UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TESIS DE GRADO

TEMA:

"CALIDAD DE ATENCION EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO CON PARTOGRAMA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN EL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA"

AUTORES:

GALO WLADIMIR JIMENEZ PLÚAS

DENNYS AGUSTÍN CARPIO JARAMILLO

LOJA – ECUADOR

2009

TEMA:

“CALIDAD DE ATENCION EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO CON PARTOGRAMA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2009”

CERTIFICACIÒN

Dra. ELVIA RUIZ

CERTIFICO:

Haber dirigido y revisado el presente trabajo de tesis titulado:

“CALIDAD DE ATENCION EN LA VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO CON PARTOGRAMA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EL ÁREA DE GÍNECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA DURANTE LOS MESES DE JUNIO Y JULIO DEL AÑO 2009”, de autoría de los señores Galo Wladimir Jimènez Plùas y Dennys Agustín Carpio Jaramillo, previo a la incorporación de MÉDICOS GENERALES, por lo que al cumplir con todos los requerimientos necesarios, autorizo su presentación.

Dra. ELVIA RIZ

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Los criterios, ideas y opiniones vertidas en el presente trabajo investigativo son de exclusiva responsabilidad de los autores.

GALO WLADIMIR JIMENEZ PLÚAS

DENNYS AGUSTÍN CARPIO JARAMILLO

AGRADECIMIENTO

Los estudios de nivel superior son de mucha importancia en la vida de todo estudiante, conscientes de esto queremos expresar en estas cortas letras que plasmamos en papel nuestro mas sincero agradecimiento a DIOS, a nuestros padres y a toda nuestra familia, por el apoyo, confianza y amor que nos han brindado.

Dejamos constancia del sentimiento de gratitud y reconocimiento a las autoridades y docentes del Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja por sus sabios concejos y enseñanzas que nos supieron impartir durante la trayectoria de estudio universitario, de manera especial queremos agradecer a nuestra directora de tesis Dra. Elvia Ruiz, quien con sus sabios conocimientos, orientación y entrega coadyuvó para la feliz culminación del presente trabajo.

GALO WLADIMIR JIMÈNEZ PLÙAS

DENNYS AGUSTÌN CARPIO JARAMILLO

DEDICATORIA

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

Rudyard Kypling.

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

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

A nuestros padres por acompañarnos durante todos estos años brindándonos su apoyo incondicional , alentándonos para alcanzar el éxito y sobre todo por estar pendientes de los más pequeños detalles en nuestro desarrollo personal y profesional.

A nuestros hermanos por mostrarse siempre dispuestos a colaborarnos y apoyarnos cuando los necesitamos.

A nuestras novias que son quienes nos dan fuerzas para seguir adelante frente a las adversidades que la vida nos da.

GALO WLADIMIR JIMENEZ PLÚAS

DENNYS AGUSTÍN CARPIO JARAMILLO

RESUMEN

La presente investigación es un estudio descriptivo, ya que implicó la recopilación de datos de pacientes que ingresaron al área de gíneco-obstetricia del H.R.I.A.L. Planteamos como problema la calidad del registro del partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

Así mismo nos planteamos como objetivo Valorar la calidad del registro del partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto en el H.R.I.A.L.

Durante nuestra investigación ingresaron en total 792 pacientes al área de gíneco-obstetricia del H.R.I.A.L. de las cuales estudiamos un total de 100 pacientes que estaban en trabajo de parto.

De acuerdo a los resultados del estudio realizado se concluye que en el H.R.I.A.L. se realiza un registro incompleto de los parámetros que conforman el Partograma.

SUMMARY

The present investigation is a descriptive study, since it implied the summary of patients' data that they entered to the area of gíneco-obstetrics of H.R.I.A.L. We outline as problem the quality of the registration of the partograma with curve of alert and their use like instrument for the surveillance of the childbirth work in the Regional Hospital Isidro Ayora of the city of Loja.

Likewise we think about as objective to Value the quality of the registration of the partograma with curve of alert and their use like instrument for the surveillance of the childbirth work in H.R.I.A.L.

During our investigation they entered in total 792 patients to the area of gíneco-obstetrics of H.R.I.A.L. of which we study a total of 100 patients that you/they were in childbirth work.

According to the results of the carried out study you concludes that in H.R.I.A.L. he/she is carried out an incomplete registration of the parameters that Partograma conforms.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

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

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

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. (1)

Para reducir la mortalidad materna se han utilizado estrategias dirigidas a mejorar las coberturas de los Servicios de Salud, promoviendo el Control Prenatal, el parto institucional y el parto limpio, para lo cual se fortalecen las acciones de atención primaria de Salud; sin embargo estos esfuerzos no se han traducido en cambios importantes de la mortalidad materna en la última década. Esto podría deberse a que la reducción de la mortalidad materna implica necesariamente la participación de niveles más complejos de establecimientos de Salud.

Los objetivos del presente estudio fueron: el general: valorar la calidad de registro del Partograma con curva de alerta y su utilización como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto, y como específicos tenemos: determinar el porcentaje de realización de partograma con curva de alerta para la vigilancia del trabajo de parto; Identificar de los partogramas que poseen datos; que área se registra con mayor frecuencia; identificar el porcentaje de partogramas registrados correctamente.

De acuerdo a la metodología, la información se obtuvo de las historias clìnicas de las pacientes en trabajo de parto que ingresaron al área de gìneco-obstetricia del H.R.I.A. tomando en consideración que los datos obtenidos fueron manejados con absoluta confiabilidad y no se publicaron nombres ni apellidos.

Al analizar los resultados que se obtuvieron en este estudio sobre partograma observamos que del total de historias clínicas revisadas el 1% de las 100 no contaban con hoja de partograma, el 16% contaban con registro del partograma, pero incompleto del cual destaca la curva de alerta con un alto porcentaje de registro, 87,5% de cada partograma que registraban datos, lo que viene a significar que el personal de esta Unidad de salud conoce el instrumento como tal pero no se cumple con el registro total del mismo en general. En un estudio revisado que se publico en el año 2007 realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León de Nicaragua, en el cual se concluyo que todas pacientes estudiadas contaban con hoja de partograma, 77% tenían un registro adecuado del partograma, en 25% se encontró un registro inadecuado que se contrapone con los resultados encontrados en nuestro estudio.

Los resultados de este estudio podrían deberse a falta de conocimiento de la importancia del uso del partograma, así como de inadecuada capacitación del personal que tiene a su cargo la utilización de esta hoja de registro.

En conclusión, con este trabajo investigativo queda demostrado que aunque se conoce la necesidad de llevar un registro de el trabajo de parto con hoja de partograma esto no se lleva a cabo correctamente

REVISIÓN DE LITERATURA

REVISION DE LITERATURA

CAPITULO I

PARTOGRAMA

I.1. Generalidades

Emmanuel Friedman (1954-1978) estudió cuidadosamente miles de mujeres con trabajo de parto normal y anormal mediante examen en serie del cérvix para definir la tasa esperada de avance y detectar patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular. En su tratado a cerca del trabajo de parto Friedman afirmó *"que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto... Salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la parturienta es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto".* La curva de dilatación cervical observada durante un trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea.

Existen más de doscientos tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud; éstos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.(2)

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, como suelen producirse complicaciones materno fetales, que pueden ser mortales para madre e hijo, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en las maternidades.

Un partograma es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto 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. (3)

El Banco Mundial copatrocina el partograma para 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; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad maternoperinatal 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.

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. (7)

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

En el trabajo de parto normal se observan: borramiento y dilatación del cuello, progreso y altura de la presentación, así como su variedad; estado de salud fetal y actividad uterina en evolución habitual, pero pueden presentarse muchas circunstancias adversas que conduzcan a la operación cesárea en mujeres que sufren agotamiento e infección, con altas tasas de morbilidad y mortalidad de los productos, mucho más elevadas mientras más prolongado sea el trabajo de parto. La cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil, lo cual ha condicionado que una cuarta parte de los nacimientos tenga lugar por esta vía.

Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo, una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado, asociado a la desproporción cefalopélvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y secuelas en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos.

I.2. Tipos de partogramas

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los partogramas desarrollados por Enmanuel Friedman, Philpott y Schwarcz, la mayoría de los cuales indican la misma vía del parto y presentan una eficacia similar en la asistencia clínica del trabajo de parto.(4)

El modelo básico es creado por organismos como el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud como parte de programas de reducción de mortalidad materna e infantil en países del tercer mundo[1].

[1] SANCHES, Ivan Humberto. Comparación Entre Dos Modelos de Partogramas Aplicados a Asistencia Clínica de Parto de Primigestas. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2000, vol. 22, N°4.

I.3. 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. (5)

I.4. VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

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

2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.

3. Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias.

4. Es capaz de explicar los altos índices de cesárea en algunos hospitales.

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

6. Facilita archivar y computar los datos.

7. Constituye un método de lenguaje universal.

8. Es económico y asequible. (6)

1.4.1. Ventajas del uso del partograma (primera prueba clínica a gran escala en 1990), aplicado en más de 35 000 pacientes del llamado Tercer Mundo

Disminuye:

1. El uso de oxitocina en 56 %.

2. El trabajo de parto con tiempo mayor de 18 horas en 49 %.

3. El índice de sepsis posparto en 73 %.

4. El empleo de fórceps en 30 %.

5. La ejecución de operación cesárea por sospecha DCP en 75 %.

El parto obstruido representa 8 % de las defunciones en el orbe y un problema de salud que puede ser diagnosticado precozmente y tratado de forma adecuada.

I.5. Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado 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)[2]

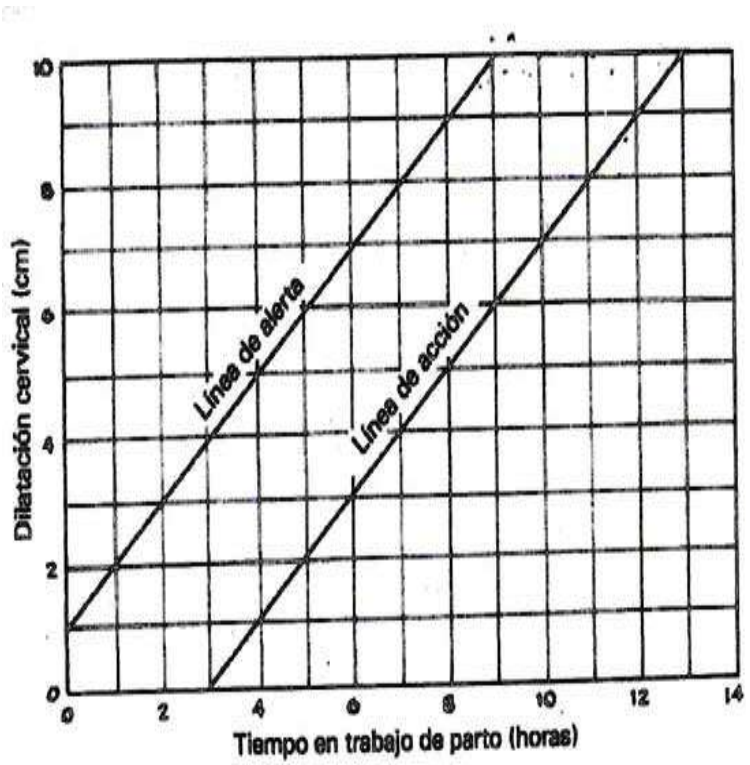


Figura 1. *Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que

[2] http://es.wikipedia.org./wiki/calidad#definiciones_desde_una_perspectiva_de_producto.

ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. Por tal razón nos propusimos describir la evolución histórica del partograma, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, con vista a divulgar y ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunos países, se ha extendido muy poco a otras regiones.

I.6. CALIDAD

La palabra **calidad** tiene múltiples significados. Es un conjunto de propiedades inherentes a un objeto que le confieren capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas. La calidad de un producto o servicio es la percepción que el cliente tiene del mismo, es una fijación mental del consumidor que asume conformidad con dicho producto o servicio y la capacidad del mismo para satisfacer sus necesidades. Por tanto, debe definirse en el contexto que se esté considerando, por ejemplo, la calidad del servicio postal, del servicio dental, del producto, de vida, etc.[3]

Edwards Deming: "la calidad no es otra cosa más que "Una serie de cuestionamiento hacia una mejora continua".

[3] http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoD=57388.

Dr. J. Juran: la calidad es "La adecuación para el uso satisfaciendo las necesidades del cliente".

Kaoru Ishikawa define a la calidad como: "Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor".

Por lo tanto podemos rescatar que la calidad en la atención del trabajo de parto es dar una buena atención para satisfacer las necesidades por las que acuden nuestras pacientes tratando de que este servicio sea el mas económico posible.

I.7. Normas de atención en trabajo de parto

Estas normas se caracterizan por buscar servicios de calidad accesibles y eficaces en su tecnología y en la vigencia de los derechos humanos de quienes son sujetos de esta acción sanitaria y humana. El logro de las mismas se alcanza mediante acuerdos sobre la base del más alto nivel posible de evidencia científica y en consenso entre las distintas asociaciones de profesionales implicadas en el cuidado obstétrico-perinatal.

Las recomendaciones que surgen de estas normas están fuertemente interrelacionadas y se pueden ejecutar dentro del principio de colaboración del equipo que tiene a cargo el cuidado del trabajo de parto, parto y puerperio. El cuidado integral de la mujer durante el nacimiento en

la institución durante el trabajo de parto, parto y puerperio mejora los resultados maternos perinatales en forma significativa, por lo que se insistirá en la necesidad de que todos sean controlados y asistidos en ambientes institucionales bajo la supervisión de personal competente y entrenado. El equipo de salud será multidisciplinario y se procurará que sea capacitado en forma continua en la atención bajo los lineamientos del respeto irrestricto de los derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género.

La atención del trabajo de parto y el parto es el corazón de la Obstetricia y el aspecto más importante del embarazo y el tema médico más común al que se enfrenta el equipo de salud. La prevención de las complicaciones es prioritaria comparada con el manejo de las mismas. En los últimos años se ha puesto mayor interés en obtener evidencia mediante la investigación. (8)

CAPÍTULO II

EL PARTO

II.1. CONCEPTOS GENERALES

Se considera al parto como conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior. En condiciones normales acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo; entre las 37 y 41 semanas de amenorrea. (9)

- Parto espontáneo: se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.
- Parto provocado o inducido: se inicia mediante la intervención de agentes externos.
- Parto eutócico: se desarrolla sin dificultades en todos los períodos.
- Parto distócico: se desarrolla alguna alteración en uno o más de los períodos; dicho término describe al parto que desde el punto de vista mecánico no evoluciona con normalidad

El trabajo de parto se define como un aumento en la actividad miometrial o más concretamente, como el cambio en la contractibilidad miometrial desde la"contractura" (actividad de alta intensidad y alta frecuencia), que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino. (10)

Se desconoce el estímulo normal que desencadena la cascada bioquímica que inicia el trabajo de parto. Antes de comenzar el verdadero trabajo de parto todos los ligamentos pélvicos y tejidos blandos de la vagina se alargan y reblandecen. En el cérvix se observa acortamiento y dilatación (maduración). Unas semanas antes de iniciarse el verdadero trabajo de parto aparecen las contracciones de Brachton Hicks (contracciones regionales débiles, irregulares y rítmicas). (11)

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

El estiramiento mecánico también puede incrementar la contractilidad uterina (embarazo gemelar, polihidramnios etc).Una vez iniciado el trabajo

de parto el proceso implica múltiples circuitos de retroalimentación positiva.

II.2. CRITERIOS PARA DEFINIR UN TRABAJO DE PARTO NORMAL

Friedman intentó establecer criterios que definiesen un trabajo de parto normal y permitiesen identificar alteraciones significativas durante este proceso. Aunque arbitrarios, los límites establecidos por Friedman son lógicos y tienen una utilidad clínica. El grupo de mujeres estaba compuesto por nulíparas y multíparas sin desproporción céfalo pélvica, posición o presentación defectuosa del feto ni embarazos múltiples; ninguna de éstas mujeres había sido tratada con dosis importantes de sedantes, analgesia de conducción, oxitocina, ni había tenido intervenciones quirúrgicas; todas las mujeres tenían pelvis normal, habían llegado al término del embarazo, con fetos en presentación cefálica. A partir de los estudios realizados desarrolló el concepto de tres fases funcionales del trabajo de parto: preparatoria, dilatoria y pelviana que definen los objetivos fisiológicos de cada una de éstas categorías. (12)

II.3. EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL TRABAJO DE PARTO

Las últimas horas del embarazo humano se caracteriza por contracciones del útero que determinan la dilatación del cuello del útero y provocan el descenso del feto por el canal del parto. Este proceso requiere un importante gasto de energía, de ahí la expresión trabajo de parto para nombrarlo. Las contracciones del trabajo de parto son dolorosas y

justifican la expresión dolores del trabajo de parto_utilizado para describir este proceso.

Sin embargo, antes de que empiecen estas intensas y dolorosas contracciones, el útero debe estar preparado para el trabajo de parto. Durante las primeras 36 a 38 semanas del embarazo el miometrio se encuentra en reposo, después de este prolongado periodo de quiescencia se instala una fase de transición durante la cual la ausencia de respuesta miometrial desaparece y tiene lugar el ablandamiento y el borramiento del cuello uterino.

Las contracciones miometriales no inductoras de dilatación cervical pueden observarse en cualquier momento del embarazo. Estas contracciones se caracterizan por imprevisible aparición, falta de intensidad y breve duración. Las molestias provocadas por este tipo de contracciones generalmente se limitan a la parte inferior del abdomen y la región inguinal. Cerca del término del embarazo, durante la preparación del útero para el trabajo de parto, estas contracciones se hacen más frecuentes (sobre todo en las multíparas) y a veces reciben el nombre de trabajo de parto falso. No obstante ello, en algunas mujeres las intensas contracciones uterinas que conducen a la dilatación cervical, el descenso fetal y la expulsión del producto de la concepción comienzan bruscamente y sin aviso previo.[4]

[4] http://es.wikiversity.org/wiki/mecanismos_del_trabajo_de_parto.

II.4. MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

El mecanismo de parto determina una serie de acciones a cumplir para que el móvil fetal atraviese el canal de parto.

Para atravesar el canal de parto el feto debe adaptarse a él constituyendo un cilindro comprimido por ese canal, con actitud forzada (tensión de actitud) y zonas de distinta flexibilidad:

El canal de parto es una estructura particular que tiene:

1. Una entrada constituida por el estrecho superior de la pelvis.
2. Un pasaje o canal de parto con una longitud anterior corta (pubis) y otra larga (sacro), y trayecto curvo de concavidad anterior. Si trazamos ejes sucesivos del canal de parto desde el estrecho superior al inferior podemos observar claramente la curva mencionada (curva de Carus).
3. Finalmente la salida del canal de parto presenta un plano de resistencia constituido por el pubis y uno de deslizamiento, el sacro.

II.4.1. Mecanismo de Entrada: Estrecho Superior de la Pelvis

Primer Tiempo: acomodación al estrecho superior

Orientación a uno de los oblicuos de la pelvis: colocando el eje mayor de la presentación en coincidencia con un diámetro oblicuo del estrecho superior, en general el oblicuo izquierdo que es mayor (12,5 cm.).

Reducción de los diámetros: por distintos mecanismos de acuerdo con la presentación, flexión en vértice, deflexión máxima en cara, compresión en pelviana.

II.4.2. Mecanismo de Pasaje: Canal de Parto

Segundo Tiempo: encaje y descenso

En el mismo diámetro oblicuo en que se orientó, la presentación desciende superando el plano de angustia del estrecho superior (promonto-pubiano mínimo).

El descenso puede realizarse en forma sinclítica, simultánea al mismo tiempo y al mismo nivel, o asinclítica, descendiendo más la parte anterior o la posterior de la presentación.

Tercer Tiempo: rotación interna

Con el objeto de acomodar la zona de máxima flexibilidad de la presentación al codo del canal de parto.

II.4.3. Mecanismo de Salida: Estrecho Inferior de la Pelvis

Cuarto tiempo: desprendimiento

La fuerza de la contracción uterina transmitida a través de la columna fetal enfrenta a la presentación con el estrecho inferior de la pelvis. La parte inferior del pubis retiene el polo fetal, mientras que la excavación del

sacro permite su deslizamiento, el feto hace hipoclomion (bisagra) en el subpubis, gira en sentido anteroposterior, aprovechando el plano de deslizamiento posterior, y se desprende. Resumiendo. (13)

Primer tiempo: acomodación al estrecho superior.

Segundo tiempo: encaje y descenso

Tercer tiempo: rotación interna

Cuarto tiempo: desprendimiento

II.5. LOS TRES ESTADIOS DEL TRABAJO DE PARTO.

II.5.1. Contracciones uterinas características del trabajo de parto.

Las contracciones miometriales propias del trabajo de parto se diferencian de otras contracciones musculares fisiológicas por el hecho de ser dolorosas. La causa del dolor no se conoce con certeza, pero se han sugerido varias etiologías posibles.

1. La hipoxia del miometrio contraído (como ocurre en la angina de pecho).
2. La compresión de los ganglios nerviosos del cuello uterino por los fascículos musculares entrelazados.
3. El estiramiento del cuello uterino durante la dilatación.
4. El estiramiento del peritoneo que cubre el fondo del útero.

La compresión de los ganglios nerviosos del cuello uterino y la parte inferior del útero por el miometrio en vías de contracción es una hipótesis particularmente atractiva. La filtración para cervical con un agente anastésico local generalmente alivia significativamente el dolor durante las contracciones uterinas ulteriores. (14)

II.5.2. Períodos del trabajo del parto:

1) Borramiento y dilatación del cuello uterino.

2) Expulsión del feto.

3) Salida de los anexos fetales (placenta y membranas)

Se denomina “fenómenos activos” del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos y “fenómenos pasivos” a los efectos que aquellos tienen sobre el canal del parto y el feto. (15)

II.5.3. Estadios del parto:

El trabajo de parto activo se divide en tres estadios distintos. El primer estadio comienza cuando se alcanza contracciones del útero de frecuencia, intensidad y duración suficientes para inducir el borramiento y la dilatación progresiva del cuello uterino. Este primer estadio finaliza cuando el cuello uterino se encuentra completamente dilatado; es decir, la dilatación cervical es suficiente para permitir el pasaje de la cabeza fetal (unos 10 centímetros). En consecuencia el primer estadio del trabajo de parto es el borramiento y dilatación cervical.

El segundo estadio comienza cuando la dilatación es completa y finaliza con la expulsión del feto. Este segundo estadio es el de la expulsión del feto.

El tercer estadio comienza inmediatamente después de la expulsión del feto y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas fetales. Este tercer estadio es el de la separación y expulsión de la placenta. (16)

II.5.3.1. Primer estadío: hace referencia al intervalo entre el inicio del trabajo de parto y la dilatación cervical completa. Subdividido por Friedman en tres fases de acuerdo con la progresión de la dilatación cervical.

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

II.5.3.2. Segundo estadío: intervalo entre la dilatación cervical completa (10 cm) y el nacimiento del niño. Se caracteriza por el descenso de la presentación a través de la pelvis materna, culminando con la expulsión del feto.

II.5.3.3. Tercer estadío: hace referencia al parto de la placenta y de las membranas fetales.

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

1º. Mecanismo de entrada a la pelvis: para atravezar el área del estrecho superior.

2º. Mecanismo de pasaje; para atravezar 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 puestos 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). (17)

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.

II.6. MODIFICACIONES CERVICALES RELACIONADAS CON EL TRABAJO DE PARTO.

La fuerza eficiente durante el primer estadio del trabajo de parto es la contracción uterina, la que a su vez presión hidrostática en el cuello uterino y el segmento inferior del útero a través de las membranas fetales. En ausencia de indemnes, la parte de presentación fetal es comprimida directamente contra el cuello uterino y el segmento inferior del útero. Como consecuencia de la acción de estas fuerzas, el cuello uterino previamente ablandado experimenta dos cambios fundamentales: el borramiento y la dilatación. Para que la cabeza de un feto a término promedio pase por el cuello es necesario que el canal cervical se dilate hasta alcanzar un diámetro promedio de 10 centímetros; cuando se llega a este grado de dilatación, se considera que el cuello uterino está completamente dilatado. Durante el borramiento cervical es posible que no se produzca el descenso fetal, pero por lo general la parte de presentación fetal desciende en mayor o menor grado a medida que el cuello uterino se dilata. Durante el segundo estadio del trabajo de parto, el

descenso de la parte de presentación fetal generalmente es lento pero constante en las nulíparas y puede ser sumamente rápido en las multíparas (sobre todo en mujeres que han parido muchas veces).[5]

II.6.1. Borramiento cervical.

La “obliteración” del cuello uterino consiste en el acortamiento del canal cervical de una longitud de unos 2 centímetros a un simple orificio circular de bordes sumamente finos. Este proceso se conoce con el nombre de borramiento y tiene lugar de arriba hacia abajo. Las fibras musculares localizadas en el nivel del orificio cervical interno son traccionadas hacia el segmento inferior del útero, mientras el orificio cervical externo permanece temporariamente sin cambios. Los bordes del orificio cervical interno son traccionados varios centímetros hacia hasta arriba hasta que se incorporan (tanto anatómica como funcionalmente) al segmento inferior del útero. El borramiento puede compararse con un proceso de tunelización en el que el cilindro largo y estrecho se convierte en un túnel corto y obtuso con un pequeño orificio circular de salida. Como consecuencia del aumento de la actividad miometrial durante la preparación del útero para el trabajo de parto, a veces puede observarse

---

5 http://books.google.com.ec/books?id=VGP2SmAESU8C&pg=PA195&lpg=PA195&dq=borramiento+cervical&source=bl&ots=nFQO1E_iUZ&sig=0j20BGOzUwAwcc9SEElrgSs_HNE&hl=es&ei=VyHjSuGBMtCh8Aay4MntAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=13&ved=0CCsQ6AEwDA#v=onepage&q=borramiento cervical&f=false.

un borramiento apreciable del cuello uterino ablandado antes de que comience el trabajo de parto activo. El borramiento determina la expulsión del tapón mucoso a medida que se acorta el canal cervical. (18)

II.6.2. Dilatación cervical.

En comparación con el cuerpo del útero, el segmento inferior del útero y el cuello uterino son regiones de menor resistencia. Por lo tanto, durante las contracciones uterinas estas estructuras experimentan una distención durante la cual se ejerce una tracción centrífuga sobre el cuello uterino. La presión ejercida sobre las membranas fetales durante las contracciones uterinas determina que la acción hidrostática del saco amniótico abra el canal cervical como si fuera una cuña. En ausencia de membranas fetales indemnes, la presión ejercida por la parte de presentación fetal sobre el cuello uterino y el segmento inferior del útero provoca un efecto similar. La ruptura prematura de las membranas no retarda la dilatación cervical en la medida que la parte de presentación fetal se encuentre situada de tal manera que ejerza presión sobre el cuello uterino y el segmento inferior del útero. Los procesos de borramiento y dilatación cervicales determinan la formación de la bolsa anterior de líquido amniótico. (19)

II.7. PATRONES DE TRABAJO DE PARTO

II.7.1. Patrón de dilatación cervical. En su tratado acerca del trabajo de parto Friedman (1978) afirmó “las características clínicas de las

contracciones uterinas; es decir, frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni la normalidad del trabajo de parto Salvo por la dilatación cervical y el descenso fetal, ninguno de los rasgos clínicos de la parturienta es útil para evaluar la progresión del trabajo de parto".

La curva de dilatación cervical observada durante un trabajo de parto normal presenta una configuración sigmoidea. La dilatación cervical se divide en una fase lenta y una fase activa. La fase activa a su vez se subdivide en una etapa de aceleración, otra de máxima pendiente y una tercera de desaceleración (Friedman, 1978).

La duración de la fase lenta es mas variable y está sujeta a cambios provocados por factores exógenos, la sedación (prolongación de la fase latente) y la estimulación del miometrio (acortamiento de la fase latente) la duración de la fase latente afecta en escasa medida la evolución ulterior del trabajo de parto, mientras que las características de la fase de aceleración generalmente permiten predecir el resultado final del parto en un paciente.

Friedman considera que la pendiente máxima es "un indicador adecuado de la eficiencia global de la máquina", mientras que las características de la fase de desaceleración reflejan en mayor medida las relaciones fetopelvianas. La parte final de la dilatación cervical durante la fase activa del trabajo de parto es la consecuencia de la retracción cervical alrededor

de la parte de presentación fetal. Una vez completada la dilatación del cuello uterino comienza el segundo estadio del trabajo de parto; a partir de entonces el único indicador disponible de la evolución del trabajo de parto es el descenso progresivo de la parte de presentación fetal. (20)

II.7.2. Patrón de descenso fetal. En mucha nulíparas, el encajamiento de la cabeza fetal tiene lugar antes del comienzo del trabajo de parto y el descenso fetal ulterior no se observa hasta una fase avanzada del trabajo de parto. En otras mujeres en quienes el encajamiento inicial de la cabeza fetal es menos completo se observa un nuevo descenso fetal durante el primer estadio del trabajo de parto. El patrón de descenso fetal típico asociado con un trabajo de parto normal, la correlación entre la situación de la cabeza fetal con la duración del trabajo de parto dibuja una hiperbólica. El descenso activo generalmente se produce después de cierta evolución de la dilatación cervical. En mujeres nulíparas, generalmente se observa un descenso fetal más rápido durante la fase de máxima pendiente de la dilatación cervical. En ese momento la velocidad de descenso fetal es máxima y se mantiene hasta que la parte de presentación fetal llega al piso perianal.[6]

6

http://books.google.com.ec/books?id=opXDMTRnzFAC&pg=PA291&dq=falso+trabajo+de+parto&ei=biPjSuqVI4G0yQS0-fShDA#v=onepage&q=falso%20trabajo%20de%20parto&f=false.

CAPITULO III

ANOMALÌAS DEL TRABAJO DE PARTO

III.1 FALSO TRABAJO DE PARTO

En esta situación las contracciones uterinas son irregulares, poco frecuentes, con escasa intensidad y duración e ineficaces para el progreso del parto, pero no se puede diferenciar de una prolongación de la fase de latencia. Aproximadamente el 10% de las fases de latencia prolongada corresponde a un falso trabajo de parto.[7]

III.2. DISTOCIAS

Entendemos como distocia a una dificultad para el progreso normal del parto vaginal.

II.2.1.Causas:

Las causas de distocias pueden ser por anormalidades de:

Huesos de la pelvis Distocias óseas

Del útero Distocias de partes blandas

Del feto Distocias fetales

De las membranas ovulares Distocias ovulares

De la contractilidad uterina Distocias dinámicas

Deberá tomarse en cuenta los diferentes tipos de distocia que se pueden presentar durante el trabajo de parto, que pueden contribuir en la

[7] http://www.blogmedico.com.ar.noticiasmedicina/obstetricia/distocias.htm.

obstrucción del mismo, en su enlentecimiento o en la necesidad de realizar un cambio de conducta en la paciente, como:

a.-Distocias óseas: se deben a malformaciones estructurales de la pelvis, debido a alteraciones de los diámetros de los estrechos superior o/y estrecho inferior y/o de la excavación. Son anomalías en el tamaño o características del canal del parto que presentan una dificultad para el descenso del feto Pueden ser de origen congénito o adquirido.

II.2.2. Estenosis del estrecho superior

Cuando el diámetro anteroposterior es de 10 centímetros o menos y el diámetro transversal es menor a 12 centímetros. La causa principal es el raquitismo de la infancia. También puede ser congénito

II.2.3. Estenosis de la excavación o estrecho medio

Cuando el diámetro interespinoso desciende por debajo de 9,5 centímetros o cuando la suma de los diámetros biisquiáticos y sagitales posteriores, normalmente de 15.5 centímetros, se encuentra por debajo de los 13,5 centímetros. La principal causa es el raquitismo

II.2.4. Estenosis del estrecho inferior

Cuando disminuye el diámetro intertuberoso a 8 centímetros o menos.

Las pelvis estrechas se pueden calificar en simétricas y asimétricas

Simétricas.- En estas pelvis la modificación de una hemipelvis va acompañada de la modificación de la otra simultáneamente.

Pelvis plana simple, de etiología raquítica. También llamada anillada (solo afectado el estrecho superior) Pelvis generalmente estrechada, en mujeres de muy baja estatura. También llamada pelvis androide (afectados los tres estrechos) Pelvis transversalmente estrechada, o pelvis infundibuliforme congénita. También llamada antropoide. Pelvis plana y generalmente estrechada, propia de las enanas acondroplásicas. También llamada pelvis canaliculada.

Asimétricas.- También llamadas pelvis oblicuas, por que tienen una diferencia superior a 1 centímetro entre un diámetro oblicuo y el otro, lo que hace que tengan un oblicuo largo y uno corto.

Etiológicamente se deben a escoliosis, defectos en piernas, como pierna mas corta que la otra, poliomielitis y defectos congénitos, como ausencia o atrofia de alerón de un sacro.

b.- Distocias de partes blandas: debidas a malformaciones uterinas, a tumores que obstaculizan la salida del feto o a alteraciones de la fisiología del cérvix

Tumores miomatosos en tercio inferior del útero o previos Rotura uterina Sinequias y estenosis cicatrizales cervicales Conglutinación del orificio externo Atresia vulvar Atresia vaginal Grandes hematomas y edemas vulvo vaginales Malformaciones uterinas

c.- Distocias fetales: se deben a desarrollo o presentación anormal del feto, de tal forma que no puede ser expulsado por la vía vaginal.

Presentaciones anómalas; de hombro, de cara, frente y en menor medida de bregma Presentaciones complejas, cuando uno o más miembros entran simultáneamente al canal pélvico junto a la cabeza o la nalga. Macrosomías fetales Monstruosidades, como los siameses Malformaciones, como la hidrocefalia Grandes ascitis o edemas generalizados, tumores gigantes de hígado, riñones o bazo

d.- Distocias ovulares: a causa de patologías de las membranas, placenta, cordón y en menor medida el líquido amniótico, que imposibilitan o dificultan la expulsión fetal Procidencia y procúbito de cordón sin dilatación completa Placenta previa oclusiva total Accidente de Baudelocke Oligoamnios y polihidramnios (relativas)

e.- Distocias dinámicas: causada por contracciones uterinas anormales que no tienen la suficiente fuerza para vencer la resistencia que los tejidos blandos y el canal óseo presentan al nacimiento del feto, o que aparecen en forma excesiva llegando a la tetanización de las fibras musculares uterinas o por falla del Triple Gradiente Descendente, con anarquización de frecuencia, tono e intensidad.[8]

Hiposistolias

Hipotonías

Hipertonías

[8] http://es.wikipedia.org/wiki/partograma.

Taquisistolias

Inercia uterina

Tetanización uterina

Disritmia.

CAPÍTULO IV

REGISTRO DEL PARTOGRAMA

IV.1. GENERALIDADES

Un **partograma** es una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. La vigilancia clínica de la evolución del trabajo de parto 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. (21)

El modelo básico de un partograma está centrado en un papel cuadriculado en el que se construyen gráficas curvas del trabajo de parto. En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde el 0 hasta el 10. En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto. En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal, sorteada en orden descendente, por lo general basado en los planos de Hodge. La curva del parto suele tener una pendiente mayor en las multíparas mientras que las primigestas tienden a ser curvas más planas. El 90% de los partos suelen seguir los patrones establecidos en la curva del parto

normal y predice el momento en el que la intervención médica debe actuar para prevenir la distocia y el estrés fetal y el riesgo materno.[9]

IV.1.1. Intervalos normales

En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer período del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas. Por su parte, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% o 8 cm. (22)

IV.1.2. Alteraciones en el partograma

La duración anormal del trabajo de parto aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad infantil y materna. La OMS plantea que después de 8 horas de trabajo de parto en la fase latente que es la fase que le antecede al nacimiento del bebé se debe considerar el parto como prolongado, si no ha ocurrido naturalmente, se debe realizar la rotura artificial de membranas (RAM) y administrar oxitocina. Si la paciente no pasa a la fase activa o segunda fase del parto natural, se debe realizar un parto por cesárea. (23)

---

[9] Instructivo para el Diligenciamiento de la Historia Clínica del Parto "Partograma" del CLAP - OPS/OMS.

IV.2. PARTES DEL PARTOGRAMA

IV.2.1. Datos Generales

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

IV.2.2. Sector central.

Este sector está destinado al registro de:

1. Dilatación cervical.
2. Planos de Hodge.
3. Estado en que se encuentran las membranas ovulares.
4. Frecuencia cardiaca fetal
5. Contractilidad uterina.

IV.2.3. Gráfica de dilatación cervical

En el eje izquierdo de las ordenadas se encuentra una escala para graficar la dilatación cervical, desde 0 cm hasta el parto; en el eje de las abscisas se encuentra una escala horaria de 0 a 14 horas, por debajo de ellas se encuentran casillas para anotar la hora real correspondiente a cada observación. El valor hallado en el primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación), con la ordenada (dilatación cervical en cm). De igual manera se seguirán anotando sucesivamente los siguientes exámenes obstétricos hasta completar el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante

una línea permitirá dibujar la curva de dilatación para un caso determinado según la evolución.

IV.2.4. Altura de la presentación.

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

IV.2.5. Planos de Hodge

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

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

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

IV Plano: Pasa por la punta del cóccix. (24)

IV.2.6. Variedad de posición

En la intersección del plano encontrado y la hora del examen se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientada hacia la variedad de posición. (25)

IV.2.7. Estado de las membranas ovulares

Al ingreso se constatará el estado de las membranas ovulares en cuanto a su integridad. Si están rotas, se anotará en observaciones de la cuadrícula inferior. Si se rompe en algún momento del trabajo del parto se anotará, al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical, con la sigla que corresponda para la rotura espontánea de las membranas (REM) y para la rotura artificial de las membranas (RAM).

IV.2.8. Sector inferior

Este sector está destinado al registro horario de: Posición materna: La adoptada predominantemente en el período considerado.

Decúbito Lateral Derecho	LD
Decúbito Lateral Izquierdo	LI
Decúbito Dorsal	D
Semi sentada	SS
Sentada	S
Parada o caminando	PC

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

Pulso materno: en latidos por minuto fuera de la contracción.

Frecuencia cardiaca fetal: en latidos por minuto fuera de la contracción.

Duración contracciones: en segundos desde que se percibe por palpación el endurecimiento del útero hasta su aflojamiento. Frecuencia contracciones: No. de contracciones en 10 minutos. Dolor: marcar el lugar y la intensidad del dolor con los siguientes símbolos:

Localización

Región supra púbica	(SP)
Región sacra	(S)

Intensidad del dolor:

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

Otros datos

Se registrarán además las drogas administradas, vía y dosis, así como cualquier otro dato de relevancia no consignado anteriormente. Estas anotaciones se efectuarán en la hoja de observaciones precedidas por la letra que figura en el casillero correspondiente a la hora.

IV.3. CURVAS DE ALERTA PARA LA DILATACIÓN CERVICAL

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

Las curvas de alerta marcan un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que al traspasar este límite, estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia oportuna del caso. (26)

IV.3.1. Fase latente prolongada

	Multíparas	Nulíparas
Friedman,1954	20 horas	14 horas
Promedio	4,8 horas	6,4 horas
Friedman y Sachtleben, 1972		
	14 horas	20 horas
Promedio	5,3 horas	8,6 horas
Dexeus		
	10 horas	15 horas

En nuestro medio: 8 horas (independientemente de la paridad)

En el Hospital Ginecoobstétrico Docente Sur de Santiago de Cuba se realizó un estudio de caracterización de la fase latente durante un quinquenio en 2 300 gestantes, donde se demostró que 90 % de ellas pasaban a la fase activa antes de las 8 horas, por lo cual se consideró la fase latente como prolongada a partir de las 8 horas de evolución sin pasar a la fase activa. Este grupo de embarazadas formó parte de un estudio multicéntrico, donde se aplicó el tratamiento activo no invasivo (TANI) con el uso de misoprostol en dosis de 25 µg cada 6 horas: 2 dosis en multíparas y 3 en nulíparas (**esquema**).

El citado medicamento actuaría sobre la resistencia cervical, considerada la causa principal de fase latente prolongada (tratamiento de base etiológica). Con esta terapéutica hemos reducido en 50 % el tiempo en que las pacientes en fase latente prolongada pasan a la fase activa, de modo que comparado con el método convencional han disminuido la incidencia de distocia en fase activa y el indicador cesárea, así como mejorado notablemente los resultados maternoperinatales.

Otro esquema es el considerado por la OMS, donde se propone que después de prolongarse la fase latente por más de 8 horas, se utilicen oxitocina y amniotomía; pero si en las próximas 8 horas no se alcanza la fase activa, debe procederse a la operación cesárea (tratamiento activo invasivo) (TAI).[10]

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 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 y con base de distribución sobre los percentiles 5-95. La velocidad de la dilatación debe exceder 1,2 cm. por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas.

---

[10] World Health Organization: Preventing prolonged labor: a practical guide I. Geneva, WHO/FHE/MSH/93.8, 1994.

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 período del parto para dar paso al segundo y refleja la relación feto-pélvica; sin embargo, para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal presentada y tenga una pendiente poco pronunciada.

En el período de descenso con distribución basada en los percentiles 5-95 de Friedman, la velocidad de descenso debe ser mayor de 1 cm. por hora en nulíparas y 2 cm por hora en multíparas; 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.

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

La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal y, por tanto, el concurso de un médico. (27)

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. Las curvas de alerta consideran en su percentil 10 la evolución de la dilatación cervical para diferentes condiciones maternas y obstétricas.

Las variables utilizadas fueron: paridad (nulípara sin parto previo, y multípara con uno o más partos previos), posición materna (vertical: sentada, parada o caminando y horizontal: en cama) y estado de integridad de las membranas (perforadas o íntegras). De la combinación de estas variables se derivan 5 curvas de alerta diferentes, que parten de los 4 a 5 cm de dilatación, donde se trazará la línea de base.

Desde el inicio se dibujará la curva de alerta que mejor se corresponda con el caso; pero al producirse un cambio en las condiciones obstétricas, se trazará una curva de acuerdo con ello.

La curva comenzará a delinearse a partir del punto en que cruce la línea de base; y si ha superado esta dilatación, a partir del eje vertical izquierdo, según sea la dilatación ocurrida.

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en que cada uno de los 5 grupos mencionados incrementa la dilatación: de 4 - 5 a 6 , de 6 a 7 , de 7 a 8 , de 8 a 9 , de 9 a 10 y de 10 cm al parto. En la gestante pueden darse 3 situaciones:

1. El ingreso temprano: antes de los 4-5 cm de dilatación.

2. Las condiciones cambiantes: varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto.

3. El ingreso tardío: ingresa con dilatación superior a los 4-5 cm. (28)

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, para lo cual usaron el mismo modelo en papel cuadriculado, dividido en 5 zonas de tiempo: A (área a la izquierda de la línea de alerta), B (de 0 a 1 hora después de la línea de alerta), C (de 1 a 2 horas después de la línea de alerta), D (de 2 a 3 horas después de la línea de alerta), E y F (más de 3 horas después de la línea de alerta). Para la línea de acción se definieron 2 tiempos: hasta 2 horas después de la línea de alerta y más de 2 horas de la línea de alerta (zonas D y F).

Dos y 3 horas después de la línea de alerta, las zonas tuvieron una sensibilidad de 71 y 43 % en ese orden, y una especifidad de 78 y 96 %, respectivamente, en la predicción de la rotura de la cicatriz uterina, de forma que la línea de acción en esta zona de tiempo probablemente ayudaría a reducir la posibilidad de rotura sin un aumento inaceptable de la proporción de operaciones cesáreas.

IV.4. PROCEDIMIENTO PARA GRAFICAR LA DILATACIÓN CERVICAL Y LA CURVA DE ALERTA.

Los datos para construir la curva patrón de alerta fueron obtenidos desde 4-5cms de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la

medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4 - 5cms de dilatación cervical (línea de base).

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de este momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas de acuerdo a las características de la paciente. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeja al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta es cruzada por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

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

METODOLOGÍA

METODOLOGÌA

Tipo de estudio:

La presente investigación es un estudio descriptivo, ya que implicó la recopilación de datos de pacientes que ingresaron al área de gìneco-obstetricia del H.R.I.A.L. durante los meses de Junio y Julio del año 2009, el mismo que se presenta de forma sistemática para dar una idea clara del problema planteado.

La información se obtuvo de las historia clínicas obstétricas de las pacientes en labor de parto que ingresaros al área de gíneco-obstetricia durante el periodo mencionado, tomando en consideración que los datos obtenidos fueron manejados con absoluta confidencialidad.

Universo

Historias clínicas de pacientes hospitalizadas en el área de Gíneco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de la ciudad de Loja, las mismas que fueron un total de 792 pacientes que ingresaron al área de gíneco-obstetricia durante los meses de Junio y Julio del año 2009.

Muestra

100 historia clínicas de pacientes hospitalizadas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Isidro Atora de la ciudad de Loja.

Aplicando la formula para muestra tenemos que:

$$n = \frac{P.Q. \times N}{(N-1)(E/K) + P.Q.}$$

P.Q.= 0.25 (Constante)

N= Tamaño, muestra poblacional

E= Error máximo (0.05)

K= Coeficiente para corregir errores (2)

Aplicando a nuestro caso

$$n = \frac{0.25 \times 792}{(792-1)(0.025) + 0.25}$$

$$n = \frac{198}{20.025}$$

n= 9.88 p 10

En nuestro caso la muestra es de 100 casos, con lo que reducimos el margen de error

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. Embarazada sin verdadero trabajo de parto.

d. Partos inducidos / conducidos.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente trabajo de investigación se desarrolló revisando los expedientes de las pacientes embarazadas que ingresaron en trabajo de parto al área de gíneco obstetricia de H.R.I.A y que cumplían con los criterios de inclusión. En ellos se valoró la calidad de registro del partograma (ANEXO 1), para la vigilancia del trabajo de parto, tomando en cuenta los elementos que comprende dicha hoja de registro:

1. Datos generales.

- Nombres y apellidos de la paciente.
- Fecha de ingreso y de inicio del partograma.
- Número de historia clínica.

2. Región central (curvas).

- Curva de alerta.
- Curva real.
- Planos de hodge.

3. Datos maternos fetales.

- Posición materna.
- Tensión arterial.
- Pulso materno.
- Frecuencia cardiaca fetal.
- Duración de las contracciones.
- Frecuencia de las contracciones.
- Dolor: localización/intensidad.
- Borramiento cervical%

En base a estos datos se determinó como registro de calidad o idóneo a aquella hoja de partograma que cumplía con todos estos parámetros.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Hoja diseñada en Word para evaluar la utilización, el correcto registro y elementos del partograma que con mayor frecuencia son llenados y además nos permite identificar en cada uno de los partogramas la calidad del llenado.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La presentación de los resultados se la realizó a través de tablas y gráficos ilustrativos que ayudarán a la mejor comprensión de los mismos.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez obtenidos todos los datos para la elaboración del trabajo se realizó un estudio minucioso de cada uno de los casos determinando la calidad del registro, porcentaje de realización y área del partograma que se registra con mayor frecuencia

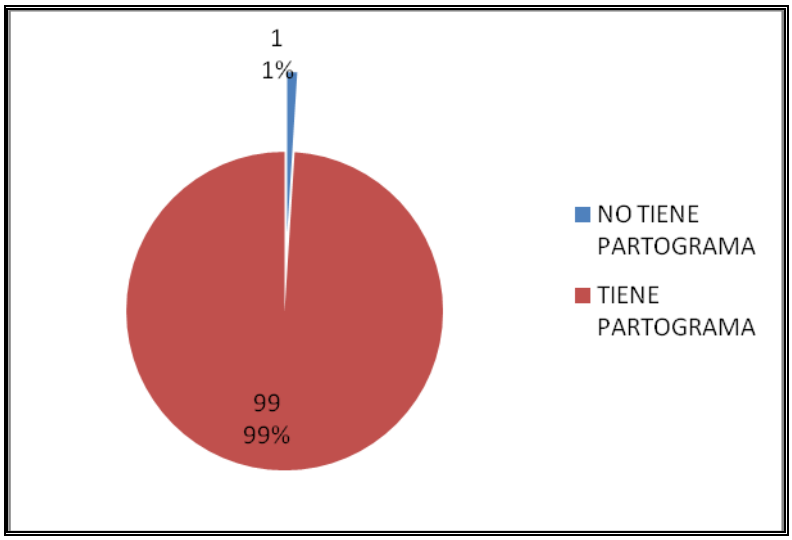
ASPECTOS ÈTICOS

Durante el presente estudio se tomaron en cuenta los principios éticos, y se respetó la confidencialidad de la información suministrada por las pacientes estudiadas, con pleno consentimiento informado de las mismas, al igual que del jefe de área de gíneco-obstetricia del H.R.I.A.

RESULTADOS

GRAFICO N° 1

HISTORIAS CLINICAS CON PARTOGRAMAS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009

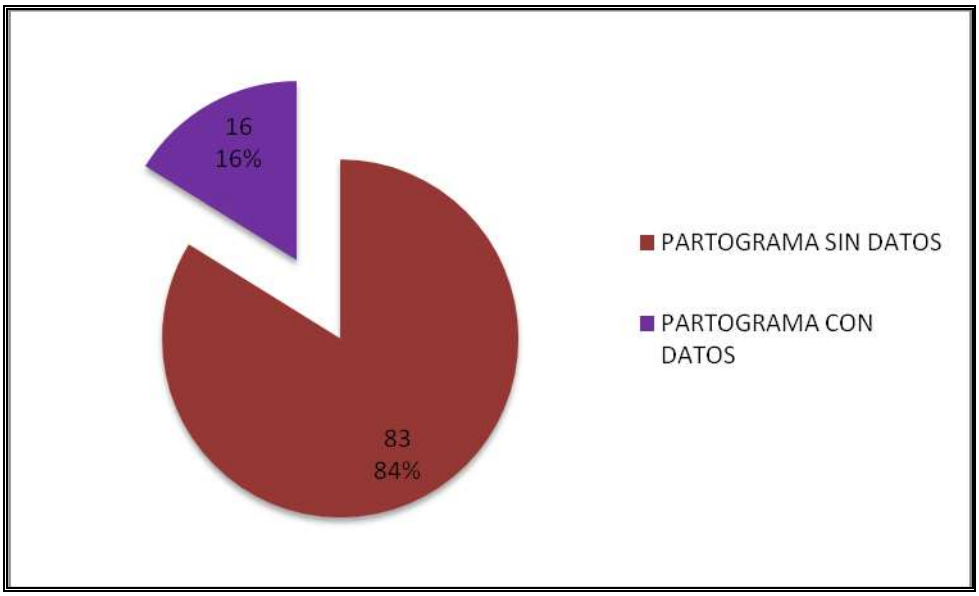


ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Historias clínicas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 100 historias clínicas revisadas 99 (99%) poseen partograma y 1 (1%) no presentaban esta hoja de registro

GRAFICO N° 2

PARTOGRAMAS CON DATOS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009



ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 99 partogramas revisadas 83 (84%) no poseen datos y 16 (16%) poseen algún tipo de datos

TABLA N° 1

PARTOGRAMAS CON DATOS GENERALES EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DATOS GENERALES	4	25%
SIN DATOS	12	75%
TOTAL	16	100%

ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 16 partogramas revisadas 12 (75%) no poseen datos y 4 (25%) poseen datos generales entendiendo como estos al nombre de paciente, numero de historia clínica y fecha de inicio de partograma

TABLA N° 2

REGISTRO DE DATOS GENERALES EN PARTOGRAMAS CON DATOS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009

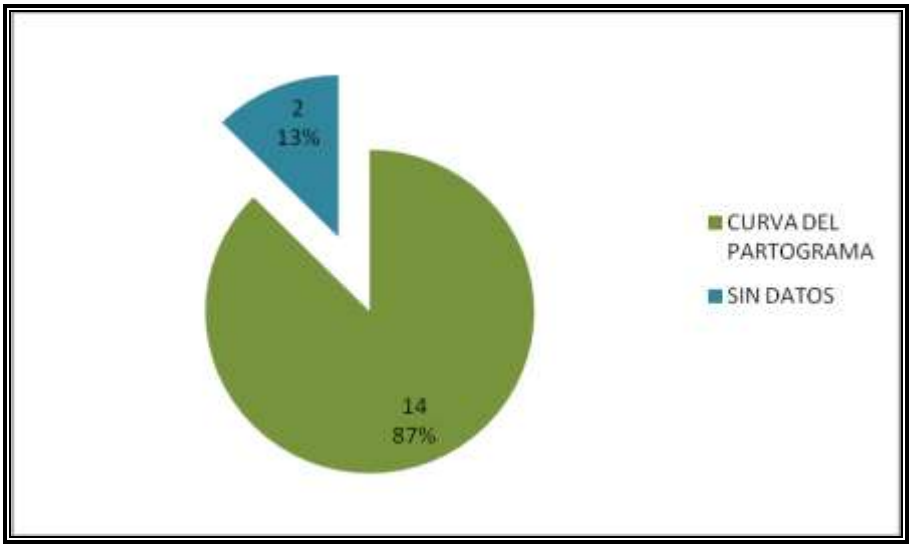
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NOMBRE DE PACIENTE	4	25%
NUMERO DE HISTORIA CLINICA	4	25%
FECHA DE INICIO DE PARTOGRAMA	0	0%
TOTAL	16	100%

ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 16 partogramas que tienen algún tipo de datos 4 (25%) consta el nombre y numero de historia clínica y ninguno presenta registro de fecha de inicio de partograma

GRAFICO N° 3

PARTOGRAMAS CON DATOS DE CURVAS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009



ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 16 partogramas con datos, 2 (12.5%) no poseen datos de curvas y 14 (87.5%) poseen algún registro de curvas

TABLA N° 3

REGISTRO DE CURVAS Y PLANOS DE HODGE EN PARTOGRAMAS CON DATOS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CURVA DE ALERTA	14	87.5%
CURVA REAL	3	19%
PLANOS DE HODGE	0	0%
TOTAL	16	100%

ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 16 partogramas que tienen registro de datos 14 (87.5%) consta curva de alerta, y de estos catorce 3 (19%) también presentan curva real y ninguno posee registro de planos de Hodge

TABLA N° 4

REGISTRO DE DATOS MATERNO-FETALES EN PARTOGRAMAS CON DATOS EN EL AREA DE GINECO-OBTERICIA DEL H.R.I.A. LOJA 2009

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DATOS MATERNO-FETALES	9	56%
SIN DATOS	7	44%
TOTAL	16	100%

ELABORADO: Dennys Carpio Jaramillo
Galo Jiménez Plúas
FUENTE: Partogramas de pacientes ingresadas en el área de GinecoObstetricia del H.R.I.A. Loja

De un total de 16 partogramas que poseen datos 9 (56%) presentan registro de datos materno fetales y 7 (44%) no poseen datos materno fetales.

DISCUSIÓN

DISCUSION

En el presente estudio no encontramos un registro de calidad, ya que de las historias clínicas estudiadas no se encontró un solo partograma que cuente con todos los datos registrados, al analizar estudios realizados en el extranjero nos percatamos de que no contamos con datos suficientes para hacer un estudio comparativo, así por ejemplo.

En un estudio publicado en el año 2007 realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León de Nicaragua, se concluyo que de 287 historias clínicas de las pacientes estudiadas todas contaban con hoja de partograma, 215 tenían un registro adecuado del partograma, en 72 se encontró un registro inadecuado.[11]

Tomando en cuenta estos datos podemos destacar que en contraste en el presente estudio realizado con 100 historias clínicas el 99% de pacientes ingresaron con hoja de partograma, de los cuales el 16% tenían registro de datos, de este 16% que registra datos el mayor porcentaje de registro 87,5% corresponde a curva de alerta, registro de curva real el 19% y no se encontraron registros de los planos de Hodge.

En esta ciudad no se han encontrado indicios de estudios realizados acerca la calidad del registro del partograma durante el trabajo de parto, en cambio en otras ciudades del Ecuador tal es el caso de Guayaquil y

---

11 http://www.minsa.gob.ni/bns/monografias/full_text/gineco_obstetricia/CALIDADDELLENADODEPARTOGRAMAYUTILIZACIÓNCOMOINSTRUMENTOPARALAVIGILANCIADELTRABAJODEPARTO.pdf

Quito si se han realizado estudios de este tipo que han demostrado una disminución notable en la morbi mortalidad materno fetal, pero no hemos encontrado registros de las conclusiones obtenidas en estos estudios.

Al revisar los resultados con estudios ya comparados analizamos el porqué? De los mismos, destacamos entonces que la mayoría de pacientes que ingresan en labor de parto lo hacen por la noche y el personal de estadísticas labora solo durante el día, motivo por el cual las pacientes no ingresan con la historia clínica ginecológica dentro de la cual consta la hoja perinatal en cuyo reverso se encuentra el partograma que debería registrase, debido a esto el personal de turno se ve en la obligación de adjuntar una nueva hoja perinatal en la que se registra el partograma. Esta historia una vez que ingresa al área de estadística para ser archivado cuenta con 2 hojas perinatales ya que durante las horas de trabajo del personal de estadística coloca en esta historia clínica con los controles perinatales de la paciente, por lo que desechan la hoja con menos datos que por lo general es la hoja que contaba con el registro del partograma.

En conclusión estos resultados nos comprueban que existe un registro no valorable del partograma en pacientes que ingresaron en trabajo de parto debido a lo expuesto, además de esto también destaca el hecho que las hojas de partograma que se encontraron con datos registrados son incompletas, esta observación debe ser tomada en cuenta al momento de plantearse nuevos estudios sobre este tema debido a que en este primer

estudio realizado en la ciudad revela la incorrecta utilización del partograma y como consecuencia una inadecuada atención en el trabajo de parto.

Al mejorar la calidad en el registro del partograma podríamos disminuir 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, así como evitar la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias logrando así una mejor calidad en la atención del trabajo de parto.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado se concluye que en el Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, ocurren dos sucesos principales en cuanto al manejo del partograma.

Como primer punto destacamos el hecho que la mayoría de pacientes que ingresan en labor de parto lo hacen por la noche y al no laborar el personal de estadísticas durante estas horas, las pacientes no ingresan con la historia clínica ginecológica dentro de la cual consta la hoja perinatal en cuyo reverso se encuentra el partograma. Por tal motivo el personal médico de turno adjunta una nueva hoja perinatal para los registros correspondientes. Al realizar los controles de los ingresos durante las horas laborables del personal de estadísticas adjunta en las carpetas las hojas de registro que ya poseían las pacientes durante los controles perinatales se desechan la hoja con menos datos que por lo general es la hoja que contaba con el registro del partograma.

Como segundo punto destaca el hecho que las hojas de partograma que se encontraron con datos registrados son incompletas, debido a que de un total de 100 historias clínicas estudiadas se encontró que solo 16 (16%) tienen algún dato registrado, además no se encontró un solo partograma con todos los datos registrados.

De este porcentaje 14 (87,5%) presentan registro de curva de alerta, que es el área del partograma que se registra con mayor frecuencia.

Además podemos destacar que no se encontró partograma alguno registrado correctamente

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

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

Estos resultados nos demuestran que falta mucho por mejorar en la vigilancia del trabajo de parto y así dar una atención de calidad a las futuras madres

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1) Promover que el departamento de estadísticas labore las 24 horas del día.
2) Concienciar al personal de estadísticas para que no se desechen las hojas de partograma, en lugar de esto adjuntarlas para no extraviar los datos que estas poseen.
3) Sensibilizar al personal de salud médicos internos, residentes y médicos de base acerca de la importancia del registro correcto del partograma.
4) Capacitar al personal de salud en cuanto al registro correcto del partograma.
5) Realizar monitoreo sobre la utilización y registro del partograma.
6) Promover la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto al registro y correcta utilización de éste instrumento.
7) Dar a conocer dentro del Departamento de Ginecología y Obstetricia los resultados de la calidad de registro del partograma.

INDICE

ÍNDICE

Tema……..…ii

Autoría……..….iv

Agradecimiento……..……..v

Dedicatoria……..……..vi

Resumen…….……vii

Sumary…….viii

Introducción…….……..2

Revisión de literatura……..….7

Metodología…….……...52

Resultados……..….58

Discusión……66

Conclusiones…….…70

Recomendaciones……..…73

Índice……...75

Bibliografía……..77

Anexos……..…81

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

1. GONZÁLEZ, X. Impacto del partograma en la atención del parto. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.1995.
2. SCOTT, J. Danforth. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Octava edición, Mc Graw- Hill Interamericana; 2000.
3. VILLACAQUI, Ruben Vidal Mosquera, Mario Olivencia, Alberto Penaranda, Iliana Herrera. Partograma con curvas de alerta en pacientes de la altura Ginecología y Obstetricia.
4. SHEEN PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México) 1987.
5. SHEEN PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México) 1987.
6. SANCHEZ, Obstetricia. Capítulo 20. El Parto. 3ra edición. Editorial Chile-1999.
7. NÁPOLES, Danilo, Bajuelo Amelia. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto.
8. LENOX CE, Kwast BE, Farley TM. Breech labor on the WHO partograph. Int J Gynecol Obstet 1998.
9. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 6. 22ª edición. Editorial Mexico-2006.

10. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 17. 22ª edición. Editorial Mexico-2006.
11. ALVARADO, Juan. Manual de Obstetricia. Factores del Parto. 2da Edición. Editorial Perù-2006.
12. BENSON, Ralph. Diagnostico y Tratamiento Gineco Obstétricos. Pág. 662-666.3era edición. Editorial México 1983.
13. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
14. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
15. SANCHEZ. Obstetricia. Cap. 20. El Parto. 3ra edición. Editorial Chile-1999.
16. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
17. SANCHEZ. Obstetricia. Capítulo 6. El Parto. 3ra edición. Editorial Chile-1999.
18. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
19. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
20. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.

21. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 11. 21ª edición. Editorial panamericana-2002.
22. MÉNDEZ, Nápoles Danilo, Bajuelo Páez Amelia Emilia, Téllez Córdova María del Socorro, Couto Núñez Dayana. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. Medisan 2004.
23. MÉNDEZ, Danilo Nápoles. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto. MEDISAN 2005.
24. ALVARADO, Juan. Manual de Obstetricia. Propedêutica Obstétrica. 2da Edición. Editorial Peru-2006.
25. CUNNINGHAM, Gary. Obstetricia de Williams. Cap. 17. 22ª edición. Editorial Mexico-2006.
26. ALVARADO, Juan. Manual de Obstetricia. Periodos Del Parto. 2da Edición. Editorial Perù-2006.
27. MAGHOMA J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. J Obstet Gynecol 2002.
28. SCHWARCZ R, Díaz A, Nieto F. Guía para la vigilancia del parto: partograma con curvas de alerta. CLAP 1990.

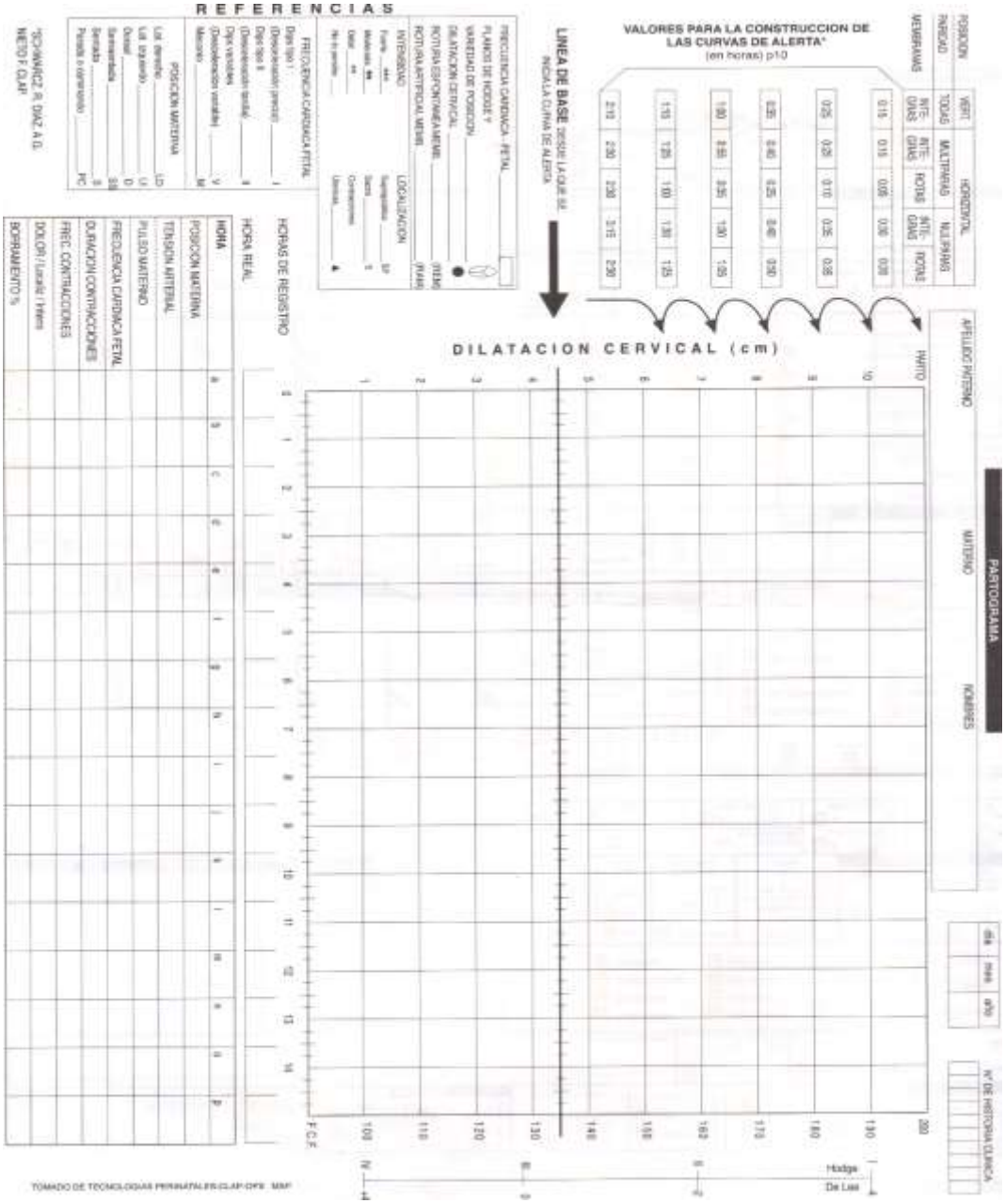
ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Anexo 1

PARTOGRAMA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

Anexo 2

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

Pacientes hospitalizados en el departamento de Gíneco-Obstetricia del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja durante los meses de Junio y Julio del año 2009.

1.-Historia Clínica:……
2.-No tiene Partograma:……..
3.-Tiene Partograma:……..…
3.1.-Partograma sin datos:……
3.2.-Partograma con datos:……
3.2.a.- Datos generales:

- Nombres y apellidos de la madre:……
- Fecha de ingreso y de inicio del partograma…….
- Número de historia clínica……..

3.2.b.- Curvas del Partograma :

- Dilatación Cervical:……/ Curva de alerta:……../Curva real:……..
- Planos de Hodge:……..

3.2.c.- Datos de la madre:

- Posición Materna:……
- Tensión Arterial:……
- Pulso Materno:……..
- Frecuencia Cardiaca Fetal:……
- Duración de las contracciones:……..
- Frecuencia de las contracciones:……..
- Dolor: Localización/Intensidad:……..

Borramiento%.....