



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

**TÍTULO:**

**“INDICACIÓN DE CESÁREA Y SU RELACIÓN  
CON EL PARTOGRAMA”**

*Tesis, previo a la  
obtención del título de  
Médico General*

**AUTOR: Sergio Jhair Cerro Olaya**

**DIRECTORA: Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp.**

**Loja – Ecuador**

**2016**

**CERTIFICACIÓN**

06 de octubre del 2016

Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp.

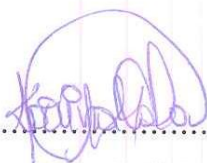
Directora de tesis

**CERTIFICA:**

Que ha procedido a revisar detenidamente la tesis de grado titulada **“INDICACIÓN DE CESÁREA Y SU RELACIÓN CON EL PARTOGRAMA”**.

Presentado por el Sr. Sergio Jhair Cerro Olaya, por lo que apruebo su estructura y contenido, certificando su autenticidad y autorizo su presentación.

Atentamente:

.....  
Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp.**Directora de tesis**

## AUTORÍA

Yo, Sergio Jhair Cerro Olaya declaro ser autor del presente trabajo de tesis titulada **“INDICACIÓN DE CESÁREA Y SU RELACIÓN CON EL PARTOGRAMA”** y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional – biblioteca virtual.

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**Firma:** 

**Cedula:** 5954592

**Fecha:** 06/10/2016

## CARTA DE AUTORIZACION

Yo, Sergio Jhair Cerro Olaya, declaro ser autor de la tesis titulada “INDICACIÓN DE CESÁREA Y SU RELACIÓN CON EL PARTOGRAMA”, como requisito para optar el grado de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que difunda por fines académicos, la producción intelectual del presente trabajo, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las que tenga convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para la constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 06 días del mes de octubre del 2016 firma el autor.

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**Firma:**.....

**Cédula:** 5954592

**Correo:** sergiolaya2490@hotmail.es

**Teléfono:** 0994094654

**Dirección:** San Sebastián

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Director de tesis:** Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp

**Tribunal de grado:**

- **Presidente:** Dr. Paul Alexander Carbajal Apolo, Esp.
- **Tribunal:** Dr. Cristian Alfonzo Galarza Sánchez, Esp.
- **Tribunal:** Dr. Cristian Leonardo Valdiviezo Alvarez, Esp.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de tesis lo dedico de manera especial a mi madre, ya que solo su apoyo incondicional y sacrificio me han permitido llegar a cumplir mi meta, a mi abuelo que fue como un padre, y que aunque partió hace algunos años, me dejó muchas enseñanzas de entre las cuales el levantarse y seguir era parte vital, pues aunque teníamos permitido caer, estaba prohibido no levantarse, porque en esta vida los errores sirven para que aprendamos de ellos y nos demos cuenta de nuestras debilidades, las fortalezcamos y no volvamos a caer, gracias a estas enseñanzas pude perseverar y continuar cada vez que las cosas se ponían difíciles a lo largo de esta difícil carrera.

Por ello es que dedico este logro a mi madre, mi abuelo y a mi familia, que se convirtieron en un pilar fundamental para mi vida a pesar de la distancia.

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por concederme la vida y la oportunidad de estar aquí en este momento.

A mi madre, quien tuvo que hacer la difícil labor de ser padre y madre y de quien fui testigo desde pequeño de todos los sacrificios que hacía a diario para poder sacarnos adelante a mi hermano y a mí, y de quien entre otras muchas cosas aprendí el significado que encierra la palabra “madre” y de quien aprendí la verdadera vocación de servir a los demás, entregándose por completo y sin esperar nada a cambio y que sin ser doctora podía aliviar el sufrimiento y dolor ajeno, y quien se convirtió en mi fuente de inspiración para seguir esta sacrificada carrera y poder también aliviar el sufrimiento ajeno

Le agradezco a ella por sus enseñanzas, sacrificios, apoyo incondicional, comprensión y confianza que me han acompañado durante toda mi trayectoria universitaria.

A la Universidad Nacional de Loja y Hospital Teófilo Dávila por permitirme llevar a cabo mi trabajo de tesis y agradecer por la educación y enseñanzas brindadas por los docentes de ambas instituciones a lo largo de mi trayectoria universitaria al igual que durante mi año de internado rotativo, gracias por depositar en mí valores y responsabilidad.

A mis amigos y compañeros, por permitirme compartir grandes momentos, por brindarme su amistad y acompañarnos en nuestra gran y anhelada conquista.

## ÍNDICE GENERAL

<b>Portada</b> .....	i
<b>Certificación del docente director</b> .....	ii
<b>Autoría</b> .....	iii
<b>Carta de autorización</b> .....	iv
<b>Dedicatoria</b> .....	v
<b>Agradecimiento</b> .....	vi
<b>Índice general</b> .....	vii-ix
<b>Índice de tablas y gráficos</b> .....	x
<b>Título</b> .....	1
<b>Resumen</b> .....	2
<b>Summary</b> .....	3
<b>1. Introducción</b> .....	4-6
<b>2. Revisión de la literatura</b> .....	7
 CAPÍTULO 1  	
<b>CESÁREA</b> .....	7
1. Definición.....	7
1.1. Cesárea Programada o Electiva.....	7
1.2. Cesárea de emergencia.....	7
1.3. Cesárea Iterativa.....	7
1.4. Embarazo y parto después de una cesárea.....	7
1.4.1. Una cesárea previa.....	7
1.4.2. Dos o más cesáreas previas.....	8
2. Indicaciones de cesárea.....	8-9
3. Distocias de presentación.....	9
3.1. Situación transversa.....	9
3.2. Presentación de pelvis.....	10
3.2.1. Presentación de pelvis completa.....	10
3.2.1.1. Presentación franca de nalgas.....	10
3.2.1.2. Presentación incompleta mixta.....	10-11
4. Preclampsia.....	12
4.1. Definición.....	12

4.2. Clasificación.....	12
4.2.1. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.....	12
4.2.2. Enfermedad vascular crónica hipertensiva.....	13
5. Sufrimiento fetal agudo.....	13-14
6. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI).....	15
6.1. Definición.....	15
6.2. Epidemiología.....	15
6.3. Clasificación.....	15
6.4. Clínica.....	15
6.4.1. Hemorragia genital.....	16
6.4.2. Dolor abdominal.....	16
6.4.3. Hipertonía uterina.....	16
7. Placenta Previa.....	16
7.1. Definición.....	16
7.2. Epidemiología.....	16
7.3. Clasificación.....	27
7.4. Clínica.....	17-18
8. Fase activa prolongada.....	18
8.1. Generalidades.....	18
8.2. Definición.....	17-19
8.3. Etiopatogenia.....	19
8.4. Diagnóstico.....	19
8.5. Conducta a seguir.....	20
9. Desproporción cefalo-pelvica.....	21
9.1. Definición.....	21
9.2. Criterios diagnósticos.....	21-22

## CAPÍTULO 2

PARTOGRAMA.....	22
1. Generalidades.....	22
2. Definición.....	23
3. Partograma CLAP-OPS/OMS.....	23-25
4. Partes del partograma.....	25
5. Uso del partograma del CLAP.....	25-27



6. Planos De Lee.....	27-28
3. Metodología.....	29-30
4. Resultados.....	31-39
5. Discusión.....	40-43
6. Conclusiones.....	44-45
7. Recomendaciones.....	46
8. Bibliografía.....	47-48
9. Anexos.....	49-56
Anexo N° 1: Formulario de recolección de datos.....	49-51
Anexo N° 2: Partograma CLAP-OPS/OMS.....	52
Anexo N° 3: Componente Normativo Materno Neonatal.....	53-56
Anexo N° 4: Certificación de Traducción al inglés.....	57
Anexo N° 5: Autorización para recolección de datos.....	58
10. Proyecto de tesis.....	59-78

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°. De Tabla y Gráfico	Contenido	Página
1	FRECUENCIA DE CESÁREA SEGÚN SU INDICACION QUIRÚRGICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	31
2	ALTERACION DE LA CURVA DEL PARTOGRAMA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	32
3	DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DILATACION EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	34
4	DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DESCENSO EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	35
5	TIEMPO HASTA TOMADA LA DECISIÓN OBSTETRICA DESDE PRODUCIDO EL DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DILATACIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	36
6	TIEMPO HASTA TOMADA LA DECISIÓN OBSTETRICA DESDE PRODUCIDO EL DETENIMIENTO DE LA CURVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015	38

**TÍTULO**

**INDICACIÓN DE CESÁREA Y SU RELACIÓN CON EL  
PARTOGRAMA**

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma; Determinar la frecuencia de cesáreas según su indicación quirúrgica y Establecer correlación entre las alteraciones de las curvas del partograma y las indicaciones de cesárea. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo – retrospectivo. **Emplazamiento y/o lugar de investigación:** Hospital Teófilo Dávila. **Participantes:** 500 historias clínicas de gestantes cuyo parto concluyó por cesárea. **Intervención:** revisión de historias clínicas y partogramas de usuarias que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015. **Resultados:** de 500 historias clínicas de mujeres cuyo parto concluyo por cesárea solo 64 cuentan con los criterios de inclusión, constituyéndose como la muestra del estudio y mediante la aplicación del formulario de recolección de datos se obtuvo que las indicaciones de cesárea la constituyen el sufrimiento fetal agudo 53,13%, labor de parto en fase activa prolongada 39,06% y el expulsivo prolongado 7.81%. Además que la principal curva que se altera es la de dilatación 56,25% y la de descenso 43,75%. **Conclusiones:** La principal indicación de cesárea lo constituye el sufrimiento fetal agudo, seguido de la labor de parto en fase activa prolongada y finalmente el expulsivo prolongado. Se evidencia también que en la mayoría de los casos la principal alteración se produce a nivel de la curva de dilatación y que las alteraciones de la curva de descenso se producen en menor frecuencia. **Palabras clave:** cesárea, partograma, curva de dilatación, curva de descenso

## SUMMARY

**Objective:** To determine the frequency of caesarean sections related to alterations of the partogram; to determine the frequency of caesarean sections according to its surgical indication and to establish the correlation between alterations of the curves of the partogram and the indications of cesarean section. **Materials and methods:** retrospective - descriptive study. **Emplacement and / or permanent site for research:** Teofilo Davila Hospital. **Participants:** 500 medical records of pregnant women whose by caesarean section childbirth concluded by. **Intervention:** review of medical records and partograms of users who were hospitalized in the area of Obstetrics and Gynecology, of the Teofilo Davila Hospital during the January-June 2015 period. **Results:** Of 500 medical records of women whose childbirth concluded by caesarean section just 64 count on the inclusion criteria, constituting itself as the study sample and through the implementation of the data collection form was obtained that the cesarean section indications constitute acute fetal distress 53.13%, labor of childbirth in protracted active phase 39.06% and the prolonged expulsive 7.81%. Besides that the main curve which is altered is the expansion 56.25% and the one of decrease 43.75%. **Conclusions:** The primary indication for caesarean section is constituted by acute fetal distress, followed by the job of child bearing protracted during the active phase and finally the prolonged expulsive. It is also evidenced that in most of the cases the main alteration occurs at the level of the expansion curve and that the alterations of the curve of decrease are produced in smaller frequency. **Keywords:** *Caesarean, partogram, curve of expansion, decrease curve*

## 1. Introducción

El trabajo de parto es un proceso fisiológico secuencial de borramiento y dilatación del cuello uterino en progreso habitual, pero en diversas circunstancias desfavorables pueden terminar por cesárea, incrementando índices de morbilidad y mortalidad materno-neonatal, es así que la cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil.

Durante los últimos años se ha producido un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. La Organización Panamericana de Salud en el año 2010 estimó que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y al momento del parto está entre 500.000 - 600.000 muertes anuales; esto debido principalmente al aumento de las finalizaciones de los partos a través de la cesáreas, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomienda no utilizar este procedimiento salvo en los casos necesarios.

La principal causa atribuible a esto, es que no se realiza una utilización óptima de las principales herramientas de las que dispone el médico, en este caso el partograma, y es precisamente el mal uso de este el que ha producido el incremento de las tasas de cesáreas durante los últimos años, es debido a ello que la Organización Mundial de la Salud y los ministerios de salud pública de todos los países promueven la utilización adecuada del partograma en cualquiera de sus más de 200 tipos (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La OMS (Organización Mundial de la Salud) patrocina el uso del partograma para una maternidad segura y se propuso como objetivo disminuir en 50% las muertes maternas en la década de los años 90, para esto fomentó el uso de los métodos que permitieran reducir los altos índices de mortalidad materno perinatal en América Latina, y este método sería el partograma.

La aplicación del partograma es tan importante porque siguiendo los parámetros utilizados en las curvas de dilatación y descenso nos permite calcular en horas el tiempo de la labor de parto una vez llegados a los 4 cm de dilatación cervical, tomando en cuenta en la curva de dilatación que en la multípara se dilata 1.5 cm por hora, mientras que en la nulípara se dilata 1.2 cm por hora hasta llegar a los 10 cm de dilatación (Friedman y Cols, 2010).

Por otro lado en la curva de descenso midiendo el tiempo en el que debe descender completamente la cabeza del feto y haciendo la distinción entre nulípara y multípara los tiempos son de 1 cm por hora y 2 cm por hora respectivamente (Friedman y Cols 2010). Es aquí donde radica la importancia del uso adecuado de estas curvas de dilatación y descenso, dado que el conocimiento de estos tiempos es vital para la decisión de cesárea. Algunos autores consideran que el incremento en la tasa de cesárea se debe principalmente a que no se actúa en forma correcta en cuanto al manejo de estas curvas, y para otros autores este mismo motivo es que también provoca un retardo en la toma de decisión de la cesárea, debido a que en ocasiones esperan más tiempo que el establecido anteriormente, aumentando así la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal.

Latinoamérica actualmente muestra una de las cifras más elevadas a nivel mundial, y Ecuador no es la excepción dado que según la Organización Panamericana de la Salud (2011) el Ecuador es el segundo país de América Latina, superado por Chile, con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, más del 41% se da vía quirúrgica. Lo que constituye una contradicción porque a pesar de todas las medidas tomadas por la Organización Mundial de la Salud, esta práctica se ha convertido en el modo habitual de nacer (Estudio mundial de la infancia, 2010).

En el 2014, el índice de cesáreas en el Ecuador se ubicó en 41%, según Jakeline Calle, gerente institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP). La cifra supera el índice de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece límites entre el 10 y 15%.

En la provincia de El Oro, durante el año 2013 se registra el 36.81% de nacimientos por parto vaginal y el 53.28% de nacimientos mediante cesárea según estadísticas del INEC 2013.

En la ciudad de Machala, según estadísticas del INEC 2013, se registra el 35.98% de nacimientos mediante parto vaginal y el 55.16 % de nacimientos por cesárea.

A pesar de la alta incidencia de cesáreas a nivel provincial y local, no existen datos sobre el registro y la alteración de las curvas de dilatación y descenso en los partogramas ni tampoco sobre cuáles de ellas son las que principalmente se alteran, constituyéndose como causa principal de cesáreas, además de la gran discordancia que existe entre las indicaciones de cesárea y el manejo del partograma, es decir entre la decisión de cesárea y lo que refleja el partograma por ello es conveniente plantearse la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las indicaciones de cesárea y su relación con el partograma?, estudio que será realizado en el Hospital Teófilo Dávila, que es una institución de Segundo Nivel del sector 7 de la Región Sur del Ecuador, con una tasa anual de 2500 partos con aproximadamente 200 partos mensuales de los cuales 90 nacimientos son mediante a cesárea (Estadística HTD, 2015); que se realizará en el periodo comprendido durante el año 2015, mediante la revisión de historias clínica y enfocándose en las curvas de dilatación y descenso del partograma como indicadores de medición (CLAP- OPS/OMS).

Este estudio tiene como objetivo general Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma.; y como objetivos específicos: Determinar la frecuencia de cesáreas según su indicación quirúrgica y Establecer correlación entre las alteraciones de las curvas del partograma y las indicaciones de cesárea.



## **2. Revisión de la Literatura**

### **CAPÍTULO I**

#### **CESÁREA**

##### **1. Definición**

Consiste en la extracción del producto a través de una incisión quirúrgica en la pared anterior del abdomen y útero cuando el parto vaginal plantea riesgos para la madre y/o el producto que exceden a los de esta intervención. Es la cirugía mayor más frecuente en mujeres (MSP, 2008).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que la tasa de cesáreas no supere el 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de nacimientos (MSP 2008).

##### **1.1. Cesárea Programada o Electiva**

Aquella que se realiza antes del inicio del trabajo de parto. Se considera que la indicación quirúrgica aconseja no esperar hasta el inicio del trabajo de parto (MSP, 2008).

##### **1.2. Cesárea de Emergencia**

Aquella que se realiza por una complicación o patología de compromiso vital o accidental para la madre y/o el feto en cualquiera de las etapas del trabajo de parto o preparto inclusive (MSP, 2008).

##### **1.3. Cesárea Iterativa**

Es la realización de cesárea de forma electiva luego de haber tenido 2 o más cesáreas anteriores debido a que en este caso el riesgo de ruptura uterina es del 1,4% (Instituto Clínico de Ginecología, 2012).

##### **1.4. Embarazo y parto después de una cesárea**

###### **1.4.1. Una cesárea previa**

La vía del parto de elección tras una cesárea previa es la vía vaginal, con una tasa de éxito aproximada del 80%, aunque se deberá tener en cuenta las preferencias de la madre,

así como informarle de un aumento en el riesgo de ruptura uterina de aproximadamente el 0,5%. Se recomienda un mínimo de 12 meses después de la cesárea antes de nueva gestación.

#### **1.4.2. Dos o más cesáreas previas**

La vía del parto recomendada tras dos cesáreas previas es una cesárea electiva. Si la paciente solicita un parto vaginal se le informará de un riesgo aproximado de rotura uterina del 1,4 % y una tasa de éxito de parto vaginal de alrededor del 70%. Se recomienda un mínimo de 18 meses después de la cesárea antes de nueva gestación.

## **2. Indicaciones de cesárea**

### **1. Causas Maternas**

1. Tumores benignos o malignos del canal de parto.
2. Cirugía uterina previa, plastia vaginal.
3. Patología que comprometa el bienestar materno y/o fetal: desprendimiento de retina, insuficiencia cardiaca o respiratoria.
4. Psicosis, retardo mental, alteraciones de la conciencia.

### **2. Causas Fetales**

1. Compromiso del bienestar fetal.
2. Distocias de presentación.
3. Embarazo múltiple con distocia de presentación o patología obstétrica.
4. Malformaciones fetales o Gemelos siameses que supongan distocia.
5. Macrosomía fetal (>4000 gr).

### **3. Causas Materno Fetales**

1. Antecedentes obstétricos desfavorables: óbito fetal, mortinato, muerte neonatal precoz, uso de fórceps.
2. Riesgo de transmisión vertical: Infección por HIV-HPV/ Condilomatosis-herpes genital activo.
3. Preeclampsia grave, eclampsia o Síndrome de HELLP que no ceden al tratamiento.

#### **4. Causas Obstétricas**

1. Cesárea iterativa (si no aplica parto vaginal postcesárea).
2. Distocias dinámicas del trabajo de parto.
3. Desproporción cefalopélvica.
4. Desprendimiento prematuro de placenta grado II.
5. Placenta previa oclusiva total o parcial.
6. Prolapso de cordón umbilical.
7. Rotura uterina previa.

**Fuente:** Componente Normativo Materno Neonatal  
**Autor:** Ministerio de Salud Pública

### **3. Distocias de Presentación**

Son ocasionadas por alteraciones en la situación, presentación, posición y actitud fetales; macrosomía fetal total o parcial (hidrocefalia, mielomeningoceles, higromas, tumores abdominales) o número de fetos (embarazo múltiple, siameses). Pueden considerarse como distocias absolutas aquellas que no permiten el nacimiento vaginal sin poner en riesgo la vida materna o fetal; entre éstas se encuentran: la situación transversa, la macrosomía fetal, la hidrocefalia y los gemelos unidos. Otras distocias fetales se consideran relativas puesto que no necesariamente evitan el nacimiento vaginal, entre ellas: la presentación de pelvis, malas posiciones fetales, distocia de hombros y las distocias corporales. A continuación se mencionan las más importantes (Pedroza, 2009).

#### **3.1. Situación transversa**

Ocurre una situación transversa cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre. Ocurre en 1 de cada 300 partos, y como causas se invocan: prematuridad, multiparidad, tumores uterinos, úteros con alteraciones anatómicas, inserción baja de placenta y fetos con malformaciones o tumores. El diagnóstico se hace por palpación abdominal con las maniobras de Leopold y el tacto vaginal, siendo fácil la confirmación por ecografía obstétrica, que además aporta otros datos sobre el feto y la placenta. Se considera una distocia absoluta ante la imposibilidad del parto normal aun con fetos pequeños y es necesario practicar operación cesárea siempre. La situación transversa con dorso superior y ruptura de membranas debe considerarse una urgencia ante la posibilidad del prolapso del cordón al iniciarse la dilatación del cuello (Pedroza, 2009).

### **3.2. Presentación de pelvis**

En estos casos el feto presenta el polo pélvico en vez del polo cefálico para el mecanismo del parto. Ocurre en un 3 a 4% de todos los partos y se asocia con prematuridad, malformaciones fetales, miomatosis uterina y placenta previa. El diagnóstico se hace mediante la palpación abdominal al identificar el polo cefálico localizado en la parte superior del abdomen, la auscultación de ruidos cardíacos por encima del ombligo, y por el tacto vaginal al precisar el polo pélvico. El estudio ecográfico o, en su ausencia, el radiológico, confirman el diagnóstico (Pedroza, 2009).

#### **3.2.1. Presentación de pelvis completa**

Ocurre cuando se conserva la actitud fetal: los muslos están flejados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Al tacto vaginal se palpan el sacro y los dos pies del feto. Cuando en la presentación de pelvis se pierde la actitud fetal se denomina presentación de pelvis incompleta. Esta presentación puede ser: franca de nalgas o incompleta mixta (Pedroza, 2009).

##### **3.2.1.1. Presentación franca de nalgas**

En este caso los muslos se encuentran flejados sobre el abdomen y las piernas extendidas sobre el tronco. Al examen vaginal solamente se palpan el sacro y los glúteos del feto. También se conoce como pelviana franca (Pedroza, 2009).

##### **3.2.1.2. Presentación incompleta mixta**

En estos casos uno o ambos muslos, o una o ambas piernas, se encuentran extendidas. Al examen vaginal se puede encontrar el sacro y un solo pie o ambos pies descendidos (podálica). Cuando se presenta deflexión de los miembros inferiores del feto, suele acompañarse de deflexión de la cabeza fetal y por lo tanto existe mayor riesgo de retención de cabeza. La complicación más grave durante el parto en presentación de pelvis es la retención de la cabeza. Esto ocasiona asfixia perinatal severa, hemorragia intracraneal asociada a lesiones de la tienda del cerebelo y traumatismo de la médula espinal. También puede ocurrir asfixia e hipoxia severas por prolapso o compresión del cordón umbilical entre el tórax o la cabeza fetales y la pelvis materna. Además, durante el desprendimiento de los hombros pueden presentarse fracturas del húmero o la clavícula y lesiones del plexo braquial. El aumento de la morbimortalidad fetal durante el parto en presentación de pelvis

hace que se le considere una presentación distócica y la tendencia, en la mayoría de las escuelas, es a practicar cesárea electiva. La cesárea, sin embargo, no garantiza un parto atraumático ya que es necesario conocer el mecanismo de parto de la presentación de pelvis y dominar esa técnica. Durante ésta se recomienda realizar una incisión mediana en la pared abdominal y transversal en el segmento uterino, con prolongación en J hacia los lados cuando se considere necesario; la formación de segmento facilita la intervención y debe permitirse el adelanto en el trabajo de parto para lograrlo. En el momento de la extracción del feto siempre se debe llevar el dorso fetal hacia el vientre materno, para facilitar la extracción, la cual debe ser cuidadosa y rápida. La atención del parto por vía vaginal, cuando se decide hacerlo, debe reunir una serie de condiciones para optimizar el resultado:

- Hacerse en medio hospitalario y por personal médico experimentado. Esto incluye por lo menos otro obstetra, anestesiólogo, pediatra y personal de enfermería.
- Estudio ecográfico previo que, además de confirmar el diagnóstico, permita determinar edad gestacional, tamaño y peso fetal aproximados, diámetros y grado de flexión de la cabeza fetal, presencia de malformaciones fetales, implantación y características de la placenta y anormalidades uterinas.
- Valoración pélvica materna: tamaño, conformación y diámetros. Para fines de parto vaginal con feto a término se ha de tener la certeza de pelvis de tipo ginecoide, de tamaño promedio o mayor al normal.
- Los casos de mejor pronóstico para el nacimiento vaginal son: la modalidad franca de nalgas o la presentación de pelvis completa, peso fetal calculado entre 2.000 y 3.200 g, cabeza flejada y de tamaño normal, pelvis ginecoide amplia, encajamiento temprano de la presentación, membranas íntegras hasta el expulsivo y cuello blando y bien borrado.
- Durante el trabajo de parto han de extremarse controles de frecuencia cardíaca fetal, idealmente efectuar monitoría permanente para detectar sufrimiento fetal o compresión oculta del cordón, y el partograma debe ser normal. Son indicaciones de cesárea: una presentación de pelvis con detención de la dilatación o el descenso (sacro por encima de las espinas ciáticas cuando la dilatación es completa), o un período expulsivo prolongado (más de una hora en la paciente nulípara o de media hora en la multípara). En el caso de presentación de pelvis incompleta mixta y membranas rotas también debe considerarse la intervención cesárea (peligro de

prolapso del cordón). En caso de distocia dinámica debe corregirse sin hiperestimulación por el peligro de forzar el parto del cuerpo con cuello incompletamente dilatado y ocasionar atrapamiento de la cabeza, teóricamente más probable en las múltiparas (Pedroza, 2009).

## **4. Preeclampsia**

### **4.1. Definición**

La preeclampsia es un trastorno sistémico específico del embarazo que se caracteriza por el desarrollo de hipertensión arterial y proteinuria después de las 20 semanas de gestación. Este desorden complica aproximadamente del 7 al 10 % de los embarazos y en México es la causa más frecuente de morbilidad materna, fetal y perinatal. Un adecuado seguimiento de la gestación es imprescindible a fin de realizar un diagnóstico precoz de los desórdenes hipertensivos, así como poder evaluar la conveniencia de interrumpir prematuramente el embarazo ante signos inequívocos de sufrimiento fetal. Las complicaciones de la hipertensión son la tercera causa de muerte relacionadas con el embarazo, superada únicamente por la hemorragia y embolismo. La preeclampsia está asociada con aumento en el riesgo de desprendimiento de placenta, insuficiencia renal aguda, complicaciones cardiovasculares y cerebrales, coagulación intravascular diseminada y muerte materna. El aumento de la morbilidad perinatal en la preeclampsia es debido a un retardo del crecimiento fetal, parto prematuro y/o asfixia perinatal (Pedroza, 2009).

### **4.2. Clasificación**

#### **4.2.1. Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo:**

- Preeclampsia leve: Presión arterial de 140/90 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, con proteinuria de más de 300 mg en 24 horas. (Pedroza, 2009).
- Preeclampsia severa: Presión arterial de 160/110 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 horas, presencia de cefalea, acúfenos, fosfenos, edema generalizado (Pedroza, 2009).
- Eclampsia: Presión arterial mayor de 185/115 mmHg, proteinuria mayor a 10 gr en 24 horas, estupor, pérdida parcial o total de la visión, dolor epigástrico en barra, hiperreflexia generalizada y convulsiones y/o estado de coma, después de la semana 20 hasta 30 días posparto (Pedroza, 2009).

- Síndrome de Hellp: Es la presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia en pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.

#### **4.3. Enfermedad vascular crónica hipertensiva:**

- Hipertensión sistémica esencial: Hipertensión arterial independiente a la gestación o anterior a las 20 semanas y que persiste más de seis semanas posparto y que no sea a consecuencia de lesión o alteración anatómica o funcional renal (Pedroza, 2009).
- Hipertensión crónica: Hipertensión arterial previa al embarazo agregándose preeclampsia siendo la forma clínica de peor pronóstico fetal (Pedroza, 2009).

#### **5. Sufrimiento fetal agudo**

El término sufrimiento fetal (SF) se usa con frecuencia y sin restricciones en la práctica obstétrica. Se ha definido como “un estado en que la fisiología del feto se halla tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un lapso relativamente breve” (Thacker and Berkelman, 1986). El SF se debe diferenciar de la respuesta de estrés reactiva frente a los fenómenos del parto. En este último caso, los mecanismos de defensa del feto son capaces de reaccionar de un modo suficiente ante los estímulos estresantes y, de esta manera, evitar las lesiones permanentes (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

La reacción inicial frente a una disminución del contenido de oxígeno o un aumento del anhídrido carbónico en la sangre arterial, es el desarrollo de una taquicardia refleja. Ésta es producida en respuesta al estrés, por aumento de la actividad nerviosa simpática o medular suprarrenal, debido a la acción de las catecolaminas. A diferencia del adulto, que puede aumentar el gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico, el feto lo aumenta principalmente a través de la elevación de la frecuencia cardíaca. Si la noxa persiste, se producen cambios en los patrones de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) que indican SF y que serán evaluados más adelante en este capítulo (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

Los niveles del déficit de oxígeno se pueden definir del modo siguiente: hipoxemia: significa una disminución de la cantidad de oxígeno en la sangre; hipoxia: significa que un órgano no recibe la cantidad de oxígeno que requiere para satisfacer sus necesidades;

asfixia que significa que una hipoxia grave y/o de larga duración, ha provocado una acidosis con trastorno funcional del órgano en cuestión y anoxia: se reserva para una falta total de oxígeno (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

En general, las causas de déficit de oxígeno capaces de provocar un sufrimiento fetal se pueden agrupar en tres categorías diferentes: insuficiencia útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como sepsis o hemorragia (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

El Sufrimiento Fetal es un estado en que la fisiología del feto se halla tan alterada que es probable su muerte o la aparición de lesiones permanentes en un lapso relativamente breve. El diagnóstico se hace sobre la base de la historia clínica y las características de la FCF. Hay que sospechar la pérdida del bienestar fetal durante el trabajo de parto al encontrar las siguientes características en los patrones de la FCF: disminución marcada de la variabilidad latido a latido, desviaciones de la FCF de la línea basal como desaceleraciones tardías y patrones sinusoidales. Desgraciadamente, estos patrones anormales carecen de especificidad diagnóstica porque la pérdida del bienestar fetal se confirma sólo en el 50% de los casos (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

La monitorización electrónica de la FCF en forma continua y la auscultación intermitente, ofrecen la mejor información disponible sobre el estado del feto durante el trabajo de parto. El médico que atiende las pacientes en trabajo de parto, independiente de que el riesgo de asfixia perinatal sea alto o bajo, debe decidir las circunstancias que requieran un monitoreo (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

El manejo de las alteraciones de la FCF durante el trabajo de parto se basa en el conocimiento de la etiología y en el uso de medidas generales que favorecen la oxigenación fetal y la perfusión útero-placentaria. La amnioinfusión es un método sencillo, seguro y eficaz que permite, en aquellos casos de oligoamnios y de líquido amniótico meconial, mejorar el hábitat materno-fetal de manera de poder continuar con el trabajo de parto porque elimina o mejora la aparición de desaceleraciones variables y la posible aspiración de meconio. La cesárea de emergencia debe ser considerada en casos de SF severo (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).



## **6. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)**

### **6.1. Definición**

Se entiende por desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) a la separación de la placenta de su inserción en la decidua previa al nacimiento fetal (García, 2007).

Su presentación más frecuente se sitúa en el tercer trimestre de gestación aunque se puede presentar desde el comienzo de la viabilidad fetal, es decir, desde la semana 24, en incluso antes (García, 2007).

### **6.2. Epidemiología**

Su prevalencia se sitúa en torno al 0.8% de las gestaciones, el 0.12% en nuestro medio, 0.43% en la Maternidad de La Paz de Madrid y 0.39% en el Hospital Reina Sofía de Córdoba. La variedad de presentaciones es muy amplia, desde casos pequeños y asintomáticos que se descubren en el alumbramiento hasta casos graves con grandes complicaciones materno-fetales (un caso de cada 500 gestaciones) (García, 2007).

### **6.3. Clasificación**

Hay distintas clasificaciones para el DPPNI. La más utilizada en EE.UU. es la clasificación de Page con gran utilidad clínica (García, 2007):

- Grado 0: Casos asintomáticos.
- Grado I: metrorragia variable sin otros síntomas.
- Grado II: feto vivo con dolor abdominal, hemorragia oculta, afectación fetal y menos frecuentemente CID. La mayoría suelen evolucionar a grado III.
- Grado III: muerte fetal con sintomatología aumentada y un aumento de las complicaciones.

### **6.4. Clínica**

La triada clínica fundamental es el dolor abdominal, la hemorragia genital y la hipertonía uterina. La intensidad de presentación de los síntomas suele ser proporcional al grado de desprendimiento (García, 2007).

### **6.4.1. Hemorragia genital**

Es el síntoma más frecuente. Supone 33% de las hemorragias anteparto. Está presente en el 80% de los casos. No hay relación entre la cantidad de sangre que se vierte al exterior y la pérdida total. En un 10% de los casos puede haber una hemorragia oculta. La sangre suele ser de color oscuro y no coagulada aunque también puede presentarse como sangre roja o líquido amniótico color vinoso. Puede haber sincronismo entre la hemorragia y las contracciones (García, 2007).

### **6.4.2. Dolor abdominal**

Síntoma menos frecuente que la hemorragia genital. A veces sólo está presente en menos del 60% de los casos. Se debe fundamentalmente a la irritación miometrial y la extravasación sanguínea. Se presenta como un dolor lancinante de aparición brusca y con evolución variable (García, 2007).

Si el caso es leve el dolor suele ser intermitente y de difícil diferenciación con la dinámica uterina. En los casos más severos aparece de forma aguda, intensa y brusca desde el principio y suele evolucionar hacia un dolor sordo localizado en hipogastrio y zona lumbosacra. En muchas ocasiones hay asociación con náuseas, vómitos y sensación de mareo (García, 2007).

### **6.4.3. Hipertonía uterina**

La dinámica uterina está presente en la mayor parte de los casos y se aprecia que no hay una relajación uterina completa. Presente en el 50% de los casos. En casos graves el útero se hace leñoso y duro, sobre todo en la zona de inserción placentaria, por lo que no se puede auscultar el latido fetal (García, 2007).

## **7. Placenta previa**

### **7.1. Definición**

Se define la placenta previa como la inserción total o parcial de la placenta en el segmento inferior del útero (Domínguez, 2007).

### **7.2. Epidemiología**

La incidencia ha aumentado en los últimos años y se estima actualmente en 1/200 gestaciones. La placenta previa, supone un 20% de las hemorragias del tercer trimestre de

la gestación y conlleva una elevada morbilidad materno-fetal. Actualmente se considera la tercera causa más frecuente de transfusión durante la gestación, parto y puerperio y la segunda causa más frecuente de histerectomía obstétrica (Domínguez, 2007).

### **7.3. Clasificación** (Domínguez, 2007).

- Tipo I. Placenta lateral o baja. El borde placentario se implanta en el segmento uterino inferior, no llegando hasta el orificio cervical interno.
- Tipo II. Placenta marginal. La placenta llega justamente al borde del orificio cervical interno, pero no lo sobrepasa.
- Tipo III. Placenta oclusiva parcial. El orificio cervical interno está cubierto de manera parcial por la placenta.
- Tipo IV. Placenta oclusiva total. El orificio cervical interno está totalmente cubierto por la placenta.

De cara al parto se podría simplificar en: (Domínguez, 2007)

- Oclusiva: no permite el parto vaginal. (Tipo III-IV)
- No oclusiva: permite el intento de parto vaginal. (I-II)

### **7.4. Clínica**

El síntoma fundamental es la hemorragia genital que tiene las siguientes características: (Domínguez, 2007)

- Sangre roja y brillante, variable en cantidad.
- Aparece de forma brusca e indolora y en ausencia de contracciones uterinas.
- Aparece en el segundo o tercer trimestre (un tercio de las pacientes presentan el primer episodio de metrorragia antes de la semana 30; otro tercio lo presentan entre la semana 30-35 y el resto después de la semana 36)
- Es repetitiva aumentando la intensidad y la frecuencia de los episodios, tendiendo a la hemostasia espontánea

El inicio de la hemorragia parece deberse a la formación del segmento uterino inferior, cuya constitución por deslizamiento de sus capas no puede ser seguida por la placenta insertada a ese nivel, que se desprende en parte, ocasionando roturas vasculares responsables de la hemorragia (Domínguez, 2007).

El comienzo del parto, al iniciarse la dilatación cervical, puede agravar la intensidad del sangrado sobre todo en casos de placenta oclusiva total. En los casos de placenta marginal anterior, el inicio del parto y el descenso de la presentación fetal pueden ayudar a cohibir la hemorragia al comprimir la lengüeta placentaria (Domínguez, 2007).

Los episodios de sangrado no se suelen acompañar de signos de “pérdida del bienestar fetal” a no ser que la hemorragia sea tan copiosa que cause un shock hipovolémico en la gestante (Domínguez, 2007).

En Obstetricia hay un aserto que señala que “Toda hemorragia del tercer trimestre es una placenta previa mientras no se demuestre lo contrario” (Domínguez, 2007).

## **8. Fase activa prolongada**

### **8.1. Generalidades**

El parto comienza cuando aparecen contracciones uterinas que provocan el borramiento y la dilatación del cuello uterino. Para concretar aún más, se considera que se produce el inicio clínico del parto cuando existe una actividad uterina rítmica (2-3 contracciones de intensidad moderada-fuerte, que generan dolor o molestias, cada 10 minutos), con una dilatación de 4 cm y signos evidentes de maduración cervical. Por lo tanto, la fase activa del parto comienza cuando la dilatación cervical es de 4 cm y finaliza con la dilatación completa (Sáez, 2008).

La frecuencia con la que se observa la fase activa prolongada es de 2-4% de todos los partos. Aunque para otros autores esta frecuencia es mayor (Sáez, 2008).

### **8.2. Definición**

También llamada fase activa lenta, se caracteriza por una velocidad de dilatación menor de 1,5 cm/hora en multíparas y de 1,2 cm/hora en nulíparas. Siendo su duración en promedio de 6 horas en primíparas y 5 horas en multíparas, considerándose como límites superiores de la normalidad las 12 horas en nulíparas y 5-6 en multíparas. El diagnóstico requiere de, al menos, dos tactos con un mínimo de una hora de separación y, frecuentemente, se asocia con una fase latente prolongada. Las causas más frecuentes son las malposiciones fetales, la desproporción feto-pélvica, las contracciones hipotónicas y la anestesia conductiva. El tratamiento y pronóstico depende de la causa. (Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2013).

El partograma debe ser utilizado una vez que haya comenzado la fase activa del parto. En el manejo de la fase activa del parto la conducta a seguir es:

- Toma de temperatura y tensión arterial cada 4 horas.
- Frecuencia cardiaca cada hora.
- Vaciado vesical con frecuencia.
- Exploraciones vaginales cada 4 horas. La valoración de la línea del partograma debe hacerse en intervalos de 4 horas; por debajo de este intervalo se produce un aumento del número de intervenciones que no demuestran tener un beneficio para la madre o el recién nacido.
- Apoyo emocional y psicológico de la mujer.
- Deseos de analgesia de la mujer.

No hay evidencia científica que apoye la indicación de realizar rutinariamente la amniorrexis, el uso de oxitocina y las exploraciones vaginales cada 2 horas (Sáez, 2008).

### **8.3. Etiopatogenia (Sáez, 2008).**

- Malposición fetal.
- Desproporción cefalo-pélvica.
- Distocia de hombros: cuando la dilatación se prolonga una vez alcanzados los 8 cm.
- Anestesia de conducción.
- Hipodinamia uterina.

### **8.4. Diagnóstico**

La prolongación excesiva de la dilatación es un cuadro que se controla adecuadamente mediante un partograma meticuloso y que sólo requiere un mínimo y oportuno seguimiento clínico. La dilatación detenida es de fácil diagnóstico, siempre debe hacerse una vez alcanzados los 4 cm de dilatación y no antes (Sáez, 2008).

Cuando el problema reside en alteración de la dinámica la tocografía se convierte en la herramienta más útil, teniendo en cuenta que en muchos casos las alteraciones de la dinámica no serán detectadas mediante registros externos siendo útil la tocografía interna y la palpación manual (Sáez, 2008).

Hay que resaltar también que, a la hora de establecer el diagnóstico, se hace preciso determinar si el proceso patológico es primario o secundario. En este periodo del parto la

hipodinamia suele ser la consecuencia de un proceso obstétrico anómalo que el útero está tratando de solventar (Sáez, 2008).

### **8.5. Conducta a seguir**

Ha pasado a la historia la asistencia clásica, expectante y estática, interviniendo en el parto sólo en el último momento, tratando de remediar más que de evitar un problema obstétrico. El diagnóstico precoz de la anormalidad en el progreso del parto debe seguirse de una conducta adecuada, lógica y lo menos lesiva posible. La asistencia obstétrica actual es profiláctica, ya que anticipar la indicación es mejor que reaccionar ante hechos consumados (Sáez, 2008).

Un parto lento o prolongado puede provocar: (Sáez, 2008)

- Repercusión psicológica nociva materna.
- Deshidratación materna e infección.
- Hipoxia fetal.
- Rotura uterina.
- Mayor riesgo operatorio materno-fetal.

Estas secuelas pueden reducirse hoy día si mediante el concepto moderno de parto lento, se realiza una asistencia activa del parto valorando con rigor el partograma, realizando el diagnóstico precoz de la distocia, llevando a cabo el adelantamiento de la indicación, defendiendo la humanización del parto, y evitando el parto vaginal difícil. En los últimos años los avances más significativos en el tratamiento del parto distócico han sido: conocer que la prolongación del parto puede condicionar riesgos maternos-perinatales; el empleo y utilidad de la oxitocina y evitar el fórceps medio en beneficio de la cesárea (Sáez, 2008).

La incidencia de cesárea se ha incrementado en los últimos años, pero debe tenerse en cuenta que antes de realizar una cesárea por parto lento, es obligado aplicar otros procedimientos terapéuticos encaminados a conseguir un parto vaginal, sin que ello signifique mayor riesgo materno-fetal (Sáez, 2008).

## **9. Desproporción cefalo-pelvica**

### **9.1. Definición**

Condición de origen materno, fetal o mixto, dependiente de la relación existente entre el feto y la pelvis, que impide la resolución del parto por vía vaginal. Su diagnóstico es determinante, dado que indica la realización de un parto por cesárea. Siguiendo los objetivos de esta exposición se impone dejar clara la importancia de la prueba de trabajo de parto para la definición de este diagnóstico, valorando lo siguiente: (Mendez & Napoles, 2009)

- Las distocias del parto condicionan un tercio de las cesáreas y ocurren preponderantemente en presentaciones cefálicas y fetos de tamaño normal, Se ha comprobado que la mayoría de los niños nacidos por vía abdominal a causa de desproporción cefalopélvica, son de tamaño normal en una pelvis materna normal.
- Alrededor de 70 % de las mujeres que han sido operadas con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica, pueden parir exitosamente por vía vaginal su siguiente hijo.
- Es célebre la frase: “Cuántas veces pensamos que una mujer pare y no pare y viceversa: cuántas veces al pensar que no pare, nos sorprende un nacimiento”.

Por estos elementos debe darse el valor necesario al conocimiento de la fisiología del parto, al uso del partograma y a la ejecución de la prueba de trabajo de parto. Muy variados han sido los criterios para definir la prueba de trabajo de parto, a saber:

- Definición de la prueba de trabajo de parto hasta 16 horas (Benson)
- Producción de 50 contracciones para lograr el encajamiento de la presentación (Marthius)
- Prueba de trabajo de parto de 4 horas (Dexeus)
- Prueba de trabajo de parto de 6 horas (Manual de procedimientos del Ministerio de Salud Pública de Cuba)

### **9.2. Criterios diagnósticos**

- Ausencia de progreso de la dilatación cervical durante 3 a 4 horas y observación de 2 horas al menos con buena dinámica uterina y compromiso del descenso.
- Detención del descenso en 2 horas de observación con una hora al menos de buena dinámica uterina.

Criterios clínicos de diagnóstico de desproporción cefalopélvica con patrones de comportamiento definido por algunos autores:

A) Patrón de Marthius (40 %)

- Fase activa prolongada
- Detención secundaria de la dilatación
- Compromiso del descenso

B) Patrón de Marruz (60 %)

- Desaceleración prolongada
- Compromiso del descenso

## CAPÍTULO 2

### PARTOGRAMA

#### 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 (Jaramillo, 2009).

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 (Jaramillo, 2009).



## **2. Definición**

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 (Jaramillo, 2009).

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 (Jaramillo, 2009).

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 (Jaramillo, 2009).

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 (Jaramillo, 2009).

## **3. Partograma -CLAP-OPS/OMS**

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 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo de parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz y colaboradores, Publicación

Científica del CLAP, No 1153, 1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una “línea de alerta” (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso. Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas ó la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005) :

- Permite la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las particularidades de cada paciente, como la nuliparidad o la multiparidad, la integridad o no de las membranas ovulares y la posición materna durante el trabajo de parto.
- Ofrece un espacio adecuado donde se deben registrar todas aquellas variables que aparecen en la evolución del trabajo de parto, como la ruptura artificial de las membranas ovulares, las características del líquido amniótico, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
- Presenta una tabla independiente para el registro de las características clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardiaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor.

- Es dinámico y fácil de elaborar, de tal forma que cualquier miembro de la institución, sin ser el médico tratante, puede evaluar la evolución de la curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.
- Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles.

#### **4. Partes del partograma**

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 DE LEE. 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 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

#### **5. Uso del Partograma del CLAP**

- Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia (Ver anexo N°2) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).
- Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (Ver anexo N°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, pues cada que se evalúa a la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué a la

paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería) (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

- En la parte inferior izquierda del partograma (Ver anexo N°2), 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 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).
- En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal (Ver anexo N°2). La grafica 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 que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).
- 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” (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).
- 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 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).
- Para construir la “curva de alerta” se determina el punto de partida sobre la línea de base”, luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta. Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la

posición de la paciente durante el trabajo de parto y el estado de las membranas. Si la paciente es 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 (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005).

➤ Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos (Dirección Seccional de Salud de Antioquia, 2005):

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.

c) Si 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 esté 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 íntegras.

## **6. Planos de De Lee (MSP, 2008)**

a) Primer Plano:

Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.

b) Segundo Plano:

Es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vértebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana.

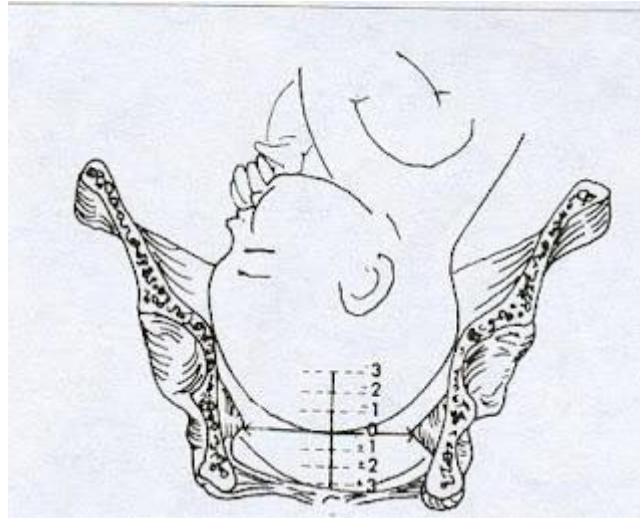
c) Tercer Plano:

Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.

d) Cuarto Plano:

Paralelas a las anteriores pasa por el vértice del hueso sacro, a diferencia del anterior relaciona el vértice de la presentación (la parte más prominente) con líneas paralelas que

parten desde las espinas. Estas líneas se miden en centímetros y son negativas por encima de las espinas y positivas hacia abajo



**Fuente:** Componente Normativo Materno Neonatal  
**Autor:** Ministerio de Salud Pública

### **3. Metodología**

#### **Tipo de Estudio:**

La presente investigación es un estudio **descriptivo - retrospectivo**, se aplicará en base a registros de las historias clínicas de usuarias que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015.

#### **Universo:**

El universo lo constituyen aproximadamente 1200 usuarias que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015.

#### **Muestra:**

La muestra la constituyen 64 usuarias que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015, y cuyo parto se haya producido por cesárea.

#### **Criterios de Inclusión:**

1. Mujeres que hayan iniciado la labor de parto en fase activa, hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila.
2. Pacientes que cuenten con partograma en los mismos que se encuentren graficadas las curvas de dilatación y de descenso.

#### **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con falsas labores de parto.
2. Pacientes con Partogramas en los que no se encuentren graficadas las curvas de dilatación y descenso.

#### **Métodos e instrumentos de recolección de datos:**

Formulario de recolección de datos

#### **Fuentes de Información**

##### **Secundarias:**

- Historia clínica (**partograma**)

- Protocolo Componente Normativo Materno 2008 del Ministerio de Salud Pública.

### **Técnicas y procedimientos:**

Para poder llevar a cabo el presente estudio, se realizará y entregará la respectiva solicitud al coordinador de docencia del Hospital Teófilo Dávila, quien con su aprobación permitirá la ejecución del presente proyecto.

Posteriormente se procederá a recolectar la información a través de la revisión de las historias clínicas de las pacientes en cuestión mediante el formulario de recolección de datos.

### **Plan de análisis y presentación de datos:**

Los datos obtenidos serán incorporados y analizados en el programa EPI Info y Microsoft Excel; posteriormente serán presentados en gráficos de barras.

Los resultados obtenidos del presente estudio serán compartidos con la comunidad médica del hospital en el cual se desarrolló la investigación, para de esta forma contribuir a la mejora en la toma de decisión obstétrica teniendo en cuenta las principales alteración que se presenta en las curvas del partograma y los tiempos prudenciales en los cuales se deben realizar la resolución del problema.

### **Consideraciones Éticas**

En la información y resultados compartidos se mantendrá total y completa confidencialidad sobre los datos personales de los pacientes.



#### 4. Resultados

1. Determinar la frecuencia de cesáreas según su indicación quirúrgica.

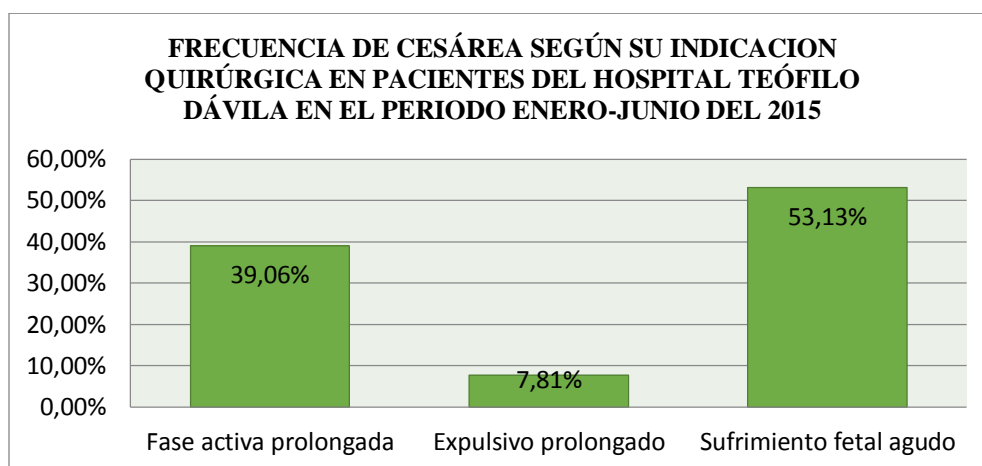
**Tabla N° 1.**

<b>FRECUENCIA DE CESÁREA SEGÚN SU INDICACION QUIRÚRGICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015</b>		
<b>INDICACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	
	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>Fase activa prolongada</b>	25	39.06%
<b>Expulsivo prolongado</b>	5	7.81%
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>	34	53.13%
<b>Total</b>	64	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**Grafica N°1.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** En la tabla se muestran las principales indicaciones quirúrgicas de cesárea, de los cuales sobresale el sufrimiento fetal agudo que con el 53,13% (n=34) se constituye como la principal indicación de cesárea seguido de la labor de parto en fase activa prolongada que representa el 39,06% (n=25) y finalmente el expulsivo prolongado que con el 7.81% (n=5) se constituye como la indicación menos frecuente de cesárea.

2. Establecer correlación entre las alteraciones de las curvas del partograma y las indicaciones de cesárea.

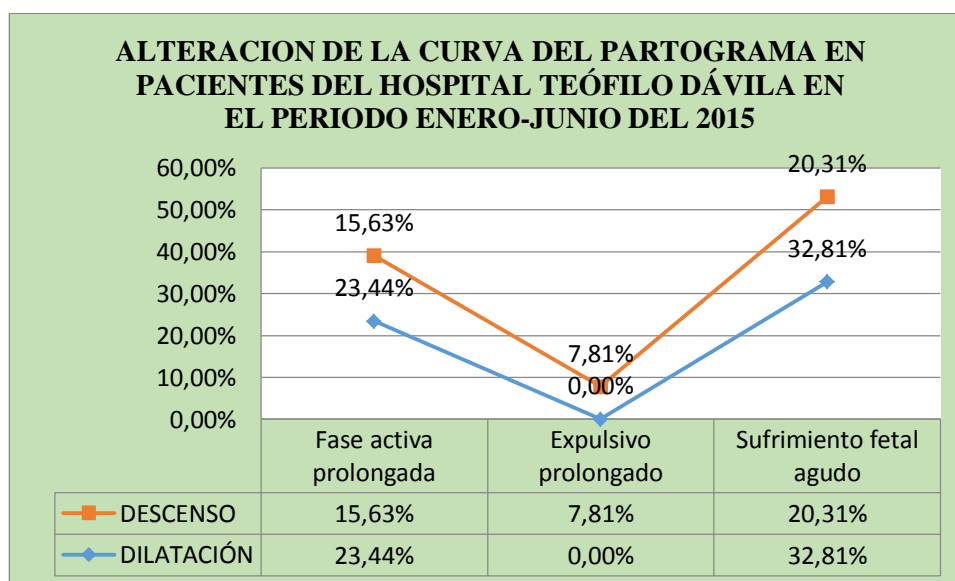
**Tabla N° 2.**

INDICACIÓN	ALTERACION DE LA CURVA DEL PARTOGRAMA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015			
	DILATACIÓN		DESCENSO	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
<b>Fase activa prolongada</b>	15	23.44%	10	15.63%
<b>Expulsivo prolongado</b>	0	0.00%	5	7.81%
<b>Sufrimiento fetal agudo</b>	21	32.81%	13	20.31%
<b>Total</b>	36	56.25%	28	43.75%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**Grafica N°2.**



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** En el siguiente cuadro se evidencia la relación entre las alteraciones de las curvas del partograma y las diferentes indicaciones de cesárea, evidenciando primero que en la mayoría de los casos la principal alteración se

produce a nivel de la curva de dilatación con el 56,25% del total de los casos (n=36) y que las alteraciones de la curva de descenso son menores representando el 43,75% (n=28), además también se puede observar cuales fueron las alteraciones de las curvas del partograma que se produjeron en cada una de las indicaciones de cesárea, siendo en el caso del expulsivo prolongado (n=5) producida la alteración únicamente a nivel de la curva de descenso, en la fase activa prolongada en 15 de los 25 caso la alteración se produce a nivel de la curva de dilatación mientras que en los 10 casos restantes la alteración se produce en la curva de descenso, y finalmente en el sufrimiento fetal agudo se evidencia que en 21 de los 34 casos se produce la alteración a nivel de la curva de dilatación, constituyéndose el porcentaje de alteración más alta de dicha curva con el 32,81%, mientras que la alteración de la curva de descenso es del 20,31% (n°=13) del total de los casos.

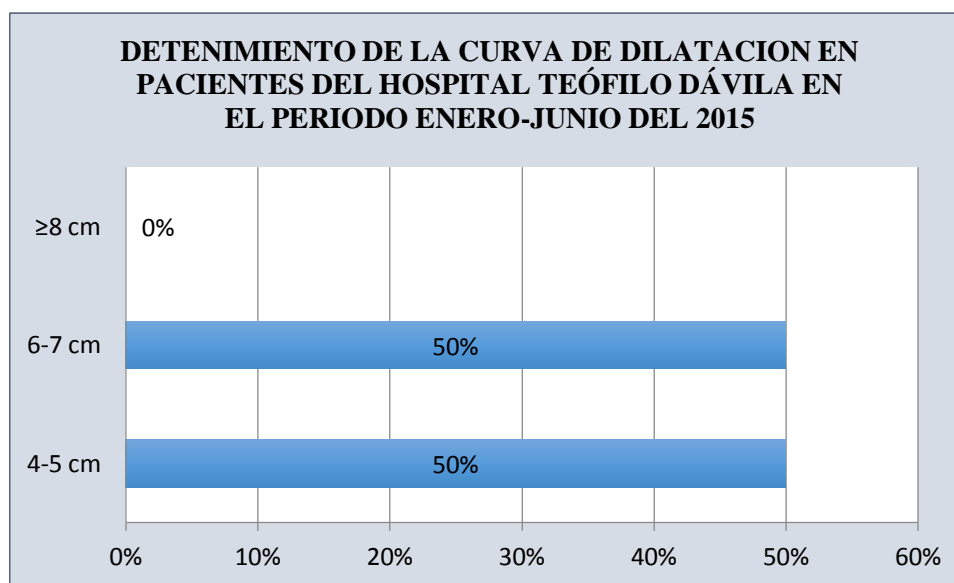
Tabla N° 3.

DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DILATACION EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015		
NIVEL DEL DETENIMIENTO	FRECUENCIA	
	NÚMERO	PORCENTAJE
4-5 cm	18	50%
6-7 cm	18	50%
≥8 cm	0	0%
<b>Total</b>	36	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

Grafico N° 3



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** El siguiente cuadro representa los niveles en los que se produjeron los detenimientos en la curva de dilatación mostrando que los principales detenimientos se producen entre 4-5 cm y 6-7 cm con el 50% ( $n^{\circ}=18$ ) cada uno de ellos.

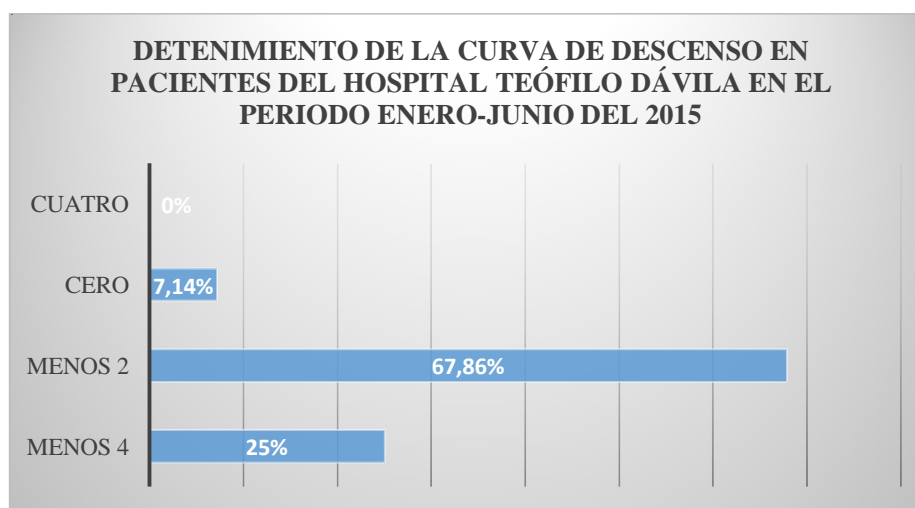
Tabla N° 4.

DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DESCENSO EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015		
NIVEL DEL DETENIMIENTO	FRECUENCIA	
	NÚMERO	PORCENTAJE
-4	7	25%
-2	19	67,86%
0	2	7.14%
4	0	0%
<b>Total</b>	28	100%

**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

Grafico N° 4



**Fuente:** Formulario de recolección de datos

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** En la tabla se muestran los niveles en los que se produjeron los detenimientos en la curva de descenso evidenciándose que en la mayoría de casos los detenimientos se produjeron en la estación -2 en el 67,86% ( $n^{\circ}=19$ ), en segundo lugar se evidencian los detenimientos en la estación -4 en el 25% ( $n^{\circ}=7$ ) y finalmente el 7,14% ( $n^{\circ}=2$ ) se produce el detenimiento a nivel de la estación 0.

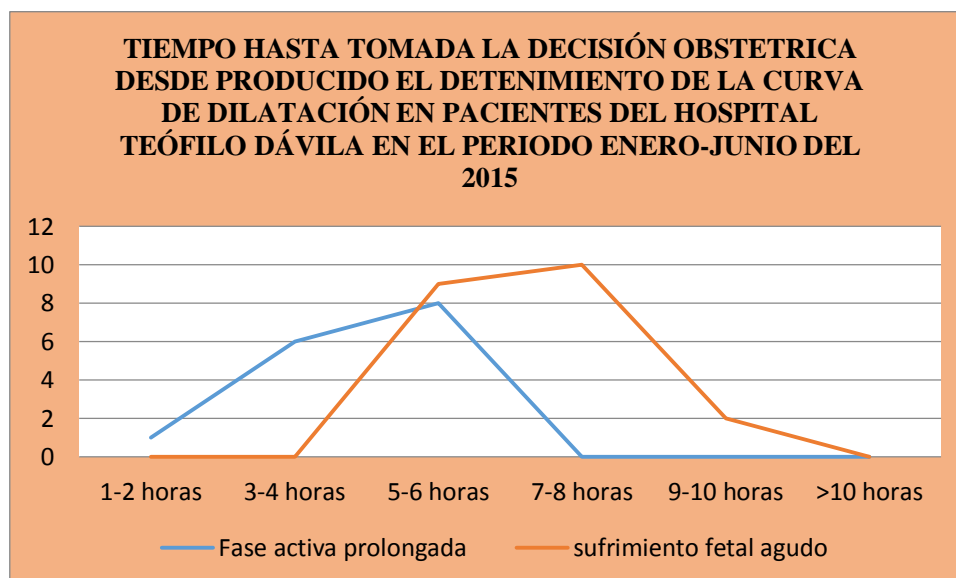
Tabla N° 5.

TIEMPO HASTA TOMADA LA DECISIÓN OBSTETRICA DESDE PRODUCIDO EL DETENIMIENTO DE LA CURVA DE DILATACIÓN EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015														
INDICACIONES	DILATACIÓN													
	1-2 horas		3-4 horas		5-6 horas		7-8 horas		9-10 horas		>10 horas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Fase activa prolongada</b>	1	2,78	6	16,67	8	22,22	0	0	0	0	0	0	15	41,67%
<b>sufrimiento fetal agudo</b>	0	0	0	0	9	25	10	27,77	2	5,56	0	0	21	58,33%
<b>Total</b>	1	2,78	6	16,67	17	47,22	10	27,77	2	5,56	0	0	36	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Sergio Jhair Cerro Olaya

Gráfico N° 5



Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** En esta tabla se muestra el tiempo transcurrido desde producido el detenimiento de la curva de dilatación hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea en cada una de las diferentes indicaciones de cesárea, primero en la fase activa prolongada la indicación de cesárea se tomó en la mayoría de los casos a las 3-4 y 5-6 primeras horas en el 16,67% y 22,22% de los casos respectivamente, finalmente en el sufrimiento fetal agudo las horas no representan el tiempo desde que se presentó el sufrimiento fetal, sino el tiempo desde producido el detenimiento de la curva de dilatación hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea y en cuyo transcurso se presentó

el sufrimiento fetal, en este caso la decisión obstétrica se tomó en la mayoría de los casos entre las 7-8 horas en el 27,77% de los casos ( $n^{\circ}=10$ ).

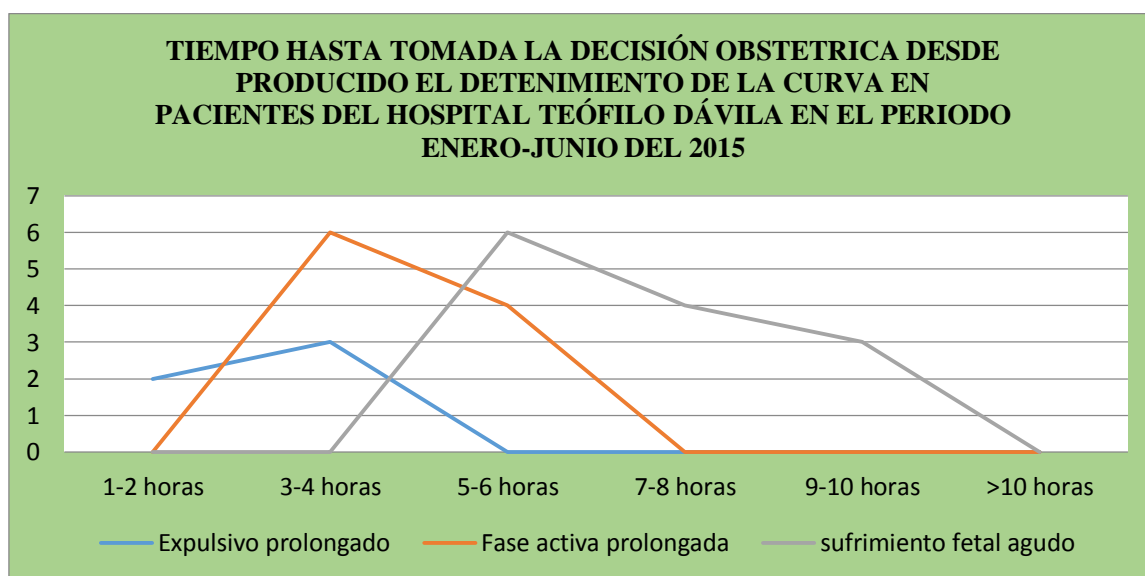
Tabla N° 6.

TIEMPO HASTA TOMADA LA DECISIÓN OBSTETRICA DESDE PRODUCIDO EL DETENIMIENTO DE LA CURVA EN PACIENTES DEL HOSPITAL TEÓFILO DÁVILA EN EL PERIODO ENERO-JUNIO DEL 2015														
INDICACIONES	DESCENSO													
	1-2 horas		3-4 horas		5-6 horas		7-8 horas		9-10 horas		>10 horas		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>Expulsivo prolongado</b>	2	7,14	3	10,72	0	0	0	0	0	0	0	0	5	17,86%
<b>Fase activa prolongada</b>	0	0	6	21,43	4	14,28	0	0	0	0	0	0	10	35,71%
<b>sufrimiento fetal agudo</b>	0	0	0	0	6	21,43	4	14,28	3	10,72	0	0	13	46,43%
<b>Total</b>	2	7,14	9	32,15	10	35,71	4	14,28	3	10,72	0	0	28	100%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Sergio Jhair Cerro Olaya

Gráfico N° 6



Fuente: Formulario de recolección de datos

Autor: Sergio Jhair Cerro Olaya

**INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:** En esta tabla se muestra el tiempo transcurrido desde producido el detenimiento de la curva de descenso hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea en cada una de las diferentes indicaciones de cesárea, primero en el expulsivo prolongado en el 7,14% de los casos ( $n^{\circ}=2$ ) se toma la decisión obstétrica de cesárea dentro de las 2 primeras horas y el 10,72% de los casos ( $n^{\circ}=3$ ) entre las 3-4 primeras horas, en el caso de la fase activa prolongada la indicación de cesárea se tomó entre las 3-4 primeras horas de producido el detenimiento en el 21,43% de los casos



(n°=6) y entre las 5-6 horas en el 14,28% de los casos (n°=4) y finalmente en el sufrimiento fetal agudo se toma la decisión obstétrica entre las 5-6 horas en el 21,43% de los casos (n°=6), entre las 7-8 horas en el 14,28% de los casos (n°=4) y entre las 9-10 horas se toma la decisión obstétrica de cesárea en el 10,72% de los casos (n°=3) luego de producido el detenimiento en la curva de descenso.

## 5. Discusión

El presente proyecto de investigación ha tenido como objetivo Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma en el Hospital Teófilo Dávila durante el año 2015, lo que ha dado los siguientes resultados: 34 pacientes tuvieron como indicación de cesárea sufrimiento fetal agudo, que representa el 53,13% constituyéndose como la principal indicación de cesárea seguido de la labor de parto en fase activa prolongada con 25 casos que representan el 39,06%, y finalmente el expulsivo prolongado que con 5 casos representa el 7.81% constituyéndose como la indicación menos frecuente de cesárea; como dato adicional también se evidenciaron 12 casos en los que la indicación fue la labor de parto en fase latente prolongada cuya importancia se discutirá más adelante. No se colocaron otras indicaciones de cesárea puesto que no contaban con los criterios de inclusión al no haberse encontrado graficadas las curvas de dilatación y descenso en el partograma.

A nivel internacional estos datos concuerdan con los encontrados en una investigación realizada en el Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín de Cuba en el año 2013 que evidencia que la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo con el 36,09% de una población de 3 034 casos estudiados.

A nivel del Ecuador se encontraron datos similares reportándose en un estudio realizado en el Hospital Gineco – Obstétrico Isidro Ayora de Quito entre enero del 2011 y agosto del 2012 que la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal agudo (SFA) con el 43%, porcentajes menores lo ocupaban el expulsivo prolongado y otras indicaciones de cesárea.

A nivel regional en una investigación realizada en el Hospital Regional Isidro Ayora de Loja en el año 2015 titulado “Factores asociados a la realización de cesárea en pacientes hospitalizadas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Isidro Ayora de Loja” determinó que la principal indicación de cesárea la representa la cesárea anterior, 27.5%, seguido del compromiso de bienestar fetal con 23.7%, lo que corresponde con los datos obtenidos en el presente estudio obviando la primera indicación, debido a que esta no cumplió con los criterios de inclusión requeridos para el estudio

Durante el proceso investigativo intervinieron 64 mujeres cuyos partos concluyeron por cesárea, de los cuales en 36 casos que representan el 56,25% la alteración se produjo a en

la curva de dilatación, mientras que en los 28 casos restantes que representan el 43,75% la alteración se produjo en curva de descenso.

Además también se puede observar cuales fueron las alteraciones de las curvas del partograma que se produjeron en cada una de las indicaciones de cesárea, siendo los 5 casos de expulsivo prolongado que corresponde al 7,81%, producidos por la alteración únicamente de la curva de descenso, en la fase activa prolongada en 15 de los 25 casos la alteración se produce a nivel de la curva de dilatación correspondiendo al 23,44% del total de los casos, mientras que en los 10 casos restantes que representan el 15,63%, la alteración se produce en la curva de descenso, y finalmente en el sufrimiento fetal agudo se evidencia que en 21 de los 34 casos se produce la alteración a nivel de la curva de dilatación, constituyéndose el porcentaje de alteración más alto de dicha curva con el 32,81%, mientras que la alteración de la curva de descenso se produce en 13 casos que corresponden al 20,31% del total.

Los detenimientos de la curva de dilatación se producen en 18 casos entre los 4-5 cm y 6-7 cm cada uno, representando el 50%.

En el caso de los detenimientos de la curva de descenso estos se produjeron en 19 casos en la estación -2 representando el 67,86%, en segundo lugar los detenimientos se produjeron en 7 casos en la estación -4 que corresponde al 25% y finalmente en 2 casos que representan el 7,14% el detenimiento se produjo a nivel de la estación 0.

Luego de haber realizado la búsqueda de información en Cochrane, Pub Med, Medline y publicaciones de la OMS y del CLAP, no se encontraron investigaciones previas sobre cuales curvas se alteran con más frecuencia en cada una de las indicaciones de cesárea ni a qué nivel se producen estas alteraciones.

Se ha revisado tesis, revistas, libros y boletines informativos y tampoco ha sido posible conseguir información bibliográfica que aclare por completo la interrogante que originó este estudio. Sin embargo se logró obtener información parcial como por ejemplo el tiempo en el que se debe actuar ante una alteración de las curvas del partograma,

En el Hospital Gineco-obstétrico 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.

Otro esquema es el considerado por la Organización Mundial de la Salud, 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 realización de la cesárea.

En Ginebra, un grupo de especialistas que desarrolló el modelo de la Organización Mundial de la Salud, después de recopilar todos los trabajos editados acerca del partograma y seleccionarlos, extrajeron las mejores características de cada uno, y luego de simplificarlas, determinaron que la fase activa del trabajo de parto comienza con 3 cm de dilatación cervical, la fase latente no debe durar más 8 horas y la dilatación cervical en fase activa no ha de ser menor de 1 cm por hora; tiempo límite entre el “enlentecimiento” del trabajo de parto y la necesidad de intervención a las 4 horas por el compromiso fetal o materno para evitar intervenciones innecesarias, a lo cual se añade la indicación de diferentes exámenes vaginales (se recomienda uno cada 4 horas).

La Organización Mundial de la Salud (1994), propuso un partograma de atención al trabajo de parto en el que se define el retraso como la presencia de una dilatación del cuello uterino de menos de 1 cm/h durante un mínimo de 4 horas.

Para la SEGO, el retraso se produce cuando la dilatación es inferior a los 1,2cm/h en nulíparas o 1,5cm/h en multíparas; ambos son criterios vigentes hasta la actualidad que han ido reforzándose con cada actualización e investigaciones.

En la fase latente prolongada, en que según los estudios presentados se debe considerar como prolongada esta fase luego de 8 horas de la alteración o luego de 8 horas de conducción, en este caso se toma la decisión obstétrica de cesárea luego de las 10 horas del detenimiento de la curva de dilatación en el 25% del total de casos en los que se altera esta curva, en el caso del expulsivo prolongado se toma la decisión obstétrica de cesárea en forma oportuna dentro de las 2 primeras horas en 2 de los 5 casos, sin embargo en los 3 casos restantes la decisión obstétrica se toma luego de las 3-4 horas de producido el detenimiento del descenso, en el caso de la fase activa prolongada la decisión obstétrica se toma dentro de las 4 primeras horas de producido el detenimiento de la dilatación en 7 casos, mientras que en los 8 casos restantes la toma de la decisión obstétrica se retrasa

hasta las 5-6 horas; en relación a las alteraciones de la curva de descenso de esta misma indicación de cesárea se toma la decisión obstétrica de cesárea entre las 3-4 horas en 6 casos y en los 4 casos restantes de la alteración de esta curva se toma la decisión obstétrica a las 5-6 horas de producido el detenimiento, finalmente en el sufrimiento fetal en relación a la curva de dilatación la decisión obstétrica de cesárea fue tomada en 9 casos entre las 5-6 horas de producido el detenimiento de dicha curva, en 10 casos entre las 7-8 horas y en 2 casos entre las 9-10 horas, mientras que en relación a la curva de descenso de esta misma indicación de cesárea se tomó la decisión obstétrica de cesárea en 6 casos entre las 5-6 horas de producido el detenimiento de esta curva, en 4 casos a las 7-8 horas y en 3 casos entre las 9-10 horas, tiempos excedidos en relación a las recomendaciones de los estudios presentados.

## 6. Conclusiones

Al terminar el presente trabajo investigativo se llegó a las siguientes conclusiones:

1. La principal indicación de cesárea la constituye el sufrimiento fetal agudo.
2. En relación a las alteraciones de las curvas del partograma, la principal alteración se produce a nivel de la curva de dilatación.
3. En cuanto a las alteraciones de las curvas del partograma y las indicaciones de cesárea: En el expulsivo prolongado la alteración se produce únicamente a nivel de la curva de descenso, en la fase activa prolongada en la mayoría de los casos la alteración se produce a nivel de la curva de dilatación mientras que en el sufrimiento fetal agudo la mayoría de las alteraciones se produce a nivel de la curva de dilatación.
4. Los detenimientos en la curva de dilatación se produjeron en la mayoría de casos entre los 4 y 7 cm.
5. Los detenimientos en la curva de descenso se produjeron principalmente en la estación -2 de De Lee.
6. En cuanto a el tiempo transcurrido desde producido el detenimiento de la curva de dilatación hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea, se puede concluir que en el caso de la fase latente prolongada se excede el tiempo recomendado para la realización de la cesárea, en este caso se decide la cesárea pasadas las 10 horas del detenimiento, sucede algo similar en la fase activa prolongada y el sufrimiento fetal agudo en los que en la mitad de los casos se toma la decisión obstétrica entre las 5 y 8 horas de producido el detenimiento.
7. En lo referente a el tiempo transcurrido desde producido el detenimiento de la curva de descenso hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea, tanto en el expulsivo prolongado, la fase activa prolongada y el sufrimiento fetal agudo se evidencia un retraso en la decisión de cesárea, prolongándose máximo hasta 9 a 10 horas en cuyo transcurso se produjo el sufrimiento fetal agudo.

8. En general se concluyó que existieron retrasos en la toma de decisión obstétrica de cesárea tanto en las alteraciones de las curvas de dilatación como de descenso pero estos retrasos ocuparon un mayor porcentaje en las indicaciones de cesarea cuya alteración se produjo en las curvas de dilatación.

## **7. Recomendaciones**

- 1.** Se recomienda un uso adecuado del partograma debido a que esto puede contribuir a disminuir el número de cesáreas, que sobrepasan a lo recomendado, al permitir tomar conductas obstétricas a seguir de forma temprana, evitando así actuaciones tardías que generalmente concluyen en cesárea.
- 2.** Debido a que la principal indicación de cesárea fue el sufrimiento fetal es importante realizar seguimientos continuos no solo maternos sino también fetales para así disminuir el riesgo de este y otras complicaciones que podrían ser potencialmente irreversibles.
- 3.** Realizar un uso adecuado del partograma graficando las curvas de dilatación y descenso ya que estas establecen patrones que pueden indicarnos el rumbo que tomara la labor de parto.
- 4.** Realizar una monitorización obstétrica continua a fin de asegurar la identificación de cualquier alteración y poder determinar la conducta obstétrica a seguir.
- 5.** Tomar la decisión obstétrica de cesárea dentro de los tiempos recomendados por las normas internacionales a fin de evitar complicaciones.
- 6.** Hacer llegar los resultados obtenidos a las Autoridades y Coordinador de Docencia del Hospital Teófilo Dávila, como compromiso adquirido al inicio del trabajo de investigación, para que la información sea usada a favor de las usuarias de dicha casa de salud.



## 8. Bibliografía

Carvajal Taco, J. P., & Vargas Muñoz, K. A. (2011). Comparación de partograma alterado, terminación del embarazo y bienestar del recién nacido en pacientes primíparas adolescentes y embarazadas adultas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Enrique Garcés” de Quito Perú. *Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, 2-6.

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2005). *Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica del parto “partograma” del CLAP – OPS/OMS*. Medellín.

Domínguez B, P. M. (2007). Placenta Previa. En J. M. Arenas, *Fundamentos De Obstetricia SEGO* (págs. 457-462). Madrid, España.

García Gamón M, M. S. (2007). Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsterta. En J. M. Arenas, *Fundamentos de Obstetricia SEGO* (págs. 463-470). Madrid.

Institut Clínic de Ginecologia, O. i. (2012). Protocolo de Cesárea. *Hospital Clínic de Barcelona*, 1-4.

Instituto De Salud Del Estado de Mexico. (2010). Fisiopatología de la Preeclampsia. *Urgencias Obstetricas*, 2-8.

Jaramillo, G. W. (2009). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma en pacientes hospitalizadas en el área de gineco-obstetricia de Loja. *Universidad Nacional De Loja*, 15-25.

López, D. L. (2012). Impacto de la Cesárea Sobre la Salud Materna y Perinatal: Revisión Sistemática. *Universidad del Rosario*, 10-20.

Mendez, D. N. (2009). *Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto*. Cuba: MEDISAN.

Mendez, Danilo Napoles. (2009). Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *MEDISAN*.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Quito-Ecuador: 1ª Edición.

Padrón, M. P. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35-41.

Pedroza, M. E. (2009). Distocias . En M. O. Müller, *Obstetricia Integral Del Siglo XXI* (págs. 275-282). Colombia.

Pérez, J. A. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 35-42.

Sáez, T. B. (2008). Distocias Dinámicas: Conducta. *Clases De Residentes*, 6-11.

Sánchez, D. M. (2014). Exploración neuropsicológica en un caso de sufrimiento fetal agudo: diagnóstico e intervención . *Revista Chilena de Neuropsicología*, 61-66.

Secretaría Nacional De Planificación Y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional Para El Buen Vivir*. Quito/Ecuador.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2013). Guía de Práctica Clínica del recién Nacido Con asfixia Perinatal. *Ministerio de Salud y Protección social*, 22-34.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2013). Guía de Práctica Clínica del Recién nacido con Asfixia perinatal. *Ministerio de Salud y protección Social*, 11-34.

## 9. Anexos



## ANEXO N°1

## UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## AREA DE LA SALUD HUMANA

## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TEMA:** “INDICACIÓN DE CESAREA Y SU RELACIÓN CON EL PARTOGRAMA”

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma.

## 1. Datos generales:

- a) Edad de la madre: \_\_\_\_\_
- b) Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
- c) Edad gestacional al termino del embarazo: \_\_\_\_\_
- d) Paridad:
- Nulípara
  - Multípara

## 2. Indicación de la cesárea:

- Iterativa
  - Distocias de presentación
  - Pre eclampsia
  - Sufrimiento fetal agudo
  - DPPNI
  - Placenta previa
  - Fase activa prolongada
  - Expulsivo prolongado
  - Desproporción cefalo-pelvica
  - Otras
-

### 3. Correlación del Partograma e indicación de cesárea

- a) Tiempo de duración de la labor de parto: \_\_\_\_\_
- b) Dilatación detenida o progreso lento en 2 hora o mas
- c) Descenso detenido o progreso lento en 2 hora o mas
- d) No se realizó curva de descenso
- e) No se realizó partograma

Momento en el que se produjo el detenimiento de la dilatación.	Tiempo desde iniciada la labor de parto hasta producido el detenimiento.	Tiempo desde producido el detenimiento hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea
4 cm <input type="checkbox"/>	1 Horas <input type="checkbox"/>	1 Horas <input type="checkbox"/>
5 cm <input type="checkbox"/>	2 Horas <input type="checkbox"/>	2 Horas <input type="checkbox"/>
6 cm <input type="checkbox"/>	3 Horas <input type="checkbox"/>	3 Horas <input type="checkbox"/>
7 cm <input type="checkbox"/>	4 Horas <input type="checkbox"/>	4 Horas <input type="checkbox"/>
8 cm <input type="checkbox"/>	5 Horas <input type="checkbox"/>	5 Horas <input type="checkbox"/>
+8 cm <input type="checkbox"/>	6 Horas <input type="checkbox"/>	6 Horas <input type="checkbox"/>
	7 Horas <input type="checkbox"/>	7 Horas <input type="checkbox"/>
	8 Horas <input type="checkbox"/>	8 Horas <input type="checkbox"/>
	+8 Horas <input type="checkbox"/>	+8 Horas <input type="checkbox"/>

f) Nivel donde se produjo el detenimiento en la curva de descenso

Indicador	Escala	Nivel donde se produjo el detenimiento
Planos de Lee	-4  -2  0  +4	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

**Gracias**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

POSICION	VERT.	HORIZONTAL				NOMBRE Y APELLIDO	dia	mes	año	N° DE HISTORIA CLINICA							
PARIDAD	TODAS	MULTIPARAS		NULIPARAS													
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS												
<b>VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA *</b> (en horas) p10						<b>PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS</b>											
						Parto											
						10											
						9											
						8											
						7											
6																	
5																	
4																	
3																	
2																	
1																	
0																	
-1																	
-2																	
-3																	
-4																	
-5																	
-6																	
-7																	
-8																	
-9																	
-10																	
-11																	
-12																	
-13																	
-14																	
-15																	
-16																	
-17																	
-18																	
-19																	
-20																	
-21																	
-22																	
-23																	
-24																	
-25																	
-26																	
-27																	
-28																	
-29																	
-30																	
-31																	
-32																	
-33																	
-34																	
-35																	
-36																	
-37																	
-38																	
-39																	
-40																	
-41																	
-42																	
-43																	
-44																	
-45																	
-46																	
-47																	
-48																	
-49																	
-50																	
-51																	
-52																	
-53																	
-54																	
-55																	
-56																	
-57																	
-58																	
-59																	
-60																	
-61																	
-62																	
-63																	
-64																	
-65																	
-66																	
-67																	
-68																	
-69																	
-70																	
-71																	
-72																	
-73																	
-74																	
-75																	
-76																	
-77																	
-78																	
-79																	
-80																	
-81																	
-82																	
-83																	
-84																	
-85																	
-86																	
-87																	
-88																	
-89																	
-90																	
-91																	
-92																	
-93																	
-94																	
-95																	
-96																	
-97																	
-98																	
-99																	
-100																	
-101																	
-102																	
-103																	
-104																	
-105																	
-106																	
-107																	
-108																	
-109																	
-110																	
-111																	
-112																	
-113																	
-114																	
-115																	
-116																	
-117																	
-118																	
-119																	
-120																	
-121																	
-122																	
-123																	
-124																	
-125																	
-126																	
-127																	
-128																	
-129																	
-130																	
-131																	
-132																	
-133																	
-134																	
-135																	
-136																	
-137																	
-138																	
-139																	
-140																	
-141																	
-142																	
-143																	
-144																	
-145																	
-146																	
-147																	
-148																	
-149																	
-150																	
-151																	
-152																	
-153																	
-154																	
-155																	
-156																	
-157																	
-158																	
-159																	
-160																	
-161																	
-162																	
-163																	
-164																	
-165																	
-166																	
-167																	
-168																	
-169																	
-170																	
-171																	
-172																	
-173																	
-174																	
-175																	
-176																	
-177																	
-178																	
-179																	
-180																	
-181																	
-182																	
-183																	
-184																	
-185																	
-186																	
-187																	
-188																	
-189																	
-190																	
-191																	
-192																	
-193																	
-194																	
-195																	
-196																	
-197																	
-198																	
-199																	
-200																	
-201																	
-202																	
-203																	
-204																	
-205																	
-206																	
-207																	
-208																	
-209																	
-210																	
-211																	
-212																	
-213																	
-214																	
-215																	
-216																	
-217																	
-218																	
-219																	
-220																	
-221																	
-222																	
-223																	
-224																	
-225																	
-226																	
-227																	
-228																	
-229																	
-230																	
-231																	
-232																	
-233																	
-234																	
-235																	
-236																	
-237																	
-238																	
-239																	
-240																	
-241																	
-242																	
-243																	
-244																	
-245																	
-246																	
-247																	
-248																	
-249																	
-250																	
-251																	
-252																	
-253																	
-254																	
-255																	
-256																	
-257																	
-258																	
-259																	
-260																	
-261																	
-262																	
-263																	
-264																	
-265																	
-266																	
-267																	
-268																	
-269																	
-270																	
-271																	
-272																	
-273																	
-274																	
-275																	
-276																	
-277																	
-278																	
-279																	
-280																	
-281																	
-282																	
-283																	
-284																	
-285																	
-286																	
-287																	
-288																	
-289																	
-290																	
-291																	
-292																	
-293																	
-294																	
-295																	
-296																	
-297																	
-298																	
-299																	
-300																	
-301																	
-302																	
-303																	
-304																	
-305																	
-306																	
-307																	
-308																	
-309																	
-310																	
-311																	
-312																	
-313																	
-314																	
-315																	
-316																	
-317																	
-318																	
-319																	
-320																	
-321																	
-322																	
-323																	
-324																	
-325																	
-326																	
-32																	

## ANEXO N° 3

## COMPONENTE NORMATIVO MATERNO NEONATAL MSP 2008

## CESÁREA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIÓN DE CESÁREA	NIVEL	
	II	III
1. Ingreso a Sala de Operaciones.	X	X
2. Comunique del ingreso a Enfermería, Anestesiología y Neonatología.	X	X
3. Preparación por parte de Enfermería de mesa de instrumentación, mesa Mayo y material quirúrgico necesario	X	X
4. Coloque a la paciente en la posición correcta para la anestesia indicada por médico anesthesiólogo en la valoración preanestésica.	X	X
5. Aplicación de anestesia peridural - raquídea o general, según la valoración preanestésica.	X	X
6. Colocación de la embarazada en decúbito supino.	X	X
7. Monitorización continua de tensión arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria y nivel de conciencia.	X	X
8. Lavado quirúrgico de manos con 5 ml. de gluconato de clorhexidina al 2% u otro antiséptico, en dos tiempos de 1 y 5 minutos con enjuague intermedio	X	X
9. Asepsia y antisepsia de campo quirúrgico abdominal y perineal con solución antiséptica.	X	X
10. Colocación de sonda vesical Foley N° 16.	X	X
11. Colocación de barreras protectoras: gafas, gorra, mascarilla, guantes y bata quirúrgica.	X	X
12. Colocación de campos quirúrgicos estériles.	X	X

13. Realice incisión Pfannestiel o media suprapúbica según el caso que compromete piel y tejido subcutáneo.	X	X
14. Apertura transversal o longitudinal cortante de aponeurosis muscular.	X	X
15. Apertura media de plano muscular y peritoneo parietal	X	X
16. Exposición de campo operatorio	X	X
17. Histerotomía, amniotomía y extracción de RN, doble pinzamiento y sección de cordón umbilical.	X	X
18. PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: 1 dosis de Cefazolina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical. Alternativa: Ampicilina 1 g. IV luego de pinzar el cordón umbilical.	X	X
19. Extracción manual de placenta y membranas con revisión de cavidad uterina.	X	X
20. Considere la necesidad del uso de uterotónicos adicionales al masaje realizado durante la revisión de cavidad uterina. Ver hipotonía atonía en hemorragia de la tercera etapa).	X	X
21. Histerorrafia en uno o dos planos festoneados según grosor del segmento uterino con sutura sintética absorbible 0 o 1.	X	X
22. Peritonización de histerorrafia con sutura sintética absorbible 00. Dependiendo del caso y experiencia quirúrgica ciertas técnicas quirúrgicas consideran opcional la síntesis de peritoneos.	X	X
23. Retiro de material intraabdominal y revisión de hemostasia.	X	X
24. Síntesis de peritoneo parietal con sutura sintética absorbible 00.	X	X
25. Síntesis puntos sueltos de plano muscular con sutura sintética absorbible 00.	X	X
26. Síntesis festoneada o con puntos sueltos de aponeurosis muscular con sutura sintética absorbible 1.	X	X



<b>27.</b> Síntesis de piel con puntos sueltos o sutura subdérmica con sutura sintética no absorbible 00 o 000.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>28.</b> Registro y verificación del sangrado total y diuresis	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>29.</b> Pase a sala de recuperación	<b>X</b>	<b>X</b>

<b>TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO DE LA EMBARAZADA CON INDICACIÓN DE CESÁREA</b>	NIVEL	
	II	III
<b>1.</b> Mantenga vigilancia y registro cada 15 minutos de los signos vitales incluidos el fondo uterino y el sangrado por las 2 primeras horas postcesárea.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>2.</b> Iniciar el alojamiento conjunto (madre-niño/a) lo más rápido posible según la condición materna.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>3.</b> Incentivar la lactancia materna precoz.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>4.</b> Mantenga la sonda vesical por 12 a 24 horas según la anestesia recibida y la condición posquirúrgica.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>5.</b> Mantenga a la paciente en NPO por 6 horas mínimo	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>6.</b> Inicie tolerancia oral con sorbos de líquidos claros a las 6 horas de terminada la cesárea.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>7.</b> Fomente la deambulacion precoz dentro de las primeras 24 horas de postcesárea como medida antiembólica.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>8.</b> Indique analgesia IV para el posquirúrgico inmediato y VO durante el período de hospitalización.	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>9.</b> Evaluar el alta mínimo a las 48 horas postcesárea	<b>X</b>	<b>X</b>
<b>10.</b> Antes del alta provea orientación y servicios sobre planificación familiar. Brinde asesoría y administre un anticonceptivo acorde con las necesidades y características de la paciente.	<b>X</b>	<b>X</b>

<p><b>11.</b> Programe una cita para retiro de punto(s) quirúrgicos a los 7 días de la cesárea o proceda a la contrarreferencia escrita a la unidad de origen</p> <p><b>a.</b> No olvide enviar con la paciente y con el personal de correspondencia la hoja de contrarreferencia y/o epicrisis completa y correctamente llena, con firma, nombre legible y sello de responsabilidad para su análisis en la unidad de origen. Envíe los resultados de exámenes necesarios para la recuperación completa y/o rehabilitación apropiada.</p>	<b>X</b>	<b>X</b>
<p><b>12.</b> Instruya a la madre sobre la importancia del registro oportuno del nacimiento de su hijo en el Registro Civil.</p>	<b>X</b>	<b>X</b>



## ANEXO N° 4

## CERTIFICACIÓN DE TRADUCCIÓN AL INGLÉS

## English Speak Up Center

Nosotros "*English Speak Up Center*"

CERTIFICAMOS que

La traducción de los documentos adjuntos solicitada por SERGIO JAHIR CERRO OLAYA con cedula de ciudadanía N° 46356357 ha sido realizada por el Centro Particular de Enseñanza de Idiomas "*English Speak Up Center*".

Esta es una traducción textual de los documentos adjuntos, y el traductor es competente para realizar traducciones.

Loja, 27 de septiembre de 2016

*Elizabeth Sánchez de Velaz*

Lic. Elizabeth Sánchez Burneo

DIRECTORA ACADÉMICA



## ANEXO N° 5

## AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS



Ministerio  
de Salud Pública  
Coordinación Zonal Salud 7  
Hospital General Teófilo Dávila / Docencia e Investigación

Memorando Nro. MSP-CZ7-HTD-GDI-2016-0188-M

Machala, 27 de julio de 2016

**PARA:** Srta. Ing. Nelis Isabel Hurtado León  
Analista Responsable de Admisiones (E)

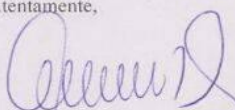
**ASUNTO:** AUTORIZAR OBTENER DATOS DE HISTORIAS CLINICAS

De mi consideración:

En atención al oficio SN suscrito por los Sres: Sergio Jhair Cerro Olaya y Yanice Gianella Apolo Echeverria Internos Rotativos de medicina del HGTD, donde se solicita autorización para llevar a cabo el proceso de recolección de datos a partir de historias clínicas del archivo central con el objeto de desarrollara los temas de tesis titulados INDICACION DE CESAREA Y SU RELACION CON EL PARTOGRAMA Y COMPLICACIONE INFECCIOSAS PUERPERALES POSPARTO Y POSTCESAREA EN MUJERES DEL HOSPITAL TEOFILO DAVILA respectivamente. Luego del analisis correspondiente se considera pertinente que los trabajos de investigacion esten avalados por la Universidad correspondiente por lo cual deberan presentar en la Coordinacion de Docencia e Investigacion el preproyecto aprobado por el centro educativo donde conste: tema, objetivos y metodologia de la investigacion. Con el compromiso por parte de los interesados de hacerlo en esta semana se decide dar visto bueno a su solicitud. Por tal razon de la manera mas comedida solicito se brinde las facilidades necesarias para que los mencionados Internos puedan acceder a las historias clínicas y obtener los datos que requieren para el desarrollo de su trabajo de investigacion


Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

  
Dr. Juan Diego Sarango Jaramillo  
ESPECIALISTA  
NEFROLOGIA  
R.P. 1104335123  
Med. Juan Diego Sarango Jaramillo INH: 16-08-00045  
COORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACION (E)



Boyacá y Buenavista esquina  
Teléfono: 593 (7) 2935570 ext.7504  
[www.htdeloro.gob.ec](http://www.htdeloro.gob.ec)



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

**PROYECTO DE TESIS**

**TEMA:** “INDICACIÓN DE CESAREA Y SU RELACIÓN CON EL  
PARTOGRAMA”

**AUTOR:** SERGIO JHAIR CERRO OLAYA

**DIRECTORA:** Dra. Karina Yesenia Calva Jiron, Esp.

**LOJA – ECUADOR**

**2016**

**TEMA**

**“INDICACIÓN DE CESAREA Y SU RELACIÓN CON EL PARTOGRAMA”**

## Problematización

El trabajo de parto es un proceso fisiológico secuencial de borramiento y dilatación del cuello uterino en progreso habitual, pero en diversas circunstancias desfavorables pueden terminar por cesárea, incrementando índices de morbilidad y mortalidad materno-neonatal, es así que la cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil.

Durante los últimos años se ha producido un incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad materno-perinatal. La Organización Panamericana de Salud en el año 2010 estimó que la mortalidad materna global reportada en el embarazo y al momento del parto está entre 500.000 - 600.000 muertes anuales; esto debido principalmente al aumento de las finalizaciones de los partos a través de la cesáreas, a pesar de que la Organización Mundial de la Salud recomienda no utilizar este procedimiento salvo en los casos necesarios.

La principal causa atribuible a esto, es que no se realiza una utilización óptima de las principales herramientas de las que dispone el médico, en este caso el partograma, y es precisamente el mal uso de este el que ha producido el incremento de las tasas de cesáreas durante los últimos años, es debido a ello que la Organización Mundial de la Salud y los ministerios de salud pública de todos los países promueven la utilización adecuada del partograma en cualquiera de sus más de 200 tipos (Organización Mundial de la Salud, 2010).

La OMS patrocina el uso del partograma para una maternidad segura y se propuso como objetivo disminuir en 50% las muertes maternas en la década de los años 90, para esto fomentó el uso de los métodos que permitieran reducir los altos índices de mortalidad materno perinatal en América Latina, y este método sería el partograma.

La aplicación del partograma es tan importante porque siguiendo los parámetros utilizados en las curvas de dilatación y descenso nos permite calcular en horas el tiempo de la labor de parto una vez llegados a los 4 cm de dilatación cervical, tomando en cuenta en la curva de dilatación que en la multípara se dilata 1.5 cm por hora, mientras que en la nulípara se dilata 1.2 cm por hora hasta llegar a los 10 cm de dilatación (Friedman y Cols, 2010).

Por otro lado en la curva de descenso midiendo el tiempo en el que debe descender completamente la cabeza del feto y haciendo la distinción entre nulípara y multípara los tiempos son de 1.5 cm por hora y 2 cm por hora respectivamente (Friedman y Cols 2010). Es aquí donde radica la importancia del uso adecuado de estas curvas de dilatación y descenso, dado que el conocimiento de estos tiempos es vital para la decisión de cesárea. Algunos autores consideran que el incremento en la tasa de cesárea se debe principalmente a que no se actúa en forma correcta en cuanto al manejo de estas curvas, y para otros autores este mismo motivo es que también provoca un retardo en la toma de decisión de la cesárea, debido a que en ocasiones esperan más tiempo que el establecido anteriormente, aumentando así la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal.

Latinoamérica actualmente muestra una de las cifras más elevadas a nivel mundial, y Ecuador no es la excepción dado que según la Organización Panamericana de la Salud (2011) el Ecuador es el segundo país de América Latina, superado por Chile, con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, más del 41% se da vía quirúrgica. Lo que constituye una contradicción porque a pesar de todas las medidas tomadas por la Organización Mundial de la Salud, esta práctica se ha convertido en el modo habitual de nacer (Estudio mundial de la infancia, 2010).

En el 2014, el índice de cesáreas en el Ecuador se ubicó en 41%, según Jakeline Calle, gerente institucional de Implementación de Disminución de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud Pública (MSP). La cifra supera el índice de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece límites entre el 10 y 15%.

En la provincia de El Oro, durante el año 2013 se registra el 36.81% de nacimientos por parto vaginal y el 53.28% de nacimientos mediante cesárea según estadísticas del INEC 2013.

En la ciudad de Machala, según estadísticas del INEC 2013, se registra el 35.98% de nacimientos mediante parto vaginal y el 55.16 % de nacimientos por cesárea.

A pesar de la alta incidencia de cesáreas a nivel provincial y local, no existen datos sobre el registro y la alteración de las curvas de dilatación y descenso en los partogramas ni tampoco sobre cuáles de ellas son las que principalmente se alteran, constituyéndose como causa principal de cesáreas, además de la gran discordancia que existe entre las indicaciones de cesárea y el manejo del partograma, es decir entre la



decisión de cesárea y lo que refleja el partograma por ello es conveniente plantearse la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las indicaciones de cesárea y su relación con el partograma?, estudio que será realizado en el Hospital Teófilo Dávila, que es una institución de Segundo Nivel del sector 7 de la Región Sur del Ecuador, con una tasa anual de 2500 partos con aproximadamente 200 partos mensuales de los cuales 90 nacimientos son mediante a cesárea (Estadística HTD, 2015); que se realizará en el periodo comprendido durante el año 2015, mediante la revisión de historias clínica y enfocándose en las curvas de dilatación y descenso del partograma como indicadores de medición (CLAP- OPS/OMS).

## JUSTIFICACIÓN

El nacer es un proceso tan natural como la muerte, aunque a pesar de ser un procesos fisiológico no está exento de riesgos tanto para la madre y ni como para el feto, motivo por el cual se requiere una constante monitorización del proceso para garantizar el parto en condiciones óptimas y sin desafortunadas consecuencias para la madre o el neonato.

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos. Pero durante los últimos años se ha puesto en evidencia un aumento de terminación del parto por cesárea, esta decisión obstétrica se ha producido principalmente por el mal manejo de este registro del trabajo de parto.

En Ecuador, donde los nacimientos de forma natural predominaban hasta hace diez años, hoy han perdido espacio frente a las cesáreas. Estas aumentaron casi 16 puntos desde el 2004: de 25,8 % a 41,2 %, según los resultados de la segunda parte de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, referente a salud sexual y reproductiva. La cesárea incrementa el riesgo de muerte, las complicaciones maternas graves y la morbilidad respiratoria neonatal comparada con el parto vaginal. Factores médicos, socioculturales y económicos incrementan el uso de la cesárea. Las estrategias multifacéticas demuestran mayor efectividad para reducir la tasa de cesárea. Concluyéndose que se deben promover estrategias como educación continua, auditoría, mejoramiento de la calidad e involucrar otros actores sociales para generar un cambio cultural y racionalizar el uso de la cesárea. (Pérez, 2014)

Por ello es que el control con el partograma se constituye como el principal instrumento con el cual se lleva el registro de los cambios mencionados, evidenciados a través de los diversos cambios producidos en las curvas de dilatación y descenso, que son los patrones que reflejan la progresión y evolución del trabajo de parto y que influyen directamente en la toma de la decisión obstétrica. Debido a la importancia de

estas curvas como determinantes del pronóstico del parto se considera oportuno e importante la realización de esta investigación, ya que como estudiante de medicina considero que la presente investigación puede contribuir mucho con la comunidad médica y estudiantil y además servir como base de futuros estudios en lo que se analice con minuciosidad las principales alteraciones en las mencionadas curvas y además los efectos que podrían producir un retraso en la toma de la decisión obstétrica.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

- Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma.

### **Objetivos específicos**

- Determinar la frecuencia de cesáreas según su indicación quirúrgica.
- Establecer correlación entre las alteraciones de las curvas del partograma y las indicaciones de cesárea.

## **ESQUEMA DE MARCO TEORICO**

### **CESÁREA**

1.1. Generalidades.

1.2. Causas

1.2.1. Causas maternas

1.2.2. Causas fetales

1.3. Indicaciones

1.3.1. Iterativa

1.3.2. Distocias de presentación

1.3.3. Pre eclampsia

1.3.4. Sufrimiento fetal agudo

1.3.5. Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI)

1.3.6. Placenta previa

1.3.7. Fase activa prolongada

1.3.8. Expulsivo prolongado

1.3.9. Desproporción cefalo-pelvica

### **PARTOGRAMA**

1.1. Generalidades.

1.2. Partograma –CLAP-OPS/OMS

1.3. Partes del partograma

1.3.1. Curvas de dilatación

1.3.2. Curvas de descenso

1.3.2.1. Planos de De Lee

1.4. Alteraciones en el partograma.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Nombre De La Variable	Dimensión	Indicador	Escala
<p><b>Cesárea</b></p> <p>Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción y sus anexos ovulares a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina.</p>	<p>Primera</p> <p>Previa</p> <p>Iterativa</p>	<p>N° de cesáreas previas.</p> <p>N° de cesáreas previas</p> <p>N° de cesáreas previas</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>+2</p>
<p><b>Partograma</b></p> <p>Es la representación gráfica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la representación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto.</p>	<p>Curva de dilatación</p>	<p>Nulíparas</p>	<p>1.2 cm por hora</p>
		<p>Multíparas</p>	<p>1.5 cm por hora</p>
	<p>Curva de descenso</p>	<p>Nulíparas</p>	<p>1.5 cm por hora</p>
		<p>Multíparas</p>	<p>2 cm por hora</p>
		<p>Planos de Lee</p>	<p>-4</p>
			<p>-2</p> <p>0</p> <p>+4</p>

## METODOLOGIA

### TIPO DE ESTUDIO:

La presente investigación es un estudio **DESCRIPTIVO - RETROSPECTIVO**, se aplicará en base a registros de las historias clínicas de usuarias que fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015.

### UNIVERSO:

El universo lo constituyen aproximadamente 500 usuarias fueron hospitalizadas en el área de Gineco-Obstetricia, del Hospital Teófilo Dávila, durante el periodo Enero-Junio del 2015.

### CRITERIOS DE INLCUSION:

3. Mujeres que hayan iniciado la labor de parto hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Teófilo Dávila.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

3. Pacientes con falsas labores de parto.
4. Partos pre término.

### MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Formulario de recolección de datos

### FUENTES DE INFORMACION

#### Secundarias:

- Historia clínica (**partograma**)
- Protocolo Componente Normativo Materno 2008 del Ministerio de Salud Pública.

**TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS:**

Para poder llevar a cabo el presente estudio, se realizará y entregará la respectiva solicitud al coordinador de docencia del Hospital Teófilo Dávila, quien con su aprobación permitirá la ejecución del presente proyecto.

Posteriormente se procederá a recolectar la información a través de la revisión de las historias clínicas de las pacientes en cuestión mediante el formulario de recolección de datos.

**PLAN DE ANÁLISIS Y PRESENTACION DE DATOS:**

Los datos obtenidos serán incorporados y analizados en el programa EPI Info y Microsoft Excel; posteriormente serán presentados en gráficos de barras.

Los resultados obtenidos del presente estudio serán compartidos con la comunidad médica del hospital en el cual se desarrolló la investigación, para de esta forma contribuir a la mejora en la toma de decisión obstétrica teniendo en cuenta las principales alteración que se presenta en las curvas del partograma y los tiempos prudenciales en los cuales se deben realizar la resolución del problema.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En la información y resultados compartidos se mantendrá total y completa confidencialidad sobre los datos personales de los pacientes.



**RECURSOS:****1. RECURSOS HUMANOS:**✓ **Investigador:**

- Sergio Jhair Cerro Olaya

**2. RECURSOS INSTITUCIONALES:**

- Hospital Teófilo Dávila
- Biblioteca del “Área de Salud Humana”

**3. RECURSOS MATERIALES Y PRESUPUESTO:**

<b>Cant.</b>	<b>Material</b>	<b>Valor Unitario</b>	<b>Valor Total</b>
4	Lapiceros	\$0.30	\$1.20
40	Horas de Internet	\$0.80	\$32
50	Instrumentos de recolección	\$0.10	\$5
1	Impresión de borrador	\$5	\$5
1	Anillado	\$4	\$4
1	Impresión de tesis	\$30	\$30
1	Empastados de tesis	\$15	\$15
1	Transporte	\$20	\$20
1	Imprevistos	\$30	\$30
<b>TOTAL</b>			<b>\$142.20</b>

**4. FINANCIAMIENTO**

Para la elaboración de esta tesis se planifica utilizar una suma de \$142,20 dólares que será financiado con medios propios.

**5. SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN:**

La supervisión de la investigación está al frente del docente asignado por la Coordinación de la Carrera.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2015

N. o.	TIEMPO	FEBRERO 2015				MARZO 2015				ABRIL 2015				MAYO 2015				JUNIO 2015				JULIO 2015				AGOSTO 2015				SEPTIEMBRE 2015				OCTUBRE 2015				NOVIEMBRE 2015				DICIEMBRE 2015			
		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				
	<b>ACTIVIDADES</b>																																												
1	Realización del proyecto																																												
2	Presentación y aprobación del proyecto																																												
3	Elaboración de marco teórico																																												
4	Solicitud de permiso para recolectar datos																																												

**Fuente:** "Indicación de cesárea y su relación con el partograma"

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2016

N°	TIEMPO	ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE			
		2016				2016				2016				2016				2016				2016				2016				2016							
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
5	Recolección de datos																																				
6	Análisis e interpretación de resultados.																																				
7	Conclusiones y recomendaciones																																				
8	Elaboración de documento de tesis																																				
9	Presentación de borrador de tesis																																				
10	Sustentación de trabajo de tesis sesión reservada.																																				

**Fuente:** “Indicación de cesárea y su relación con el partograma”

**Autor:** Sergio Jhair Cerro Olaya



## ANEXO N°1

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

#### AREA DE LA SALUD HUMANA

#### FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TEMA:** “INDICACION DE CESAREA Y SU RELACIÓN CON EL PATOGRAMA”

**OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de cesáreas relacionadas con las alteraciones del partograma.

#### Datos generales:

- e) Edad de la madre: \_\_\_\_\_
- f) Lugar de residencia: \_\_\_\_\_
- g) Edad gestacional al termino del embarazo: \_\_\_\_\_
- h) Paridad:
  - Nulípara
  - Multípara

#### 4. Cesárea:

- a) Número de cesáreas previas:
  - 0
  - 1
  - +2

#### 5. Partograma

- g) Tiempo de duración de la labor de parto: \_\_\_\_\_
- h) Causa de la cesárea
  - Detenimiento de la curva de dilatación
  - Detenimiento de la curva de descenso

- i) Nivel donde se produjo el detenimiento en la curva de dilatación

Momento en el que se produjo el detenimiento de la dilatación.	Tiempo desde iniciada la labor de parto hasta producido el detenimiento.	Tiempo desde producido el detenimiento hasta tomada la decisión obstétrica de cesárea
1 cm <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2 cm <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 cm <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4 cm <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 cm <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6 cm <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 cm <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8 cm <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 cm <input type="checkbox"/>	+8 <input type="checkbox"/>	+8 <input type="checkbox"/>

j) Nivel donde se produjo el detenimiento en la curva de descenso

Indicador	Escala	Nivel donde se produjo el detenimiento
Planos de Hodge	Plano I	<input type="checkbox"/>
	Plano II	<input type="checkbox"/>
	Plano III	<input type="checkbox"/>
	Plano IV	<input type="checkbox"/>
Planos de Lee	-4	<input type="checkbox"/>
	-2	<input type="checkbox"/>
	0	<input type="checkbox"/>
	+4	<input type="checkbox"/>

*Gracias*



**ANEXO N°2**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**

POSICION		VERT.		HORIZONTAL				NOMBRE Y APELLIDO			dia mes año			N° DE HISTORIA CLINICA													
PARIDAD		TODAS		MULTIPARAS		NULIPARAS		<b>PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS</b>																			
MEMBRANAS		INTE-GRAS		INTE-GRAS		ROTAS																					
VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA * (en horas) p10		0-15		0-15		0-05		0-30		0-20																	
		0-25		0-25		0-10		0-35		0-35																	
		0-35		0-40		0-25		0-40		0-50																	
		1-00		0-55		0-35		1-00		1-05																	
		1-15		1-25		1-00		1-30		1-25																	
		2-10		2-30		2-30		3-15		2-30																	
		LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA →																									
REFERENCIAS		PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																	
		DILATACION CERVICAL		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																	
		ROTURA ESPONTANEA MEMB.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																	
		ROTURA ARTIFICIAL MEMB.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																	
		INTENSIDAD		Fuerte <input type="checkbox"/>		Normal <input type="checkbox"/>		Débil <input type="checkbox"/>		+++ <input type="checkbox"/>		++ <input type="checkbox"/>		+ <input type="checkbox"/>													
		LOCALIZACION		Suprapúbico <input type="checkbox"/>		Sacro <input type="checkbox"/>		SP <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/>																	
		FRECUENCIA CARDIACA FETAL		Dips tipo I (Desaceleración precoz) <input type="checkbox"/>		Dips tipo II (Desaceleración tardía) <input type="checkbox"/>		Dips variables (Desaceleración variable) <input type="checkbox"/>		V <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/>															
		MECONIO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>															
		POSICION MATERNA		Lat. derecho <input type="checkbox"/>		Lat. izquierdo <input type="checkbox"/>		Dorsal <input type="checkbox"/>		Semisentada <input type="checkbox"/>		Sentada <input type="checkbox"/>		Parada o caminando <input type="checkbox"/>		LD <input type="checkbox"/>		LI <input type="checkbox"/>		D <input type="checkbox"/>		SS <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/>		PC <input type="checkbox"/>	
		* SCHWARCZ R., DIAZ, A.G., NIETO, F. CLAP Publ. Científica N° 1153, 1987; Montevideo, Uruguay																									
HORAS DE REGISTRO		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14																									
HORA REAL																											
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.																											

## 1. Bibliografía

Carvajal Taco, J. P., & Vargas Muñoz, K. A. (2011). Comparación de partograma alterado, terminación del embarazo y bienestar del recién nacido en pacientes primíparas adolescentes y embarazadas adultas atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General “Enrique Garcés” de Quito Perú. *Repositorio Digital de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador*, 2-6.

Dirección Seccional de Salud de Antioquia. (2005). *Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica del parto “partograma” del CLAP – OPS/OMS*. Medellín .

Domínguez B, P. M. (2007). Placenta Previa . En J. M. Arenas, *Fundamentos De Obstetricia SEGO* (págs. 457-462). Madrid, España.

García Gamón M, M. S. (2007). Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoinsterta. En J. M. Arenas, *Fundamentos de Obstetricia SEGO* (págs. 463-470). Madrid.

Institut Clínic de Ginecologia, O. i. (2012). Protocolo de Cesárea. *Hospital Clínic de Barcelona*, 1-4.

Instituto De Salud Del Estado de Mexico. (2010). Fisiopatología de la Preeclampsia. *Urgencias Obstetricas* , 2-8.

Jaramillo, g. W. (2009). Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma en pacientes hospitalizadas en el área de gineco-obstetricia de Loja. *Universidad Nacional De Loja*, 15-25.

López, D. L. (2012). Impacto de la Cesárea Sobre la Salud Materna y Perinatal: Revisión Sistemática. *Universidad del Rosario*, 10-20.

Mendez, D. N. (2009). *Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto*. Cuba: MEDISAN.

Mendez, Danilo Napoles. (2009). Cesárea y alternativas en las distocias del trabajo de parto. *MEDISAN*.

Ministerio de Salud Pública. (2008). *Componente Normativo Materno*. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Lineamientos Operativos del Modelo de Atención Integral en Salud y de la Red Pública Integral de Salud*. Quito-Ecuador: 1ª Edición.

Padrón, M. P. (2014). Consideraciones sobre el índice de cesárea. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 35-41.

Pedroza, M. E. (2009). Distocias . En M. O. Müller, *Obstetricia Integral Del Siglo XXI* (págs. 275-282). Colombia.

Pérez, J. A. (2014). Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG) y la Federación Colombiana de Perinatología (FECOPEN). Bogotá, 2014. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 35-42.

Sáez, T. B. (2008). Distocias Dinámicas: Conducta. *Clases De Residentes*, 6-11.

Sánchez, D. M. (2014). Exploración neuropsicológica en un caso de sufrimiento fetal agudo: diagnóstico e intervención . *Revista Chilena de Neuropsicología*, 61-66.

Secretaría Nacional De Planificación Y Desarrollo. (2013). *Plan Nacional Para El Buen Vivir*. Quito/Ecuador.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2013). Guía de Práctica Clínica del recién Nacido Con asfixia Perinatal. *Ministerio de Salud y Protección social*, 22-34.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2013). Guía de Práctica Clínica del Recién nacido con Asfixia perinatal. *Ministerio de Salud y protección Social*, 11-34.