

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE NICARAGUA UNAN – LEÓN  
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR AL TÍTULO  
DE ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**CALIDAD DEL LLENADO DEL PARTOGRAMA Y SUS  
RESULTADOS PERINATALES. HOSPITAL ESCUELA OSCAR  
DANILO ROSALES, LEÓN SEPTIEMBRE 2011 –SEPTIEMBRE 2013.**

**AUTOR(A) DRA MARGARITA QUINTANA PÉREZ  
RESIDENTE DE GINECOLOGÍA R4.**

**TUTOR: DR RIGOBERTO PÉREZ.  
MÉDICO GINECO OBSTETRA.**

**ASESOR: DR. FRANCISCO TERCERO MADRIZ, PHD  
PROFESOR TITULAR DPTO. SALUD PÚBLICA.**

## INDICE

INTRODUCCION.....	- 1 -
ANTECEDENTES .....	- 3 -
JUSTIFICACIÓN .....	- 5 -
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	- 6 -
OBJETIVOS.....	- 7 -
MARCO TEÓRICO.....	- 9 -
<b>Definición de partograma.</b> .....	- 11 -
<b>Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto</b> .....	- 12 -
<b>Objetivos del partograma</b> .....	- 13 -
<b>A quienes está indicado practicar el partograma.</b> .....	- 13 -
<b>Ventajas del partograma</b> .....	- 13 -
<b>El partograma permite:</b> .....	- 14 -
<b>Limitaciones del partograma</b> .....	- 14 -
<b>Resultados del uso del partograma</b> .....	- 14 -
<b>Llenado del partograma</b> .....	- 16 -
<b>Conceptos generales</b> .....	- 21 -
RESULTADOS .....	- 32 -
DISCUSIÓN.....	- 38 -
CONCLUSIONES .....	- 40 -
RECOMENDACIONES .....	- 41 -
REFERENCIA.....	- 42 -
ANEXOS .....	- 44 -
ANEXO 1.1 .....	- 46 -

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS** por sobre todas las cosas, por permitirme el culminar esta etapa de mi vida y brindarme el conocimiento necesario para culminar este trabajo.

**A MIS PADRES Y A MIS SUEGROS** por su comprensión y apoyo incondicional.

**A MI HIJO** por ser el motivo de inspiración de mi vida.

**A MI HERMANA \*\*SURITA\*\* Y A MI ESPOSO** por el apoyo incondicional y su disponibilidad en la realización de este trabajo.

**A MI TUTOR** por el tiempo que me brindo y su dedicación.

**A MIS PROFESORES** por transmitirme sus conocimientos y conducirme por el camino del saber.

**A MI ASESOR** por brindarme su tiempo para ayudarme a mejorar la calidad del trabajo.

**A MIS COMPAÑEROS (AS) RESIDENTES** por su cariño y apoyo , por compartir tantos momentos de alegría al igual que momentos de desesperanza y siempre seguir adelante teniendo como única meta el ser mejores día a día.

**AL PERSONAL DE ESTADISTICA** por facilitarme los expedientes clínicos para la recolección de los datos.

**A TODAS LAS PERSONAS** que de una u otra manera me han brindado su apoyo para la realización de este trabajo.

## **DEDICATORIA**

**A DIOS** por permitirme continuar con mi formación profesional.

**A MIS PADRES** por el apoyo y amor que me brindan.

**A MIS SUEGROS** por acogerme en su familia como una hija.

**A MI HIJO** a quien privo del tiempo que se merece.

**A MI ESPOSO** por su apoyo, paciencia y disponibilidad en todo momento.

**A MI HERMANA **\*\*SURITA\*\***** por su constancia y apoyo incondicional.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer la calidad del llenado del partograma y sus resultados perinatales. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, León septiembre 2011 –septiembre2013.

El estudio fue corte transversal descriptivo, el universo fue el total de partos esperados para el periodo de estudio, se tomó una muestra representativa de 20 partogramas por mes, que es el número que se solicita para realizar un monitoreo de los estándares de calidad, los cuales se tomaron de forma aleatoria. El tipo de fuente de los datos fue secundaria a través de la revisión de expedientes. y el procesamiento de la información se utilizaron los software SPSS versión 20.0.excel, Windows

Las conclusiones del trabajo son: el porcentaje de llenado adecuado del partograma fue del 99%, demostrando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en los estándares de calidad para el llenado de partograma. El ítem sobre los datos generales de la paciente es el que tiene el mayor déficit en el llenado. Los principales hallazgos encontrados en los partogramas fueron el meconio y circular de cordón, sin encontrarse diferencias según la vía del parto. La tasa de cesárea fue del 7.3%.la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal. Los principales hallazgos de las cesáreas son el circular de cordón y el meconio.

Las recomendaciones son: continuar sensibilizando y capacitando al personal de salud sobre la importancia del llenado correcto del partograma y dar a conocer dentro del Departamento de Ginecología y Obstetricia los resultados del monitoreo continuo de estándares de calidad (Incluyendo el partograma) mes a mes en el tiempo que se realiza la productividad de los diferentes servicios del departamento.

Palabra clave: Partograma, resultados perinatales.



## INTRODUCCION

El parto, momento culminante de la gestación, supone un acto fisiológico que debe ser controlado para prevenir, detectar y manejar las complicaciones que puedan surgir y desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido.

El hecho de que, la gran mayoría de veces, el parto culmine exitosamente, no puede enmascarar que es precisamente éste el momento en que se produce una significativa proporción de muertes maternas e infantiles; se ha hecho palpable en la especialidad de Ginecología y Obstetricia la necesidad de contar con métodos de monitorización clínica que permitan controlar la evolución del trabajo de parto y detectar en forma temprana diversas alteraciones en el curso del mismo.

Diversos investigadores están de acuerdo que el control gráfico del trabajo de parto es la forma más adecuada de vigilar éste fenómeno complejo. (1,2,3,4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda el uso del partograma para el monitoreo de todas las mujeres durante el trabajo de parto, tanto en las unidades que tienen capacidad de manejar complicaciones como en aquéllas que no la tienen, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive. El uso del partograma durante el trabajo de parto puede prevenir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

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. (5,6,7,8)

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. 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.

Es por ello que en países como el nuestro se deben de hacer intervenciones periódicas y seguimientos por estándares de calidad sobre el correcto llenado de esta herramienta y de esta manera identificar tanto las fortalezas y debilidades del mismo y brindar educación continua en las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención.



## ANTECEDENTES

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. Por lo que se han realizado diferentes estudios en el que se desarrolla el proceso del parto. En Rwanda (2002) se realizó un estudio sobre la evaluación de un modelo adaptado del partograma de la OMS, planteándose el objetivo de estudiar el impacto de una intervención educacional en parteras (enfermeras obstetras o midwives y no nuestras parteras tradicionales) sobre el uso de dicho instrumento, concluyéndose que ellas necesitan mayor entrenamiento en el uso correcto del partograma. <sup>(5)</sup>

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.

En Lima, Perú, Villanueva evaluó el cumplimiento de estándares de calidad en la atención del parto institucional, dicha investigación concluyó que el porcentaje de cumplimiento del partograma es de 33.3%.

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

Parra y Col. 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. <sup>(2)</sup>

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.

En Guatemala, a través de la estrategia de Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (ProCONE), dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI) con atención de partos y dos hospitales de San Marcos introdujeron y monitorearon el uso del partograma en la atención de los partos. Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en estos servicios revisaron los partogramas de los partos ocurridos para verificar su correcto llenado y la toma de decisiones con base en ellos. Los resultados indican que, de agosto de 2007 a septiembre de 2008, el llenado correcto del partograma –de acuerdo a criterios seleccionados- mejoró de 63% a 98% en estos servicios, habiéndose mantenido arriba del 85% desde enero de 2008.<sup>(9)</sup>

En nuestro país en los años 2005-2007 se realizó un estudio sobre la calidad del partograma y sus resultados perinatales en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales de la ciudad de León, en el que se demuestra que a todas las mujeres que ingresan con trabajo de parto se les realiza su partograma, sin embargo no todos están correctamente llenados. <sup>(5)</sup>



## JUSTIFICACIÓN

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, 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 un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

El partograma constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto en las diversas unidades de salud, tanto a nivel de atención primaria como a nivel hospitalario, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura. Este instrumento cuenta con el apoyo de la OMS y el Banco Mundial.

(3,4,5,6,10,13,14)

En Nicaragua esta iniciativa se utiliza para la vigilancia del trabajo de parto desde 1987 en las unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, Debido a que nuestro hospital es formador de futuros ginecoobstetras es de vital importancia que se conozca y se realice un correcto llenado del partograma y que se utilice como la principal herramienta en la toma de decisiones al momento de decidir la vía del parto y/o interrupción del mismo, con el objetivo de procurar que el parto culmine con el binomio madre e hijo sano. Por lo que es necesario el realizar monitoreo en el que se identifiquen las principales debilidades y fortalezas del mismo para realizar intervenciones oportunas. A la vez realizar una comparación con estudios anteriores y determinar si se superaron las debilidades que se habían encontrado y realizar sesiones de educación continua en el personal de salud.



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Se realiza un correcto llenado del Partograma con curva de alerta como instrumento para la vigilancia del Trabajo de Parto en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo de Septiembre2011-Septiembre 2013?



## OBJETIVOS

### Objetivo general:

Valorar la calidad de llenado del partograma y sus resultados perinatales, en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales en el periodo comprendido de Septiembre 2011 – Septiembre 2013.

### Objetivos específicos

1. Identificar si se realiza un adecuado llenado del partograma.
2. Conocer los principales hallazgos de los partos.
3. Determinar las principales indicaciones de cesáreas y los hallazgos encontrados en las cesáreas.





## MARCO TEÓRICO

Desde 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales.

Existen más de 200 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; estos últimos han utilizado el partograma como una herramienta para una maternidad segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.

Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoide y de descenso hiperbólico. Dividió el periodo de dilatación en dos fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulípara y 14 horas en multíparas, pero con 6.4 y 4.8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos.

La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de varias formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados maternoperinatales ejerce una influencia desfavorable.

En la fase activa es notorio el cambio en la representación gráfica, debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aun más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en tres etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración, cada una con una duración promedio de 2 horas y con base de distribución sobre los percentiles 5-95. La velocidad de la dilatación debe exceder 1.2cm por hora en nulípara y 1.5cm por hora en multípara.



La etapa de aceleración es corta y variable, pero importante para definir el resultado final del trabajo de parto; cuando esta se torna lenta, indica que el parto será prolongado. La pendiente máxima permite forjarse una clara idea sobre la eficacia de la fuerza de las contracciones para dilatar el cuello, dado que en ella ocurre la parte principal de la dilatación cervical. La desaceleración comprende la etapa de la fase final del primer periodo del parto para dar paso al segundo y refleja la relación fetopélvica; sin embargo, para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal presentada u tenga una pendiente poco pronunciada.

En el periodo de descenso con distribución basada en los percentiles 5-95 de Friedman, la velocidad de descenso debe ser mayor de 1cm por hora en nulípara y 2cm por hora en múltipara; durante la fase latente y la aceleración de la dilatación no desciende la presentación fetal o es muy ligera. El descenso en general se inicia en la etapa de pendiente máxima y va haciéndose prácticamente lineal hasta que la presentación llega al periné.

Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto. La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento del ingreso y la dilatación completa (10cm) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica la posibilidad de un trabajo de parto anormal.

De Ross y Hayashi recomendaron gráficos con tres líneas: la de trabajo de parto mínimo, la de alerta y la de acción, paralelas y con 2 horas de diferencia cada una. Si el trabajo de parto sigue la línea de trabajo de parto mínimo, se permite la evolución del parto; si cruza la línea de alerta, ha de valorarse la utilidad del trabajo de parto, el potencial de desproporción céfalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación con oxitócina; pero se atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitócina y tratar una DCP.<sup>(1 2 7,8)</sup>



### **Definición de partograma.**

El partograma (o partógrafo) es una herramienta sencilla, de bajo costo, proporciona 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. La mayoría de los partograma tienen tres secciones diferenciadas donde se ingresan las observaciones sobre el estado materno, el estado fetal y el progreso del trabajo de parto; esta última sección ayuda en la detección del trabajo de parto prolongado. El partograma es un instrumento indispensable para evaluar la calidad de la atención del parto, marca un límite extremo (P 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye al 90 % de la totalidad de los partos normales.

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.

Es un sistema de vigilancia para la prevención del parto prolongado. Previene también: intervenciones no siempre oportunas, como la estimulación con oxitocina o la operación cesárea.

Permite alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar ese límite (curva de alerta) estén mostrando un enlentecimiento que requieran mayor vigilancia para descartar posibles distocias.

El partograma es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cervix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto. (8,9,10,12)



## Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadrículado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos). (4,9,14,15)

NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_ Nº DE HISTORIA CLINICA \_\_\_\_\_

**PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS**

POSICION PARIDAD M. OVUL. 4-5 cm	VERT.		HORIZONTAL		PARTO
	INTE-GRAS	ROTA	INTE-GRAS	ROTA	
	0:15	0:15	0:05	0:30	DILATACION CERVICAL (cm) FRECUENCIA CONTRACCIONES (en 10 min)
	0:25	0:25	0:10	0:35	
	0:35	0:40	0:25	0:40	
	1:00	0:55	0:35	1:00	
	1:15	1:25	1:00	1:30	
	2:10	2:30	2:30	3:15	

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LA LINEA DE ALERTA (en horas) p 10

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE CALCULA EL TIEMPO PARA UBICAR EL PUNTO A LOS 6cm

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

DILATACION CERVICAL

FRECUENCIA CONTRACCIONES

ROTORIA ESPONTANEA MEMB. (REM)

ROTORIA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD CONTRACCIONES Y DOLOR

Fuente: +++  
Normal: ++  
Débil: +

OBSERVACIONES

Meconio: M  
Dips I: I  
Dips II: II  
Dips variables: V

DOLOR

Localiz.: SP (Suprapubico)  
S (Sacro)

POSICION MATERNA

Lat. Derecho: LD  
Lat. Izquierdo: LI  
Dorsal: D  
Semisentada: SS  
Sentada: S  
Parada o caminando: PC

\* VALORES TOMADOS DE SCHWARTZ, J. y col. Pat. Care CLAP OPS/OMS, 596 (1975); DMZ, A. C. y col. Emp. J. Obst. Gyn. repr. Biol. 1 (1980)

HORA REAL

DIA	MES	AÑO

HORAS DE TRABAJO DE PARTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----

TENSION ARTERIAL

PULSO																				
POSICION MATERNA																				
INTENSIDAD CONTRACCIONES																				
DURACION CONTRACCIONES																				
DOLOR	Localiz.	Intens.																		
OBSERVACIONES	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o					

PLANOS Hodge Dilatac  
 FRECUENCIA CARDIACA FETAL (lat/min)  
 190  
180  
170  
160  
150  
140  
130  
120  
110  
100  
 IV - 4  
III - 0  
II - 2  
I - 4  
 CLAP OPS/OMS  
 1416  
 Dato: Ins. CLAP N° 1000



### **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.

### **A quienes está indicado practicar el partograma.**

Mujeres con embarazos de bajo riesgo

Inicio y terminación espontánea

Evolución normal del recién nacido

Con proporción cefalo pélvica

Embarazo a término

### **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 cesáreas en algunos hospitales.
5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.



8. Es económico y accesible.

### **El partograma permite:**

1. Evaluar el progreso del trabajo de parto con un vistazo.
2. Identificar rápidamente los patrones de distocia.
3. Conservar un registro único de la atención de la paciente.
4. Eliminar notas clínicas en prosa.

### **Limitaciones del partograma**

1. Requiere un protocolo de manejo a seguir.
2. El partograma es un instrumento de registro, no dice qué hacer.
3. Requiere juicio clínico.

### **No se puede realizar en pacientes que reúnan las siguientes características:**

Partos Múltiples

Distocia de la presentación (Ej. Pélvicos, situaciones transversas)

Pretérmino

Cesáreas electivas.<sup>(2,3,6,7,8)</sup>

### **Resultados del uso del partograma**

Disminuye:

1. el uso de oxitocina (59%)
2. trabajos de parto mayores de 18 horas (49%)
3. sepsis postparto (73%)
4. uso de fórceps (30%)
5. cesáreas por sospecha de DCP (75%).



## Uso en la práctica obstétrica

El partograma se ha anunciado como uno de los adelantos más importantes en la atención obstétrica moderna; sin embargo, esto fue antes de realizar cualquier evaluación rigurosa. Además, la mayoría de los primeros estudios fueron realizados en ámbitos hospitalarios donde la mayoría de las muertes maternas ocurren en pacientes admitidos con complicaciones graves y a menudo trabajo de parto sin la atención adecuada. Más de 20 años después de su introducción, y con el uso de un partograma adaptado a partir del formulado por Philpott y Castillo la Organización Mundial de la Salud realizó un ensayo no aleatorio prospectivo con 35,484 pacientes en el sureste Asiático y se llegó a la conclusión que el partograma era una herramienta necesaria para el manejo del trabajo de parto y recomendó su aplicación universal. En este estudio, participaron cuatro pares de hospitales (2 pares de Indonesia, 1 de Tailandia y otro de Malasia). Se adoptó un enfoque por tiempos, mediante el cual durante los cinco primeros meses de estudio los ocho centros recopilaban los datos iniciales; después de cinco meses, se introdujo el partograma al azar en uno de cada par, en los cinco meses restantes, se introdujo el partograma en todos los sitios hospitalarios. La introducción del partograma y un protocolo consensuado de tratamiento, redujo el trabajo de parto prolongado (de 6.4% a 3.4%), la proporción de trabajo de parto que requerían estimulación (20.7% a 9.1%), las cesáreas de urgencia (de 9.9% a 8.3%) y la mortinatalidad (de 0.5% a 0.3%).

Una creencia de que el uso de partograma no es afectado por las diferencias raciales, culturales y socioeconómicas, condujo a que el enfoque fuera bien acogido tanto en países de ingresos altos como en países de ingresos bajos y medios. Sin embargo, en la práctica, es concebible que tales variaciones entre los países en la atención y aun las unidades de atención, pueden alterar el uso del partograma y la efectividad posterior, en cuanto a los resultados se usa en países de ingresos altos. Dado que el partograma se introdujo para ayudar en ámbitos rurales con insumos o recursos médicos limitados, o ambos, la transferabilidad de tal herramienta para la práctica clínica necesita consideración.<sup>(1,2,7)</sup>



## **Evidencia de beneficio**

Existen pruebas para sugerir que las parteras consideran que el partograma tiene beneficios prácticos en cuanto a la facilidad de uso, poco consumo de tiempo, continuidad de la atención y asistencia educacional. Estos aspectos positivos pueden contribuir a mejorar los resultados maternos y fetales. Por otro lado, también se informó que la condición del partograma dentro de algunas unidades obstétricas puede restringir la práctica clínica, reducir la autonomía de las parteras y limitar la flexibilidad para tratar a cada paciente como un individuo, factores que también podrían repercutir en los resultados clínicos y psicológicos.

Además, existen inquietudes acerca de que el uso del partograma puede interferir innecesariamente. Se debe a que con la suposición de que todas las pacientes progresaran en el trabajo de parto con la misma velocidad, el uso de partogramas podría tener efectos adversos como mayores tasas de rotura artificial de las membranas, estimulación con oxitocina y uso de la analgesia causando una experiencia más negativa del parto.

## **Llenado del partograma**

### *Variables a evaluar*

#### Progresión del Trabajo de Parto

Dilatación cervical  
Descenso de la cabeza fetal  
Contracciones uterinas

#### Condición fetal

Frecuencia cardiaca fetal  
Membranas y líquido amniótico



## Moldeamiento del cráneo fetal

Condición materna

Pulso

Presión arterial

Posición materna

### ***Datos generales***

Anotar nombre y apellidos de la embarazada, fecha de ingreso, hora de inicio del partograma y número de historia clínica.

### ***Sector central***

Este sector está destinado al registro de:

Dilatación cervical.

Planos de Hodge.

Estado en que se encuentran las membranas ovulares.

Frecuencia cardíaca fetal

Contractilidad uterina.

### ***Gráfica de dilatación cervical***

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0cm 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, esta consignada la altura de la presentación. Esta se graficará según los Planos de Hodge o De Lee. Si además se pudo diagnosticar la variedad de posición, este símbolo se completará según corresponda.

### ***Planos de Hodge***

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

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

III Plano: Pasa por las espinas ciáticas y llega por detrás a la articulación entre la cuarta y la 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 dibujara 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 de 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 esta destinado al registro horario de:

Posición materna: la adoptada predominante en el periodo considerado.

Decúbito Lateral Derecho.....LD

Decúbito Lateral Izquierdo.....LI

Decúbito Dorsal.....D

Semi sentada.....SS

Sentada.....S

Parada o caminando.....PC

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

Pulso materno: en latidos por minuto fuera de la contracción

Frecuencia 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: numero de contracciones en 10 minutos

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

#### **Localización del dolor.**

Región supra púbrica (SP)

Región sacra (SA)

Intensidad del dolor

Fuerte (+++)

Moderado (++)

Débil (+)

No lo percibe (-)

Otros datos

Se registraran además las drogas administradas, vía y dosis, Así como cualquier otro dato de relevancia no consignado anteriormente. Estas anotaciones se efectuaran en



la hoja de observaciones precedidas por la letra que figura en el casillero correspondiente a la hora. (5,7,8,10,11,12)

### ***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 oxitócina 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. Permite 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 4-5cm de dilatación cervical (primer punto confiable de la partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazara a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4-5cm 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 asemeje al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que esta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.



### **Condiciones cambiantes durante el 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**

### **Trabajo de parto**

Es el proceso mediante el cual el útero expulsa o trata de expulsar el feto y la placenta, se inicia cuando las contracciones uterinas son lo suficientemente rítmicas, intensas y prolongadas como para producir el borramiento, la dilatación del cuello y el descenso del feto

### **Parto**

Del latín Partus, se define como la expulsión del producto de la concepción y sus anexos, desde el organismo materno hacia el exterior a través de las vías genitales.

Se admite como parto cuando la paciente cuenta con un embarazo mayor de 20 semanas y el feto tiene un peso mayor a los 500 g. (8,10,12)

### **Variedades de parto**

#### **1.- Según la edad gestacional:**

- Pretérmino: 22 – 36 semanas
- A término: 37 – 40 semanas
- Prolongado: 41 y menor de 42 semanas
- Postérmino: 42 semanas o mas

#### **2.- Según la forma como se inicie:**

- Espontáneo



- Inducido

### **3.- Según su evolución:**

- Eutócico
- Distócico
- Conducido
- Corregido

### **4.- Según la presentación:**

- Cefálico
- Podálico

### **5.- Según la vía de terminación:**

- Vaginal
- Cesárea

## **Períodos del trabajo de parto**

1er período de dilatación y borramiento.

2do período, de expulsivo.

3er período, de alumbramiento.

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

Estadios del parto



**Primer estadio:** 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: Es la fracción de tiempo que va desde el comienzo del trabajo de parto hasta alcanzar una dilatación de 4 cm o un comienzo de actividad uterina más dinámica que incida a su vez en una dilatación más rápida.

2. Fase activa: asociada con un mayor progreso de la dilatación cervical y suele comenzar a los 4 cm. de dilatación.

Se subdivide a su vez en una fase de aceleración, una fase de pendiente máxima y una fase de desaceleración.

3. Fase descendente: coincide con el segundo estadio del parto.

**Segundo estadio:** 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 estadio:** hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales.

### Criterios para definir un trabajo de parto

TRABAJO DE PARTO	FALSO TRABAJO DE PARTO
------------------	------------------------



<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervalo regulares entre contracciones</li><li>• Acortamiento entre los intervalos</li><li>• Intensidad aumenta gradualmente</li><li>• Dolor en hipogastrio irradiado a región lumbar</li><li>• Hay dilatación del cuello</li><li>• Hay descenso progresivo de la presentación</li><li>• El dolor no cede con analgesia o sedación.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervalo irregulares entre contracciones</li><li>• Los intervalos permanecen largos</li><li>• La intensidad permanece sin cambios</li><li>• Sensación de presión en hipogastrio, a veces con dolor</li><li>• El cuello uterino no se modifica</li><li>• La presentación no desciende</li><li>• El dolor cede con analgésicos o sedación.</li></ul>
--	---

### **Mecanismo del trabajo de parto**

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

- 1º. Mecanismo de entrada a la pelvis: para atravesar el área del estrecho superior.
- 2º. Mecanismo de pasaje; para atravesar la excavación
- 3º. 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.

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. (8,10,11,12.)

### **Puntaje Apgar.**

En 1953 Virginia Apgar, anestésista obstétrica americana, propuso un puntaje que permitiera cuantificar la vitalidad de los recién nacidos.

Este puntaje se realiza mediante la observación de dos funciones necesarias para el inicio de la respiración espontánea:



- Los movimientos inspiratorios regulares y
- La hemodinámica (representada por la frecuencia cardiaca fetal y el color).

Y se complementa con la observación del funcionamiento del sistema nervioso central mediante:

- La reactividad ante estímulo y
- El tono muscular.

<b>TEST DE APGAR</b>			
<b>Puntaje</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
Movimientos respiratorios	Llorando	Irregulares	Ausentes
Frecuencia cardiaca (per min)	Mas de 100	Menos de 100	Ausente
Color	Rosado	Cianótico	Pálido
Respuesta a la estimulación	Llanto	Mueca	Ausente
Tono	Se mueve	En leve flexión	Flácido

### **Interpretación del Puntaje Apgar.**

El puntaje al 1er minuto expresa la condición al nacer, aunque puede estar influido por la intervención de quien lo atiende en los primeros segundos de vida. Un puntaje de 3 o menos indica severa depresión respiratoria. Cuando la depresión es por asfixia fetal severa existe bradicardia.

El puntaje al 5to minuto sintetiza la severidad de la depresión inicial y el resultado de las maniobras realizadas. Si se mantiene la bradicardia indica que la insuflación no hay logrado iniciar la ventilación pulmonar o que la severidad es extrema. El pronóstico vital mejora cuando en los primeros 5 minutos de vida, existe un incremento significativo desde un puntaje inicial bajo (0-3)

### **Tipo de estudio:**

Corte transversal descriptivo.



**Universo:**

Total de partos esperados para el periodo de estudio en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, durante el período de septiembre 2011 –Septiembre 2013.

**Cálculo de la muestra y muestreo:**

Se tomó una muestra representativa de 20 partogramas por mes, que es el número que se solicita para realizar un monitoreo de los estándares de calidad, los cuales se tomaron de forma aleatoria.

**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
- e. Embarazos Gemelares
- f. Óbitos fetales.
- g. Cesárea anterior.

**Tipo de fuente de los datos:** Secundaria a través de la revisión de expedientes.

**Instrumento de recolección de la información:**



Formato de monitoreo 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. Estaba diseñado para evaluar que elementos del partograma representa mayores dificultades para ser elaborados y además permite identificar en cada uno de los partograma la calidad del llenado y su uso. Se adjuntaron datos sobre la paciente, el parto y su resultado; cuando este culmine en cesárea (causas y hallazgos).

#### **Método de recolección de datos:**

Se solicitó el permiso al área de estadística para realizar revisión de los expedientes, de las pacientes embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión, en el periodo correspondiente al estudio.

Para seleccionar los expedientes a evaluar se introdujeron las fechas del mes en una bolsa y posteriormente se seleccionó al azar la fecha del mes a revisar, si no se encontraban los 20 expedientes en dicha fecha se tomó un día anterior o posterior al seleccionado hasta completar el total de la muestra del mes (20 expedientes), 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 la hoja de monitoreo (Anexo 1), en la que se identifican, todos los elementos que comprenden una buena vigilancia del trabajo de parto y su utilización de manera adecuada. Se determinó si en base al comportamiento de los elementos que se vigilan durante el trabajo de parto se realizan interpretaciones que permitan al médico tomar una decisión respecto a la conducta a seguir con la parturienta. Además si el parto culmina por vía cesárea se anexo la información sobre la causa de la misma, los resultados (hallazgos).

#### **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 cumplen adecuadamente con el criterio para el mismo se procederá a marcar con el numero 1 si lo cumple, si no lo cumple se marcó el número 0, y si la condición que se esta evaluando no era aplicable se marcara 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 considerara para tal fin que un partograma que logra alcanzar el 90% 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 se obtuvo 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: SPSS versión 20.0.Excel, Windows.

Nota: La hoja de monitoreo o de recolección de datos está basada en la hoja de monitoreo del partograma elaborada por el ministerio de salud MINSA

### **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**

<b>Variab</b> les	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
Datos generales de identificación	Datos personales que sirven para identificar al paciente en un tiempo determinado	Nombre completo, N° de expediente y fecha	Cumple No cumple No aplica



Tiempo de inicio de la elaboración del partograma	Momento en que se inicia el llenado del partograma con curva de alerta. <sup>3</sup> Contracciones uterinas en 10 minutos, de al menos 40 segundos. de duración, intensidad normal 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
Planos de Hodge	<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li></ul>	Registro gráfico del descenso de la presentación.	Cumple No cumple No aplica



<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor</b>
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	Cumple No cumple No aplica
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.	Cumple No cumple No aplica
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 encontrado 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

Durante el periodo de estudio se recolectó información de 480 hojas de monitoreo para el partograma. Al analizar la calidad del llenado de cada ítem se observó que los que tuvieron mayores índices de llenado insatisfactorios fueron: datos generales (3.5%), plano de Hodge (2.1%), gráfica de la variedad de posición de presentación (1.7%), gráfica de cambios de patrones en la curva de alerta (1.3%), gráfica de frecuencia cardiaca fetal y de ruptura prematura de membranas espontánea o artificial (0.8% cada uno). Los ítems llenados satisfactoriamente con mayor porcentaje fueron: información complementaria y casillas de observación (100%), seguido por la interpretación de información complementaria (0.2%), e interpretación de variaciones en la frecuencia cardiaca fetal y de las contracciones uterinas (Tabla 1).

Tabla 1 Calidad del llenado del partograma, HEODRA, 2011-2013.

Criterios para el monitoreo del partograma**	Satisfactorio		No aplica
	Sí	No	
Datos generales de los pacientes.	96.5	3.5	0.0
Tiempo de inicio del partograma.	99.4	0.6	0.0
Patrón de construcción de curva de alerta.	98.5	0.6	0.8
Curva real.	94.2	0.6	5.2
Curva de alerta.	96.5	0.6	2.9
Interpretación de la curva real, respecto a la curva de alerta.	95.8	0.6	3.5
Planos de Hodge.	94.8	2.1	3.1
Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.	96.9	1.7	1.5
Grafica la frecuencia cardíaca fetal.	99.2	0.8	0.0
Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardiaca fetal.	99.6	0.4	0.0
Grafica adecuadamente las contracciones uterinas.	99.4	0.6	0.0
Interpretación de las variaciones las contracciones uterinas.	99.6	0.4	0.0
Grafica adecuadamente la ruptura espontanea o artificial de membranas.	31.0	0.8	68.1
Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta.	30.8	1.3	67.9
Llenado de la información complementaria.	100	0.0	0.0
Interpreta adecuadamente la información complementaria.	99.8	0.2	0.0
Utiliza adecuadamente las casillas de observación.	99.8	0.2	0.0

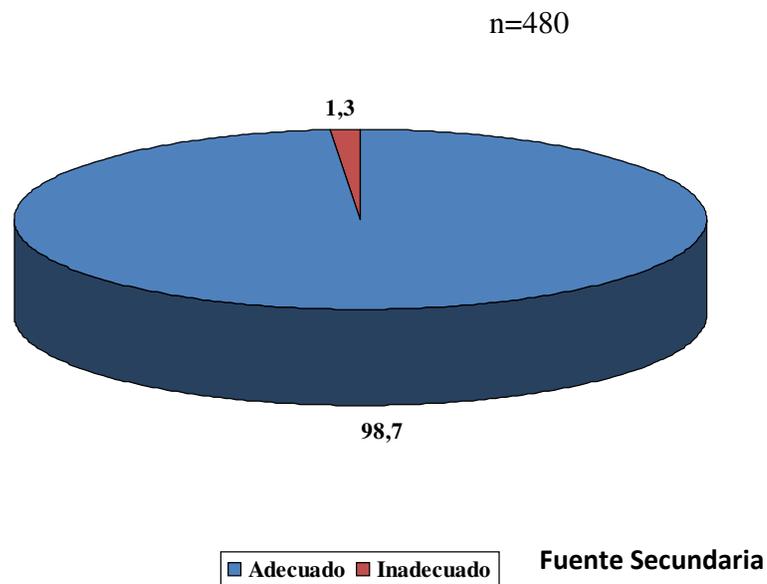
\*\*Los porcentajes se basaron en base al total de cada fila (n=480).

Fuente Secundaria



En la Figura 1 se presenta la calidad del llenado del partograma en el que se representa que el 98.7% de los partogramas fueron llenados adecuadamente y solamente 1.3% de forma inadecuada.

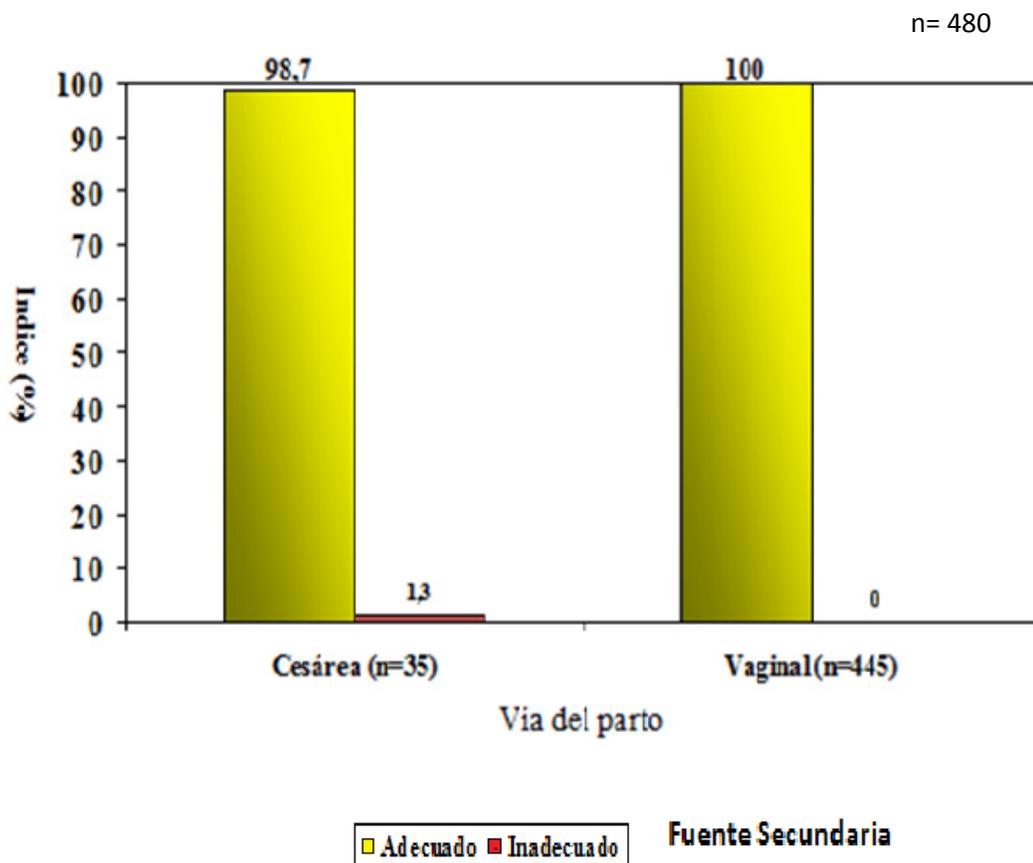
Fig. 1 Calidad del llenado del Partograma.





En la Figura 2 se estratifica la calidad del llenado del partograma según la vía del parto. Aquí se observa que el llenado adecuado de los partogramas fue similar para vía vaginal y cesárea con 100% y 98.7%, respectivamente.

Fig. 2 Calidad del partograma segun via del parto.  
HECDRA. Septiembre 2011- Septiembre 2013.





Los principales hallazgos maternos fueron: que la terminación del embarazo por vía vaginal fue de 445 para un 92.7% y de 35 para un 7.3% por vía cesárea. Con respecto a los resultados perinatales, solamente el 1% por vía vaginal y el 2.8% por vía cesárea tuvo una puntuación Apgar menor a 7, el 6.8% por vía vaginal y el 17.2% por vía cesárea presentaron circular de cordón y 9.5% vía vaginal y el 17.2% por vía cesárea presentaron meconio (Tabla 2). Las diferencias observadas según la vía del parto no fueron estadísticamente significativas.

Tabla 2 Hallazgos maternos y perinatales, HEODRA, 2011-2013.

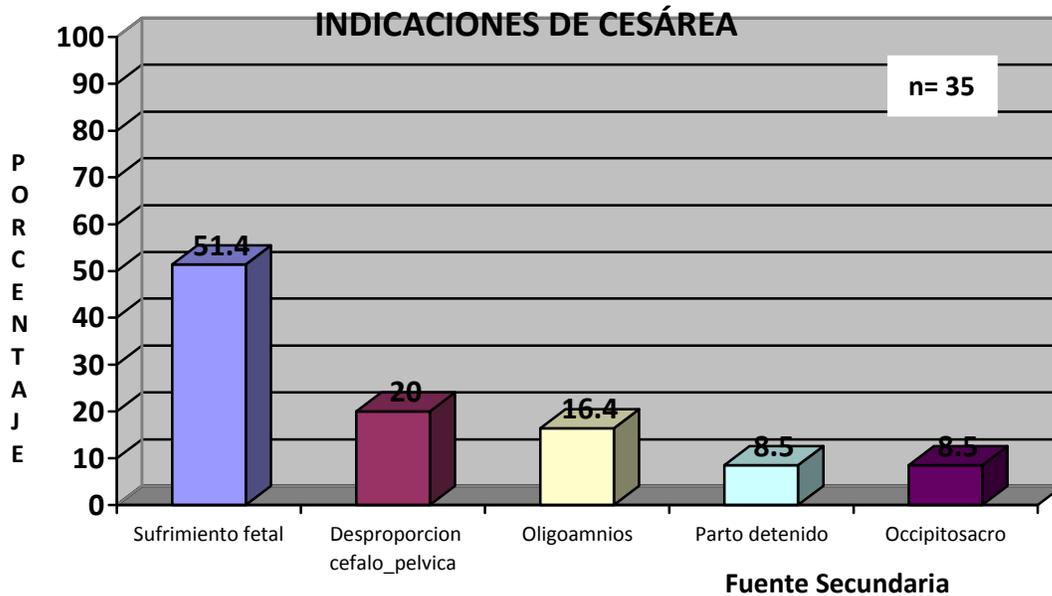
<b>Datos maternos y perinatales: (n= 480)</b>	<b>Terminación del embarazo</b>	
	<b>Vaginal (n= 445) Nº (%)</b>	<b>Cesárea(n=35) Nº (%)</b>
<b>Apgar:</b>		
0-7	4 (0.9)	1 (2.8)
8-9	441 (99.1)	34 (97.2)
<b>Circular de cordón:</b>		
Si	30 (6.8)	6 (17.2)
No	415 (93.2)	29 (82.8)
<b>Meconio:</b>		
Si	42 (9.5)	6 (17.2)
No	403 (90.5)	29 (82.8)

Fuente Secundaria



En la figura 3 del total de partos monitoreados, 35 culminaron por cesárea, la indicación de mayor repercusión fue el sufrimiento fetal con un 51.43%, seguida de desproporción céfalo- pélvica con un 20%.

Fig. 3 Indicaciones de cesárea que fueron monitoreadas por partogramas, en el HEODRA, periodo de septiembre 2011 a septiembre 2013.



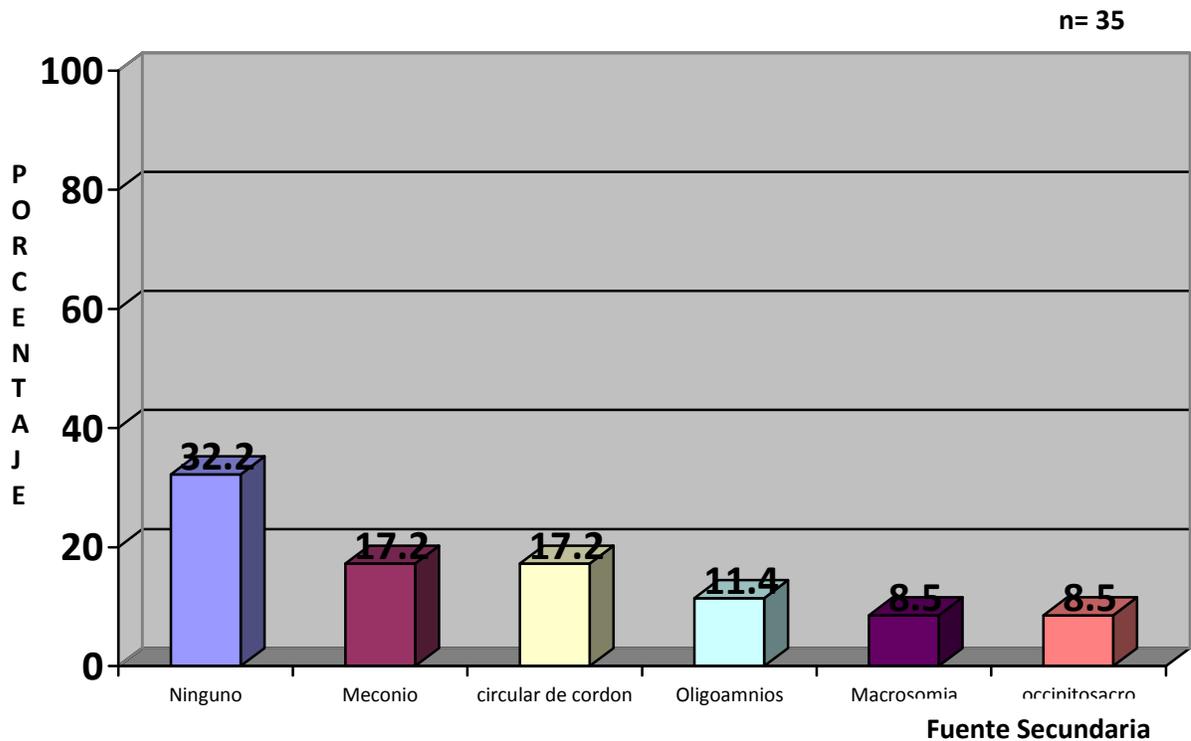


En la figura 4 del total de partos monitoreados, 35 culminaron por cesárea, los principales hallazgos encontrados durante las cesáreas monitoreadas por partograma fueron la presencia de meconio y el circular de cordón con un 17.2% respectivamente.

Cabe mencionar que no se encontró ningún hallazgo en el 37.2% de las cesáreas.

Fig 4 Hallazgos encontrados durante las cesáreas monitoreadas por partograma, en el HEODRA, periodo de septiembre 2011 a septiembre 2013.

### HALLAZGOS DE LAS CESÁREAS.





## DISCUSIÓN

El cien por ciento de las pacientes atendidas en sala de labor y parto tenían partograma, lo que significa 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 90% para considerarlo como un correcto llenado, en nuestra unidad el ítem de menor porcentaje en el llenado del partograma fue del 95%. La OPS/CLAP hacen mención que ellos consideran un correcto llenado cuando se tiene más de un 90% de los ítem llenados correctamente lo que representa que en nuestra unidad de salud se realiza un correcto llenado del mismo, lo que al compararlo con el trabajo de la doctora Velázquez Espino en Junio 2005-2007<sup>(5)</sup>, en el cual se obtuvo un 75% de llenado adecuado representa que se ha realizado una mejora en la calidad del llenado en nuestra unidad.

En un estudio realizado en Guatemala en 1998, por la PROCONE y el CLAP se encontró que el llenado de calidad del partograma se encontró desde enero 2008 por encima del 85%, lo cual se correlacionaría con nuestro estudio en que se identifica un correcto llenado del partograma por arriba del 90%.

Las principales causas de insatisfacción en el correcto llenado del partograma encontradas fueron: llenado incompleto de datos generales y el descenso de la presentación, lo que concuerda con el trabajo de la Dra. Velázquez Espino (2005-2007), donde estos representaron una de sus principales debilidades en el llenado correcto del partograma, lo que significa que estas debilidades a pesar de tener un sobrecumplimiento del llenado del partograma no se han logrado superar.

El ítems sobre los datos generales de la paciente es el que tiene el mayor déficit en el llenado, lo cual puede deberse a que el partograma se inicia en la sala de emergencia en donde en la mayoría de los casos el médico al momento del ingreso no dispone del número de expediente clínico que se le dará a la paciente y no se completa este dato en la sala de labor y parto.



Del total de partos por vía vaginal solamente el 0.9% y por vía cesárea el 2.8 presentó un puntaje Apgar menor o igual a 7 lo que coincide con la bibliografía que refiere que uno de los objetivos del partograma es disminuir la morbimortalidad fetal a como se ve reflejado en nuestras Normas del Ministerio de Salud del 2008 (Protocolo para la atención prenatal parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo).<sup>(3)</sup>.

Se identificó que la principal causa de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo con un 51%, el que a su vez coincide con el trabajo de la Dra. Velásquez Espino (2005-2007), en el que la principal causa de cesárea fue el sufrimiento fetal.<sup>(5)</sup>

El estudio realizado por el Dr. Villacaqui, (1997)<sup>(1)</sup>, revela que el partograma con curva de alerta diseñado por el CLAP viene a ser una herramienta idónea objetiva y eficaz en la vigilancia del parto y específicamente en lo concerniente al diagnóstico del sufrimiento fetal, el cual en nuestro trabajo fue la principal causa de cesárea.

Se encontró en nuestro estudio que los hallazgos: la presencia de meconio y el circular de cordón no tuvieron una significancia según la vía del parto, lo cual no es posible valorar con la bibliografía ya que no hay estudios que correlacione el uso del partograma con los hallazgos antes mencionados.



## CONCLUSIONES

El porcentaje de llenado adecuado del partograma en el HEODRA fue del 99%, demostrando el cumplimiento de los lineamientos establecidos en los estándares de calidad para el llenado de partograma.

El ítem sobre los datos generales de la paciente es el que tiene el mayor déficit en el llenado, con un 3.5%.

Los principales hallazgos encontrados en los partogramas fueron el meconio y circular de cordón, sin encontrarse diferencias según la vía del parto.

Del total de partos monitoreados 480, la tasa de cesárea fue de 7.3%.

La principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal con el 51%.

Los principales hallazgos de las cesáreas fueron el circular de cordón y el meconio con el 17.2% respectivamente.



## RECOMENDACIONES

1. Continuar sensibilizando y capacitando al personal de salud, médicos internos, residentes y médicos de base sobre la importancia del llenado correcto del partograma.
2. Dar a conocer al Departamento de Ginecología y Obstetricia los resultados del monitoreo continuo de estándares de calidad (Incluyendo el partograma) cada mes cuando se realiza la productividad de los diferentes servicios del departamento.
3. Que el personal de la sala de labor y parto tenga el cuidado de llenar los datos generales que vienen incompletos de emergencia así como de llenar el plano del nacimiento del bebe y la variedad de posición que fueron las principales debilidades encontradas en el estudio.
4. Brindar reconocimiento por parte de las autoridades de esta unidad de salud a la sala de labor y parto y a todo el equipo de trabajo del servicio de gineco obstetricia por presentar un sobre cumplimiento en el llenado de calidad del partograma.



## REFERENCIA

1. Villacaqui, Rubén. Partograma con curvas de alertas en paciente de las alturas. Hospital Víctor Ramos, Enero mayo 1997.
2. Méndez D. el partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Hospital clínico quirúrgico docente."Juan Bruno Zayas" Revista medisan 2004.
3. Ministerio de salud normas y protocolo para la atención prenatal parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo normativa 011 2008.
4. Ministerio de salud tecnología perinatales, dirección atención integral a la mujer niñez y adolescencia. Agenda para una maternidad segura 2000.
5. Velásquez Espino, M. Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales en Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León junio 2005 – junio 2007.
6. Salud sexual y reproductiva, Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido, OPS, Enero 2008.
7. Parra M. evaluación grafica del partograma en primigestas con manejo medico 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.
8. Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica de el parto "partograma" del clap ops/oms información para la acción B/A Medellin febrero del 2005.



9. USAID, Guatemala septiembre 2008. El uso del partograma y manejo activo del tercer periodo del parto son pauta de atención materna y neonatal segura.
10. Schwarcz R. L. y col. Obstetricia, quinta edición, buenos aires argentina: editorial el ateneo 1997.
11. Félix Báez Carlos Armando, Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia, editorial Mc Graw Hill, 2006
12. DeCherney, H. Diagnóstico y tratamiento gineco obstétrico, 9 edición, manual moderno.
13. Molina J. La vigilancia del trabajo de parto usando el partograma con curva de alerta. Hospital Militar, Dr. Alejandro Dávila Bolaños. Managua, Nicaragua, Julio-Diciembre 2004.
14. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, Enero 2008
15. Uranga Imaz A. Obstetricia practica, primera edicion Buenos Aires, Argentina. Editorial interamericana, 1967.



## ANEXOS



### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Calidad del llenado del partograma y su relación con la atención del parto y sus resultados perinatales, HEODRA, septiembre de 2011 a septiembre de 2013.

I. Criterios para el monitoreo del partograma*	No. Expediente	
1. Datos generales de los pacientes		
2. Tiempo de inicio del partograma		
3. Patrón de construcción de curva de alerta		
4. Curva real		
5. Curva de alerta		
6. Interpretación de la curva real, respecto a la curva de alerta		
7. Planos de Hodge		
8. Grafica adecuadamente la variedad de posición de la presentación.		
9. Grafica la frecuencia cardíaca fetal		
10. Interpreta adecuadamente las variaciones de la frecuencia cardíaca fetal.		
11. Grafica adecuadamente las contracciones uterinas		
12. Interpretación de las variaciones las contracciones uterinas		
13. Grafica adecuadamente la ruptura espontanea (REM) o artificial de membranas (RAM).		
14. Grafica adecuadamente los cambios de patrones en la curva de alerta.		
15. Llenado de la información complementaria		
16. Interpreta adecuadamente la información complementaria.		
17. Utiliza adecuadamente las casillas de observación.		
<b>II. Datos maternos y perinatales:</b>		
1. Terminación del embarazo: Vaginal (1), Cesárea (0)		
2. Apgar: 0-7 8-9		
3. Circular de cordón: Si No		
4. Meconio: Si No		

\* Se codificará 1 si el criterio evaluado es satisfactorio, 0 si es insatisfactorio y NA (No aplica) si el criterio no es aplicable.



## ANEXO 1.1

### 1. Vía de culminación del parto

Vaginal-----

cesárea-----

\*Nota si se marca la vía cesárea continuar con los otros acápites .

### 2. Indicación de la cesárea

SFA

DCP

DELEXIONADO

EXPULSIVO

OCCIPITO SACRO

PROLONGADO

OTRAS

### 3. Hallazgos encontrados en las cesáreas.

LAM

circular de cordón

Oligohidramnios

Deflexionado

Polihidramnios

Ninguno