1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO:

INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Mariela Alejandra Castillo Sarango

DIRECTORA:

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

Loja - Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN

Loja, 29 de Noviembre del 2016

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que luego de haber dirigido el trabajo de investigación titulado "**Influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora**" de autoría de la Srta. Mariela Alejandra Castillo Sarango, estudiante de la carrera de Medicina Humana previo a la obtención del título de Médica General; y por considerar que ha sido revisada en su integridad y encontrarla concluida en su totalidad, autorizo su presentación final para revisión y sugerencias del tribulan respectivo.

Atentamente:

Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, Esp.

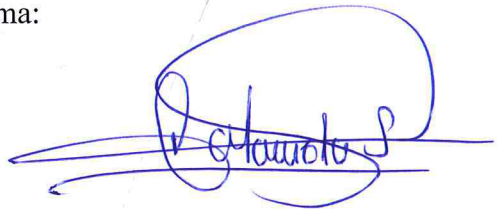
Director de Tesis

AUTORÍA

Yo, **Mariela Alejandra castillo Sarango,** declaro ser autora del presente trabajo de Tesis, a excepción de aquellas que se encuentran citadas y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual

Firma:



Autora: Mariela Alejandra Castillo Sarango

CC: 1105674186

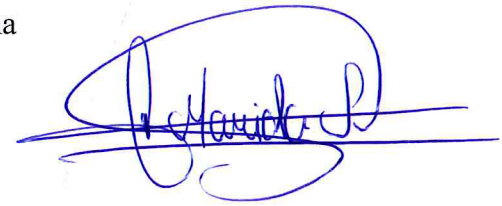
Correo Electrónico: mary_937cs@hotmail.com

Fecha: 29/11/2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Mariela Alejandra Castillo Sarango, autora de la tesis:" INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA", cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Medica General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual en esta casa de estudiantes superiores. Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del Repositorio Institucional Bibliotecario Virtual, las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga un convenio. La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis realizada por un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veinte y nueve días del mes de noviembre del dos mil diez y seis, firma su autora

Firma



Autora: Mariela Alejandra Castillo Sarango

CC: 1105674186

Dirección: Thomas Edison y Américo Vespucio Teléfono: 0990026601

Director de Tesis: Dra. María de los Ángeles Sánchez

TRIBUNAL DE GRADO:

Presidente: Dr. Bolívar Eduardo Samaniego Cárdenas, Esp, Mgs.Sc

Miembro del Tribunal: Dra. Calva Jiron Karina Yesenia, Esp

Miembro del Tribunal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mgs.Sc

DEDICATORIA

Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más, a mis sobrinos José Daniel y Joaquín Alejandro mis pequeños ángeles que me cuidan y protegen cada día. A mi padre Dr. Hugo Castillo por ser mi guía durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, a mi madre Dra. Mariela Sarango quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional. A mis hermanos Hugo y Soledad y a mi cuñado Jairo, por formar parte del pilar de mi carrera y por demostrarme siempre su cariño y soporte incondicional y a mis amigas que siempre han estado junto a mi brindándome su apoyo.

Mariela Alejandra Castillo Sarango

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme darme fuerzas para superar obstáculos y protegerme durante todo mi camino

A mi padre y a mi madre, que con su demostración de padres ejemplares me han enseñado a no desfallecer ni rendirme y siempre preservar a través de sus sabios consejos

A la Dra. María de los Ángeles Sánchez, directora de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma.

Gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

Mariela Alejandra Castillo Sarango

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

ÍNDICE vii

1. TÍTULO: 1

2. RESUMEN 2

ABSTRACT 3

3. INTRODUCCION 4

4. REVISIÓN DE LITERATURA 7

4.1 PARTOGRAMA 7

4.1.1 HISTORICIDAD DEL PARTOGRAMA 7

4.1.2 DEFINICIÓN 9

4.1.3 VENTAJAS DEL PARTOGRAMA 9

4.2 PARTOGRAMA CLAP 10

5. DISEÑO METODOLÓGICO 21

6. RESULTADOS 24

7. DISCUSIÓN 28

8. CONCLUSIONES 30

9. RECOMENDACIONES 31

10. BIBLIOGRAFÍA 32

11. ANEXOS 34

Anexo 1: formulario de recolección de datos 34

Anexo 2: pertinencia al trabajo de investigación 36

Anexo 3: designación de director de tesis 37

Anexo 4: autorización para desarrollo de trabajo de investigación 38

Anexo 5: Certificado de traducción de inglés 39

Anexo 6: Proyecto de Tesis 40

1. TÍTULO:

Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora.

2. RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivos determinar la influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas, establecer el llenado correcto del partograma, determinar el número y porcentaje de partos vaginales y cesáreas, determinar la correlación entre el llenado incorrecto del partograma con el número de partos, cesáreas y el compromiso materno fetal. Fue un estudio retrospectivo, de campo, descriptivo, correlacional, analítico y documental, realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo Enero – Junio del 2015, con un universo de 100 mujeres en trabajo de parto a término y una muestra de 50 mujeres que cumplen con los criterios de inclusión, se analizó los partogramas contenidos en las Historias Clínicas mediante un formulario de recolección de datos elaborado por la autora, obteniéndose los siguientes resultados: el 100% (n=50) de los partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en la toma de decisiones obstétricas mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de las curvas, el 98% (n=49) de los partogramas incorrectamente llenados terminaron por vía vaginal, el 2% (n=1) en cesárea; y la ausencia de morbi-mortalidad materno infantil no se correlaciona con el incorrecto llenado del partograma ni el número de partos y cesáreas. Se recomienda concienciar al personal médico sobre la importancia del correcto registro del partograma e incentivar la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto al registro y correcta utilización de éste instrumento

Palabras Claves: partograma, decisiones y trabajo de parto.

ABSTRACT

The aims of the current study were to determine the influence of the partogram over obstetric decision-making process for women in labor at term through the early diagnosis and detection of the deviation curves; to establish the correct completion of the partogram; to determine the number and percentage of vaginal deliveries and cesarean sections; and to determine the correlation between the incorrect completion of the partogram with the number of deliveries, cesarean sections, and the maternalfetal compromise. It was a field, retrospective, correlational, analytical and documentary study. This research was carried out at the Isidro Ayora Regional Hospital during the period from January to June 2015. The study universe was integrated by 100 women in labor at term, and the study sample consisted of 50 women that met the criteria for inclusión. The partograms included in the medical histories were analyzed using a data collection form elaborated by the author. The following results were obtained: the 100% (n=50) of the partograms that were filled out incorrectly did not influence on the obstetric decision-making process through the early diagnosis of the deviation curves; the 98% (n=49) of the partograms that were filled out incorrectly ended up being vaginal deliveries; the 2% (n=1) ended up being cesarean section; and the absence of maternalfetal morbi-mortality did not correlate with the incorrect completion of the partogram, nor the number of vaginal deliveries and cesarean sections. It is recommended to raise awareness among medical staff about the importance of the correct registration of the partogram and to promote the development of research projects that evaluate the process of moving towards a correct registration and use of this instrument.

Keywords: partogram, decisions, labor

3. INTRODUCCION

El 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 (Omar Dueñas, 2015). En países en vías de desarrollo ocurren aproximadamente 250000 muertes maternas al año debido a complicaciones prevenibles que se producen durante el trabajo de parto. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que los trastornos por detención o reducción de las contracciones en el trabajo de parto representan el 8% mundial como causa de defunciones. Como consecuencia el Banco Mundial de la Salud, la Norma Oficial Mexicana y otros organismos internacionales propusieron el uso del partograma como una medida capaz de reducir en 50% las muertes maternas durante la década de los años 90, constituyendo una estrategia eficaz, fácil de utilizar y un documento médico legal en México, de indispensable uso en cualquier paciente que se encuentre en trabajo de parto. (Omar Dueñas, 2015).

En Ecuador para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto. Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria. Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad materna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital, esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención como también el hecho que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud. Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, que una adecuada atención del parto implica el uso del partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva. (MSP, 2008), (Viteri, 2007).

Una revisión sistemática realizada por Levender y colaboradores donde se incluyeron 6 estudios de alta calidad involucrando 17,706 mujeres comparándose el uso o no del partograma, encontraron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a las tasas de cesárea, parto vaginal instrumental o puntaje de Apgar menor que siete a los cinco minutos (BL, 2009). Aunque en la ciudad de Loja el partograma se utiliza para la vigilancia del trabajo de parto en unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, no se cuenta con estudios que evalúen el sistema de llenado del mismo, y si existe no se conoce si es llenado adecuada o inadecuadamente, ni mucho menos el impacto positivo o negativo de su utilización en asociación directa con morbi-mortalidad materna y/o fetal.

En consecuencia, se plantea como objetivo general determinar la influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas. Entre los objetivos específicos se hallaron establecer el llenado correcto del partograma, determinar el número y porcentaje de partos vaginales y cesáreas, determinar la correlación entre el llenado incorrecto del partograma con el número de partos, cesáreas y compromiso materno fetal.

Fue un estudio retrospectivo, de campo, descriptivo, correlacional, analítico y documental, realizado en el Hospital Regional Isidro Ayora durante el periodo Enero – Junio del 2015, con un universo de 100 mujeres en trabajo de parto a término y una muestra de 50 mujeres que cumplen con los criterios de inclusión, se analizó los partogramas contenidos en las Historias Clínicas mediante un formulario de recolección de datos elaborado por la autora, obteniéndose los siguientes resultados: el 100% (n=50) de los partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en la toma de

decisiones obstétricas mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de las curvas, el 98% (n=49) de los partogramas incorrectamente llenados terminaron por vía vaginal, el 2% (n=1) en cesárea; y la ausencia de morbi-mortalidad materno infantil no se correlaciona con el incorrecto llenado del partograma ni el número de partos y cesáreas. Cuyos resultados serán puestos a conocimiento del personal médico y así concientizar sobre la realización y llenado correcto del partograma, mejorando la calidad de atención de las gestantes y disminuyendo la morbimortalidad materno fetal.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 PARTOGRAMA

4.1.1 HISTORICIDAD DEL PARTOGRAMA

La evolución histórica del partograma inicia en el año de 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos.

En la fase activa desde 4cm hasta la dilatación completa 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 aún más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en 3 etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración, cada una con una duración promedio de 2 horas. La velocidad de la dilatación debe exceder 1,2 cm. por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas.

En 1972, Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto, a fin de ayudar a parteras a vigilar en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital.

En 1984, De Ross y Hayashi recomendaron gráficos con 3 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 cefalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación

con oxitocina; pero si atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitocina y tratar una DCP.

En 1998 Schwarcz, Díaz y Nieto describieron una guía para la vigilancia del parto, a través de un partograma con curvas de alerta que fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS en 1 888 partos con bajo riesgo de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos. Entre 1988 y 1991, en el centro universitario Karachi de Pakistán, Khan y Risvi utilizaron un modelo de partograma como predictor de rotura de la cicatriz uterina en pacientes con antecedentes de cesárea segmentaria baja, que tuvieron un trabajo de parto espontáneo

En 1993, Ferrás et al 27 realizaron un estudio multicéntrico en gestantes brasileñas, que incluyó tomar curvas de 1 382 parturientas con bajo riesgo, ingresadas en 9 hospitales públicos y con dilatación igual o inferior a 4 cm, a partir de lo cual concluyeron que sus patrones de curva no diferían de los descritos en embarazadas de otros países. (Nápoles Méndez , Bajuelo Páez , Téllez Córdova , & Couto Núñez , 2006)

Actualmente existen más de doscientos tipos de partograma, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido aceptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). En este documento se define, que el partograma no solo es un hecho descriptivo de un fenómeno biológico, sino una tecnología que permite un cuidado adecuado de la madre y el niño, y contribuye así a la reducción de las tasas de cesárea. El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, por consenso internacional a través de medicina basada en la evidencia, y con los equipos de Mejora Continua de la Calidad de Atención desde el año 2005, ha logrado avances importantes en las unidades, tales

como la implementación del uso regular del partograma. Este equipo ha logrado elevar el indicador de partos en los que se utilizó el partograma, desde niveles bajos de menos del 50% hasta cumplimientos que sobrepasan el 80%, los mismos que se han logrado mantener a lo largo de más de un año (Briones Esmeraldas & Merecí Becerra, 2012).

4.1.2 DEFINICIÓN

El partograma es un importante instrumento de seguimiento a la evolución del trabajo de parto a través de un registro gráfico, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo (MSP, 2008).

4.1.3 VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

Las ventajas del partograma son:

a. Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones
b. Garantiza un seguimiento con alta calidad
c. Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan
d. Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico
e. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina
f. Facilita archivar y computar los datos,
g. Constituye un método de lenguaje universal
h. Es económico y asequible. Además, está relacionado con la disminución de: a) El uso de oxitocina, b) El trabajo de parto prolongado, c) El índice de sepsis posparto, d) El empleo de fórceps, e) La ejecución de cesárea por sospecha DCP (MSP, 2008)

4.2 PARTOGRAMA CLAP

Vergara 2009 propuso que para el llenado del partograma se considera:

- Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia (ver gráfico 1).

Gráfico 1 Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma"
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (ver gráfico 2), para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p".

  Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues por cada vez que se evalúa la paciente no debe realizarse un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada vez que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de sala de parto (Interno, Residente, Especialista, Licenciada en enfermería).

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz./Intens.																

Gráfico 2 Vigilancia clínica del trabajo de parto
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

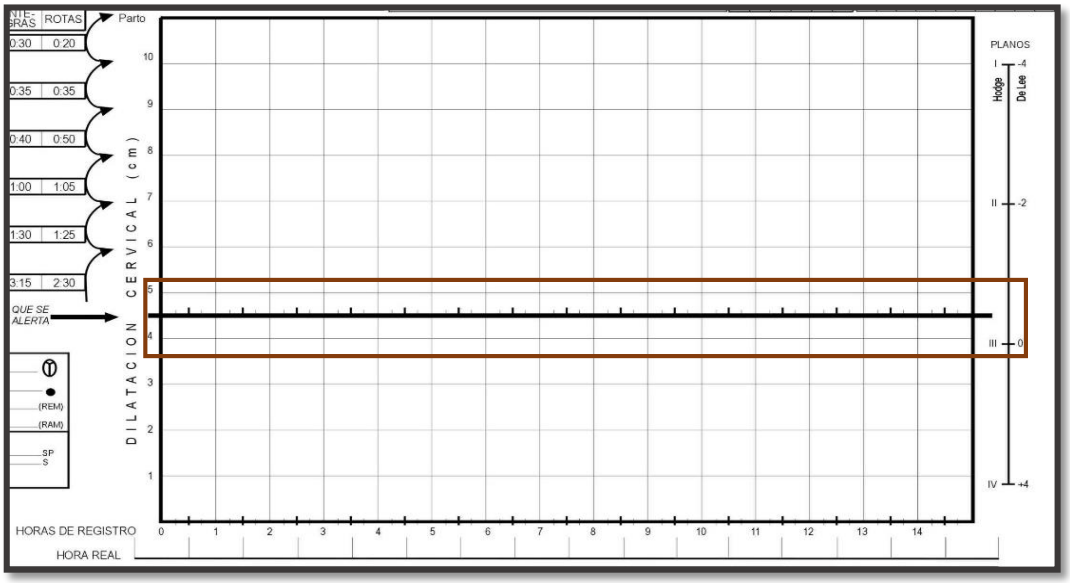


Gráfico 4 **Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.**
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. Incluye los ***planos pélvicos*** y la ***variedad de posición***, ***la dilatación***, ***el estado de las membranas***, la ***intensidad de la contracción y su localización***, la ***frecuencia cardiaca fetal***, y la ***posición materna*** durante el trabajo de parto. Estas

convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (ver gráficos 2 y 4).

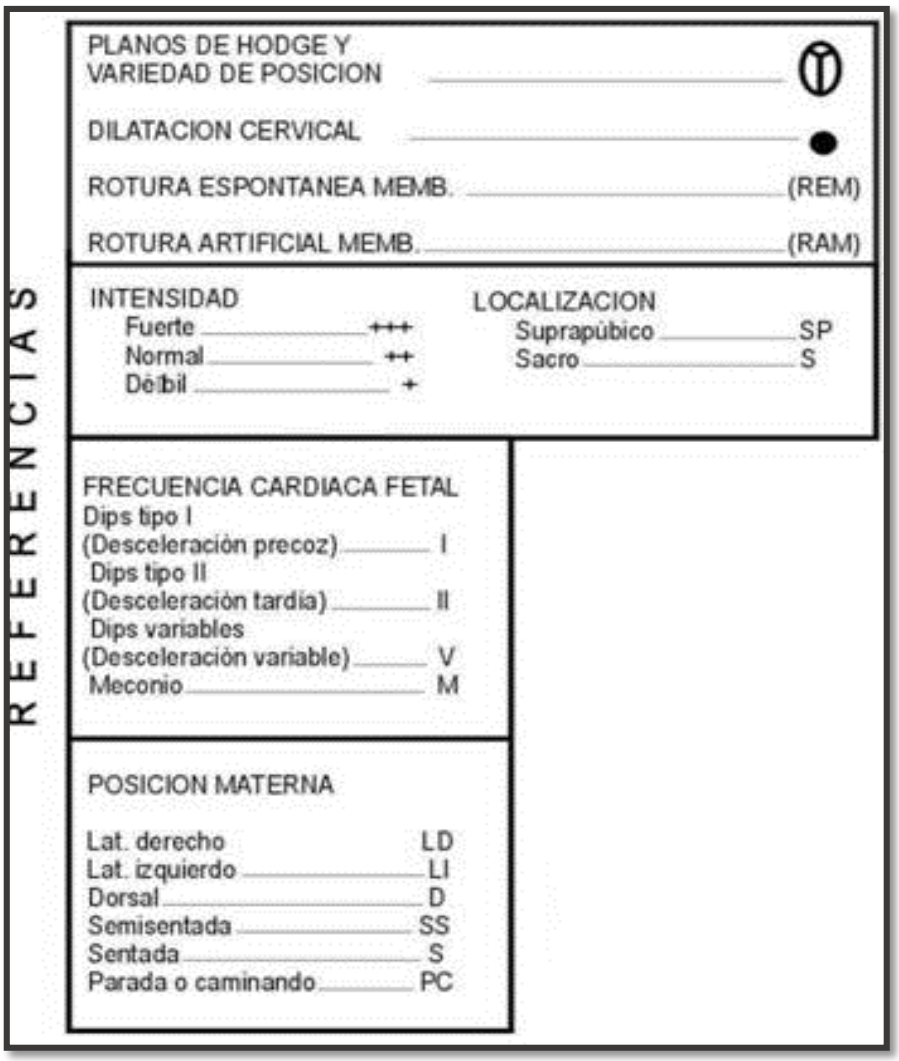


Gráfico 3 Convenciones para diligenciar el partograma.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- En la parte superior derecha se gráfica la ***curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fet***al (ver gráfico 4). La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. ***Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de***

graficar la fase latente del trabajo de parto, lo que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.

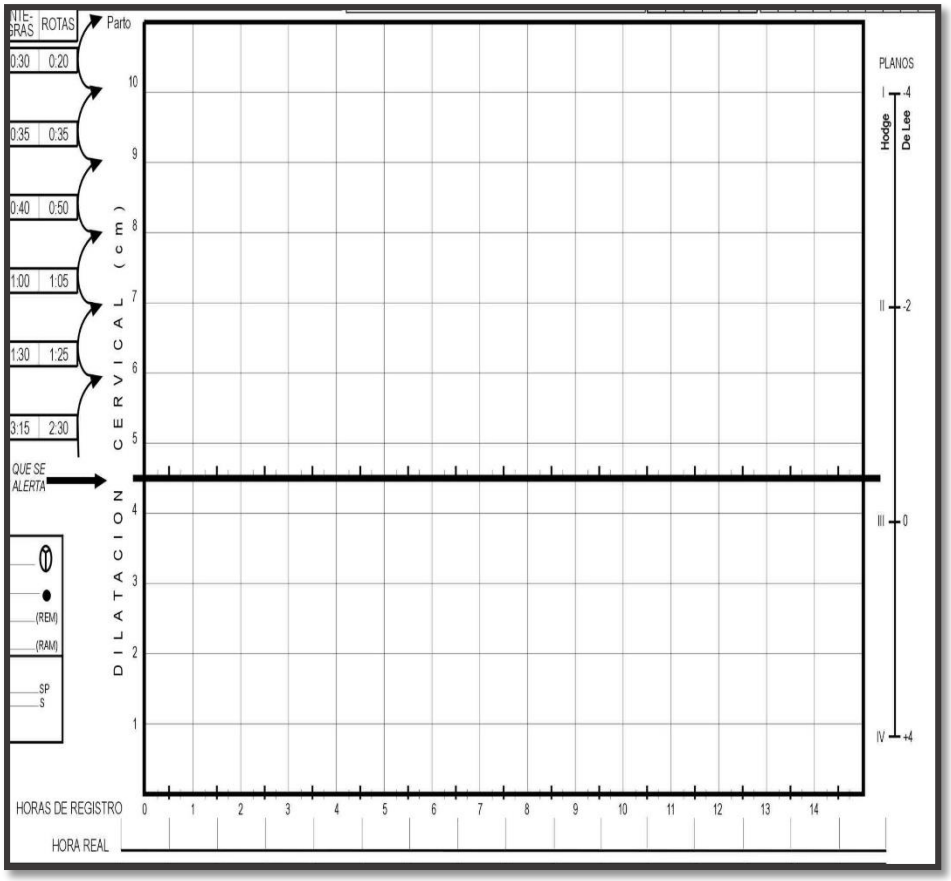


Gráfico 4 Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- En el borde inferior de la tabla están las "horas de registro" del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de "horas de registro" están las casillas para registrar la "hora real", es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las "horas reales" de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica.

Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la “hora real” (Ver gráfico 5).

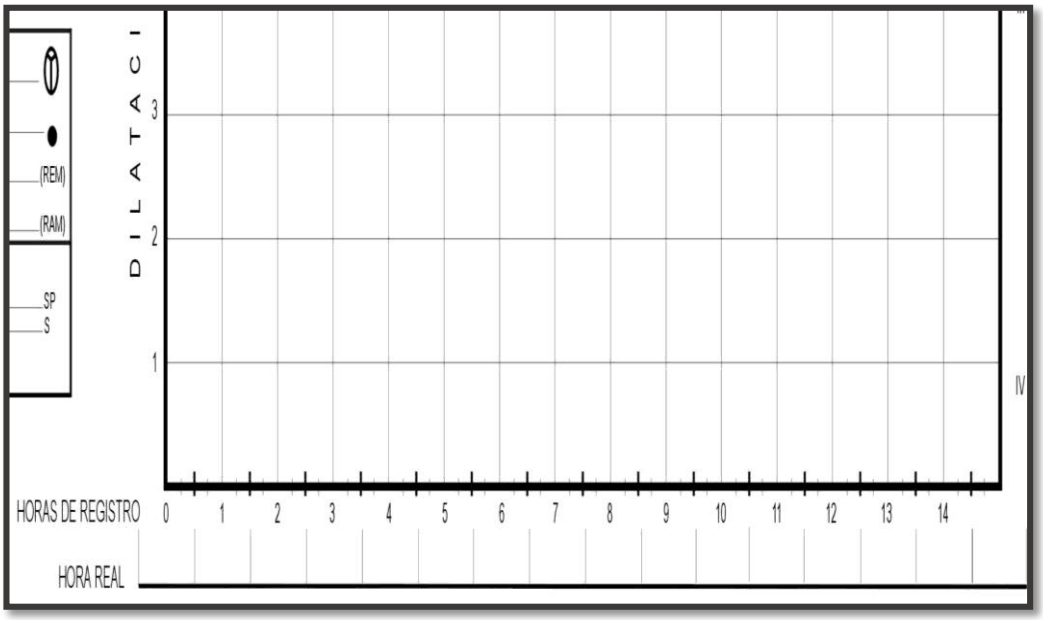


Gráfico 5 Horas de evaluación clínica y del registro grafico del partograma
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta (ver gráfico 6).

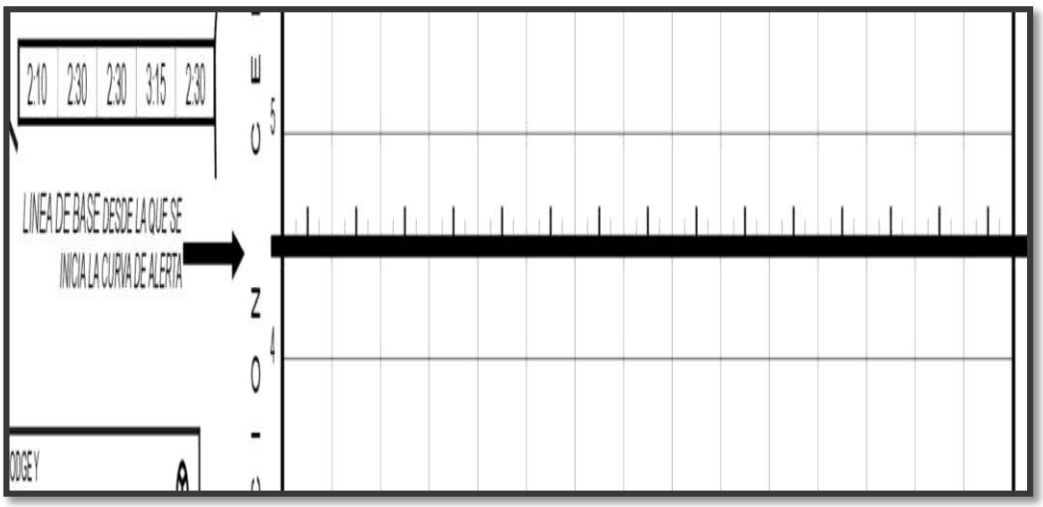


Gráfico 6 Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- Para construir la ***"curva de alerta"*** se determina el punto de partida sobre la línea de base", luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta (ver gráfico 7). Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es multípara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características.

  Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro (Ver gráfico 7).

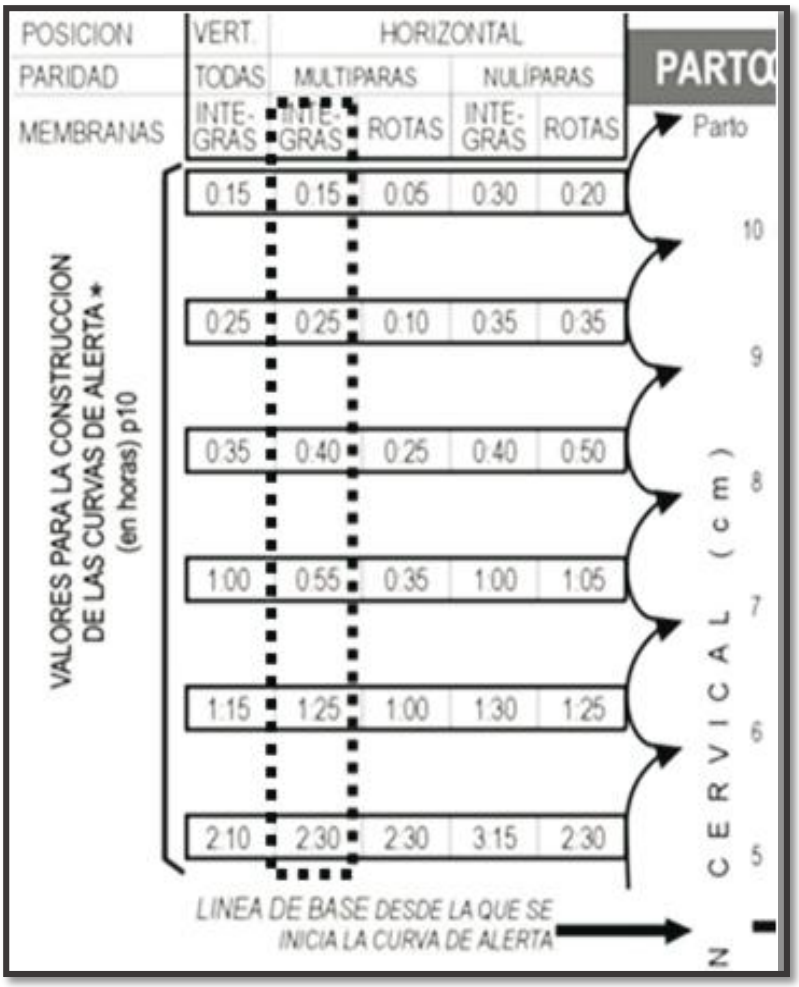


Gráfico 7 Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.

Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

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

  a) Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación: iniciar la curva de alerta en la línea de base.

  b) Si la paciente ingresa en 6 cm, de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente.

  El siguiente ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una paciente multípara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).

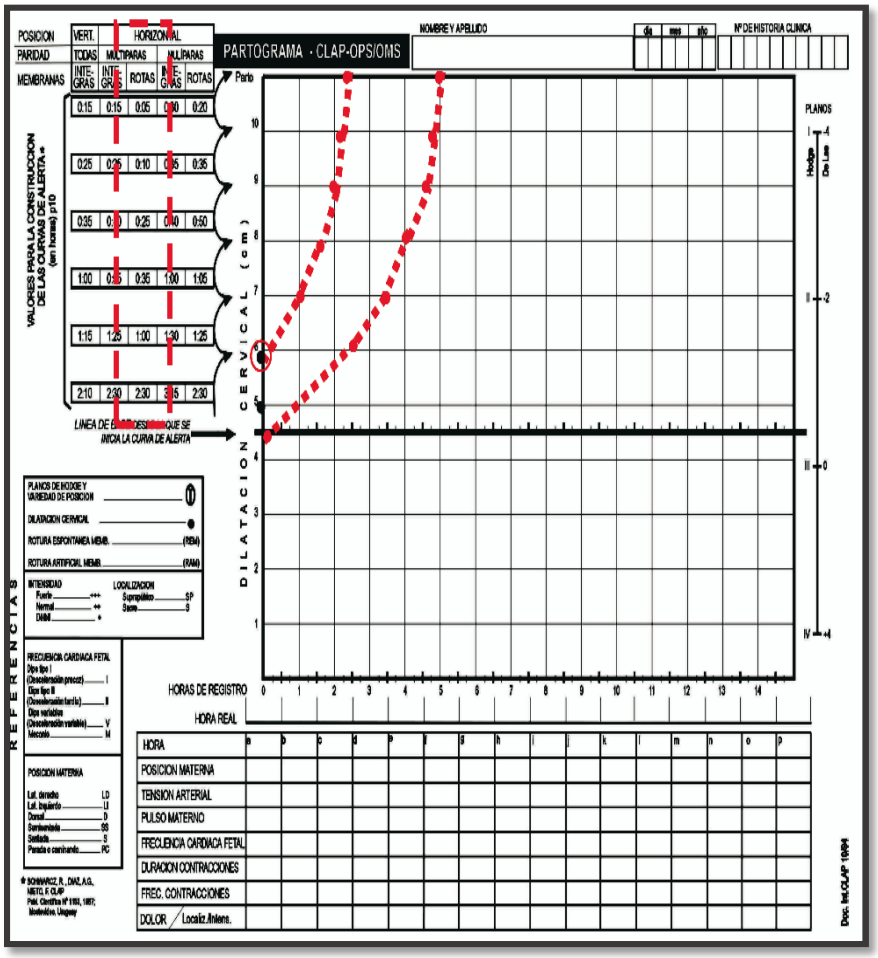


Gráfico 8 construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

c) Sí se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que este por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas integras (ver gráfico 9).

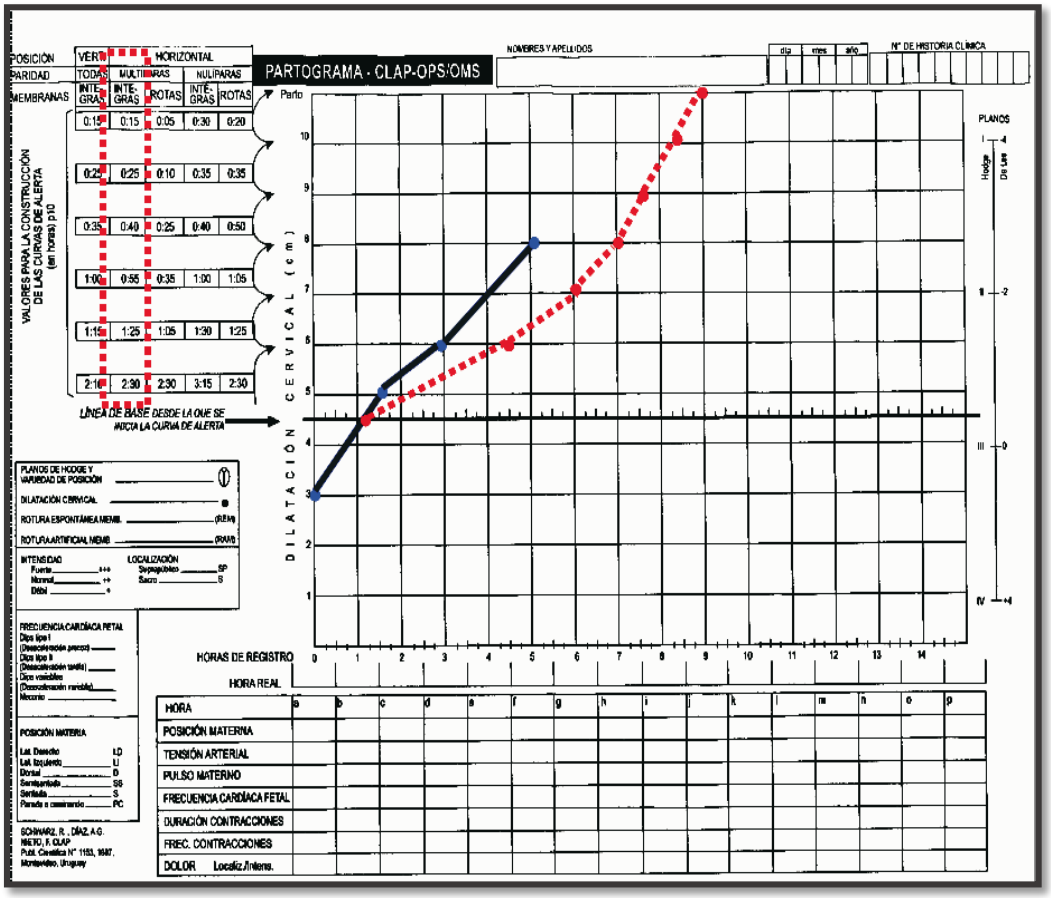


Gráfico 9 Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

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

a) Recordar que durante el trabajo de parto, la estimación del descenso de la presentación se evalúa bien pos los planos de DeLee (Gráfico 10-A), o bien, por los planos de Hodge (Gráfico 10-B).

En el primero, usando el punto más declive de la presentación está a nivel del plano de las espinas ciáticas se considera que el descenso o la estación está encajada, o en el plano (0) cero; si está por encima de las espinas se considera que está en estación negativa (-) y si está por debajo está en estación positiva (+), calificando con número del 1 al 5 el grado del descenso, como a tantos centímetros se encuentre la presentación por encima o bien por debajo del plano interespinoso.

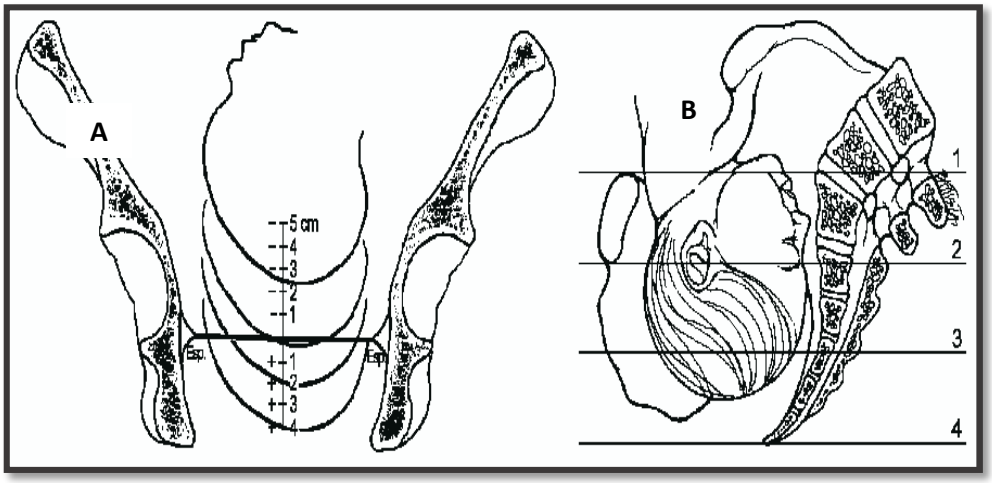


Gráfico 10. Evaluación del descenso de la cabeza fetal mediante el examen vaginal por los planos de DeLee y de Hodge; la estación 0 (Cero) de los planos de DeLee ó Tercer plano de Hodge corresponden
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

b) Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de DeLee. Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedaran los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero (Ver gráfica 10).

c) Emplee el icono denominado “planos de Hodge o por los planos de DeLee, y, la variedad de posición”, para graficar el descenso de la presentación fetal (Ver gráfico 11). La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. Por tanto si después de llegar a dicha dilatación no hay descenso adecuado de la presentación se deben reevaluar todos los parámetros para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.

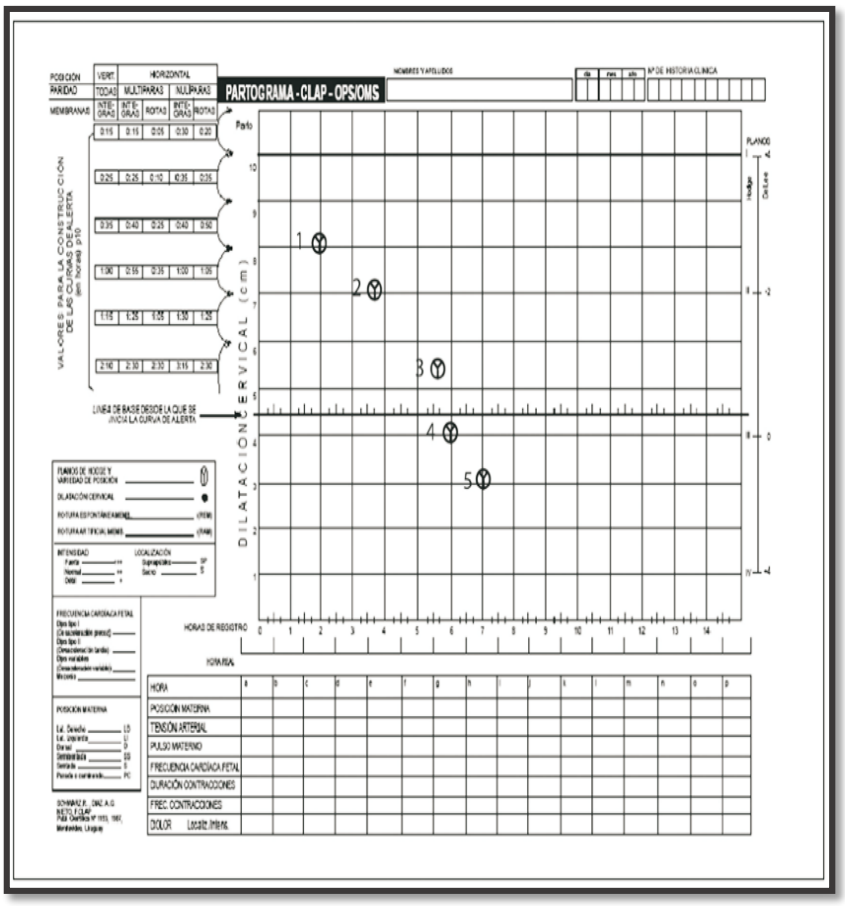


Gráfico 11 Construcción de la curva del descenso relacionándola con la variedad al posición.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

- **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. La figura 12 muestra el caso de una multípara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegra. Ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs. con 4 cm de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm. La gráfica de la dilatación cortó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso.

Debido que a los 7 cm las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una multípara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas. El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7cm, en que se constató la ***rotura de las membranas***. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

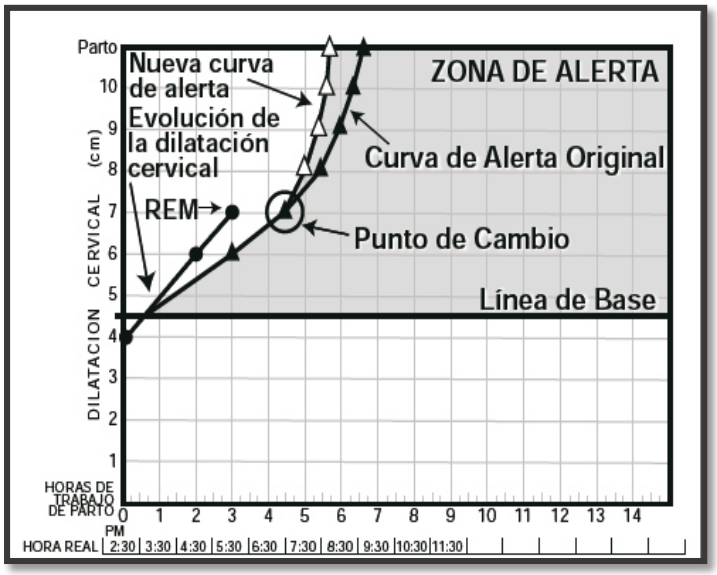


Gráfico 12 Gráfica que representa el área de la zona de alerta y la elaboración de una nueva curva de alerta cuando se presenta condiciones que cambian el progreso de la misma.
Fuente: Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP)

5. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de Estudio

Retrospectivo, de campo, descriptiva, correlacional, analítico y documental.

b. Área de estudio

Área de estadística del Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en las calles Av. Manuel Agustín Aguirre e Imbabura en la ciudad de Loja, es un hospital de segundo nivel cuya atención es otorgada a la zona 7 de la región sur del país.

c. Universo

El estudio se realizó en 100 mujeres en trabajo de parto a término que fueron hospitalizadas en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, periodo Enero – Junio del 2015

d. Muestra

Lo constituyeron 50 mujeres en trabajo de parto a término que cumplieron los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión
  - Mujeres que cursan embarazo de 37 semanas a 41.6 semanas
  - Mujeres en trabajo de parto a término fase activa con dilatación de 4cm a 6cm
  - Mujeres entre 16 y 30 años de edad
  - Mujeres primigestas y multíparas
  - Mujeres con Ruptura de Membranas artificial y/o espontánea durante el trabajo de parto sin compromiso fetal
  - Pacientes con conducción durante su trabajo de parto.

- Criterios de exclusión
  - Mujeres en trabajo de parto espontáneo pre término y pos término

- Mujeres con Trastornos Hipertensivos Gestacionales como: Hipertensión Crónica, Hipertensión Crónica más Preeclampsia, Hipertensión Gestacional, Preeclampsia-Eclampsia, Síndrome de HELLP
- Mujeres con Diabetes Mellitus previa y gestacional
- Mujeres con corioaamnionitis o sepsis
- Mujeres con cesáreas previas
- Distocias maternas o fetales
- Mujeres con embarazo múltiple
- Mujeres con diagnóstico previo de trabajo de parto prolongado.
- Mujeres en trabajo de parto a término con dilatación mayor a 7cm
- Mujer en labor de parto fase expulsivo
- Mujeres que se les realizó inducción del trabajo de parto

e. Métodos e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de la presente investigación, previa autorización se analizaron los partogramas contenidos en las historias clínicas de todas mujeres en trabajo de parto a término que cuenten con los criterio de inclusión ya descritos; para lo cual se empleó un formulario de recolección de datos elaborada por la autora (Anexo 2).

f. Fuente de información

El presente investigación es a base a fuentes de información secundarias mediante las Historias Clínicas del Hospital Regional Isidro Ayora

g. Plan de Análisis y Presentación de Datos

Para la determinación del correcto llenado, se consideró el cumplimiento de todos los componentes de la Guía “Aplicación Clínica del Partograma (CLAP) y Manejo de las Anomalías del Parto”, basándose en esta fuente bibliográfica y bajo la supervisión de

un profesional propio de la rama de Gineco-Obstetricia, se llevó a cabo la realización del correcto llenado del partograma mediante la información proporcionada por las historias clínicas de las pacientes. Posteriormente los datos obtenidos serán procesados en el Programa Microsoft Office Excel 2013, los cuales arrojaran los respectivas tablas y gráficos, con los cuales se demostró si hay o no relación entre el llenado del partograma con la toma de decisión obstétrica.

h. Uso de los resultados

Los resultados obtenidos de la presente investigación fueron proporcionados al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, quedando así un estudio cuya información aporta datos actuales sobre la realización y llenado del partograma; al igual será una base para futuros proyectos. La difusión de estos resultados al personal médico del Hospital Regional Isidro Ayora, asesorara el llenado correcto del partograma mejorando la calidad de atención en el servicio de Gineco-Obstetricia.

i. Riesgo

No hay riesgos tanto para el investigador como para la usuaria

j. Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación se solicitara el acceso al Área de Gineco Obstetricia con el fin efectuar la recolección de datos, la misma que será al Ing. Byron Guerrero Jaramillo – Gerente del Hospital Regional Isidro Ayora. Además en los formularios de recolección de datos constara únicamente el número de historia clínica de la paciente y se obtendrá la información con la mayor confidencialidad.

6. RESULTADOS

- **Tabla N°1.** Toma de decisiones obstétricas mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas.

Partogramas		No se diagnostica desviaciones*		Partos		Cesáreas**	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
50	100	50	100	49	98	1	2

Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango
* Partogramas incorrectamente llenados por lo que no se pudo determinar el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas
**Partograma incorrectamente llenado, cesárea por compromiso del bienestar fetal diagnosticado por el uso del monitoreo fetal

Análisis:

El 100% (n=50) de los partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en la toma de decisiones obstétricas mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de las curvas, el 98% (n=49) culminaron en parto vaginal y 2% (n=1) en cesárea.

- **Tabla N°2.** Llenado correcto del partograma

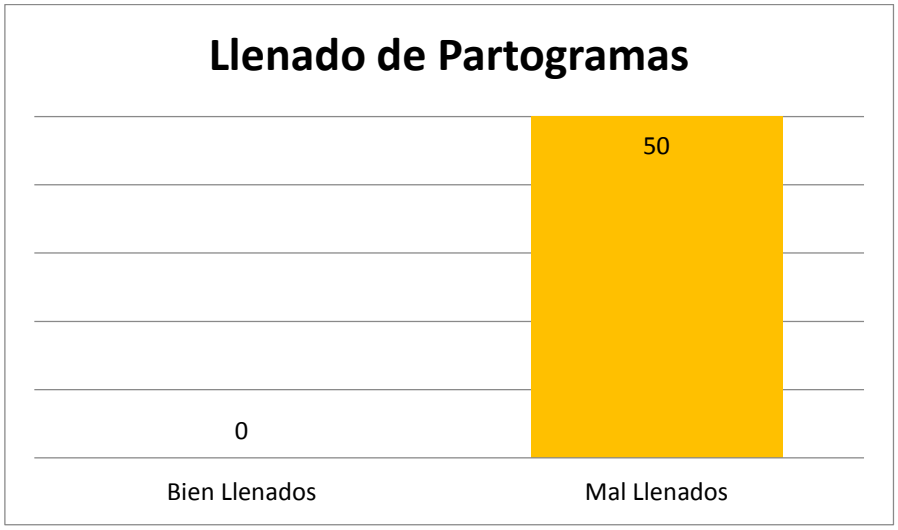
Descripción	Valor	Porcentaje (%)
Correctamente llenados	0	0%
Incorrectamente llenados*	50	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango
* Partograma no cumplía con uno o algunos de sus componentes

Análisis:

El 100% (n=50) estuvieron incorrectamente llenados.

Figura 1. Llenado correcto del partograma



Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango

➢ **Tabla N°3.** Número y porcentaje de partos vaginales y cesáreas

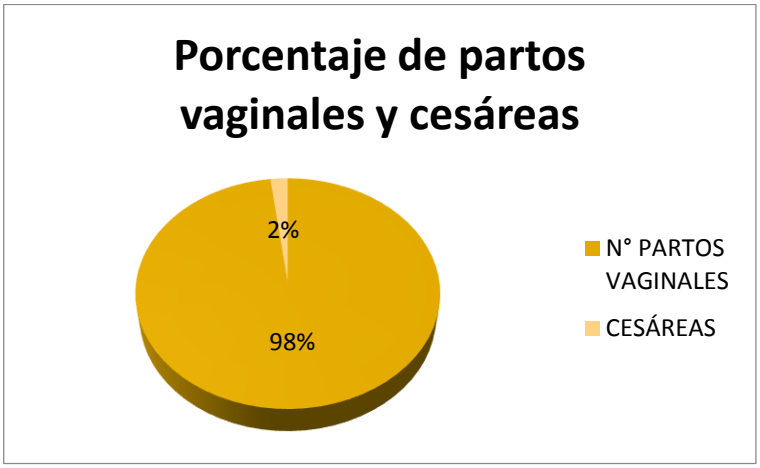
Descripción	Valor	Porcentaje (%)
N° Partos vaginales	49	98
Cesáreas*	1	2
Total	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango
*Partograma incorrectamente llenado, cesárea por compromiso del bienestar fetal diagnosticado por el uso de monitoreo fetal, obteniéndose recién nacido con Apgar 9-9.

Análisis:

El 98% (n=49) de los partogramas incorrectamente llenados culminaron en partos vaginales y el 2% (n=1) en cesárea.

Figura 2. Número y Porcentaje de partos vaginales y cesáreas



Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango

- **Tabla N°4.** Correlación entre el llenado del incorrecto del partograma con el número de partos, cesáreas y el compromiso materno fetal.

Llenado incorrecto del partograma		**Número de partos vaginales y cesáreas**				**Morbi-Mortalidad Materna**				**Morbi-Mortalidad Fetal**			
		Partos vaginales		Cesáreas		Si		No		Si		No	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
50	100	49	98	1	2	0	0	50	100	0	0	50	100

Fuente: Formulario de recolección de datos
Autor: Mariela Alejandra Castillo Sarango

* Pese a que la cesárea fue por una taquicardia fetal sostenida, el Apgar del recién nacido según los datos de la historia clínica de la paciente fue de 9-9 al primer y quinto minuto respectivamente.

Análisis:

El 100% (n=50) de los partogramas fueron llenados incorrectamente, 98% (n=49) culminan en parto vaginal, el 2%(n=1) culminó en cesárea, el 100% (n=50) no presenta una morbi-mortalidad materno fetal.

7. DISCUSIÓN

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos obstétricos, 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.

En Ecuador para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto. Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria. Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad materna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital, esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención como también el hecho que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud. Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, que una adecuada atención del parto implica el uso del partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva. (MSP, 2008), (Viteri, 2007).

El 100% (n=50) de los partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en la toma de decisiones obstétricas mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de las curvas, teniendo así que el 98% (n=49) de los partogramas incorrectamente llenados terminaron por vía vaginal, el 2% (n=1), estos resultados se correlacionan con una revisión sistemática realizada por Levender y colaboradores donde se incluyeron 6 estudios de alta calidad involucrando 17,706 mujeres comparándose el uso o no del

partograma, encontraron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a las tasas de cesárea, parto vaginal instrumental o puntaje de Apgar menor que siete a los cinco minutos.

La ausencia de morbi-mortalidad materno infantil que representa el 100% (n=50) en el presente estudio no se correlaciona con el incorrecto llenado del partograma ni con el número de partos vaginales, sin embargo, un trabajo multicéntrico patrocinado por la OMS el manejo y resultado del parto en pacientes a quienes se les practica partograma, encontrando una reducción de trabajos de partos prolongados (del 6,4% al 3,4% de los trabajos), disminución de la necesidad de uso de oxitócicos, igualmente el número de cesáreas de emergencia (9,9% al 8,3%) y las muertes fetales disminuyó significativamente, concluyendo que el partograma es un método válido, aceptable y de bajo costo en la vigilancia del trabajo de parto (Dr B E Kwast, 2006).

Finalmente pese al incorrecto llenado del partograma y la no influencia de éste en la toma de decisión obstétrica, no contradice que los partogramas sean útiles, más bien se debe concientizar y promover el llenado adecuado del mismo, recordando que a más de ser una herramienta necesaria para el control de la labor de parto, es un instrumento del manual de estándares que sirve para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal.

8. CONCLUSIONES

- El partograma no influye en la toma de decisiones independientemente del buen o mal llenado de sus curvas
- Todos los partogramas estuvieron incorrectamente llenados, considerando la ausencia de uno o algunos de sus componentes.
- El total de los partogramas incorrectamente llenados culminaron en parto vaginal a excepción de uno cuya vía de parto es cesárea por compromiso del bienestar fetal diagnosticada por el uso del monitoreo fetal.
- El incorrecto llenado del partograma no se correlaciona con el número de partos vaginales, cesáreas y menos aún con la ausencia de morbi-mortalidad pese a que la cesárea fue por una taquicardia fetal sostenida, el Apgar del recién nacido según los datos de la historia clínica de la paciente fue de 9-9 al primer y quinto minuto respectivamente con ausencia de meconio

9. RECOMENDACIONES

- Concientizar al personal de salud: médicos, residentes e internos que laboran en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora sobre la importancia del correcto registro del partograma, ya que, a más de ser una herramienta necesaria para el control de la labor de parto, es un instrumento del manual de estándares que sirve para medir la Calidad de la Atención Materno – Neonatal.
- Incentivar a las futuras generaciones de médicos en formación sobre la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto al registro y correcta utilización de éste instrumento.

10. BIBLIOGRAFÍA

BL, S. (Junio de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/es/

Briones Esmeraldas, D. M., & Merecí Becerra, D. H. (2012). *Evaluación del Partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea.* Quito.

Calvo, R. (2009). *Clínica de Maternidad Anomalías del Trabajo de Parto.* Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_ANOMALIAS_DEL_PARTO.pdf

Calvo, R. (2009). *Clínica de Maternidad Cesárea.* Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf

Comisión Nacional de Obstetricia y Neonatología. (2015). Guía Perinatal . 332.

Cruz, E. (2014). Uso de partrograma. San Carlos, Guatemala.

Danilo, N., & Bajuelo, E. (2004). *MEDISAN*. Recuperado el 2015, de MEDISAN: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

Dr B E Kwast, M. P. (2006). World Health Organization partograph in management of labour. *Elsevier*.

Fuentes, M. N. (2 de Diciembre de 2010.). *FASE ACTIVA DEL PARTO: CONDUCTA Y MANEJO.* Obtenido de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf

ISSUU. (2009). Obtenido de Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva: http://issuu.com/antoniolimay/docs/guias_clinicas_en_ginecologia_obstetricia_y_perina/238

Jaramillo, Z., & Fanny, L. (2006). Cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención del parto. Loja, Loja, Ecuador.

Jimenez, G. (2009). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma. Loja, Loja, Ecuador.

Lucach, A., & Franco, R. (2009). Trabajo de parto. *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del parto*.

Méndez, D. N. (2008). *EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO.* Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2007). Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2008). *COMPONENTE NORMATIVO.* Obtenido de http://es.scribd.com/doc/44329240/Ministerio-de-Salud-Publica-Del-Ecuador#scribd

Ministerio de Salud Pública. (2014). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. *Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP*.

MSP. (Junio de 2008). *SNS CONASA.* Recuperado el Febrero de 2015, de SNS CONASA: http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf

MSP. (s.f.). *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.* Obtenido de http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=6435

Nápoles Méndez , D., Bajuelo Páez , A., Téllez Córdova , M., & Couto Núñez , D. (2006). *El partograma y las desviaciones del trabajo de parto.*

Omar Dueñas, J. B. (2015). *Manual de Obstetricia y Procedimientos medicoquirúrgicos.* México: Mexicana.

Organizaicón Mundial de la Salud. (2008). *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción*. Obtenido de http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

Patricio Gayán B1, J. V. (2009). Protocolo de indicación operación cesárea. *REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE.*, 5-6.

Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP) y manejo de las anomalías del parto. 1-7.

Secretaria Nacional de Planificación y Derecho. (2013 - 2017). Buen Vivir Plan Nacional. 146-147.

Velasquez, M. (2007). *Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales.* Heodra.

Villanueva, A., & Riega, P. (2004). Calidad de atención del parto y satisfacción de usuarias. San Fernando, San Marco, Perú.

Viteri, G. (2007). SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. *OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 77.

11. ANEXOS

Anexo 1: formulario de recolección de datos

ANEXO Nº1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: Influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas

ÁREA Y GRUPO DE ESTUDIO: en mujeres en trabajo de parto a término hospitalizadas en el Área de Gineco – Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo Mayo – Octubre 2015

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de la curvas con el propósito de mejorar la calidad de atención y disminuir la morbimortalidad materno fetal

N° de ficha: …….

1. Datos Generales

- N° HC: ……..
- Edad: ……
- Edad gestacional: ……
- Dilatación con la que inicia: ……
- Dilatación con la que se inicia la gráfica del partograma:……..

2. Realización del Partograma

Si: ……. No: …….

- Curva alerta

Normal: ……. Anormal: …… No consta: ……..

- Curva real

Normal: ……. Anormal: …… No consta: ……..

- Planos de Hodge

Consta: …….. No consta: ……

- Posición materna
  Lateral derecho: …….. Lateral izquierdo: …….

Dorsal: …… Parada: ……..

Semisentada: …… Caminando: ……..

Sentada: …… No consta: ……

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca fetal
  - 120 – 160…….
  - <120…….
  - >160…….
- Registro de la intensidad del dolor

  Consta: …….. No consta: ……

- Contracciones Uterinas
  - N° y duración: ……..
  - Intensidad: ……
  - Borramiento: ……

- Ruptura espontánea y artificial de membranas
  Antes de la labor de parto: ……. Durante la labor de parto: …….

- Conducción

  Si: ……. No: …….

- Compromiso de Bienestar Fetal

  - Monitoreo Fetal Reactivo Si……. No….
  - Monitoreo Fetal Arreactivo Si……. No….

- Trabajo de Parto Prolongado
  - Si……. No….

3. Vía del Parto

   - Vaginal Si……. No….

     Tiempo:

     Precoz…… Normal……..Prolongado……

   - Cesárea Si……. No….

     Tiempo:

     Precoz……Normal……..Prolongado……

Anexo 2: pertinencia al trabajo de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORANDO Nro. 0389 CCM-ASH-UNL

PARA: **Srta. María Alejandra Castillo Sarango**
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: **30 de marzo de 2015**

ASUNTO: **Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.**

Por medio del presente me permito comunicar a usted, que el trabajo de investigación **INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONESOBSTÉTRICAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO ESPONTÁNEO A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA,** de su autoría, se considera que se deberá omitir la palabra ESPONTÁNEO, con esta observación el proyecto cumple con los lineamientos de desarrollo y se acopla a nivel de pregrado, el mismo que es PERTIENENTE, según informe de la Dra. María de los Ángeles Sánchez Tapia, por lo cual deberá continuar con el trámite respectivo.

Se adjunta informe.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL AREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

C.c.- Estudiante y Archivo
Ala.

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 3: designación de director de tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA

1859

MEMORÁNDUM Nro. 0482 CCM-ASH-UNL

PARA: Dra. María De Los Ángeles Sánchez
DOCENTE DEL AREA DE LA SALUD HUMANA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 10 de abril de 2015

ASUNTO: Designar Director de Tesis

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema titulado es: **"INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA"**, de autoría de la **Srta. Mariela Alejandra Castillo Sarango**, estudiante del X Módulo de la **Carrera de Medicina.**

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.

Atentamente,

EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA
ESTA LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

Dr. Patricio Aguirre Aguirre
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
Recibido por: YADIRA
Loja: 15-04-15
Hora:
CERTIFICO - SECRETARIA

C.c.- Secretario Abogado, Estudiante y Archivo
Sip.

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros Telefax 2- 571-379 573-480

Anexo 4: autorización para desarrollo de trabajo de investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
SECRETARIA GENERAL

ACREDITADA-Resolución Nº001-073-CEAACES-2013

Trámite N°. 004321

Of. N°. 0691 – SG – ASH – UNL
Loja, 22 de abril de 2015

Ingeniero
BYRON GUERRERO JARAMILLO, **Gerente**
Hospital General "Isidro Ayora"
Ciudad.-

De mi especial consideración:

Como es de su conocimiento, nuestra Institución mantiene vigente el Convenio Marco con el Ministerio de Salud Pública, que nos permite interactuar en los distintos campos académicos y asistenciales.

Es en este contexto y vista la petición que antecede, suscrita por la Srta. Mariela Alejandra Castillo Sarango, estudiante del X Módulo de la Carrera de Medicina Humana; me permito solicitar se autorice el acceso de la mencionada estudiante al Área de Gineco-Obstetricia, con la finalidad de efectuar la recolección de datos para la realización de la tesis titulada **"INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTETRICAS EN MUJERES EN TRABAJOD E PARTO A TERMINO EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA".**

Aprovecho la oportunidad para expresarle mi agradecimiento.

Atentamente,
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA
ESTA LA GLORIFICACION DE LA VIDA

Lcda. Rosa Rojas Flores, Mg. Sc.
DIRECTORA DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA (E)

RRF/yadycordova

Copia: Coord. Medicina, Srta. Mariela Castillo Sarango, Archivo

Autorizado: 29/04/2015
HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
23-04-2015
Loja a..... Hora 11:50
Firma: .....
SECRETARIA DE GERENCIA

Construyendo juntos la Nueva Universidad

Av. Manuel Ygnacio Monteros. Tel: 2571379 - 273400 Ext. 105, 106, 107

www.unl.edu.ec UNL - Universidad Nacional de Loja @nacionaldeloja nacionaldeloja

Anexo 5: Certificado de traducción de inglés

CERTIFICACIÓN

Yo, Soledad Monserrath Castillo Sarango, Licenciada en CC. EE mención Inglés, certifico que el **ABSTRACT** correspondiente a la tesis denominada "Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora", perteneciente a la Srta. Mariela Alejandra Castillo Sarango, es traducción fiel y completa al idioma inglés del documento **RESUMEN** redactado en el idioma español.

Es todo cuanto certifico a los fines que convenga a la interesada.

Loja, 25 de noviembre de 2016.

Anexo 6: Proyecto de Tesis

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

INFLUENCIA DEL PARTOGRAMA EN LA TOMA DE DECISIONES OBSTÉTRICAS EN MUJERES EN TRABAJO DE PARTO A TÉRMINO ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA

AUTORA: Mariela Alejandra Castillo Sarango

Loja – Ecuador

2015

1. TEMA:

Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora.

2. PROBLEMATIZACIÓN

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en este proceso. Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus periodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica (Cruz, 2014) (Jimenez, 2009).

El Banco Mundial copatrocina el partograma como una maternidad segura, y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 %, las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90, con ella uno de los métodos que permitirá disminuir la alta incidencia de mortalidad materno perinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el PARTOGRAMA, un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana (Jimenez, 2009) (Jaramillo & Fanny, 2006).

Echavarría y col. en el Servicio Clínica El Rosario y Universidad Pontificia Bolivariana en Colombia, 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 (Velasquez, 2007).

En un estudio 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.
Según la Guía Práctica Clínica de Argentina en el 2005, con el uso del partograma se disminuye el trabajo de parto prolongado de un 6.4% a un 3.4%, las cesáreas de urgencias de un 9.9 % a un 8.3%, el número de cesáreas en embarazos únicos sin factores de riesgo del 6.2% a 4.5% y las complicaciones intraparto se reducen significativamente de un 0.5% a un 0.3%.

Se considera que el uso de partogramas que incluyen líneas de acción, aumenta la frecuencia de partos vaginales reduce la morbilidad materna, predice el modo de nacimiento y la duración del trabajo de parto (Lucach & Franco, 2009).

En Ecuador para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto. Por este motivo, la atención calificada del parto que incluye el cumplimiento de normas y protocolos establecidos se hace indispensable y obligatoria Según datos no oficiales recolectados de los sistemas provinciales de vigilancia de la mortalidad materna del MSP en el 2006, el 81% de muertes maternas ocurrieron en el hospital, esta cifra podría reflejar deficiencias de la calidad de atención como también el hecho de que muchas mujeres llegan en malas condiciones a los servicios de salud. Existe consenso internacional, a través de la medicina basada en la evidencia, de que una adecuada atención del parto implica el Uso del Partograma para monitoreo de la labor de parto y toma de decisiones oportunas según las desviaciones de su curva (MSP, 2008) (Viteri, 2007).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante un estudio sobre el efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término expuso dos estudios clínicos, que evaluaron el efecto del uso o no del partograma, cuyos resultados encontraron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en cuanto a las tasas de cesárea, parto vaginal instrumental o puntaje de Apgar menor que siete a los cinco minutos (BL, 2009). Aunque en Loja el partograma se utiliza para la vigilancia del trabajo de parto en unidades del segundo nivel de atención del Ministerio de Salud, no se cuenta con estudios que evalúen el sistema de llenado del partograma, y si existe no se conoce si es llenado adecuada e inadecuadamente, ni mucho menos el impacto positivo o negativo de la utilización del mismo en asociación directa con morbi-mortalidad materna y/o fetal.

Teniendo una noción clara de los datos anteriormente descritos se formula la siguiente pregunta: **¿Cómo influye el partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término?** Propuesta de estudio que se realizara obteniendo la información de mujeres gestantes hospitalizadas en

el Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante. En el cual se medirán indicadores como: la curva de alerta y real, planos de hodge, posición materna, tensión arterial materna, frecuencia cardiaca fetal, dolor, contracciones uterinas, rotura espontánea y artificial de membranas, conducción, trabajo de parto prolongado y vía del parto.

3. JUSTIFICACIÓN

El partograma es un registro utilizado durante el trabajo de parto en la atención a nivel hospitalario, el mismo que valora su evolución, lo cual permite al obstetra atender de manera oportuna cualquier anormalidad, representando una herramienta básica que garantiza una maternidad segura.

Con el uso del partograma se disminuye el trabajo de parto prolongado de un 6.4% a un 3.4%, las cesáreas de urgencias de un 9.9 % a un 8.3%, el número de cesáreas en embarazos únicos sin factores de riesgo del 6.2% a 4.5% y las complicaciones intraparto se reducen significativamente de un 0.5% a un 0.3%. En Ecuador para el 2006, un 29% del total de defunciones maternas y un 16 % de muertes infantiles estuvieron relacionadas con el parto. (MSP, 2008)

No se conocen estudios a nivel local que confirmen o no la relación entre el partograma y las decisiones obstétricas como cesárea o parto vaginal, tomadas durante el trabajo de parto, motivo por el cual la presente investigación tiene como propósito determinar cuál es la influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término del Hospital General Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Por esto he visto la necesidad de realizar este trabajo investigativo, porque además de formar parte del área de la Salud Humana especialmente de la Carrera de Medicina, me siento en la necesidad de contribuir con los datos arrojados del mismo y de esta manera brindar el apoyo a la comunidad del Hospital General Isidro Ayora ya que forma parte indeleble de mi formación y desarrollo profesional.

Con los resultados del presente trabajo y difusión de los mismos, se podría concientizar al personal médico sobre la realización y llenado correcto del partograma, logrando mejorar la calidad de atención de las gestantes hospitalizadas en el área de Gineco- Obstetricia del Hospital General Isidro Ayora, disminuir la morbimortalidad materno fetal y reducir el número de cesáreas innecesarias.

4. OBJETIVOS

General

1. Determinar la Influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas con el propósito de mejorar la calidad de atención y disminuir la morbimortalidad materna-fetal

Específicos

1. Determinar la Influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas.
2. Establecer el llenado correcto del partograma en mujeres en trabajo de parto a término
3. Determinar el número y porcentaje de partos vaginales y cesáreas.
4. Determinar la correlación entre el llenado incorrecto del partograma, con el número de partos, cesáreas y el compromiso materno fetal.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 PARTOGRAMA

5.1.1 DEFINICIÓN

5.1.2 VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

5.2 PARTOGRAMA CLAP

5.3 VÍA DEL PARTO

5.3.1 PARTO VAGINAL

5.3.2 PARTO POR CESÁREA

5.4 ANOMALIAS DEL TRABAJO DE PARTO

5.4.1 TRABAJO DE PARTO PROLONGADO

5.4.2 CONDUCCIÓN

5.4.3 DISOTICIAS

5.5 MONITOREO FETAL

6. DISEÑO METODOLÓGICO

k. Tipo de Estudio

Retrospectivo, de campo, descriptiva, transversal, correlacional, analítico y documental.

l. Área de estudio

Área de estadística del Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en las calles Av. Manuel Agustín Aguirre e Imbabura en la ciudad de Loja, es un hospital de segundo nivel cuya atención es otorgada a la zona 7 de la región sur del país.

m. Universo

El estudio se realizó en 100 mujeres en trabajo de parto a término que fueron hospitalizadas en servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora, periodo Enero – Junio del 2015

n. Muestra

Lo constituyeron 50 mujeres en trabajo de parto a término que cumplieron los criterios de inclusión.

- Criterios de inclusión
  - Mujeres que cursan embarazo de 37 semanas a 41.6 semanas
  - Mujeres en trabajo de parto a término fase latente con dilatación de 3cm a 4cm
  - Mujeres en trabajo de parto a término fase activa con dilatación de 5cm a 6cm
  - Mujeres entre 16 y 30 años de edad
  - Mujeres primigestas y multíparas

- Mujeres con Ruptura de Membranas artificial y/o espontánea durante el trabajo de parto sin compromiso fetal
- Pacientes con conducción durante su trabajo de parto.

➢ Criterios de exclusión

- Mujeres en trabajo de parto espontáneo pre término y pos término
- Mujeres con Trastornos Hipertensivos Gestacionales como: Hipertensión Crónica, Hipertensión Crónica más Preeclampsia, Hipertensión Gestacional, Preeclampsia-Eclampsia, Síndrome de HELLP
- Mujeres con Diabetes Mellitus previa y gestacional
- Mujeres con corioaamnionitis o sepsis
- Mujeres con cesáreas previas
- Distocias maternas o fetales
- Mujeres con embarazo múltiple
- Mujeres con diagnóstico previo de trabajo de parto prolongado.
- Mujeres en trabajo de parto a término con dilatación mayor a 7cm
- Mujer en labor de parto fase expulsivo
- Mujeres que se les realizó inducción del trabajo de parto

o. Métodos e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de datos de la presente investigación, previa autorización se analizaron los partogramas contenidos en las historias clínicas de todas mujeres en trabajo de parto a término que cuenten con los criterio de inclusión ya descritos; para lo cual se empleó un formulario de recolección de datos elaborada por la autora (Anexo 2).

p. Fuente de información

El presente investigación es a base a fuentes de información secundarias mediante las Historias Clínicas del Hospital Regional Isidro Ayora

q. Plan de Análisis y Presentación de Datos

Para la determinación del correcto llenado, se consideró el cumplimiento de todos los componentes de la Guía "Aplicación Clínica del Partograma (CLAP) y Manejo de las Anomalías del Parto", basándose en esta fuente bibliográfica y bajo la supervisión de un profesional propio de la rama de Gineco-Obstetricia, se llevó a cabo la realización del correcto llenado del partograma mediante la información proporcionada por las historias clínicas de las pacientes. Posteriormente los datos obtenidos serán procesados en el Programa Microsoft Office Excel 2013, los cuales arrojaran los respectivas tablas y gráficos, con los cuales se demostró si hay o no relación entre el llenado del partograma con la toma de decisión obstétrica.

r. Uso de los resultados

Los resultados obtenidos de la presente investigación fueron proporcionados al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, quedando así un estudio cuya información aporta datos actuales sobre la realización y llenado del partograma; al igual será una base para futuros proyectos. La difusión de estos resultados al personal médico del Hospital Regional Isidro Ayora, asesorara el llenado correcto del partograma mejorando la calidad de atención en el servicio de Gineco-Obstetricia.

s. Riesgo

No hay riesgos tanto para el investigador como para la usuaria

t. Consideraciones Éticas

Para la realización de esta investigación se solicitara el acceso al Área de Gineco Obstetricia con el fin efectuar la recolección de datos, la misma que será al Ing. Byron Guerrero Jaramillo – Gerente del Hospital Regional Isidro Ayora. Además en los formularios de recolección de datos constara únicamente el número de historia clínica de la paciente y se obtendrá la información con la mayor confidencialidad.

7. CRONOGRAMA

Nº	TIEMPO	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	ACTIVIDADES	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Elaboración del proyecto																																												
2	Aprobación del proyecto																																												
3	Recopilación información secundaria – elaboración de marco teórico																																												
4	Recolección de datos																																												
5	Tabulación y análisis de datos																																												
6	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																												
7	Presentación Primer borrador de tesis																																												
8	Revisión de Comité Asesor de Tesis																																												
9	Corrección de tesis																																												
10	Presentación Documento Final de Tesis																																												
11	Defensa privada de tesis																																												

1. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)
COSTOS DIRECTOS				
ELABORACIÓN DE PROYECTO	1,00	GLOBAL	20,00	20,00
PRESENTACIÓN Y APROBACION DE PROYECTO	1,00	USD	10,00	10,00
RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN	1,00	GLOBAL	100,00	100,00
SISTEMATIZACIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	1,00	GLOBAL	50,00	50,00
ELABORACION DE DOCUMENTO TESIS	1,00	GLOBAL	150,00	150,00
PRESENTACIÓN, REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS	1,00	Documentos	40,00	40,00
DEFENSA PRIVADA Y PUBLICA DE TESIS	1,00	GLOBAL	80,00	80,00
MATERIALES DE OFICINA	1,00	Resmas de Papel, Esferos, Lápices, Borradores, etc.	50,00	50,00
MATERIAL PARA APLICAR ENCUESTAS	1,00	Copias, Tablas para encuestar, Esferos, Lápices, Borradores	10,00	10,00
TOTAL COSTOS DIRECTOS				**510,00**
COSTOS INDIRECTOS				
MOVILIZACIÓN	10,00	VIAJES	3,00	30,00
INTERNET	8,00	MENSUAL	5,00	40,00
IMPRESIÓN DOCUMENTOS FINALES	1,00	GLOBAL	200,00	200,00
TOTAL COSTOS INDIRECTOS				**270,00**
TOTAL COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS				**780,00**
TOTAL				**780,00**

Anexos

Anexo 1

VARIABLE DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
PARTOGRAMA Es una representación visual gráfica de los valores y sucesos durante el curso del trabajo de parto , por lo que puede prevenir, detectar y manejar la aparición de complicaciones que pueden desencadenar daño, a veces irreversible o fatal para la madre y el recién nacido	Curva de alerta y real	Gráfico de la curva alerta y real del trabajo de parto en la paciente.	NORMAL
			ANORMAL
			NO CONSTA
	Planos de Hodge	Registro gráfico del descenso de la presentación.	CONSTA
			NO CONSTA
	Posición materna	Registro gráfica de la posición materna	LATERAL DERECHO
			LATERAL IZQUIERDO
			DORSAL
			SEMISENTADA
			SENTADA
			PARADA
			CAMIANADO
			NO CONSTA
	Tensión arterial Materna	Registro grafico de la tensión arterial	PRESIÓN ARTERIAL
			NO CONSTA
	Frecuencia cardiaca fetal	Registro gráfico de la frecuencia cardíaca fetal	120-160
			<120
			>160
	Dolor	Registro de la intensidad del dolor	CONSTA
			NO CONSTA
	Contracciones uterinas	Registro gráfico de las contracciones uterinas.	NÚMERO DE CONTRACCIONES
			DURACIÓN DE CONTRACCIONES
			INTENSIDAD

	Borramiento	Registro del borramiento	CONSTA	
			NO CONSTA	
	Rotura espontánea y artificial de membranas	Registro gráfico de la rotura espontánea y artificial de membranas	DURANTE LA LABOR DE PARTO	
	Conducción	Registro de la conducción	SI	NO
	Trabajo de parto prolongado	Registro de trabajo de parto prolongado	SI	NO
VÍA DEL PARTO El parto vaginal es el parto que se produce por la vagina de la mujer sin necesidad de recurrir a una cesárea La cesárea es una intervención quirúrgica que permite extraer el feto mediante la abertura del segmento inferior del útero	Vaginal	Registro en el expediente	SI	NO
	Cesárea	Registro en el expediente	SI	NO

ANEXO Nº2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: Influencia del partograma en la toma de decisiones obstétricas

ÁREA Y GRUPO DE ESTUDIO: en mujeres en trabajo de parto a término hospitalizadas en el Área de Gineco – Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de Loja, periodo Mayo – Octubre 2015

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término mediante el diagnostico precoz de las desviaciones de la curvas con el propósito de mejorar la calidad de atención y disminuir la morbimortalidad materno fetal

N° de ficha: …….

3. Datos Generales

- N° HC: ……..
- Edad: ……
- Edad gestacional: ……
- Dilatación con la que inicia: ……
- Dilatación con la que se inicia la gráfica del partograma:……..

4. Realización del Partograma

Si: ……. No: …….

- Curva alerta

Normal: ……. Anormal: …… No consta: ……..

- Curva real

Normal: ……. Anormal: …… No consta: ……..

- Planos de Hodge

Consta: …….. No consta: ……

- Posición materna

Lateral derecho: …….. Sentada: ……

Lateral izquierdo: ……. Parada: ……..

Dorsal: ……. Caminando: ……..

Semisentada: …… No consta: ……..

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca fetal
  - 120 – 160…….
  - <120…….
  - >160…….
- Registro de la intensidad del dolor

  Consta: …….. No consta: ……

- Contracciones Uterinas
  - N° y duración: ……..
  - Intensidad: ……
  - Borramiento: ……

- Ruptura espontánea y artificial de membranas

  Antes de la labor de parto: ……. Durante la labor de parto: …….

- Conducción

  Si: ……. No: …….

- Compromiso de Bienestar Fetal

  - Monitoreo Fetal Reactivo Si……. No….
  - Monitoreo Fetal Arreactivo Si……. No….

- Trabajo de Parto Prolongado
  - Si……. No….

3. Vía del Parto

   - Vaginal Si……. No….

     Tiempo:

     Precoz…… Normal……..Prolongado……

   - Cesárea Si……. No….

     Tiempo:

     Precoz……Normal……..Prolongado……

BIBLIOGRAFÍA

BL, S. (Junio de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/es/

Calvo, R. (2009). *Clínica de Maternidad Anomalías del Trabajo de Parto.* Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_ANOMALIAS_DEL_PARTO.pdf

Calvo, R. (2009). *Clínica de Maternidad Cesárea.* Obtenido de http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/CST.pdf

Comisión Nacional de Obstetricia y Neonatología. (2015). Guía Perinatal . 332.

Cruz, E. (2014). Uso de partrograma. San Carlos, Guatemala.

Danilo, N., & Bajuelo, E. (2004). *MEDISAN*. Recuperado el 2015, de MEDISAN: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm

Dr B E Kwast, M. P. (2006). World Health Organization partograph in management of labour. *Elsevier*.

Fuentes, M. N. (2 de Diciembre de 2010.). *FASE ACTIVA DEL PARTO: CONDUCTA Y MANEJO.* Obtenido de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf

ISSUU. (2009). Obtenido de Guía Nacional de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva: http://issuu.com/antoniolimay/docs/guias_clinicas_en_ginecologia_obstetricia_y_perina/238

Jaramillo, Z., & Fanny, L. (2006). Cumplimiento de la ley de maternidad gratuita y atención del parto. Loja, Loja, Ecuador.

Jimenez, G. (2009). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma. Loja, Loja, Ecuador.

Lucach, A., & Franco, R. (2009). Trabajo de parto. *Guía de Práctica Clínica Vigilancia y manejo del parto*.

Méndez, D. N. (2008). *EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO.* Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2007). Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2008). *COMPONENTE NORMATIVO.* Obtenido de http://es.scribd.com/doc/44329240/Ministerio-de-Salud-Publica-Del-Ecuador#scribd

Ministerio de Salud Pública. (2014). Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud. *Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, MSP*.

MSP. (Junio de 2008). *SNS CONASA.* Recuperado el Febrero de 2015, de SNS CONASA: http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/6.%20Lecciones%20Aprendidas.pdf

MSP. (s.f.). *Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva.* Obtenido de http://www.flacsoandes.edu.ec/biblio/catalog/resGet.php?resId=6435

Omar Dueñas, J. B. (2015). *Manual de Obstetricia y Procedimientos medicoquirúrgicos.* México: Mexicana.

Organizaicón Mundial de la Salud. (2008). *Mortalidad Materna y Neonatal en ALC y estrategias de reducción*. Obtenido de http://www.who.int/pmnch/activities/sintesis_situacionmortalidad_en_alc.pdf

Patricio Gayán B1, J. V. (2009). Protocolo de indicación operación cesárea. *REV. OBSTET. GINECOL. - HOSP. SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE.*, 5-6.

Sagbini, D. G. (s.f.). Aplicación Clínica del PARTOGRMA (CLAP) y manejo de las anomalías del parto. 1-7.

Secretaria Nacional de Planificación y Derecho. (2013 - 2017). Buen Vivir Plan Nacional. 146-147.

Velasquez, M. (2007). *Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales.* Heodra.

Villanueva, A., & Riega, P. (2004). Calidad de atención del parto y satisfacción de usuarias. San Fernando, San Marco, Perú.

Viteri, G. (2007). SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL ECUADOR. *OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA*, 77.