

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFIA PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**CALIDAD DE ATENCION EN LA VIGILANCIA
DEL TRABAJO DE PARTO CON PARTOGRAMA
Y SUS RESULTADOS PERINATALES.
HOSPITAL ESCUELA OSCAR DANILO ROSALES
LEÓN JUNIO 2005 - JUNIO 2007**

Elaborada por: *Dra. Milagros Velásquez Espino*
 Residente del IV Año
 Ginecología y Obstetricia

Tutor: *Dra. Flor de María Marín*
 Especialista en Ginecología y Obstetricia

Dr. Luis Urbina
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Asesor: *Dr. Francisco Tercero, Ph.D.*

León, Noviembre 2007



DEDICATORIA

*Si en la lucha el destino te derriba
Si todo en tu camino es cuesta arriba
Si tu sonrisa es ansia insatisfecha
Si hay faena excesiva y vil cosecha
Si a tu caudal se contraponen diques
date una tregua; pero no claudiques!!*

Rudyard Kipling.

A Dios por ser quien guía mis pasos por el camino del bien, por permitirme cumplir con este sueño y sobretodo por preservar mi ilusión y mi alegría por la vida.

A mis pacientes quienes constituyen la motivación en mi quehacer diario.

A mis padres María Julia y Noel por acompañarme durante estos cuatro años brindándome su apoyo incondicional, alentándome para alcanzar el éxito y sobretodo por estar pendientes de los más pequeños detalles en mi desarrollo personal y profesional.

A mis hermanos Noel, Maylin, María y Marisol por mostrarse siempre dispuestos a colaborar cuando lo necesité.

A mi cuñada Adriana por la compañía, buenos consejos y por su disponibilidad de siempre.



INDICE

INTRODUCCIÓN.....1

ANTECEDENTES.....2

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....4

JUSTIFICACIÓN.....5

OBJETIVOS.....6

MARCO TEÓRICO.....7

MATERIALES Y MÉTODOS.....18

RESULTADOS.....23

DISCUSION29

CONCLUSIONES.....31

RECOMENDACIONES.....33

REFERENCIAS.....34

ANEXOS.....37



INTRODUCCIÓN

A nivel mundial es una inquietud la disminución de los problemas inherentes al parto, para de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus periodos, una forma sencilla de hacerlo es a través de la vigilancia en forma gráfica.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso del partograma para el monitoreo de todas las mujeres durante el trabajo de parto. Dicho instrumento es una herramienta no un fin en sí. Utilizado eficazmente, da una representación gráfica del avance del trabajo de parto y del estado de la madre y del feto, es una guía para detectar a tiempo el trabajo de parto prolongado u obstruido, de igual forma apoya la toma de decisiones informada para el manejo del parto.¹

El partograma ha sido utilizado en diferentes países tanto desarrollados como en vías de desarrollo. Recibe a su vez diferentes nombres como normograma, cervicograma, registro gráfico y hoja de labor y parto. Es considerado barato, efectivo, práctico y ayuda a tomar decisiones anticipadas, para transferir, conducir, finalizar el trabajo de parto o indicar una cesárea.²

Este instrumento recopila información sobre distintas variables fisiológicas de la madre y el feto durante la labor y el parto. Indistintamente de su estructura el común denominador en el mismo son tres componentes: la condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y porcentaje de asfixia al nacer.³



ANTECEDENTES

Méndez y col. (2004) realizó en Costa Rica perseguía divulgar el uso del partograma y, describiendo sus objetivos y el modelo gráfico estándar para la elaboración de la curva de parto. ⁴

Parra y col. en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el 2003, realizaron un estudio en primigestas con manejo médico del trabajo de parto, concluyendo que del total de pacientes atendidas a un 60.4% se les realizó un análisis del partograma. ⁵

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 claridad 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. ⁶

En Lima, Perú, 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. ⁷

En Tanzania,(2001) se realizó un estudio para evaluar la calidad de monitoreo del trabajo de parto después de la introducción del partograma, obteniéndose como resultado que el partograma ayuda para la toma de decisiones; sin embargo su implementación requiere de un continuo reforzamiento. ⁸

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 educativa en parteras sobre el uso de dicho instrumento, concluyéndose que ellas necesitan mayor entrenamiento en el uso correcto del partograma. ⁹



Campos (2001) evaluó la utilización gráfica del partograma para el registro de la evolución del trabajo de parto. Concluyó que el uso de las gráficas como sistema de vigilancia está influenciado por la subjetividad.³

Umizulique, en Nigeria, (1999) realizó un estudio y reflejó que el partograma fue utilizado en la prevención efectiva de una segunda fase prolongada del trabajo de parto.¹⁰

Lennox en Asia, (1998), demostró que el uso del partograma en el manejo del trabajo de parto reduce el trabajo de parto prolongado así como el índice de cesárea mejorando el resultado fetal.¹¹

Pavón León y col. en México (1997) realizaron un estudio hospitalario para evaluar la integración y el llenado del expediente clínico obstétrico. En lo que se refiere al partograma encontraron que solamente el 11.8% de los expedientes tenían dicho instrumento llenado correctamente.¹²

En Ghana (1996) se realizó un estudio cuyo objetivo era demostrar sí, la introducción del partograma de la OMS, para la vigilancia del trabajo de parto, había influido en la reducción de la incidencia de rotura uterina así como en la mortalidad materna y perinatal. Como resultado se obtuvo una reducción en la incidencia de la patología en mención al comparar el periodo de estudio con el periodo previo.¹³

En Senegal (1992) se realizó un estudio, sobre la valoración del partograma con curva de alerta concluyendo que la curva de alerta fue cruzada en el 9,8% de los casos y que la frecuencia de resucitación neonatal en este grupo fue alta.¹⁴



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad de llenado del Partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del Trabajo de Parto en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Junio 2005- Junio 2007?



JUSTIFICACIÓN

El partograma constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto a nivel hospitalario, permitiendo atender de manera oportuna cualquier anomalía, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura. Este instrumento cuenta con el apoyo de la OMS y el Banco Mundial.

En Nicaragua esta iniciativa se utiliza para la vigilancia del trabajo de parto desde 1987 en unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud. Sin embargo, no se cuenta con estudios que evalúen el sistema de llenado, ni mucho menos el impacto positivo o negativo de la utilización del mismo en asociación directa con morbi mortalidad materna y/o fetal.

Por lo tanto, este estudio pretende proveer evidencia científica acerca del llenado correcto del partograma y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto y para la toma de decisiones de manera oportuna en el HEODRA, en particular y Nicaragua en general.



OBJETIVOS

General

Valorar la calidad de llenado del partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del Trabajo de Parto, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de Junio 2005-Junio 2007.

Específicos

1. Determinar el porcentaje de realización de partograma con curva de alerta para la vigilancia del trabajo de parto.
2. Identificar porcentaje de partogramas llenados correctamente.
3. Identificar porcentaje de partogramas con curva de alerta utilizados para el establecimiento de conductas precisas para la atención del parto (Vía de finalización del parto, principales indicaciones de cesáreas, hallazgos encontrados en cesáreas...)



MARCO TEORICO

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 .¹⁵

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.¹⁶

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; éstos últimos através del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.⁴



DEFINICION

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.⁴

OBJETIVOS DEL PARTOGRAMA

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

VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados.
2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.
3. Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.
4. Es capaz de explicar los altos índices de cesárea en algunos hospitales.
5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y asequible.



Llenado del partograma

Datos Generales

Anotar nombre y apellidos 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:

1. Dilatación cervical.
2. Planos de Hodge.
3. Estado en que se encuentran las membranas ovulares.
4. Frecuencia cardíaca fetal
5. 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 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 anotará en observaciones de la cuadrícula inferior. Si se rompe en algún momento del trabajo del parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM).

Sector inferior

Este sector está destinado al registro horario de:

Posición materna: La adoptada predominantemente en el período 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 cardiaca fetal: en latidos por minuto fuera de la contracción.

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

Frecuencia contracciones: No. de contracciones en 10 minutos.

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

Localización

Región supra púbica (SP)

Región sacra. (S)

Intensidad del dolor:

Fuerte (+++)

Moderado (++)

Débil (+)

No lo percibe (-)

Otros datos

Se registrarán además las drogas administradas, vía 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.
2,17,18

Curvas de alerta para la dilatación cervical

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación cesárea. Es uno de los instrumentos indispensables para evaluar la calidad de la atención del parto a la vez que resulta una herramienta práctica para vigilar el progreso del parto en un caso individual.

Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible



distocia. Brindan, 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.^{17,18}

Condiciones cambiantes durante el trabajo de parto

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



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.¹⁹

- 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 contracciones 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. ¹⁹

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, dilatatoria y pelviana que definen los objetivos fisiológicos de cada una de éstas categorías. ¹⁶



Períodos del trabajo del parto:

- 1) Borramiento y dilatación del cuello uterino.
- 2) Expulsión del feto.
- 3) 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.

Estadíos del parto:

Primer estadío: hace referencia al intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman en tres fases de acuerdo con la progresión de la dilatación cervical.

1. Fase latente: período entre el inicio del trabajo de parto y el punto en que se observa un cambio en la progresión de la dilatación cervical. Se caracteriza por una duración variable.
2. Fase activa: asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm. de dilatación.¹⁰
Se subdivide a su vez en una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración.
3. Fase descendente: coincide con el segundo estadío del parto.

Segundo estadío: intervalo entre la dilatación cervical completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando con la expulsión del feto.

Tercer estadío: 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
- 3°. Mecanismo de salida de la pelvis para atravesar el estrecho superior.

En cada etapa de su 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 por 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 pubococcígeo 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.^{20,21}

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



- Distocias del parto
- Distocias del canal del parto.
- Distocias del motor del parto.
- Distocias por disminución de la contractibilidad, con triple gradiente descendente conservado.
- Distocias por perturbación 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.



MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal.

Población:

Total de partos esperados (n=5,700) para el periodo de estudio en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, durante el período de Junio 2005- Julio 2007.

Cálculo de la muestra y muestreo:

Para el cálculo de la muestra se consideró el universo y debido a que no se cuenta con antecedentes del problema a estudiar, se utilizó un valor de la frecuencia igual al 50% y una precisión de 5%, con un nivel de significancia del 95%. Lo cual nos dio una muestra total de 360. Sin embargo, esta muestra se ajustó con la proporción de partogramas de mala calidad en el llenado (33%), con esto se obtendrá una muestra final de 480. Para la obtención de la misma se realizó un muestreo aleatorio sistemático, tomando una tercera parte de la muestra para cada uno de los años del estudio (n=160), para garantizar la representatividad en dichos años.

Criterios de inclusión:

- a. Mujer con embarazo a término en trabajo de parto.
- b. Parto en presentación cefálica.
- c. Inicio del trabajo de parto espontáneo.

Criterios de exclusión:

- a. Presentaciones distócicas.
- b. Embarazos pretérminos.
- c. Embarazadas sin verdadero trabajo de parto.
- d. Partos inducidos / conducidos.

**Método de recolección de datos:**

Revisión de los expedientes de las pacientes embarazadas que cumplieron con los criterios de inclusión, en ellos se valoró la elaboración del partograma para la vigilancia del trabajo de parto, además se realizó una evaluación de los mismos, utilizando para tal fin una hoja de monitoreo (Anexo 1), en la que se identifica si todos los elementos que comprenden una buena vigilancia del trabajo de parto se utilizan de manera adecuada. Se determinó si en base al comportamiento de los elementos que se vigilaron durante el trabajo de parto se realizaron interpretaciones que permitieron al médico tomar una decisión respecto a la conducta a seguir con la parturienta.

Para valorar el porcentaje de partogramas que son de utilidad en el manejo de la parturienta, se estableció una relación entre los partogramas realizados, entre los realizados y llenados adecuadamente y, entre los llenados adecuadamente que a su vez reflejaron la necesidad de realizar una intervención oportuna.

Instrumento de recolección de la información:

Formato de monitoreo y una hoja de la misma diseñada en Excel con diecisiete ítems entre los que se valoraron los datos generales de identificación de las pacientes, el tiempo de inicio de la elaboración del partograma, los elementos definidos para la vigilancia del trabajo de parto, y la interpretación de los datos. Está diseñada para evaluar que elementos del partograma representa mayores dificultades para ser elaborados y además nos permite identificar en cada uno de los partogramas la calidad del llenado y su uso.

Fuente de datos:

Secundaria a través de la revisión de expedientes clínicos.



Procesamiento de la información:

Haciendo uso de la hoja de monitoreo se evaluó cada uno de los expedientes y se registró en la casilla correspondiente si cumplían adecuadamente con el criterio para el mismo y se procedió a marcar con una (+), si no cumplió se marcó (-), y si la condición que se estaba evaluando no era aplicable se marcaba como (NA). El partograma se evalúa con los ítems válidos (tanto los marcados adecuadamente como los no marcados) se exceptúan los NA. El valor total de todos los ítems es 100%, se consideró para tal fin que un partograma que logra alcanzar el 80% de cumplimiento está adecuadamente elaborado e interpretado.

Posteriormente se analizó la información para poder determinar si se tomaron decisiones de manera oportuna o no, de igual manera podremos obtener a partir de los mismos expedientes el porcentaje de pacientes que finalizaron en cesárea y sus indicaciones, así como los hallazgos encontrados en las mismas y el puntaje de APGAR del recién nacido.

Los software utilizados fueron Excel de Windows XP, y Epi info.

Aspectos éticos

Durante el presente estudio se tomaron en cuenta los principios éticos, y se respetó la confidencialidad de la información suministrada por los expedientes.



Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Valor
Tiempo de inicio del partograma	Momento en que se inicia el llenado del partograma con curva de alerta. 3 contracciones uterinas en 10 minutos, de al menos 40 seg de duración, intensidad (++) y al menos 3 cm de dilatación.	Embarazadas en trabajo de parto, con inicio correcto partograma.	Cumple No cumple No aplica
Patrón de construcción de curva de alerta	Tabla de valores donde se ubica los datos de la parturienta de acuerdo a sus características. Todas verticales con membranas íntegras. Múltipara con membranas íntegras. Múltipara con membranas rotas. Nulípara con membranas íntegras. Nulípara con membranas rotas.	Partograma con ubicación de la parturienta en el patrón correspondiente.	Cumple No cumple No aplica
Curva de alerta	Sistema de vigilancia del progreso del trabajo de parto, marca un límite extremo de la evolución de la dilatación cervical. Tiempos del patrón de construcción coinciden con la gráfica de la curva de alerta. Cambia de patrón cuando es pertinente.	Gráfico de la curva de alerta.	Cumple No cumple No aplica
Curva real	Es la expresión gráfica resultante de los tactos vaginales realizados. Bien realizada: Inicia cuando hay un verdadero trabajo de parto. Se grafica en correspondencia con los convencionalismos del partograma. Finaliza con el nacimiento del bebé.	Gráfico de la curva real.	Cumple No cumple No aplica
Planos de Hodge	Referentes anatómicos para evaluar el progreso del descenso. Adecuado si se corresponde con el horario real de la vigilancia. Si el gráfico va en descenso. Si se grafica desde al inicio hasta finalizar el parto.	Registro gráfico del descenso de la presentación.	Cumple No cumple No aplica
Frecuencia cardíaca fetal	Es el latido del corazón fetal auscultado por estetoscopio o monitorizado por doppler. Frecuencia cardíaca fetal normal: entre 120 y 160 latidos por minuto con una variabilidad que no excede los 12 latidos.	Registro gráfico de la frecuencia cardíaca fetal	Normal Anormal

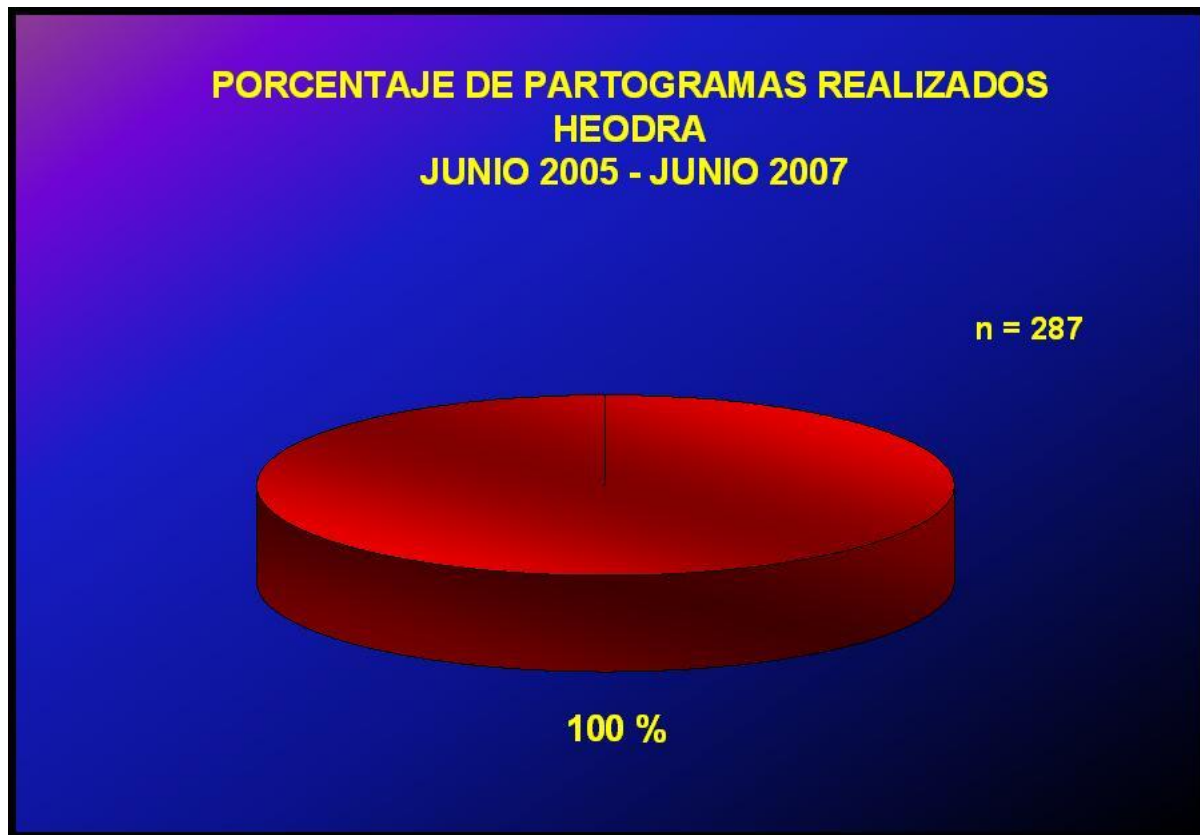


Variable	Definición	Indicador	Valor
Contracciones uterinas	Fuerza que ejerce el útero para la expulsión del bebé. Normal: 3 a 5 en 10 minutos	Registro gráfico de las contracciones uterinas.	Normal Anormal
Posición materna	Posición que adopta la parturienta durante el trabajo de parto.	Registro gráfico de la posición materna durante el trabajo de parto.	1. Vertical : Caminando Sentada 2. Horizontal
Alteraciones del trabajo de parto	Cualquier evento que provoque un riesgo para la madre o el bebé. Alteración del trabajo de parto: Distocias de la contracción. Alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal. Alteraciones en el progreso de la dilatación. Alteraciones del descenso. Alteraciones de la presión arterial materna.	Registro en el expediente para la toma de decisión en el manejo de la parturienta del partograma que reflejen alteración en el trabajo de parto.	Registrada: -SI -NO
Partograma	Registro gráfico de la evolución del trabajo de parto. Se considero adecuado cuando cumple el 80% del llenado de los ítems; e inadecuado cuando dicho porcentaje es inferior al 80%.	Registro gráfico de los 17 ítems.	Adecuado Inadecuado
Vía del parto	Vía de finalización del parto.	Registro en el expediente de la vía de finalización del parto	Vaginal Cesárea
Indicaciones de cesárea	Motivo o causa que deriva en la decisión de realizar o no una cesárea.	Registro en el expediente del motivo o causa de la cesárea.	SFA Deflexionado Occipitosacro DCP Expulsivo prolongado Otras
Hallazgos encontrados en la cesárea	Hallazgo o patología encontrada en la cesárea que permita la justificación de la misma.	Registro en el expediente del hallazgo encontrado en la cesárea.	LAM Oligoamnios Polihidramnios Circular de cordón Deflexionado Ninguno



RESULTADOS

1. Del total de expedientes revisados se determinó que el 100% tenían partograma.



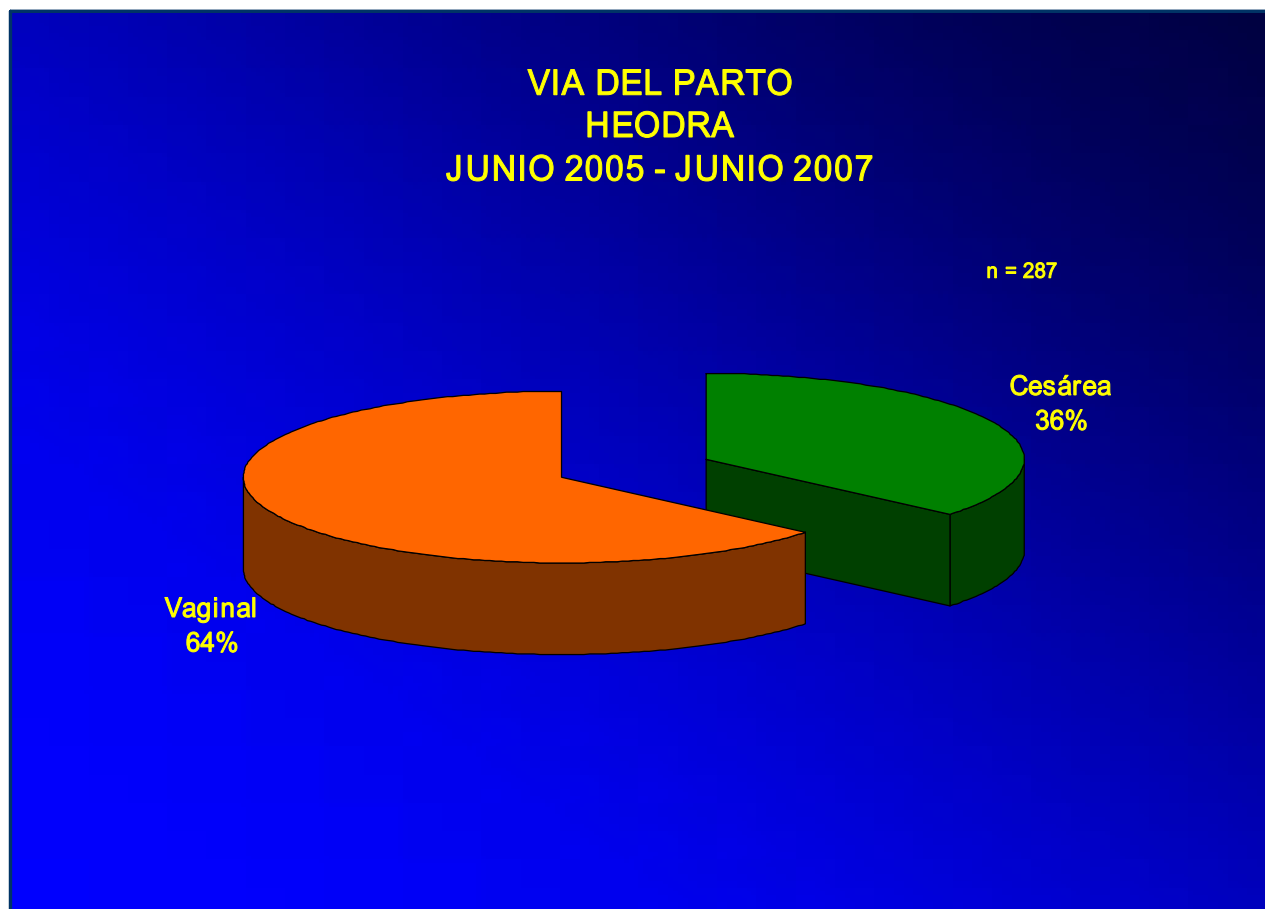


2. En lo que respecta a la calidad de llenado del partograma se obtuvo que 215 expedientes tenían un partograma adecuadamente llenado es decir con al menos el 80% de los criterios de llenado correctos lo que representa un 75%, versus 72 expedientes con partograma llenado de forma inadecuada para un 25% del total de la muestra.





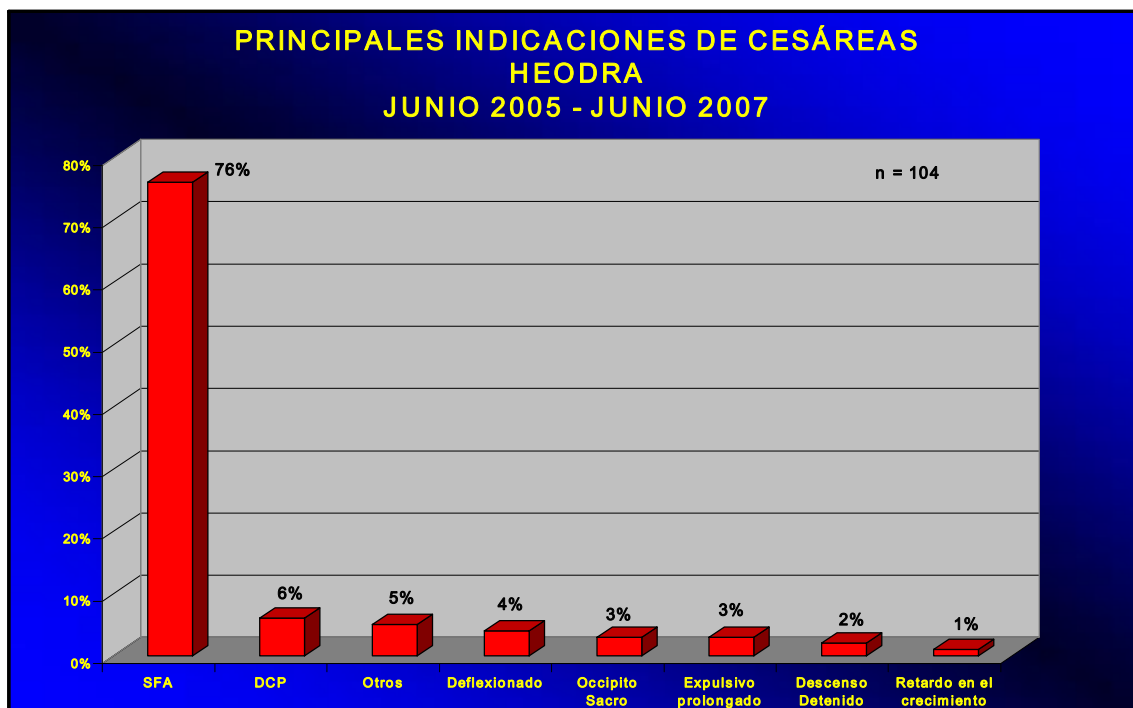
3. Al analizar la vía de finalización del parto se obtuvo que del total de expedientes revisados 104 finalizaron en cesárea, representando un 36%, lo que viene a significar una toma de decisión en base a la situación propia de la paciente y utilizando el partograma como instrumento de registro y de vigilancia del Trabajo de Parto.





4. Las principales indicaciones de cesárea fueron:

- Sufrimiento fetal agudo en 79 pacientes para un 76%.
- Desproporción cefalo pélvica en 7 pacientes para un 6%.
- Cinco casos de patologías menos frecuentes que representan un 5%. (Hipertonía uterina, macrosomía, hipertensión gestacional)
- Deflexionado en 4 pacientes para un 4%.
- Occipitosacro y expulsivo prolongado con 3 casos para cada patología, lo que representa un 3% respectivamente.
- Descenso detenido de la presentación con 2 casos que representan un 2%.
- Retardo en el crecimiento intrauterino a descartar oligoamnios en 1 caso para un 1%.



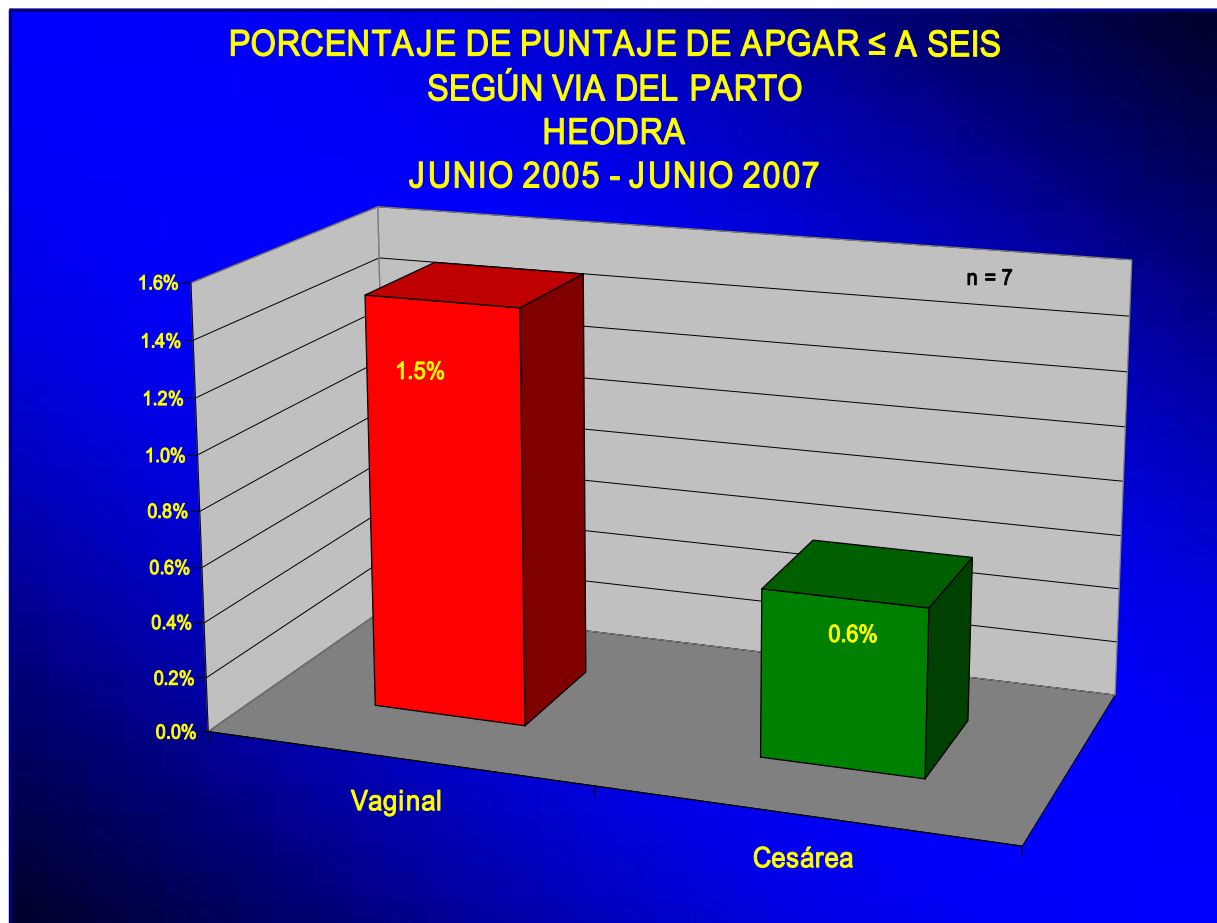


5. Los hallazgos más frecuentemente encontrados en las cesáreas indicadas por sufrimiento fetal fueron: Oligoamnios, líquido amniótico meconial, circular de cordón y polihidramnios, debe mencionarse que estos hallazgos se repitieron más de una vez en una misma paciente lo que hace que la valoración porcentual supere el 100% de la muestra. En 26 pacientes no se encontró ningún hallazgo.





6. En el total de expedientes revisados se encontraron siete puntajes de Apgar al minuto menores o iguales a seis, de estos cinco se presentaron en partos por vía vaginal (1.7%) y dos en cesárea (0.6%).





DISCUSION

Al analizar los resultados que se obtuvieron en este primer estudio sobre partograma observamos que del total de expedientes revisados el cien por ciento tenían partograma, lo que viene a significar que el personal de esta Unidad de salud conoce el instrumento como tal y que a su vez cumple con el llenado del mismo en general, la literatura revisada menciona un porcentaje de cumplimiento en el llenado de 60%.

Al establecer la relación con llenado correcto o adecuado del mismo se observa que tres cuartas partes del total de partogramas realizados cumplían con al menos un 80% de los requisitos de la hoja de monitoreo, la literatura menciona sobre sobre éste punto en particular un llenado adecuado que oscila entre el 11.8 y el 33%.

Es importante señalar como marco de referencia que los estudios revisados hacen mención de la utilidad del partograma en el diagnóstico de alteraciones de la evolución del Trabajo de Parto y del establecimiento de conductas precisas sobre la forma de atención del parto independientemente de la vía de finalización del mismo.

Un estudio realizado para evaluar la calidad de monitoreo del Trabajo de Parto después de la introducción del partograma concluye que éste ayuda para la toma de decisiones sin embargo su implementación requiere un continuo reforzamiento. Esta observación debe ser tomada en cuenta al momento de plantearse nuevos estudios sobre partograma de manera que no sólo se evalúe el llenado ; sino de que más bien se establezca relación entre el llenado del mismo y de su importancia para la vigilancia del trabajo de parto.



En otro estudio realizado se demuestra que el uso del partograma e el manejo del Trabajo de Parto reduce el trabajo de parto prolongado así como el índice de cesáreas mejorando el resultado fetal , en éste trabajo de investigación no era objetivo de estudio establecer tal relación ;sin embargo se dejan las bases sobre las principales indicaciones de cesáreas y se podría plantear un estudio posterior el análisis de que si el partograma como instrumento disminuye o no éste índice y de que manera incide en el resultado fetal.



CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado se concluye que en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, se elabora un partograma por cada paciente que ingresa a sala de labor y parto.

En base a los lineamientos establecidos en los estándares de calidad para el llenado adecuado de partograma considero que como un nivel secundario de atención en salud se está efectuando el cumplimiento de dichas normas, lo cual tiene significancia estadística por que representa tres cuartas partes del total del muestreo analizado.

Se ha logrado establecer de forma precisa cuales son las principales indicaciones de cesáreas en esta institución dando soporte científico a lo que se está realizando y de igual manera se ha logrado determinar cuales son los principales hallazgos en las cesáreas por sufrimiento fetal agudo que constituyó la primera indicación al final del estudio.

Se pudo establecer los porcentajes de Apgar bajo al nacer de acuerdo a la vía de finalización del parto.

Las principales dificultades encontradas en el llenado del partograma en lo general fueron:

- Falta de datos generales de la paciente.
- Selección incorrecta del patrón de curva de alerta.
- Gráfica 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 realiza cierre del partograma al producirse el parto.

La suma debilidades dificulta una verdadera interpretación del partograma como instrumento para el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto lo que impide la toma de decisiones de manera oportuna.



RECOMENDACIONES

- 1) Sensibilizar al personal de salud médicos internos , residentes y médicos de base acerca de la importancia del llenado correcto del partograma.
- 2) Capacitar al personal de salud en cuanto al llenado correcto del partograma.
- 3) Dar a conocer el formato de evaluación (Hoja de monitoreo) para el llenado correcto del partograma.
- 4) Realizar monitoreo continuo sobre la utilización y llenado del mismo.
- 5) Promover la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto al llenado y correcta utilización de éste instrumento.
- 6) Dar a conocer dentro del Departamento de Ginecología y Obstetricia los resultados del monitoreo continuo de estándares de calidad (Incluyendo el partograma)



REFERENCIAS

1. 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.
2. Molina J. La Vigilancia del Trabajo de parto usando el partograma con curva de alerta. Hospital Militar "Dr. Alejandro Dávila Bolaños". Julio-Diciembre 2004. Managua-Nicaragua. (Monografía Médico Residente de Ginecología y Obstetricia).
3. 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.
4. Méndez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Juan Bruno Zayas". Rev. MEDISAN 2004;8(4): 64-72.
5. Parra M. Evaluación gráfica del partograma en primigestas con manejo médico del trabajo de parto. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico de Medicina Chile. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología 2005; 70 (1) : 8-11.



6. Echavarría R. Manejo activo del trabajo de parto y su relación con la morbilidad materna y perinatal. Revisión servicio clínico del Rosario y Universidad Pontificia, Bolivariana Medellín Antioquia, agosto 2001- 2002.
7. 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).
8. Bosse G. The Partograph in daily practice it's quality that matters. International Journal of Gynecology and Obstetrics,2002;77: 243- 244.
9. 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.
10. Umezulike A. Use of the partograph among medical personel in Enugu, Nigeria. International Journal of Gynecology and obstetrics,1999;65: 203- 205.
11. Lennox C Breech labor on the who partograph International Journal of Gynecology and Obstetrics,1988;62:117- 127.
12. Pavón P. evaluación del Expediente Clínico en la Atención Obstétrica. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Veracruzana,2002; Vol. 2 No1.
13. Seffah J. Ruptured uterus and the partograph. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003;80:169- 170.
14. Dajardin B. Value of the alert and actions lines on the partogram. Lancet 1992;Vol. 339.



-
15. Scott J. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Octava edición, Mc Graw- Hill Interamericana; 2000.

 16. Cunningham F. Williams Obstetricia. Editorial Médica Panamericana. Veintiuna edición; 2001.

 17. Ministerio de Salud, Tecnologías Perinatales, Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia. Agenda para una Maternidad Segura. Nicaragua. 2000.

 18. Schwarcz R. L. y col. Obstetricia, Quinta Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial El Ateneo. 1997.

 19. Pérez S. Obstetricia. Primera Edición, Paltex. Organización Mundial de la Salud. 1998.

 20. Gabbe N y S. Obstetricia, Primera Edición, Madrid, España: Editorial Marbán, SL. 2004.

 21. Uranga Imaz A. Obstetricia práctica, Primera Edición, Buenos Aires Argentina: Editorial Intermédica. 1967.



ANEXOS