como suelen producirse complicaciones materno-fetales en partos domiciliarios, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en domicilio, para hacerlo en las maternidades donde se emplea un método grafico empleado para señalar el avance del trabajo de parto donde cobra importancia la elaboración del parto grama en la vigilancia del trabajo de parto, y de esta forma realizar intervenciones oportunas para evitar mayor morbilidad materno fetal.

Esta revisión monográfica persigue valorar el uso del parto grama como un instrumento útil para vigilancia del parto y ver los resultado de la finalización del embarazo, identificar aquellos criterios en los que aún hay debilidades, para establecer estrategias de monitoreo e intervenciones en pro de mejorar en la atención del parto.

Atentamente

Dr. Herbert Cesar Romero
Médico y Cirujano
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Hospital Alemán Nicaragüense
TUTOR



INDICE

Dedicatoria.....	I
Agradecimiento.....	II
Resumen.....	III
Opinión del Tutor.....	IV
Índice.....	V
Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Justificación.....	5
Planteamiento de problema.....	6
Objetivos.....	7
Marco teórico.....	8
Diseño Metodológico.....	34
Resultados.....	41
Análisis de los Resultados.....	43
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	46
Bibliografía.....	47
Anexos.....	49



I. Introducción

Un Partograma es una representación gráfica del progreso de la labor de parto de mujeres graficando la duración de la labor en horas frente a la dilatación cervical en centímetros. El Partograma es una herramienta sencilla, de bajo coste para proporcionar un resumen pictórico continuo del trabajo de parto. El Partograma es un formulario impreso, generalmente en papel, en el cual parteras y obstetras registran las observaciones sobre el trabajo de parto (D, Méndez D. Bajuela A. Téllez M. Núñez, 2004, págs. 64 – 72).

El parto, marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana, sin embargo, suelen producirse complicaciones maternas fetales, que pueden ser mortales para madres e hijos.

Durante el trabajo de parto pueden presentarse varias circunstancias adversas que conduzcan a la operación de cesárea en mujeres que sufren agotamiento e infección, con altas tasas de morbilidad y mortalidad de los productos, mucho más elevadas mientras más prolongadas sea el trabajo de parto.

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y Cols en la 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 (Mauro Parra C, 2005).



La cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil, lo cual ha condicionado que una cuarta parte de los nacimientos tenga lugar por esta vía. Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países de vías de desarrollo, una determinada proporción cefalo-pelvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y secuelas en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos.

Es por tal razón que la organización mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de Partograma, el método grafico que transforma la conducta clínica intuitivo, en ciencia predictiva, para realizar un diagnóstico e intervención oportuna la cual ayuda a disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Sin embargo, a pesar de la importancia del Partograma, no siempre es utilizado como un instrumento base en la práctica clínica, ni tampoco se cumple con su correcto llenado e interpretación, lo que implica una mayor incidencia de cesárea y aumento de complicaciones materno-fetales.



II. Antecedentes

Lennox en Asia (1998) Demostró que el uso del Partograma en el manejo de trabajo de parto reduce el trabajo de partos prolongados así como el índice de cesáreas mejorando el resultado fetal. (lennox, 1998).

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

Echavarría y col. En el servicio clínica el rosario y universidad pontificia bolivariana en Colombia, en el 2001-2002, realizo un estudio que presento 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. (col., 2001-2002).

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

En Nicaragua (2005-2007) se estudió la calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con Partograma y curva de alerta en el hospital de león. Se registraron deficiencia de datos generales de las pacientes, no hubo una adecuada interpretación de la curva real con respecto a la curva de alerta, no se grafica de forma adecuada los cambios los cambios de patrones en las curvas de alertas. (marin, junio 2005).

Nicaragua. Hospital Bertha calderón octubre a diciembre del 2009. Relación del Partograma con eventos perinatales adversos encontrando el 73% de los expedientes de las pacientes en estudio presentaron deficiencias en la interpretación de la de la curva real con la frecuencia cardiaca fetal.(hernandez, 2009).

Nicaragua. Hospital Fernando Vélez Paiz. 2010 título de la monografía: llenado e interpretación del Partograma en el servicio de labor y parto, un 20% encontraron



un adecuado llenado e interpretación en cambio el resto de estudio se encontraron deficiencias en los parámetros utilizados en dicho estudio. (Guzmán, 2010).

En el año 2011. Nicaragua, Somoto. Hospital José Antonio Brenes Palacio. Se registró que, se obtuvieron las siguientes conclusiones la calidad e interpretación del Partograma representa en el 66% de cumplimiento, pero aún existe una brecha de 34% que no cumple lo que puede dar una muerte o complicación materna por una deficiente vigilancia del trabajo de parto.

En el Hospital Amistad de Japón Nicaragua Granada de enero a septiembre del año 2010. Se concluyó que la calidad e interpretación correcta del Partograma del total de los expedientes examinados se demuestra solo en 40.7%. (Larios, enero a septiembre del año 2010).

Managua. Nicaragua, Hospital Bertha Calderón Roque mayo- noviembre del 2013 se concluyó que el llenado e interpretación del Partograma revisados la mayoría eran no satisfactorios, el porcentaje total de hojas de Partograma considerados como satisfactorios al interpretarlos fue de 26.6%. (Bra Marjorie Bustos, mayo-noviembre 2013).

En periodo de enero a marzo del año 2015, Hospital Santiago de Jinotepe, Nicaragua, el promedio global de la calidad del llenado del Partograma según los criterios fue que el 72% se cumple, en cambio 16% no se cumple y 12% no aplica estos criterios según los Partograma revisados, con respecto a la calidad de la interpretación de los datos del Partograma se encontró un 84% cumple con los datos generales de identificación del paciente, en cambio 16% que no se cumple y 12% no aplica estos criterios según los Partograma revisados. (Puerto, enero marzo 2015).

En el Hospital Alemán Nicaragüense aún no se ha realizado algún estudio acerca del Partograma como herramienta facilitadora en la atención del parto, por tal razón se decide realizar dicho estudio.



III. Justificación

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 y durante el trabajo de parto. El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible o necesaria la intervención quirúrgica, por lo que se hace indispensable el uso de instrumentos como el Partograma, que ayudan a identificar y evaluar riesgos durante el parto y que permiten tomar decisiones acertadas para evitar muertes entre el binomio madre-hijo.

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos que ponen en peligro la vida de la madre como la del bebe. Sin embargo, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como el instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

Los resultados del presente estudio puede contribuir a que el equipo encargado de la atención del parto puedan valorar la importancia del llenado completo del Partograma y su interpretación, así mismo, contribuirá a la toma de conciencia de los profesionales de la salud sobre el valor de su utilización en la práctica clínica y en cuanto a los potenciales resultados en la reducción del índice de cesárea y complicaciones maternos fetales.



IV. Planteamiento del problema:

El ministerio de salud en su normativa 011 (2008), dentro de los estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de salud materna y del recién nacido, en su acápite 3-A establece: “toda embarazada en trabajo de parto se le deberá llenar e interpretar correctamente el partograma con curva de alerta” y que el cumplimiento debe de ser de al menos el 90 %. Durante el periodo del cuarto trimestre del año 2016 hubo un total de 1,770 nacimientos, de los cuales 953 fueron por vía vaginal y 817 por vía cesárea. Siendo que a la gran mayoría de estas pacientes se les debe de realizar Partograma, es por eso que se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la calidad del llenado e interpretación del partograma de pacientes embarazadas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de octubre a diciembre del año 2016?



V. OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer la calidad e interpretación del Partograma en la sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense en el periodo de octubre a diciembre del año 2016.

Objetivos específicos:

- 1) Describir las características socio-demográficas y obstétricas de las pacientes en estudio.
- 2) Determinar la calidad del llenado del Partograma.
- 3) Determinar la interpretación del Partograma en sus diferentes acápite.
- 4) Conocer el porcentaje del cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitido por el Ministerio de Salud,



VI. Marco teórico

Un partograma es una representación gráfica del progreso de la labor de parto de mujeres graficando la duración de la labor en horas frente a la dilatación cervical en centímetros. El partograma es una herramienta sencilla, de bajo coste para proporcionar un resumen pictórico continuo del trabajo de parto. El partograma es un formulario impreso, generalmente en papel, en el cual parteras y obstetras registran las observaciones sobre el trabajo de parto (Dra. Katy Maricela Briones Esmeraldas, 2011).

El análisis de la progresión del trabajo de parto fue realizado por Friedman y cols en la 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 (Mauro Parra C, 2005).

En 1972, Philpott y Castle desarrollaron el concepto de Friedman y lo transformaron en una herramienta para monitorizar el trabajo de parto al agregar al gráfico las llamadas líneas de «acción» y «alerta» siguiendo los resultados de un estudio prospectivo realizado en 624 mujeres. La línea de alerta era recta, no curva, que representaba una modificación de la tasa media de dilatación cervical del 10% más lento de las pacientes primigestas que estaban en la fase activa del trabajo de parto.

Esta línea representaba una tasa de progreso de 1 cm por hora. Si el progreso de la dilatación cervical de una paciente fuera más lento, cruzaría esta línea de alerta y se debe transferirla de una unidad periférica a una unidad central donde se podría tratar el trabajo de parto prolongado.



El próximo paso en el desarrollo de los partograma fue la introducción de una “línea de acción”, 4 horas a la derecha de la línea de alerta. Se desarrolló esta línea para identificar la actividad uterina primaria ineficiente para impulsar el tratamiento apropiado.

Existen más de doscientos tipos de partograma, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido aceptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El partograma fue anunciado como uno de los avances más importantes en la atención obstétrica moderna. La OMS propugna su uso como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto y recomienda su uso universal durante el trabajo de parto.

El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Define, que el partograma no solo es un hecho descriptivo de un fenómeno biológico, sino una tecnología que permite un cuidado adecuado de la madre y el niño, y contribuye así a la reducción de las tasas de cesárea.

El partograma actual está diseñado para monitorizar no solo la evolución del trabajo de parto, sino también a la madre y al feto durante el trabajo de parto. El partograma incluye diferentes variables (frecuencia cardiaca fetal, dilatación del cuello uterino, contracciones y frecuencia de pulso de la madre) representadas gráficamente en un papel impreso. Los datos representados gráficamente permiten al profesional de la salud actuante identificar los desvíos tempranos en los parámetros representados de los valores normales y tomar decisiones en cuanto a la intervención directa o la derivación del paciente.

La OMS presentó una serie de recomendaciones que podrían ayudar a los centros de nacimientos a mejorar sus cuidados en la asistencia al parto normal (Metin Gülmezoglu, 2015): dentro de estos destaco el Uso del partograma para monitorizar el progreso del trabajo de parto.



Objetivos del partograma

- Disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
- Proveer a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y accesible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, 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, o ambas condiciones.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
- Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
- 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 accesible.



Limitaciones del partograma

- La exploración cervical es variable entre observadores.
- Si no se explora con frecuencia, el trazo no es característico.
- En su forma original asume que:
 - La fase activa inicia a los 4 cm.
 - La paciente debe seguir un parto "ideal"
 - Requiere un protocolo de manejo a seguir:
 - El partograma es un instrumento de registro, no dice que hacer.
 - Requiere de un juicio clínico.

Contraindicaciones para el uso del Partograma:

Existen una serie de casos que pueden ser diagnosticados antes o durante la labor de parto en los cuales no se debe realizar el partograma y necesitan una atención especial:

- a. Estatura muy corta
- b. Hemorragia anteparto
- c. Pre eclampsia severa o eclampsia
- d. Sufrimiento fetal Agudo
- e. Cicatriz por cesárea previa
- f. Anemia
- g. Embarazo múltiple
- h. Mala presentación fetal
- i. Labor prematura de parto
- j. Labor obstruida obvia.



Partograma del CLAP

Requisitos para la atención con calidad del binomio madre-hijo durante el trabajo de parto y parto

La atención integral de la gestante en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales, clínicos, psicológicos, sociales y culturales, que intervienen en el proceso del nacimiento.

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

- 1) Identificar el trabajo de parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.
- 2) Hospitalizar y canalizar vena con catéter # 16. En vista de los resultados epidemiológicos en nuestro departamento, en donde la hemorragia posparto es la primera causa de morbi-mortalidad materna, se hace esta recomendación como medida preventiva.
- 3) Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:
 - Verificar la actividad contráctil: identificar la frecuencia óptima 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 30 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 quién finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica.
- El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas. Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.
- Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: la madre y el feto vivos y sanos son las razones fundamentales de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto



sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio del 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 antes de iniciar el trabajo de parto y durante la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca fetal. Además el diligenciamiento del partograma con sus novedades es la mejor herramienta para propiciar un resultado materno y perinatal óptimo.

- Evaluación del bienestar materno: el seguimiento de la gestante, no solamente como “continente” del feto, es de suma importancia para el resultado final del proceso de gestación, parto y puerperio. Por tanto la evaluación de los signos vitales maternos también hace parte fundamental de la evaluación del trabajo de parto, generando una visión integral del proceso de atención del parto, ya que en la práctica es imposible separar el seguimiento materno del fetal.



Diligenciamiento de la historia clínica del parto o partograma

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

- Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
- Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, los cambios de 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 condiciones clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto o mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos.
- Es dinámico y fácil de interpretar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando ésta 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 determinar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles y difíciles de encontrar.



¿Cómo utilizar el partograma del CLAP?

LLENADO DEL PARTOGRAMA.

Aspectos relevantes del llenado del partograma:

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadrulado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporar a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos)⁹. El llenado sólo se realiza una vez que la paciente ingrese a sala de parto, cuando se diagnostique la situación de trabajo de parto. El partograma consta de dos cuadrículas, en la superior, se traza la curva de dilatación cervical, la de descenso de la presentación y la de alerta, ésta última constituirá la base para diagnosticar cuando el caso comienza a desviarse de la normalidad.

Como llenar el Partograma:

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

Figura 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto.

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante



el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada vez que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada en evaluación con la paciente y por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería o auxiliar de enfermería). Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente.

Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

Figura 2. Vigilancia clínica del trabajo de parto.

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz. Intens.																

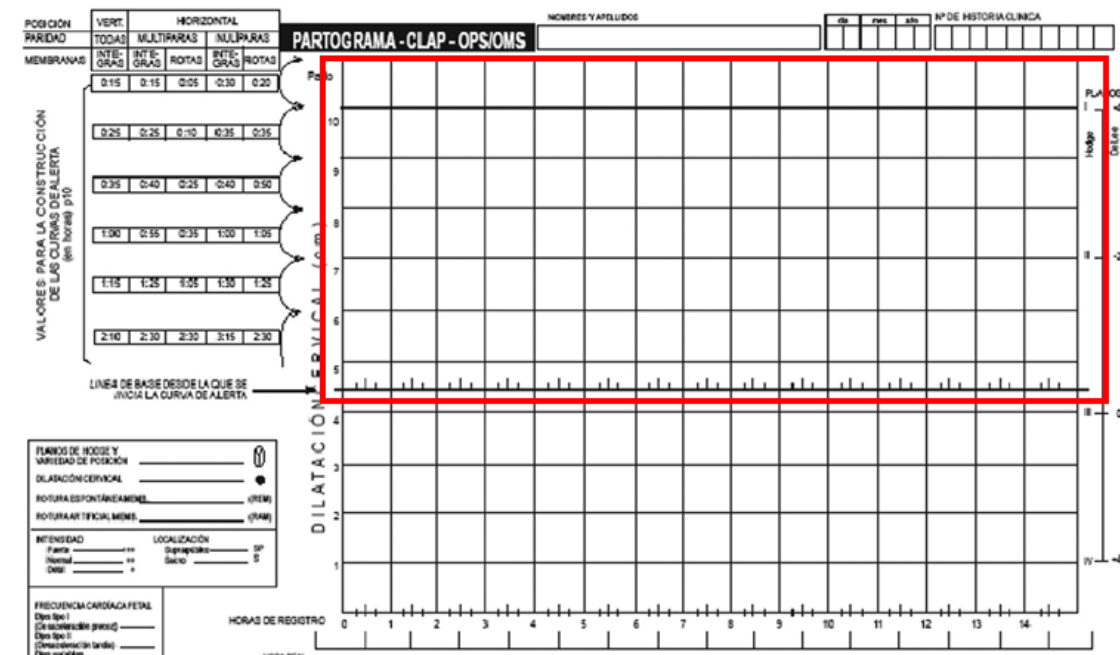
En la parte inferior izquierda del partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del mismo. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal,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



Figura 3. Convenciones para diligenciar el Partograma.

En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 4-5 cm. y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

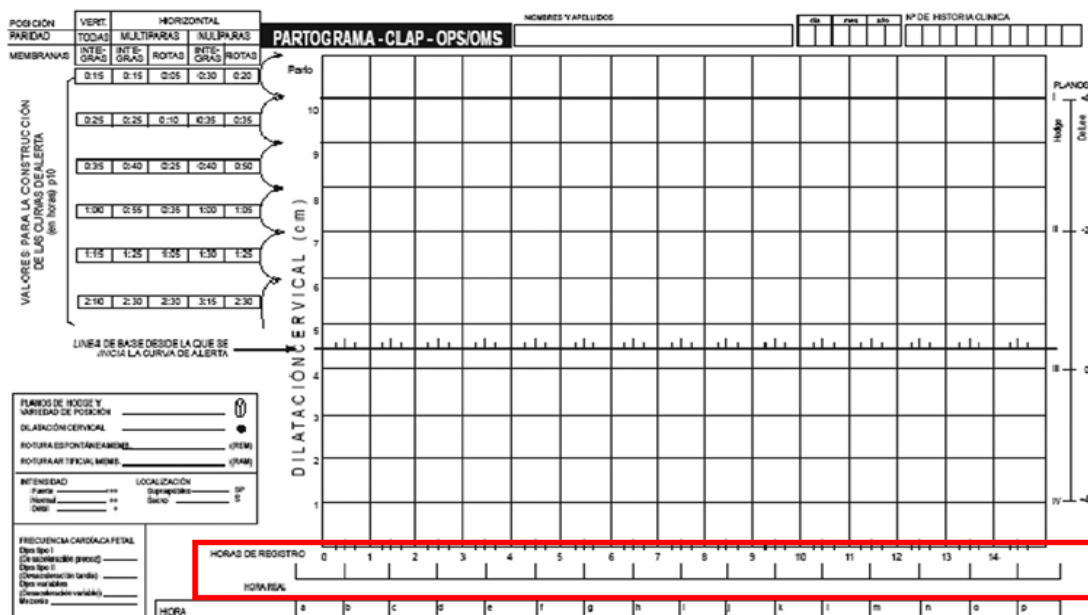
Figura 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.





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”.

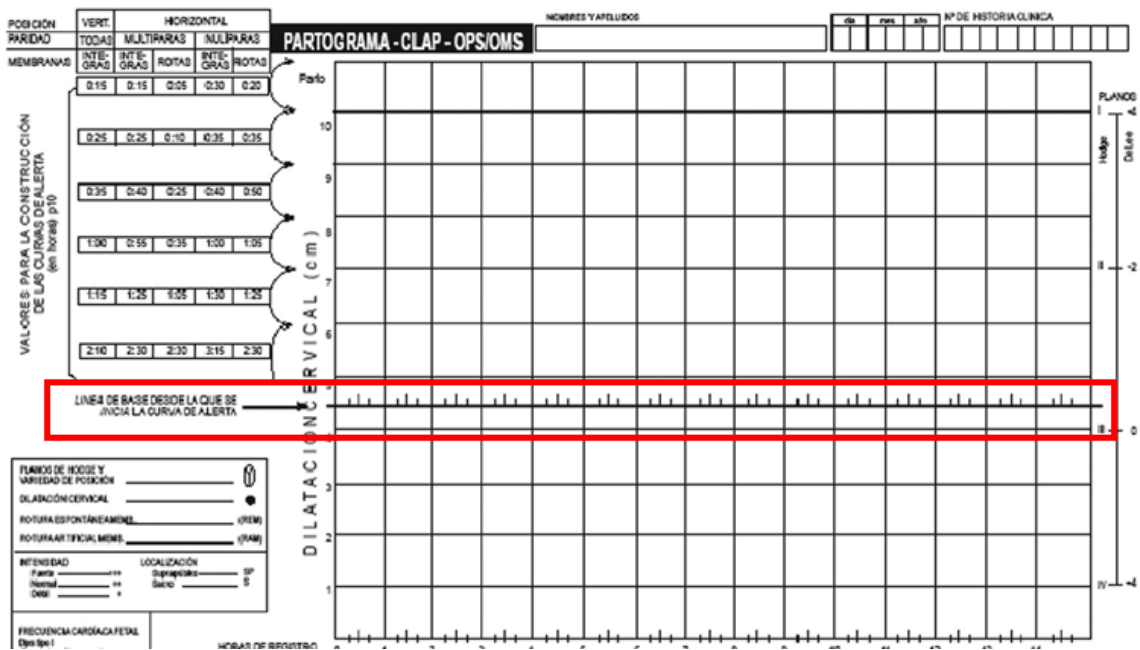
Figura 5.



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.



Figura 6.

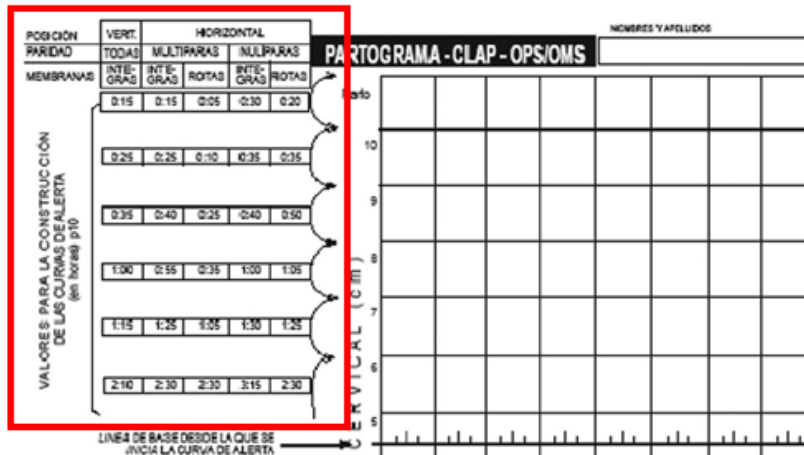


Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y 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 alarma son los que corresponden a estas características.

Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro.



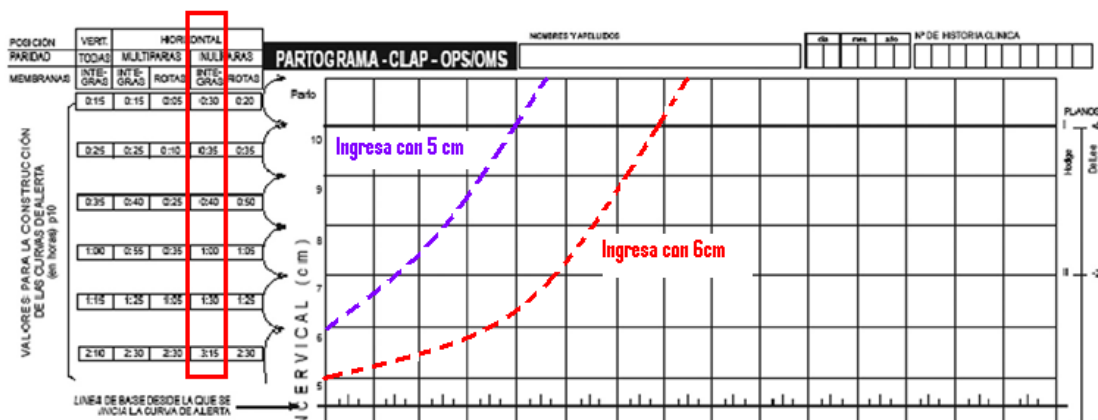
Figura 7.



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

- Si la paciente ingresa en 5 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente (figura 10). El ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alarma para una paciente nulípara con membranas integra que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

Figura 8.

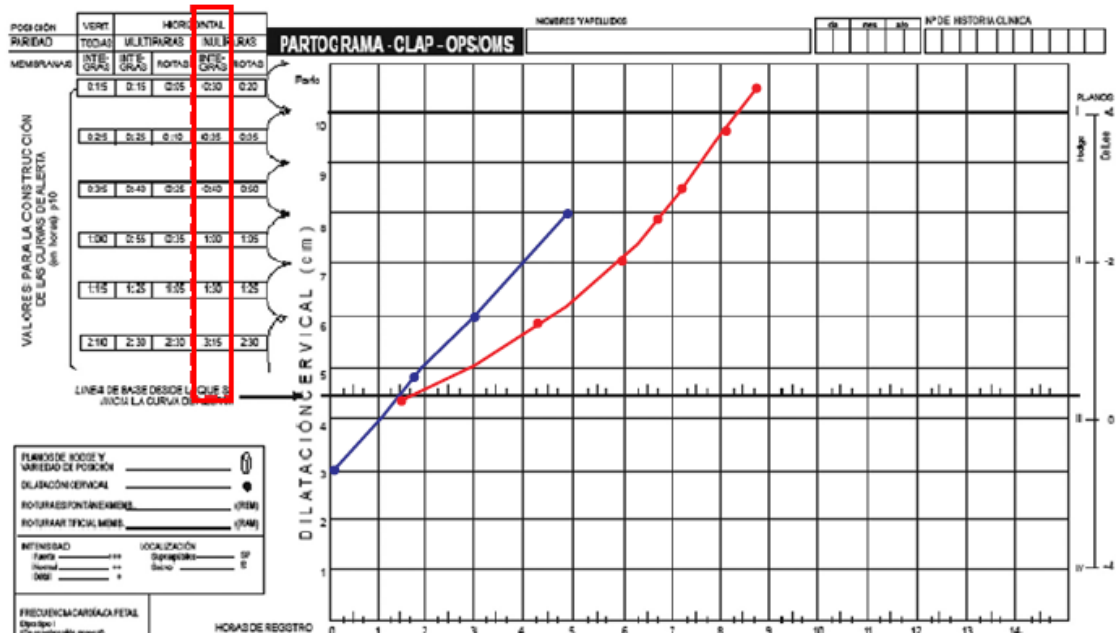


Cuando una paciente ingresa antes de los 4.5 de dilatación, se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base. Se traza una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y el siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta



intercepta la línea de base. En la figura 11, la línea azul muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva roja muestra la curva de alerta. El rectángulo marcado con rojo muestra el partograma realizado a una paciente nulípara con membranas íntegras.

Figura 9.

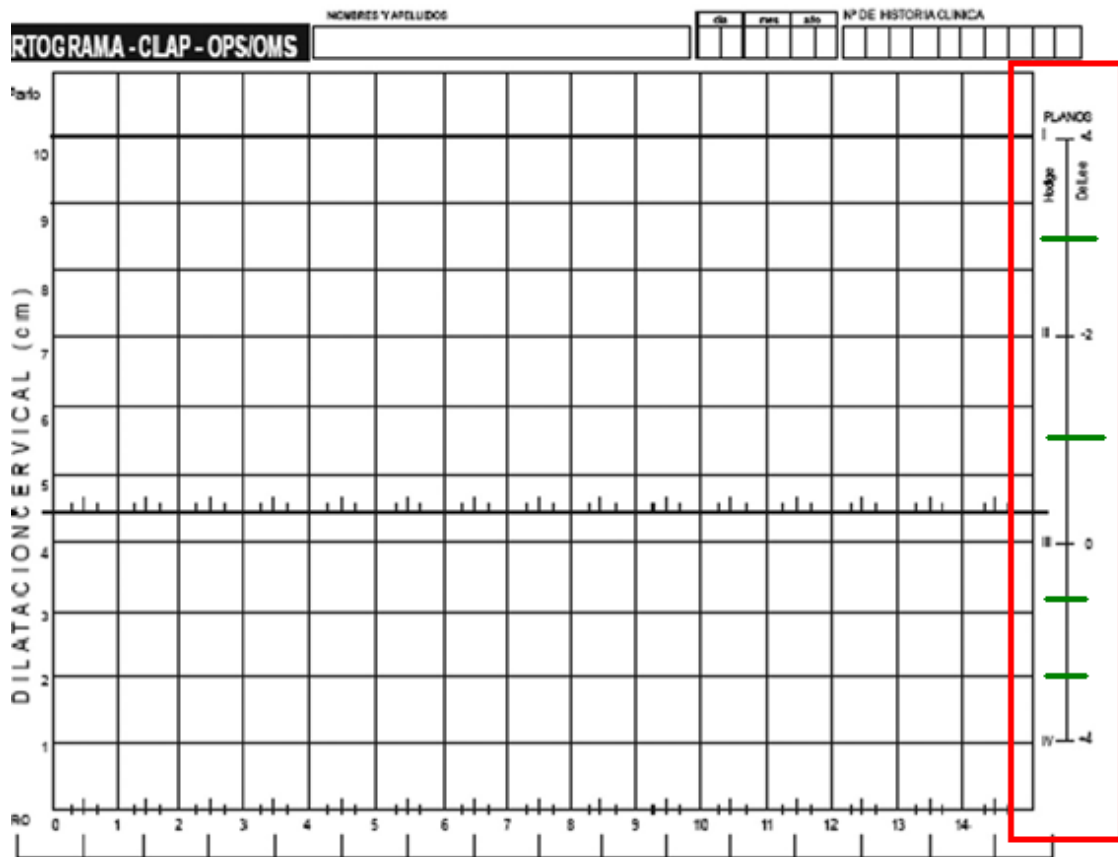


Para construir la curva de descenso de la presentación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de De Lee. Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedarán los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero.



Figura 10.

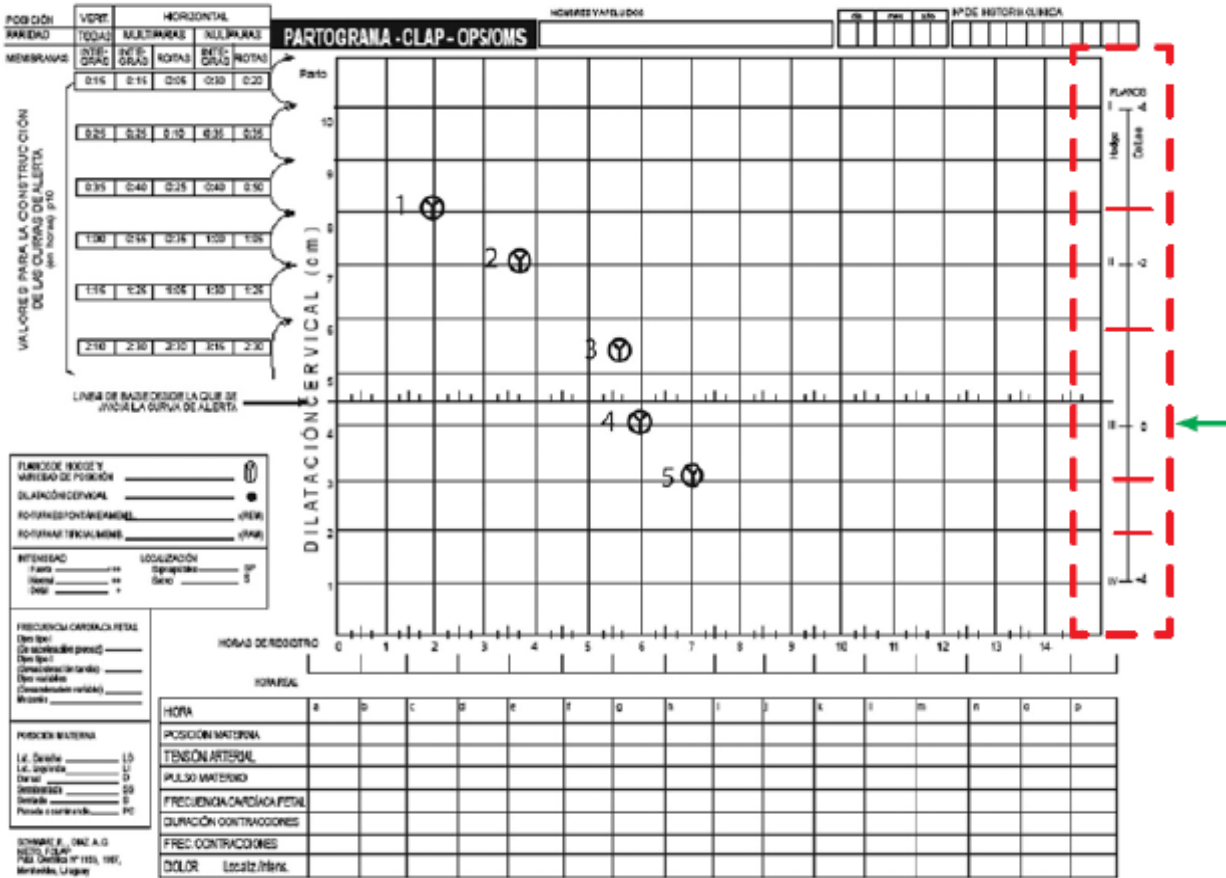


Emplee el icono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal. La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. (Figura 13). La variedad de posición 1,2 y 3 son una Occipito anterior 40 izquierda y estaciones de -3,-2 y -1, los numerales 4 y 5 muestran la rotación hacia la Occipito púbica y estaciones de 0 y +1 usando los planos de De Lee.

Esto permitirá tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.



Figura 11.



Interpretación del Partograma

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

Puesto que los patrones con los que se construye la curva de alerta, están basados en el límite extremo de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, la curva de dilatación real, debe mantenerse a la izquierda de la curva



de alerta en la evolución normal del parto. Si la curva de dilatación real cruza a la derecha de la curva de alerta, se deben realizar todos los esfuerzos posibles para detectar causas de distocia y eventualmente corregirlas.

El trabajo de parto prolongado: se observa la Curva de dilatación del trabajo de parto que ingresa a la zona de riesgo más un Monitoreo clínico del trabajo de parto alterado. se suele asociar con agotamiento físico materno, ansiedad creciente, aumenta la frecuencia de ocurrencia de sufrimiento fetal y traumatismo obstétrico.

Criterios de Diagnóstico:

Alteraciones de la Fase Latente: Mediante el tacto vaginal se puede detectar la progresión de la Dilatación y el Descenso en mayor tiempo del promedio. Fase Latente Prolongada: Evidencia de actividad uterina sin inicio de la Fase activa por un periodo >20 horas (Primíparas) y 14 horas (Multíparas).

Conducta:

1. Se debe tomar en consideración el estado de fatiga y ansiedad de la gestante
2. Buscar la causa del problema
3. Excluir causas iatrogénicas
4. Descartar la DCP
5. Descartar alteraciones de la contracción uterina (contracciones que duran menos de 40 seg, y con intensidad menos de 50 mmHg) o trabajo uterino menos de 100U.Montevideo en 10 minutos.
6. La amniotomía debe evitarse en gestantes con fase latente prolongada
7. Mantener hidratación adecuada

Alteraciones de la Fase Activa: Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por enlentecimiento: Fase activa lenta o prolongada: Dilatación cervical avanza con una velocidad < 1cm /h., durante la Fase Activa. Promedio: >12 horas.



Conducta:

1. Excluir causas que condicione el trastorno
2. Descartar DCP
3. Descartar una posición fetal anómala
4. Descartar alteraciones de la contracción uterina (contracciones que duran menos de 40 seg., con intensidad menor de 50 mmHg) o trabajo uterino menor de 10 U. Montevideo en 10 minutos.
5. Adopción por la gestante del decúbito lateral
6. Oxitocina a dosis bajas (como máximo 8 mU/min).

Retraso del Descenso o Descenso lento: Cuando la Presentación fetal desciende < 1cm /h. (nulíparas) < 2cm /h. (multíparas).

Conducta:

1. Descartar causas que lo condicionan, suspendiendo las mismas (sedantes o anestésicos).
2. Si existe DCP, realizar cesárea. La DCP es posible si hay prolongación del descenso y macrosomía fetal. También la macrosomía fetal con variedades de posición posteriores requiere cesárea.
3. Orientar a la gestante que se mantenga de pie.
4. Si la causa es una contractilidad uterina insuficiente, está indicado el uso de oxitocina.

Por detención: Detención de la Dilatación: Dilatación se interrumpe o detiene en la Fase Activa en 2 horas o más. **Detención del Descenso:** No existe progreso del descenso del polo fetal en 1 horas o más, tanto en Nulíparas o multíparas, fundamentalmente en expulsivo.

Conducta para detención de la dilatación:

1. Cesárea.



Conducta para detención del descenso:

1. Si existe DCP, realizar cesárea.
2. Si hay contracciones ineficaces, emplear oxitocina, si no hay respuesta en 3 horas, la posibilidad de DCP es alta y se debe realizar cesárea.

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

Partograma: Registre el número del expediente monitoreado. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se cumple), anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio no sea aplicable. El promedio del partograma se obtiene de dividir el total Criterios Cumplidos entre el total de Criterios Aplicables multiplicado por 100. El Promedio Global se obtiene de dividir el total de Partogramas que Obtuvieron un Promedio de 90 entre el total de Partogramas Monitoreados multiplicado por 100. El promedio por criterio nos servirá para focalizarnos en los Ciclos Rápidos de Mejoría Continua de el o los criterios que no estamos cumpliendo (Fallos de la Calidad de Atención).



1-Llena adecuadamente los datos generales de identificación de la parturienta:

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

2-Tiempo de inicio adecuado de la elaboración del partograma:

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

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

Se refiere a si el recurso de salud seleccionó de forma correcta, de acuerdo a las características de la parturienta, la columna correspondiente a ese caso particular de cualquiera de las 5 variantes: Vertical: Todas con membranas íntegras, no importando la paridad. Horizontal: en donde hay categorías Multíparas y Nulíparas; cualquiera sea la paridad, puede estar con membranas ovulares íntegras o rotas. Este patrón de construcción puede seleccionarse mediante el uso de flechitas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada.

4-Grafica adecuadamente la curva real, hasta el momento del nacimiento:

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



5-Grafica adecuadamente la Curva de Alerta:

La Curva de Alerta (línea punteada) deberá iniciarse, en los casos de parturientas que llegan con poca dilatación, al momento que la Curva Real se intersecta con la Línea de Base (la línea de base es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4 y 5 cms de dilatación cervical). En situaciones en donde la parturienta llegue con trabajo de parto avanzado, la elaboración de la curva de alerta se iniciará según corresponda, de acuerdo a la información obtenida a través del tacto vaginal, es decir: 4.5 cms, 5 cms, 6 cms, 7 cms, 8 cms, 9 cms, 10 cms. Si llega en período expulsivo y el parto es inminente puede realizarse posterior al nacimiento.

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

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

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

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



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

9-Grafica adecuadamente la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF):

El partograma nos permite graficar FCF desde un mínimo de 90 por min, hasta un máximo de 200 por min.

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

11-Grafica adecuadamente la Frecuencia de las Contracciones Uterinas:

Lo normal en el Trabajo de Parto, es que se produzcan 3 a 5 contracciones uterinas en 10 minutos.



12-Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas:

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

13-Grafica de forma adecuada la Ruptura Espontánea de Membranas (REM) y la Ruptura Artificial de Membranas (RAM):

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

14-Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta (De posición vertical a horizontal, de membranas íntegras a rotas):

Cuando la parturienta cambia de posición vertical (caminando, sentada) a horizontal (acostada), o bien que se rompan las membranas; inmediatamente con la nueva valoración se cambia el patrón de construcción de la curva de alerta por la nueva correspondiente, modificando la curva de alerta a partir de la dilatación



graficada en la curva de alerta anterior. En los casos en que no se haya requerido hacer cambio de patrón en la curva de alerta, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 13).

15-Llena adecuadamente la información complementaria de las casillas:

Tensión arterial, pulso, posición materna, intensidad de contracciones, duración de contracciones, dolor (localización, intensidad).

16-Interpreta adecuadamente ésta información complementaria:

No sólo basta registrar correctamente la información en las casillas complementarias. Variaciones que están fuera de lo normal, deben originar comentarios que lleven a decisiones diagnósticas, de tratamiento y/o de referencia. En los casos en que no se haya requerido hacer interpretación de la información complementaria, en la casilla de monitoreo correspondiente a dicho expediente se anotará NA (No Aplica). Este NA no se tomará en cuenta para el promedio obtenido por expediente, es decir, en vez de promediar entre 17 parámetros, se promediará entre 16 parámetros (o entre 15, si ya NA se hubiese aplicado al parámetro No. 10, o entre 14 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 12, o entre 13 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No.13, o entre 12 si ya NA se hubiese aplicado además al parámetro No. 14).



17-Observaciones:

Las casillas a, b, c, d,...o, deben marcarse con una X según corresponda al tiempo real en que se realiza la valoración, e indica que en una hoja en blanco adicional se encuentra un comentario que registra los hallazgos (de riesgo o anormales), que se traducen en decisiones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia para la usuaria. No basta con solo marcar con X la/s casilla/s. Al final, haga un promedio (vertical) de cada partograma, dividiendo el número de parámetros que fueron cumplidos (marcados con X) entre 17 que es el total de parámetros que se monitorean en cada partograma o entre el número de parámetros a valorar excluyendo los NA. Horizontalmente podemos también sacar un promedio por parámetro, dividiendo el total de cumplidos (marcados con X) entre el total de partogramas monitoreados. Esto nos permite focalizarnos en los ítems en que necesitamos reforzar la capacitación de miembros de personal de salud.



VII. Diseño metodológico:

Tipo de estudio: Se trata de una investigación con enfoque descriptivo de corte transversal.

Área de estudio: El siguiente estudio se realizó en el servicio de labor y parto, del Departamento de Ginecología del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de Octubre a Diciembre del año 2016.

Universo: Estuvo constituido por 953 mujeres embarazadas que dieron a luz por vía vaginal en sala de labor y parto en el periodo comprendido del 1ro de Octubre al 31 de Diciembre del año 2016, que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Tamaño de la muestra: Está conformada por 400 paciente que cumplían con los criterios de exclusión e inclusión.

Tipo de muestreo: **Calculadora de Muestras**

Margen de error:

 Nivel de confianza:

 Tamaño de Poblacion:

Margen: 5%
Nivel de confianza: 99%
Poblacion: 953

Tamaño de muestra: 391

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

- n= Tamaño de la muestra
- Z= Nivel de confianza deseado
- p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)
- q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)
- e= Nivel de error dispuesto a cometer
- N= Tamaño de la población

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$



Criterio de inclusión:

- Mujeres con embarazo a término o prolongado.
- Fase activa del trabajo de parto.
- Expediente con Partograma.
- Embarazadas con producto vivo.
- Presentación cefálica.
- Producto con peso de 2,500 a 3,500 gramos.
- Evolución espontánea.
- Producto en OIIA.

Criterio de exclusión:

- Mujeres gestantes pre término.
- Pacientes con variedad distócica.
- Producto menor de 2,500 gramos y mayor de 3,500 gramos.
- Expediente sin Partograma
- Fetos muertos
- Presentación Pélvica.
- Embarazo Gemelar.
- DCP.

Técnica y procedimientos:

Para la realización de la investigación previamente se solicitó un permiso a la subdirección docente del Hospital Alemán Nicaragüense y posteriormente procedimos a revisar los expedientes clínicos de los partos atendidos en el servicio de labor y parto.

Plan de análisis y tabulación:

Se elaboró una ficha de recolección de datos diseñada y validada por los investigadores, en donde se registraron los datos socio-demográficos y ginecoobstetricos de las pacientes en estudio cuya fuente de información fue el expediente clínico.



Se aplicó la hoja de monitoreo para el Partograma con curva de alerta emitida por el ministerio de salud a cada expediente revisado.

El análisis de los resultados obtenidos en las fichas se realizó a través de una pequeña base de datos, las tablas y gráficos en frecuencia y porcentaje respectivamente. Se diseñó en el programa Excel 2013 y su presentación en power point 2013.

Sistema de evaluación

Para valorar el nivel de calidad e interpretación del llenado se utilizó la hoja de monitoreo para el Partograma con curva de alerta del ministerio de salud, donde se establece que se considera con buena calidad aquellos que cumplen con el 90%:

CUMPLE: se le da una puntuación de 1 si el criterio evaluado es satisfactorio.

NO CUMPLE: se le da una puntuación de 0 si el criterio evaluado no es satisfactorio.

NO APLICA: registrar N/A en caso de que el criterio no sea aplicable.

Variables del estudio

Describir las características socio-demográficas y obstétricas de las pacientes en estudio.

- Edad
- Escolaridad
- Paridad
- Estado civil
- CPN



Evaluar la calidad del llenado del Partograma.

- Cumple
- No cumple

Conocer la interpretación del Partograma en sus diferentes acápite.

- CRITERIO No. 6 (Hoja de monitoreo de partograma con curva de alerta)
- CRITERIO No. 10 (Hoja de monitoreo de partograma con curva de alerta)
- CRITERIO No. 12 (Hoja de monitoreo de partograma con curva de alerta)
- CRITERIO No. 16 (Hoja de monitoreo de partograma con curva de alerta)

Evaluar el porcentaje del cumplimiento de los acápite de la hoja del partograma emitido por el Ministerio de Salud

- Promedio global (Hoja de monitoreo de partograma con curva de alerta)



Operacionalización de las variables

Objetivo 1		
Variable	Concepto	Valor/Escala
<i>Edad</i>	<i>Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.</i>	<p>< 19años</p> <p>20– 34años</p> <p>> de 35 años</p>
<i>Escolaridad</i>	<i>Nivel académico o grado aprobado.</i>	<p><i>analfabeta</i></p> <p><i>Primaria</i></p> <p><i>Secundaria</i></p> <p><i>Técnico</i></p> <p><i>Universitaria</i></p>
<i>Paridad</i>	<i>Número de hijos que una mujer ha tenido por parto o cesárea.</i>	<p><i>Nulípara</i></p> <p><i>Múltipara</i></p> <p><i>Gran múltipara</i></p>
<i>Estado civil</i>	<i>Relación conyugal de la embarazada al momento de su ingreso</i>	<p>< 22 SG</p> <p>22 -28 SG</p> <p>29 – 36 SG</p> <p>>36 SG</p>
<i>CPN</i>	<i>Número de Controles prenatales realizados antes del evento obstétrico</i>	<p>0</p> <p>3 o menos</p> <p>≥ 4</p>



Objetivo 2		
Variable	Concepto	Valor/Escala
<i>Cumple</i>	Partograma que al dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables obtiene una puntuación mayor de 90.	<i>>90 puntos</i>
<i>No cumple</i>	Partograma que al dividir el total de criterios cumplidos entre el total de criterios aplicables obtiene una puntuación menor de 90.	<i><90 puntos</i>

Objetivo 3		
Variable	Concepto	Valor/Escala
<i>Criterio No. 6</i>	Interpreta adecuadamente la curva real, respecto de la curva de alerta.	1 0 <i>No Aplica</i>
<i>Criterio No. 10</i>	Interpreta adecuadamente las variaciones de la Frecuencia Cardíaca Fetal.	1 0 <i>No Aplica</i>
<i>Criterio No. 12</i>	Interpreta adecuadamente las variaciones de las Contracciones Uterinas	1 0 <i>No Aplica</i>
<i>Criterio No. 16</i>	<i>Interpreta adecuadamente esta información</i>	1 0 <i>No Aplica</i>



Objetivo 4		
Variable	Concepto	Valor/Escala
<i>Promedio global</i>	<i>Es el resultado de la división de los partograma que obtuvieron una puntuación mayor a 90 puntos entre el total de partograma monitoreados</i>	<i>0 – 100 %</i>



VIII. RESULTADOS

Del total de pacientes 103 (26%) corresponden a adolescentes menores de 19 años, 214 (54%) a la edad comprendida entre 20 a 34 años y 83 (20%) a pacientes mayores de 35 años. (VER ANEXO CUADRO No.1).

Del total de pacientes 89 (22%) corresponden a nulíparas, 217 (54%) a multíparas y 94 (24%) a gran multíparas. (VER ANEXO CUADRO No.2).

Con respecto a la escolaridad de las pacientes 32 (8%) corresponden a pacientes analfabetas, 251 (62%) a estudios de primaria, 98 (25%) a pacientes con estudios de secundaria, 8 (2%) con estudios técnicos y 11 (3%) corresponden a estudios universitarios. (VER ANEXO CUADRO No.3).

De acuerdo al estado civil de las pacientes, 45 (11%) son madres solteras, 235 (59%) se encuentran acompañadas y 120 (30%) de ellas están casadas. (VER ANEXO CUADRO No.4).

Se encontró que 79 (20%) pacientes no tenían ningún control prenatal, 221 (55%) tenían 3 o menos controles prenatales y 100 (25%) tenían 4 o más controles. (VER ANEXO CUADRO No.5).

Con respecto a la calidad del Partograma encontramos que 260 (65%) cumplen con más de 90 puntos en los acápite evaluados y 140 (35%) no cumplen. (VER ANEXO CUADRO No.6).



De acuerdo con la interpretación, en el acápite No. 6 se encontró que 340 (85%) tuvo buena interpretación, 44 (11%) no tuvo buena interpretación y 16 (4%) no aplicaba; en el acápite No. 10 encontramos que 360 (90%), tuvo buena interpretación, 32 (8%) no tuvo buena interpretación y 8 (2%) no aplicaba, en relación al acápite No. 12 se encontró 360 (90%) tuvo buena interpretación, 16 (4%) tenía inadecuada interpretación y 24 (6%) no aplicaba, con respecto al acápite No. 16 encontramos 364 (91%) tuvo buena interpretación, 16 (4%) no tuvo buena interpretación y 20 (5%) no aplicaba.(VER ANEXO CUADRO No.7).

Del total de partogramas revisados el cumplimiento del promedio global es de 65%.(VER ANEXO CUADRO No.8).



IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio en el Hospital Alemán Nicaragüense sobre calidad del llenado e interpretación del partograma de pacientes embarazadas en el área de labor y parto en el periodo comprendido de octubre a Diciembre del año 2017, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados, tomando una muestra de 400 expedientes.

De los 400 expedientes revisados, se obtuvo que el 54% (214) de las pacientes estaban en edad comprendida de 20 a 34 años, por lo tanto podemos decir que es un resultado satisfactorio secundario a la implementación de la iniciativa 002 (Norma y Protocolo de Planificación Familiar, 2009) desde hace 3 años, la cual reúne un grupo de adolescentes y promueve la sexualidad responsable, brindando consejería acerca de la importancia de llegar a los 20 años sin un embarazo.

Con respecto a la paridad del total de pacientes, se obtuvo que el mayor porcentaje lo ocupaban las multíparas con el 54% (217), esto es secundario a que el termino multípara se refiere a las embarazadas que han tenido uno o más partos, por lo que en este grupo entran las bigestas, trigestas y multigesta los cuales juntos al suman un mayor porcentaje que las primigesta.

Sobre el nivel académico de las pacientes, se identificó que el 62% (251) solamente llegaron a cursar estudios de primaria, esto debido posiblemente a que las pacientes deciden convivir con sus maridos y estos les obligan a que dejen los estudios por estar desempeñando un rol de ama de casa a temprana edad.

En relación del estado civil de las pacientes, se obtuvo que un alto porcentaje del 59% (235) se encuentran acompañadas, se puede justificar esta cifra ya que es sabido que las jóvenes al iniciar vida sexual activa deciden arbitrariamente irse a vivir con su pareja.

En los controles prenatales se encontró que el 55% (221) de las pacientes habían acudido por lo menos a 3 o menos controles prenatales, esta cifra es elevada y se piensa que esto se debe a que las pacientes no saben de su embarazo, sino es



después de las 20 semanas y no acuden a su puesto de salud por ignorar las consecuencias que puede sucederle en el transcurso del embarazo.

De la calidad del partograma encontramos que el 65% (260) de los partogramas revisados cumplieron con 90 o más puntos de los acápite evaluados. Según la normativa 109, "Protocolo de la Atención De Complicaciones Obstétricas" en el capítulo de parto obstruido, nos dice que para que un expediente cumpla debe ser por encima del 90% es decir que solo se puede fallar en un acápite, por lo que consideramos que se cumplió con la calidad. Comparado con estudios previos realizados en otras instituciones como en el caso del estudio del Dr. Yader Antonio Saborío del año 2011 en el Hospital Juan Antonio Brenes de Somoto que cumplían el 66% con la calidad del Partograma.

De igual forma al hacer una evaluación del cumplimiento de los acápite que valoran la interpretación del Partograma, determinamos que en un 89% se está realizando correcta interpretación del Partograma, considerándose ésta, una puntuación alta lo cual indica que se están tomando medidas oportunas al encontrar una alteración en la evolución del trabajo de parto.

Con respecto al promedio Global del cumplimiento del llenado del partograma encontramos de los 400 expedientes revisados, que el cumplimiento fue de un 65%, cifra que está un tanto baja en relación con el 72.7% obtenido en el trabajo investigativo de las Dras. Arlen Elieth Torres y Adriana María Sánchez, en el Hospital Victoria Motta, Jinotega en el año 2015.



X. CONCLUSIONES

En relación a las características socio-demográficas identificamos que el mayor número de parturientas pertenecían a las edades entre 20 – 34 años, principalmente con un nivel escolar de primaria y con estado civil primordialmente acompañadas.

En relación a los principales antecedentes obstétricos, el mayor de los porcentajes obtenidos era de pacientes multíparas, que habían acudido a por lo menos 3 controles prenatales.

Con respecto a la calidad del partograma se encontró que un 65% (260) de los partogramas revisados, cumplieron con 90 puntos o más de los acápite evaluados.

En cuanto a la interpretación del llenado observamos que todos los acápite en su mayoría fueron correctamente interpretados y que un porcentaje menor no fue correctamente interpretado.

Con respecto al porcentaje Global del cumplimiento del partograma encontramos que un 65% (260) fueron cumplidos adecuadamente.



XI. RECOMENDACIONES

Recomendamos al Ministerio de Salud realizar actualizaciones continuas y capacitaciones sobre el llenado e interpretación de la hoja del partograma hacia médicos generales, internos, pre internos y residentes de Gineco-Obstetricia, haciendo énfasis en el correcto llenado de toda la hoja de partograma para así poder tener una mejor opción para detectar e intervenir ante cualquier eventualidad.

Se recomienda a la Dirección del Hospital Alemán Nicaragüense y su equipo de control de calidad a continuar realizando monitoreo constante de los partogramas de pacientes atendidas en dicha Unidad de Salud.

En vista que el correcto llenado y la adecuada interpretación del partograma ayudan a disminuir las complicaciones maternas-fetales, se insta a las autoridades correspondientes a continuar promoviendo actividades que hasta el momento han logrado estos resultados, siempre con la finalidad de vigilar de manera adecuada el trabajo de parto y evitar complicaciones durante este proceso natural como lo es el parto.

Se recomienda a las entidades superiores de la unidad de salud donde elaboramos nuestro trabajo a que se tome este como precedente y que inste a sus recursos, ya sea graduados o en formación a realizar estudios similares al nuestro, para de esta manera identificar las debilidades que se tienen tanto en el llenado como en la interpretación de los ítems del partograma.



XII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Alejandro Duarte y Henry Larios (enero a septiembre 2010). Calidad e interpretación del partograma como instrumento para la vigilancia de parto en pacientes atendidas en el hospital amistad de Japón granada, Nicaragua.
- 2) Carlos Marín (2005-2007). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y curva de alerta en la sala de labor y parto del hospital escuela Oscar Danilo Rosales de león, Nicaragua.
- 3) D, Méndez D. Bajuela A. Téllez M. Núñez. (2004). *El Partograma y las Desviaciones del Trabajo de Parto.*
- 4) Danilo Napoles Mendez, D. B. (2004). *El Partograma y las desviaciones del Trabajo de Parto.*
- 5) Danilo Nápoles Méndez, et. al. (2004). Partograma y las desviaciones del trabajo de parto....
- 6) Jorge Hernández Guzmán (2010). Llenado e interpretación del partograma en el servicio de labor y parto del hospital Fernando Vélez Paiz Managua, Nicaragua
- 7) Jader Saborío (octubre a Diciembre del 2011) utilización del partograma como herramienta para la toma de decisiones en los partos atendidos en el servicio de labor y parto del hospital José Antonio Brenes Palacio de Somoto, Nicaragua.
- 8) Mauro Parra C, L. Q. (martes de octubre de 2005). *REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(1): 8-11 REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(1).* Obtenido de REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(1): 8-11 REV CHIL OBSTET GINECOL 2005; 70(1): <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n1/art03.pdf>



- 9) Mauro Parra, J. A. (2007). *Partograma en mujeres multíparas con manejo médico del trabajo de parto*, *Rev Chil Obstet Ginecol*.
- 10) Schwarcz, sala, Duverges, "obstetricia", 6ta. Edición, Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2005. Pág. 728.
- 11) Sheen PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. *Clin Obstet Ginecol (México)* 1987; 1:31– 8
- 12) Reynaldo Flores (enero a marzo del 2015). Calidad del llenado e interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del hospital escuela regional Santiago de Jinotepe.
- 13) Gozales de C., X., & col, A. y. (agosto 2003). *impacto del partograma en la atención del trabajo de parto*. puerto cabeza venezuela .



XIII. ANEXOS



FICHA No. 1 PARA LA RECOLECCION DE DATOS

ESTUDIO:

Calidad del llenado e interpretación del partograma de pacientes embarazadas en sala de labor y parto del Hospital Alemán Nicaragüense, en el periodo de octubre a diciembre del año 2016.

Edad:

<de 19 años: _____

20–34 años: _____

≥ de 35 años: _____

Paridad:

Nulípara: _____

Múltipara: _____

Gran Múltipara: _____

Escolaridad:

Analfabeta: _____

Primaria: _____

Secundaria: _____

Técnico: _____

Universitaria: _____

Estado Civil:

Soltera: _____

Acompañada: _____

Casada: _____

CPN:

0: _____

3 o menos: _____

≥ 4: _____



FICHA No. 2 PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Anexo No. 2
REPÚBLICA DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD
ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER

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: 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 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.	
No	Criterio																						
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 integras 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 esta información.																						
17	Utiliza adecuadamente las Casillas de Observaciones (a, b, c...), para: registrar la presencia y características de meconio, presencia de DIPES, uso y dosificación de oxitocina, antibióticos, etc..																						
Promedio por Partograma :																							
Promedio Global :																							

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



Cuadro No. 1

Edad de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

Edad		
< de 19	20-34	> de 35
103	214	83
400		

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400

Cuadro No. 2

Paridad de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

Paridad		
Nulípara	Múltipara	gran múltipara
89	217	94
400		

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400

Cuadro No. 3

Escolaridad de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

Escolaridad				
analfabeta	Primaria	Secundaria	Técnico	universitaria
32	251	98	8	11
400				

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400



Cuadro No. 4

Estado Civil de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

estado civil		
soltera	Acompañada	Casada
45	235	120
400		

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400

Cuadro No. 5

No. De CPN de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

CPN		
0	3 o menos	> de 4
79	221	100
400		

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400

Cuadro No. 6

Calidad del Partograma de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

CALIDAD PARTOGRAMA	FRECUENCIA
	NUMERO
CUMPLE	260
NO CUMPLE	140
TOTAL	400

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400



Cuadro No. 7

Interpretación del Partograma de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

CRITERIO	1	%	0	%	NO APLICA	%	TOTAL
No. 6	340	85	44	11	16	4	400
No. 10	360	90	32	8	8	2	400
No. 12	360	90	16	4	24	6	400
No. 16	364	91	16	4	20	5	400

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400

Cuadro No. 8

Promedio global de cumplimiento del Partograma de las pacientes ingresadas en sala de labor y parto del HAN

PROMEDIO GLOBAL
65%

Fuente: ficha recolectora de datos

n=400