



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**

## **TÍTULO**

**MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y  
TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE  
PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ**

TESIS PREVIA A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL

**AUTOR:**

*Marcos Alexander Chumán Herrera*

**DIRECTORA:**

*Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.*

LOJA – ECUADOR  
2017

Educación  
sinónimo de  
Libertad



**CERTIFICACIÓN**

**Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de Tesis titulada “**MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ**”, de autoría del Sr. Marcos Alexander Chumán Herrera previo a la obtención del Título de MÉDICO GENERAL, ha sido orientada, dirigida y revisada bajo mi dirección; por lo tanto autorizo su presentación, sustentación y defensa de grado.

Loja, 26 de Enero del 2017

Atentamente,

  
.....  
**Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.**  
**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Marcos Alexander Chumán Herrera, egresado de la Carrera de Medicina, perteneciente al Área de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, declaro bajo juramento que el presente trabajo de grado **“MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ”**, es de autoría propia y no ha sido previamente presentado para ningún grado y calificación profesional, además he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento, como tal será protegido por las leyes establecidas por el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establecen en los artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la ley de propiedad intelectual.

Por lo tanto la falta de permisos correspondientes o su mal uso serán penalizados por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Marcos Alexander Chumán Herrera

**Firma:**..........

**Pasaporte:** 5385964

**Fecha:** 26 de enero de 2017

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Marcos Alexander Chumán Herrera declaro ser autor de la tesis titulada: **“MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ”**; como requisito para optar el grado de MEDICO GENERAL; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, 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 cuales 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 constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 26 días del mes de enero del dos mil diecisiete.

Firma:.....

**Autor:** Marcos Alexander Chumán Herrera

**Pasaporte:** 5385964

**Dirección:** Perú

**Correo electrónico:** markstar\_4@hotmail.com

**Celular:** 0983295941

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de Tesis:** Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

**Tribunal de Grado:**

**Presidente:** Dr. Guillermo Enrique Coronel Astudillo, Esp.

**Vocal:** Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

**Vocal:** Dr. Eduardo Bolívar Samaniego Cárdenas, Mg.Sc.

## DEDICATORIA

A MI MADRE LUDIT, por ser el pilar en mi vida, ser el mayor ejemplo como persona madre y padre, hija, abuela consentidora de sus nietas, la mejor amiga que DIOS me pudo haber dado, por regalarnos todo su tiempo, valores, enseñanza, con mano dura y suave a la vez, y sobre todo por su gran AMOR.

A MIS HERMANAS MARY Y TATI Y SOBRINAS XIOMARA, BRIGHT, MARGHORI, ORIANA Y LUANA, por ser las mejores confidentes, por regalarme los mejores años de mi niñez, y por darme las sobrinas más bellas y cariñosas.

MI ESPOSA MARIEL, por ser mi compañera y confidente estos años que llevamos juntos, por enseñarme la tolerancia y paciencia, por ser la persona que cada día está a mi lado sin dejar que nuestro amor desaparezca.

A MI HIJA AKIANE, por enseñarme a ser un mejor padre cada día, en tu edad tan corta demuestras cariño, bondad, enseñanza y por ser mi mayor orgullo.

### **AGRADECIMIENTO:**

A DIOS, por permitirme avanzar en el proceso de mi formación personal y profesional, por demostrarme cada día de tu AMOR, estoy completamente agradecido por darme salud y esperanza a pesar de todo.

A MI MADRE LUDIT, por ser paciente todos estos años en mi formación profesional, por ser la mujer que has estado tanto en los mejores como en los peores momentos de mi vida y enseñarme a seguir adelante sin mirar atrás, gracias por ser LA MEJOR MADRE QUE DIOS ME PUDO HABER DADO, GRACIAS POR SER SIEMPRE MI MAMITA.

A MIS HERMANAS MARY Y TATI, por hacerme el hermano más consentido y querido, por darme los consejos y cariño cuando más lo he necesitado.

A MI ESPOSA MARIEL, por todos los años que llevamos juntos y así aprender lo mejor de la vida, por amarme, por ser mi confidente, mi amiga, mi cómplice; y por darme la hija más BELLA, MI AKIANE.

A MI ABUELOS MERCEDES Y DORA, por su apoyo incondicional y sus consejos para ser cada día mejor persona.

DOCENTES DE UNL, por darme la oportunidad de estudiar y formarme en sus aulas.

## ÍNDICE

CERTIFICACIÓN .....	i
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTO: .....	vi
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICAS .....	x
1. TÍTULO .....	1
2. RESUMEN .....	2
3. INTRODUCCIÓN .....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA .....	6
4.1. GENERALIDADES.....	6
EMBARAZO .....	6
4.2 CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO: .....	6
4.2.1 EMBARAZO DE RIESGO BAJO: .....	6
4.2.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO:.....	7
4.2.3 EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO .....	8
4.3 PARTO:.....	9
4.3.1 FISIOLÓGÍA DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL.....	10
4.3.2 POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN.....	16
4.3.3 MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO .....	16
4.3.4 PERIODOS DEL PARTO .....	19
4.4 VALORACIÓN DEL CÉRVIX DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y TEST DE BISHOP.....	23
4.5 PARTOGRAMA.....	24
<i>Objetivos del partograma</i> .....	25

<i>Ventajas del partograma</i> .....	26
<i>Contraindicaciones para el uso del Partograma</i> .....	26
4.5.1 LLENADO DEL PARTOGRAMA .....	27
4.5.1.2 Como llenar el Partograma.....	28
5. MATERIALES Y MÉTODOS .....	34
5.1 TIPO DE ESTUDIO:.....	34
5.2 AREA DE ESTUDIO:.....	34
5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO: .....	34
5.4 MUESTRA DE ESTUDIO: .....	34
5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN: .....	34
5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: .....	35
5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: .....	35
5.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:.....	35
6. RESULTADOS.....	36
7. DISCUSIÓN .....	41
8. CONCLUSIONES .....	44
9. RECOMENDACIONES.....	46
10. BIBLIOGRAFÍA .....	47
11. ANEXOS .....	50
ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	50
ANEXO 2: HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL – MSP.....	54
ANEXO 3: PROYECTO DE TESIS .....	56
ANEXO 4: CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN .....	68



**ÍNDICE DE TABLAS**

TABLA N°1: Distribución de gestantes según edad de mujeres embarazadas en el Hospital de Macará.....	37
TABLA N°2: Cumplimiento de llenado correcto del partograma en el Hospital de Macará en el periodo enero - agosto 2016.....	38
TABLA N°3: Dilatación cervical al inicio del llenado del partograma en el Hospital de Macará, durante el periodo enero- agosto 2016 .....	39
TABLA N°4: Distribución de gestantes de riesgo obstétrico en el Hospital de Macará en el periodo enero - agosto 2016.....	40
TABLA N°5: Distribución de gestantes de acuerdo a la finalización del embarazo y el llenado del partograma en el Hospital de Macará, en el periodo enero - agosto 2016.....	41

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N°1: Edad materna en mujeres embarazadas en el Hospital de Macará, en el periodo enero-agosto del 2016.....	37
GRÁFICA N°2: Cumplimiento de llenado correcto del partograma en el Hospital de Macará en el periodo enero - agosto 2016 .....	38
GRÁFICA N°3: Inicio del llenado del partograma durante el periodo enero- agosto 2016 ...	39
GRÁFICA N°4: Riesgo obstétrico en mujeres embarazadas en el Hospital de Macará, en el periodo enero - agosto 2016.....	40
GRÁFICA N°5: Finalización del embarazo y calidad de llenado del partograma .....	41

## **1. TÍTULO**

**“MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL  
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ”**

## 2. RESUMEN

El partograma es un instrumento recomendado por la OMS y constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto a nivel hospitalario, permitiendo atender de manera oportuna cualquier anormalidad, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura. El presente trabajo investigativo, tuvo como propósito evaluar el manejo correcto del partograma y la toma de decisiones en el trabajo de parto en el hospital de Macará en el periodo enero – agosto 2016, teniendo como objetivos determinar los riesgos que influyan en el resultado materno – perinatal y la correcta utilización de esta herramienta para la disminución de cesáreas innecesarias. Es un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal; con una muestra de 87 historias clínicas. En nuestro estudio se determinó que la edad con mayor porcentaje de embarazos se encuentra entre los 21 a 25 años con un 28,74%, el factor de riesgo bajo nos proporciona un 22,99% y teniendo como causa embarazos en menores de 16 años y mayores de 35 años (8,05%), el riesgo alto se encuentra en 10,34% y como causa a ello antecedentes de partos distócicos (2,29%), sin dejar de mencionar el caso de preeclampsia leve con 1,15%.; hubo el caso de tres pacientes con riesgo muy alto (3,45%) debido a 2 casos por amenaza de parto pretérmino y un caso confirmado de malformación fetal. Además, se determinó que 51 partogramas estuvieron llenos de forma completa y 36 partogramas incompletos debido a la falta de graficas de curva de alerta, curva real o los planos de Hodge. La finalización del embarazo fueron 82 con finalización por vía vaginal y 5 con terminación en cesárea, debido a sufrimiento fetal agudo y condilomas en el canal vaginal.

**Palabras Claves:** PARTOGRAMA, FACTORES DE RIESGO, COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS, PARTO, CESÁREA.

## SUMMARY

The partogram is an instrument recommended by the WHO and is an effective resource in the care of labor in the hospital, allowing timely attention to any abnormality and represents a basic tool that guarantees a safe motherhood. The present study aimed to evaluate the correct management of the partogram and the decision making in the labor of the hospital in Macara in the period January-August 2016, with the objectives of determining the risks that influence the maternal outcome - perinatal and the correct use of this tool for the reduction of unnecessary cesarean. Is a descriptive, retrospective and cross-sectional study; With a sample of 87 clinical histories. In our study it was determined that the age with the highest percentage of pregnancies is between 21 to 25 years with 28.74%, the low risk factor provides us with 22.99%, and as a result of pregnancies in children under 16 years and (8.05%), the high risk is found in 10.34%, and as a cause for this, the history of dystocic delivery (2.29%), not to mention the case of mild preeclampsia with 1,15 %; The case of patients with very high risk (3.45%) due to 2 cases due to the threat of preterm birth and a confirmed case of fetal malformation. It was also determined that 51 partograms were completely filled and 36 incomplete partograms.

**Key words:** Partogram, risk factor, obstetric complications, labor, cesarean.

### 3. INTRODUCCIÓN

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. (Sistema Informático Perinatal CLAP 2012).

Siempre se debe tener en cuenta que toda gestación, parto y puerperio conllevan un riesgo intrínseco, haya o no factores de riesgo asociados. (Sistema Informático Perinatal CLAP 2011).

Es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y parto, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/hijo realizada por personal competente. (Ministerio de Salud Pública 2015).

Los esfuerzos del sector salud están orientados al aumento de la cobertura y garantizar la calidad de las prestaciones que brinda. Esta calidad de la atención se sustenta con una Historia Clínica apropiada y un flujo de información que garantice a quien atienda el caso, que todos los antecedentes necesarios para que el correcto manejo estén en su poder, por lo cual se ha creado el sistema informático perinatal que contempla todos los datos necesarios para la mejor atención; por lo cual, consta de Historia Clínica Perinatal y el Partograma. (Ministerio de Salud Pública 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad. (Organización Mundial de la Salud 2014).

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad maternoperinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana. (Organización Mundial de la Salud 2014).

El partograma es un instrumento recomendado por la OMS y constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto a nivel hospitalario, permitiendo atender de manera oportuna cualquier anormalidad, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y asfixia al nacer. (Briones Esmeraldas, Merecí Becerra 2012).

El presente estudio científico es de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal con una muestra de 87 historias clínicas; teniendo como objetivo general evaluar el manejo correcto del partograma y toma de decisiones en el trabajo de parto en el hospital de Macará en el periodo enero – agosto del 2016, y como objetivos específicos identificar factores de riesgo que puedan incidir en el resultado materno y perinatal para intervenir en forma preventiva durante el trabajo de parto, y evaluar si la correcta utilización del partograma disminuye el número de cesáreas innecesarias.

## 4. REVISIÓN DE LITERATURA

### 4.1. GENERALIDADES:

**EMBARAZO:** El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravīdus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. (Ministerio de Salud Pública, 2015)

### 4.2 CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO:

Es aquel en que se tiene la certeza o existe mayor probabilidad de presentar estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y el producto, o bien, cuando la madre proviene de condiciones socioeconómicas precarias. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

#### 4.2.1 EMBARAZO DE RIESGO BAJO:

Se define el embarazo de bajo riesgo, como aquel en que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto (Ministerio de Salud Pública, 2016).

- Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.
- Baja estatura materna: < 1,45 metros.
- Cardiopatía I que no limita su actividad.
- Condiciones socio-económicas desfavorables.
- Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.



- Edad extrema < 16 ó >35 años.
- Embarazo no deseado.
- Fumadora habitual.
- Esterilidad previa 2 años o antes.
- FUM incierta.
- Gestante con Rh-.
- Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de 28 semanas.
- Hemorragia del primer trimestre.
- Incompatibilidad de Rh.
- Incremento de peso excesivo o insuficiente > 15Kg o < 5 Kg.
- Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática.
- Obesidad.
- Período intergenésico menor de 12 meses o mayor de 5 años.

Las pacientes con éstas condiciones asegurar el cumplimiento del control Prenatal y consejería, además de visita domiciliaria programada.

#### **4.2.2 EMBARAZO DE ALTO RIESGO:**

Es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto (Ministerio de Salud Pública, 2016).

- Anemia grave (Hb < 9g/dl o Hematocrito < 25%).
- Cardiopatía 2 paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.
- Cirugía uterina previa.
- Diabetes gestacional.
- Embarazo gemelar.

- Embarazo prolongado, más de 42 semanas de gestación.
- Endocrinopatías (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica).
- Hemorragia 2° o 3° trimestre.
- Hidramnios u Oligoamnios.
- Historia obstétrica desfavorable. Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de retardo del crecimiento.
- Infección materna.
- Obesidad mórbida.
- TORCHES.
- Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.
- Sospecha de malformación fetal.
- Presentación anómala: constatada tras la semana 38 de gestación.

En las pacientes con estos factores de riesgo se recomienda referencia a hospital de segundo nivel, tratamiento específico, control más seguido.

#### **4.2.3 EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO:**

Es aquel en el que hay una muy inminente probabilidad materno – fetal de secuelas o muerte si no se toman medidas oportunas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

- Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.
- Cardiopatía 3 ó 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física o en la que está provocada su descomposición.
- Diabetes pregestacional.
- Drogadicción y alcoholismo.
- Gestación múltiple (3 o más).

- Incompetencia cervical.
- Isoinmunización: coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.
- Malformación fetal confirmada.
- Muerte perinatal recurrente.
- Placenta previa.
- Preeclampsia grave: TA diastólica mayor o igual 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 140 mmHg.
- Patología asociada grave.
- Retardo de crecimiento intrauterino.
- Rotura prematura de membranas.
- VIH + con o sin tratamiento, SIDA.

Realizar referencia a hospital de segundo o tercer nivel, realizar manejo especializado.

#### **4.3 PARTO:**

El parto es el proceso fisiológico de la salida del feto y la placenta al final de la gestación. El trabajo de parto se define como un aumento en la actividad miometrial o más concretamente como el cambio en la contractilidad miometrial que va desde la contractura (actividad esporádica de baja frecuencia) a la contracción (actividad de alta intensidad y alta frecuencia) y que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

El parto, en función a la edad gestacional del feto, se clasifica en: (Ministerio de Salud pública, 2015)

- ❖ **Parto prematuro extremo:** menor o igual de 27,6 semanas de gestación.

- ❖ **Parto muy prematuro:** desde la semana de gestación 28 hasta 31,6 semanas.
- ❖ **Parto prematuro moderado:** 32 a 33,6 semanas de gestación.
- ❖ **Parto prematuro tardío:** 34 a 36,6 semanas de gestación.
- ❖ **Parto a término precoz:** 37 a 38,6 semanas de gestación.
- ❖ **Parto a término completo:** 39 a 40,6 semanas de gestación.
- ❖ **Parto a término tardío:** 41 a 41,6 semanas de gestación.
- ❖ **Parto pos-término:** mayor a 42 semanas de gestación.

También podemos definir el parto como: (Ministerio de Salud Pública, 2015)

- ✓ **Parto espontáneo/normal/eutócico:** es aquel de comienzo espontáneo, que presenta un bajo riesgo al comienzo y que se mantiene como tal hasta el alumbramiento. El niño o la niña nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas.
- ✓ **Parto inducido:** cuando se logra un trabajo de parto mediante el inicio artificial de las contracciones uterinas para producir borramiento y dilatación cervical mediante el uso externo de medicamentos o maniobras con capacidad contráctil.

#### 4.3.1 FISIOLÓGÍA DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL: (Cabero, 2007).

Se define el trabajo de parto como las contracciones uterinas suficientes en frecuencia, intensidad y duración que producen borramiento y dilatación del cérvix.

#### **4.3.1.1 Motor del parto:**

El trabajo de parto se inicia cuando la actividad uterina es suficiente en frecuencia, intensidad y duración, lo cual, junto con las modificaciones que ocurren en el cuello uterino, permite la evolución del proceso de parto. (Ramos, Sobra, Silva, Matos, Cardeñosa, 2007)

Un evento importante en el trabajo de parto, es la expresión de un grupo de proteínas llamadas "proteínas asociadas a la contracción." Estas proteínas actúan dentro del útero, que se encuentra en un estado de relajación durante la mayoría del embarazo, para iniciar las contracciones rítmicas de gran alcance sobre el feto a través de un reblandecimiento del cuello uterino a término. (Agudelo, Gómez, Faciolince, 2007)

**4.3.1.2 Mecanismos del trabajo de parto:** Para que ocurra el parto, es preciso un canal de parto adecuado y una contracción uterina y abdominal normal. Los otros factores que hay que considerar en el pronóstico del parto son: actitud, situación, presentación y posición fetal, los cuales se pueden determinar clínicamente mediante palpación abdominal, examen vaginal y auscultación del foco fetal. También se pueden determinar por imagenología. Al inicio del trabajo de parto, la posición del feto con respecto al canal del parto es determinante para la vía por donde va a salir el feto; de tal manera que, si la posición es adecuada lo más probable es que sea parto vaginal, de lo contrario, generalmente, termina en cesárea. (Agudelo, Gómez, Faciolince, 2007)

- ❖ **ACTITUD:** Al comienzo del embarazo, la cantidad de líquido amniótico es abundante en relación con el volumen ocupado por el feto, pero a medida que progresa el embarazo y, sobre todo, luego de la semana 32, la relación líquido amniótico-feto se modifica substancialmente con disminución del líquido y aumento del tamaño fetal. Estos cambios traen como consecuencia que el feto debe tomar una actitud especial que le permita acomodarse mejor al limitado espacio con el que cuenta, adoptando una

forma ovoidea que corresponde a la forma de la cavidad uterina. La cabeza se flexiona tanto que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal, los brazos están flexionados sobre el tórax o paralelos a éste, el cuerpo se flexiona tanto que el dorso adopta una forma convexa, los muslos están flexionados sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos. Esta actitud, es la llamada “actitud de flexión”, que es la más frecuente y la que se considera normal. Existen las llamadas actitudes de deflexión, que corresponden a variaciones anormales de la antes mencionada. A medida que la cabeza fetal se extiende de manera progresiva, va pasando de presentación de vértice a las de bregma, frente y cara, que son las llamadas “actitudes de deflexión”.(Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

- ❖ *SITUACIÓN*: Consiste en la relación del eje longitudinal fetal con el eje materno y son posibles las siguientes situaciones: longitudinal, transversa y oblicua. La primera es la más frecuente en los embarazos a término (99%) y puede ser longitudinal cefálica o longitudinal podálica. La razón por la que la situación longitudinal es la más frecuente (99%), es porque la cavidad uterina tiene un diámetro longitudinal mayor que el transversal lo que permite un mejor acomodo del feto en su eje mayor, que es el longitudinal. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

La situación oblicua es la menos frecuente (menos del 0,5%) y es aquella en la que el eje longitudinal del feto forma un ángulo de  $45^\circ$  con relación al eje longitudinal del útero. Se observa, más que todo, en el curso del embarazo y constituye una situación transitoria porque al acercarse el final del embarazo suele evolucionar hacia longitudinal o transversa.

- ❖ **PRESENTACIÓN:** Es la parte fetal que se pone en contacto con el estrecho superior de la pelvis y puede ser: cefálica, de nalga, de hombro, fúnica y compuesta.
- **Cefálica (96.8%):** Es aquella en la que la cabeza es la parte que se presenta en el estrecho superior. Constituye la forma de presentación más frecuente porque la cavidad uterina tiene una forma piriforme, con la parte más amplia hacia el fondo uterino y la más estrecha hacia el segmento uterino inferior. Aunque la cabeza fetal es mayor que las nalgas, la actitud fetal de las extremidades inferiores flexionadas sobre el abdomen, hace que el polo fetal más voluminoso sea el podálico; de tal manera que, cuando se coloca en cefálica, se adapta mejor a la forma piriforme de la cavidad uterina normal. Dependiendo del grado de flexión o deflexión de la cabeza se clasifican en: vértice, cara, bregma y frente (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).
  - **Vértice (mayor a 95%):** Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior completamente flexionada; de tal manera que la barbilla se pone en contacto con la horquilla esternal y el punto de referencia cuando se hace el tacto vaginal es la fontanela posterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el suboccipito-bregmático que mide como promedio 9,5 cm. Es la forma de presentación cefálica más frecuente (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).
  - **Cara:** Es cuando la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma completamente deflexionada y el punto de referencia es el mentón. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el submento-bregmático, que mide como promedio 10 cm. Es una forma de presentación cefálica poco frecuente con una incidencia del 0,15% al 0,54% de los casos (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

- **Bregma:** En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente flexionada y el punto de referencia es la fontanela anterior. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-frontal, que mide como promedio 11,5 cm. Es una forma muy rara de presentación cefálica con una incidencia del 0,04% a 1%.
- **Frente:** En este caso, la cabeza se presenta en el estrecho superior en forma parcialmente deflexionada y el punto de referencia es la nariz. Con esta presentación, el diámetro mayor que se pone en contacto con la pelvis es el occípito-mentoniano, que mide como promedio 13,5 cm. Al igual que la anterior, suele ser muy rara, con una incidencia del 0,1% al 0,3%. Estas dos últimas presentaciones generalmente son transitorias porque, a medida que progresa el parto, la presentación de bregma suele convertirse en presentación de vértice y la de frente, en presentación de cara, por los mecanismos de flexión o de deflexión que suceden durante el descenso. Otro factor que explica esta transición, es el hecho que los diámetros que ofrecen las presentaciones de bregma y frente, son incompatibles con un parto vaginal, por ser muy superiores a los diámetros normales de la pelvis, mientras que los diámetros de la posición de vértice y cara si son compatibles con los diámetros de la pelvis materna y puede ocurrir el parto vaginal. Debido a que la mayoría evoluciona hacia la flexión, la duración del trabajo de parto es similar al normal. Si no evoluciona hacia la flexión, algunos autores sugieren el uso de fórceps, aunque la mayoría se inclina por la cesárea (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).
- **Nalgas:** Es aquella situación longitudinal del feto, en la que las nalgas se presentan en el estrecho superior y el punto de referencia es el sacro. Constituye, aproximadamente, el 3,5% de las presentaciones en embarazos a término; sin embargo, durante el embarazo se puede encontrar una incidencia de hasta 33,3%,



entre las semanas 21 y 24; de un 27,8%, entre la 25 y 28; de un 14% entre la 29 y 32 y de un 8,8%, entre la 33 y 36. A medida que el embarazo progresa esta presentación se convierte espontáneamente, en la mayoría de los casos, en presentación de vértice. Cuando esta versión no ocurre, puede que existan factores fetales que impiden esta transición, como los tumores cervicales, las circulares múltiples de cordón, etc. y factores maternos como los fibromas, las anomalías congénitas de útero, etc. El hecho de que un porcentaje mayor de fetos está en presentación de nalgas antes de que la gestación llegue a su término, explica el por qué la presentación de nalgas es más frecuente en prematuros que en fetos a término. Dependiendo de la posición de las extremidades inferiores, la presentación de nalgas se divide en: franca, completa e incompleta (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

- ✚ Franca. Es aquella en la que las piernas extendidas están en flexión sobre el cuerpo; de tal manera que los pies están en contacto con la cara.
- ✚ Completa. Es aquella en la que el muslo está en flexión sobre el cuerpo y la pierna en flexión sobre el muslo.
- ✚ Incompleta. Es aquella en la que existe descenso de una o ambas extremidades inferiores y puede ser modo pie o modo rodilla, dependiendo de la parte fetal que se presente en el estrecho superior.
- **Hombros:** Es aquella postura fetal en la que su eje longitudinal es perpendicular al longitudinal materno formando un ángulo de  $90^\circ$ . Constituye la llamada situación transversa donde la parte fetal que se presenta en el estrecho superior de la pelvis es el hombro y el punto de referencia el acromion. Es muy poco frecuente y el parto vaginal es imposible a menos que el feto sea muy pequeño o en los casos de muerte fetal intrauterina (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

- ***Fúnica:*** Conocida también como prolapso de cordón, es aquella en la que el cordón umbilical se prolapsa hacia la vagina y se convierte en la parte fetal que se presenta. Es una condición con una elevada mortalidad fetal pero, afortunadamente, ocurre con muy poca frecuencia (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).
  - ***Compuesta:*** Es aquella en la que alguna de las extremidades se prolapsa junto con la parte que se presenta, de tal forma que ambas entran en la pelvis al mismo tiempo. La forma más frecuente es la presentación cefálica con descenso de la extremidad superior y, al igual que la anterior, su frecuencia es muy baja. En estos dos últimos casos, cuando las membranas están intactas, se denominan procúbito de cordón o de brazo y cuando están rotas, procidencia de cordón o de brazo.

#### 4.3.2 POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN:

La posición es la relación de la parte fetal que se presenta con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. La variedad de posición es la relación de la parte fetal que se presenta, con la posición anterior, transversa o posterior de la pelvis. De acuerdo con esto, se conocen las siguientes variedades de posición. Debido a lo difícil que resulta determinar, mediante un examen físico, las diferentes variedades de posición en la presentación de hombros y que su determinación no tiene valor práctico, se recomienda referir a todas las situaciones transversas como presentación de hombros.(Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

#### 4.3.3 MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO:

Para que el parto sea normal, es preciso que el feto ofrezca sus menores diámetros a los mayores de la pelvis materna. Debido a que los diámetros mayores de la pelvis varían de

acuerdo a los diversos planos, el feto debe seguir una serie de movimientos de adaptación y acomodación llamados “movimientos cardinales del parto”, que son los siguientes. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

✚ **Descenso:** Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto. En las nulíparas sucede primero el encajamiento y luego el descenso, mientras que en las múltiparas el descenso comienza conjuntamente con el encajamiento. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

✚ **Flexión:** Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal. (Herres, Chávez & Carrera, 2008)

✚ **Encajamiento:** Se considera que la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto. La forma de encajamiento más frecuente es en OIIA por ser los diámetros oblicuos los mayores del estrecho superior y por la posición del recto a la izquierda (Herres, Chávez & Carrera, 2008).

Una vez que la cabeza se encaja, la sutura sagital está usualmente a mitad de camino del diámetro pubosacro. En este caso la cabeza está sinclítica; sin embargo, el asinclitismo es relativamente frecuente y puede ser de dos formas.

- **Anterior.** Cuando la sutura sagital se dirige hacia el promontorio del sacro y el hueso parietal que se palpa es el anterior.
- **Posterior.** Cuando la sutura sagital se dirige hacia el pubis y el hueso que se palpa es el parietal posterior.

Los cambios sucesivos de asinclitismo anterior a posterior durante el descenso, permiten al feto ofrecer sus menores diámetros a los mayores de la pelvis, facilitando así el parto; sin embargo, cuando es severa puede originar una distocia, aún en presencia de una pelvis normal.

✚ **Rotación interna:** El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además, porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los ileo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

✚ **Extensión:** Es el producto de dos fuerzas, la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar (Herres, Chávez & Carrera, 2008).

✚ **Rotación externa:** Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también “restitución”. Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. De esta manera, habrá un hombro anterior, que es el que está en contacto con la sínfisis y otro posterior, en contacto con la concavidad del sacro. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna. Si el occipucio se encuentra hacia la izquierda, el movimiento de rotación será hacia la tuberosidad isquiática izquierda y lo contrario, cuando está hacia la derecha (Herres, Chávez & Carrera, 2008).

✚ **Expulsión:** La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación ocurre la expulsión del resto del cuerpo.

#### 4.3.4 PERIODOS DEL PARTO

##### 4.3.4.1 PERIODO DE DILATACIÓN:

Comienza con la *fase de latencia*, “fase inicial” o “preparto” y continúa con la *fase activa* o “de parto”, y acaba con el inicio del periodo de expulsivo. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005)

##### 4.3.4.1.1 *Fase de latencia:*

El inicio de esta fase es difícil determinarlo. Es un diagnóstico más bien retrospectivo al iniciarse el comienzo de la fase siguiente, la activa, que es de fácil conocimiento por ser el comienzo del parto en sí.

Podemos decir que las contracciones en esta fase de latencia son poco intensas, irregulares y escasas que provocan pocas modificaciones en la dilatación del cérvix.

Durante esta fase se produce el borramiento del cérvix, que es el fenómeno de acortamiento del conducto cervical hasta alcanzar las condiciones del inicio del parto (4 cm, centrado y blando). (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

En esta fase, es importante establecer el diagnóstico de falso trabajo de parto (concepto no aceptado por algunos obstetras). Este se establece ante la aparición de contracciones más o menos regulares, dolorosas que no van a causar modificación cervical y que ceden de forma espontánea tras una sedación o aplicación de medicación con betamiméticos.

#### **4.3.4.1.2 Fase activa del parto:**

El comienzo del parto clínico coincide con el inicio de la fase activa. Esta comienza cuando la dilatación cervical ha alcanzado 4 cm con unas condiciones favorables para su inicio, anteriormente descritas. La velocidad de dilatación es muy variable según la paridad. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

En nulípara la velocidad es de 1,2 cm/h, y en multíparas entre 1,2-1,5 cm/h. Dentro de este periodo se distinguen varias fases:

- *Fase de aceleración*; desde los 2 cm de dilatación hasta los 4 cm.
- *Fase de máxima velocidad*; desde los 4 cm hasta los 9 cm de dilatación.
- *Fase de desaceleración*; desde los 9 cm hasta la dilatación completa.

La conducta ante una evolución normal en el periodo de fase activa se basa en dos pilares fundamentales: Uno en el control del estado materno y fetal así como de la dinámica

uterina, y otro en la valoración de la progresión del parto teniendo en cuenta el estudio clínico de la pelvis materna, dilatación cervical, posición de la cabeza fetal y altura de la presentación en relación a los planos de Hodge, anotando de forma periódica estos datos en el partograma.

Se recomienda intervenir en el curso espontáneo del parto sólo si se diagnostica una progresión inadecuada del descenso y/o la dilatación o si existe una sospecha de compromiso de la unidad feto-placentaria. Este se realizará fundamentalmente mediante:

- ✓ Rotura artificial de membranas (RAM) si estaban intactas.

#### 4.3.4.2 PERIODO EXPULSIVO:

Periodo que abarca desde la dilatación completa hasta la expulsión fetal al exterior.

Es la fase más espectacular y en la que el descenso de la cabeza fetal es más acelerado y llamativo, aunque ésta se inicia en la fase de dilatación.

La duración clínica aproximada de ese periodo es de 60 minutos en nulíparas y de 30 minutos en multíparas.

Este concepto ha cambiado desde la introducción de la analgesia en el parto, se consideran normales los tiempos de 2 horas de expulsivo en primigestas y de 1 hora en multíparas. (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

**En esta fase se distinguen tres periodos:**

- 1) Encajamiento de la cabeza en el estrecho superior de la pelvis.
- 2) Descenso de la presentación: Por lo general el descenso comienza durante la fase de máxima dilatación cervical, suele observarse durante la fase de desaceleración en la

segunda fase del parto. La velocidad de descenso es de 3,3 cm/h en nulíparas y de 6,6 cm/h en multíparas. El diagnóstico se establece cuando el periodo de observación de este es de 2 horas con tres exploraciones vaginales.

- 3) Expulsivo: Cuando la dilatación sea completa, se recomienda dejar a la paciente en posición semisentada y guiarse por los tiempos señalados, para asegurar el descenso. Hacen excepción, para acortar el período de expulsivo, las pacientes que presentan meconio espeso.

Se recomienda no hacer pujar a la paciente hasta que el feto esté encajado en Espinas. En cualquier caso, esta etapa no deberá exceder de 90 minutos en las nulíparas y de 60 minutos en las multíparas, siempre y cuando el monitoreo de la unidad feto-placentaria muestre un patrón normal (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

En el periodo expulsivo se deben extremar el control de la actividad uterina y el bienestar fetal por varias razones:

- La intensidad, frecuencia y duración de la contracción uterina aumenta, añadiéndose a ella, el pujo materno. Al aumentar la actividad contráctil, disminuye el intercambio materno-fetal. Desde el punto de vista clínico, en esta fase, la madre pasa a una colaboración activa para lograr la expulsión del feto con los pujos que normalmente son espontáneos.
- La cabeza del feto al descender y chocar con el periné, aumenta la presión intracraneal pudiéndose causar lesiones y puede romperse el periné.
- Hasta en un 10% de los partos puede existir patología funicular (vueltas de cordón, bandoleras...) que en ocasiones puede comprometer el intercambio materno-fetal.



En esta etapa del parto pueden presentarse episodios agudos de hipoxia fetal, por lo que la recomendación es monitoreo electrónico continuo hasta el paso de la paciente a la sala de partos. Si una vez que la paciente esté en la sala de partos, no se ha producido el parto luego de 10 minutos, se considerará como “expulsivo detenido” y deberá evaluar y el manejo por especialidad (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

#### 4.3.4.3 PERIODO DE ALUMBRAMIENTO:

Abarca desde la salida completa del feto hasta la expulsión de la placenta y las membranas fetales. En este período desaparecen las contracciones clínicas dolorosas, aunque el útero siga contrayéndose, para desprender y luego expulsar, la placenta y lograr una contracción del útero que evite cualquier hemorragia (Cunningham, Leveno, Bloom, Hauth, Gilstrap, Wenstrom, 2005).

### 4.4 VALORACIÓN DEL CÉRVIX DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y TEST DE BISHOP

Para que se produzca el parto, se deben presentar contracciones uterinas que conlleva a los cambios cervicales y la actividad miometrial. Por ello es necesaria la monitorización de los mismos y de las contracciones uterinas en la vigilancia de la labor de parto. Si ocurren o no las contracciones uterinas y no aparecen los cambios cervicales el parto no se presenta.

El Test de valoración de Bishop establecido en 1964 otorga puntuación a los datos que ofrecen la exploración mediante el tacto vaginal, distintos parámetros que definen el estado del cuello uterino consistencia, posición, borramiento y dilatación. El grado de descenso de la presentación de canal del parto. El test de Bishop es desfavorable con una puntuación igual o

menor a 6 y un índice de Bishop favorable con una puntuación mayor a 6. (Ministerio de Salud Pública, 2008)

**Cuadro.** Test cervical de Bishop

Puntuación	0	1	2	3
Dilatación	0	1-2	3-4	5
Borramiento	0-30 % (3.cm)	40-50 % (2.cm)	60-70 % (1.cm)	80-100 % (0.cm)
Consistencia del cuello	Firme	Intermedia	Blando	
Posición del cérvix	Posterior	Media	Anterior	
Altura de la presentación	- 3 libre	-2 I-II	-1-0 II-III	

#### **4.5 PARTOGRAMA:** Según sistema Informático Perinatal CLAP, 2011.

Un partograma es una representación gráfica del progreso de la labor de parto de mujeres graficando la duración de la labor en horas frente a la dilatación cervical en centímetros. El partograma es una herramienta sencilla, de bajo coste para proporcionar un resumen pictórico continuo del trabajo de parto. El partograma es un formulario impreso, generalmente en papel, en el cual parteras y obstetras registran las observaciones sobre el trabajo de parto (Sistema Informático Perinatal CLAP, 2011).

**HISTORIA:** En 1954, Emmanuel A. Friedman, publica un estudio realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Colegio Médico y Cirujanos de la Universidad de Columbia, y en el Hospital Sloene y Presbyterian de New York, donde, por primera vez en el mundo, la labor de parto en primigestas fue graficado con una abscisa, determinando los centímetros de dilatación y una ordenada con el tiempo expresada en horas.

El progreso del descenso de la presentación también estuvo graficado, concluyendo que una observación más juiciosa e impactante, determinaría la efectividad de las contracciones uterinas, en relación al tiempo de duración de la labor, dando como

consecuencia una gráfica que, desde ese momento, pasó a llamarse la curva de Friedman. Posteriormente, en el año 1956, aparece el gráfico de las multíparas.

En ambas curvas, tanto de las primigestas como de las multíparas, se perfiló una forma sigmoidea, que varía entre ellas, solo en el tiempo: en el caso de primigestas hasta 14 horas, y en multíparas de 8 horas. Ambas curvas fueron divididas en dos fases: la latente, que correspondía al inicio de la dilatación (hasta los 3 cms.). Y la activa que, a su vez, era subdividida en estadios de aceleración (hasta los 4 cms.) de máxima aceleración (hasta los 9 cms.) y, finalmente, de desaceleración, que correspondía a un aplanamiento de la dilatación de los 9 cms, para alcanzar los 10 cms.

El año 1973, Friedman, en un nuevo trabajo, muestra cuadros de trabajo de parto con índice de riesgo.

Existen más de doscientos tipos de partograma, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido aceptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS). (Sistema Informático Perinatal CLAP, 2011).

***Objetivos del partograma:*** (Sistema Informático Perinatal CLAP, 2011).

- ✓ Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
- ✓ Proveer a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- ✓ Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- ✓ Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.

***Ventajas del partograma:*** (Sistema Informático Perinatal CLAP, 2011).

- ✓ Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
- ✓ Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- ✓ Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
- ✓ Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
- ✓ En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
- ✓ Facilita archivar y computar los datos.
- ✓ Constituye un método de lenguaje universal.
- ✓ Es económico y asequible.

Además, está relacionado con la disminución de:

- a. El uso de oxitocina,
- b. El trabajo de parto prolongado,
- c. El índice de sepsis posparto,
- d. El empleo de fórceps,
- e. La ejecución de cesárea por sospecha Desproporción Cefalo Pélvica.

***Contraindicaciones para el uso del Partograma:*** (Sistema Informático Perinatal CLAP, 2011).

Existen una serie de casos que pueden ser diagnosticados antes o durante la labor de parto en los cuales no se debe realizar el partograma y necesitan una atención especial:

- ✓ Estatura muy corta menor a 1,50 mts.
- ✓ Hemorragia anteparto
- ✓ Preeclampsia severa o eclampsia
- ✓ Sufrimiento fetal Agudo
- ✓ Cicatriz por cesárea previa
- ✓ Anemia
- ✓ Embarazo múltiple
- ✓ Mala presentación fetal
- ✓ Labor prematura de parto
- ✓ Labor obstruida obvia.

#### **4.5.1 LLENADO DEL PARTOGRAMA:** Según CLAP, 2012.

**4.5.1.1 Aspectos relevantes del llenado del partograma:** Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporar a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos). (CLAP, 2012)

El llenado sólo se realiza una vez que la paciente ingrese a sala de parto, cuando se diagnostique la situación de trabajo de parto. El partograma consta de dos cuadrículas, en la superior, se traza la curva de dilatación cervical, la de descenso de

la presentación y la de alerta, ésta última constituirá la base para diagnosticar cuando el caso comienza a desviarse de la normalidad.

#### 4.5.1.2 Como llenar el Partograma: (CLAP, 2012)

Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia.

Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
Autor: Sistema Informático Perinatal.

Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma, 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 describirse la hora de evaluación en cada columna y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la “a” hasta la “p”. Las horas registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente con las horas consignadas en la tabla del partograma, pues cada vez que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal. Esta parte del partograma debe ser diligenciada en evaluación con la paciente y por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería o auxiliar de enfermería). Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. (CLAP, 2012)

Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

HORA																
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR Localiz. Intens.																

Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

En la parte inferior izquierda del partograma, se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del mismo. 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 cardíaca 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. (CLAP, 2012)

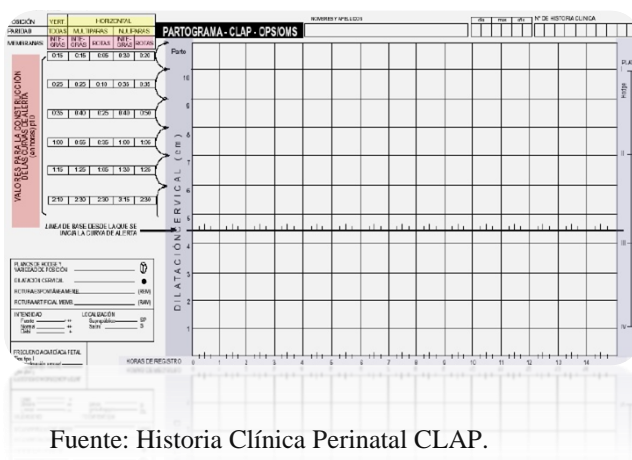
El diagrama muestra un formulario de convenciones para el partograma. Incluye secciones para:

- PLANOS DE REFERENCIA Y VARIEDAD DE POSICIÓN:** Dilatación cervical (RBM) y RCTURNAESPONTÁNEAMENTE (RAM).
- INTENSIDAD Y LOCALIZACIÓN:** Foco (Foco, Aberto, CMB) y Localización (Suprapúbica, Sacra).
- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL:** Tipo tipo I (Desaceleración pronca), Tipo tipo II (Desaceleración variable), Tipo III (Desaceleración variable), y Frecuencia.
- POSICIÓN MATERNA:** Lat. Dorsal (LD), Lat. Lateral (LD), Dorsal (D), Semisupina (S), Sentada (S), Patada o remanido (PC).
- HORAS DE REGISTRO:** Una tabla con columnas para 'HORAS' y 'LOCALIZACIÓN'.

En la parte inferior del formulario, se menciona: SCHWARTZ, R. DIAZ, A. C. MÉTODOS CLAP. Full. Clínica CLAP 1153, 1167, Montevideo, Uruguay.

Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

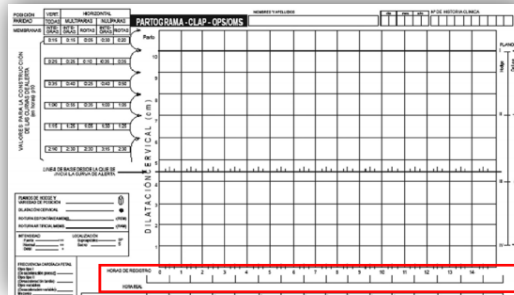
En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal. La gráfica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 4-5 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. (CLAP, 2012)



Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
Autor: Sistema Informático Perinatal.

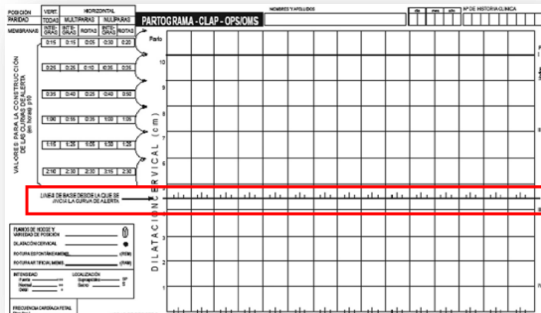
En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de “horas de registro” están las casillas para registrar 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”. (CLAP, 2012).





Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

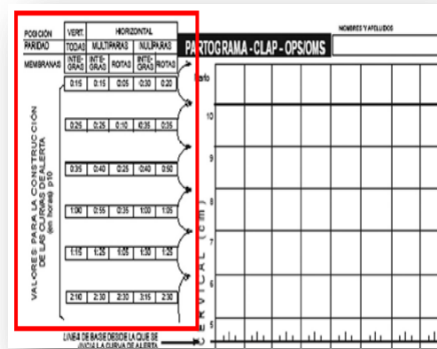
El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.



Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

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. (CLAP, 2012)

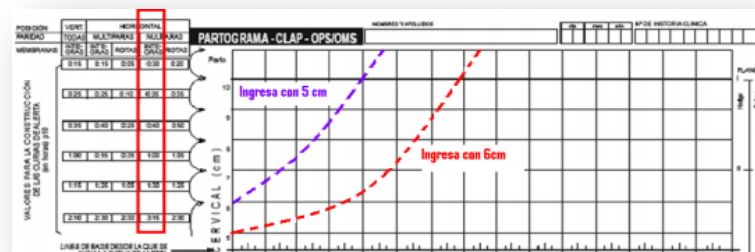
Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro.



Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta el siguiente aspecto:

- ✓ Si la paciente ingresa en 5 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El ejemplo muestra cómo se construyen las curvas de alarma para una paciente nulípara con membranas íntegras que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm.

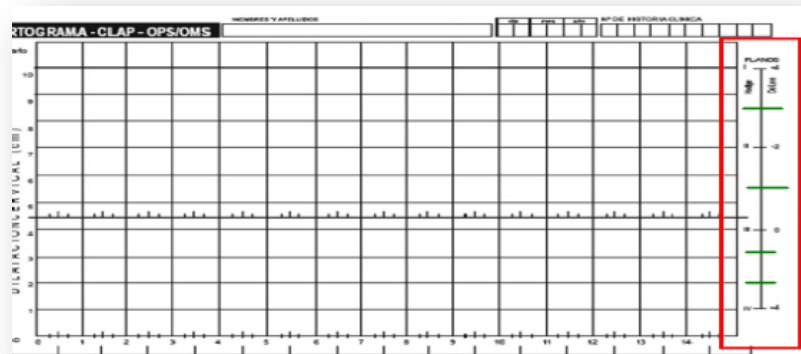


Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
 Autor: Sistema Informático Perinatal.

- Para construir la curva de descenso de la presentación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: (CLAP, 2012).

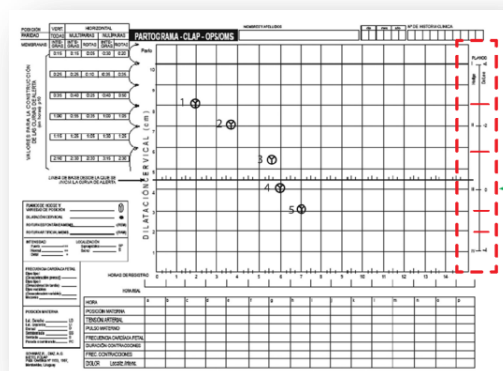
1. Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de De Lee. Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la

línea por encima y por debajo del cero, así quedarán los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero.



2. Emplee el icono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal. La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. La variedad de posición 1; 2 y 3 son una occipito anterior izquierda y estaciones de -3,-2 y -1, los numerales 4 y 5 muestran la rotación hacia la occipitopúbica y estaciones de 0 y +1 usando los planos de De Lee.

Esto permitirá tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.



Fuente: Historia Clínica Perinatal CLAP.  
Autor: Sistema Informático Perinatal.

## 5. MATERIALES Y MÉTODOS

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Investigación descriptiva, retrospectiva y transversal.

### 5.2 AREA DE ESTUDIO:

El estudio investigativo se realizará en el Hospital Binacional de Macará durante el periodo Enero – Agosto del 2016.

<b>DIRECCION</b>	Calle Lázaro Vala y calle Catamayo
<b>CANTON</b>	Macará
<b>PROVINCIA</b>	Loja
<b>TELEFONO</b>	072-696-227/072-694-474

### 5.3 UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo lo constituyen 87 historias clínicas encontradas en el área de estadística del Hospital de Macará.

### 5.4 MUESTRA DE ESTUDIO:

La muestra es de 87 historias clínicas que cumplen los parámetros de inclusión y exclusión.

#### 5.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Historias clínicas de embarazadas entre las 37 y 41 semanas de gestación en labor de parto en fase activa.

**5.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

1. Historias clínicas de mujeres con embarazos múltiples.
2. Mujeres menores a 10 años.
3. Embarazadas con producto que tenga malformaciones congénitas.
4. Mujeres con labor de parto y producto con presentación anómala (pelviano, transverso).
5. Mujeres embarazadas en trabajo de parto referidas a Hospital de mayor capacidad resolutive.
6. Mujeres embarazadas con finalización del embarazo por cesárea electiva.

**5.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

- ✓ Registro de recolección de datos.

Para la realización solicitaremos al Director del Hospital de Macará, se digne autorizar a quien corresponda nos permita el ingreso a los datos Estadísticos e Historias Clínicas de las usuarias del presente Hospital.

**5.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:**

- Los resultados específicos y legibles de la investigación que fue aplicada en la evaluación del partograma como instrumento de vigilancia y control del trabajo de parto en el Hospital de Macará.
- Elaboración de cuadros y gráficos con la respectiva información acerca de los resultados obtenidos.

## 6. RESULTADOS

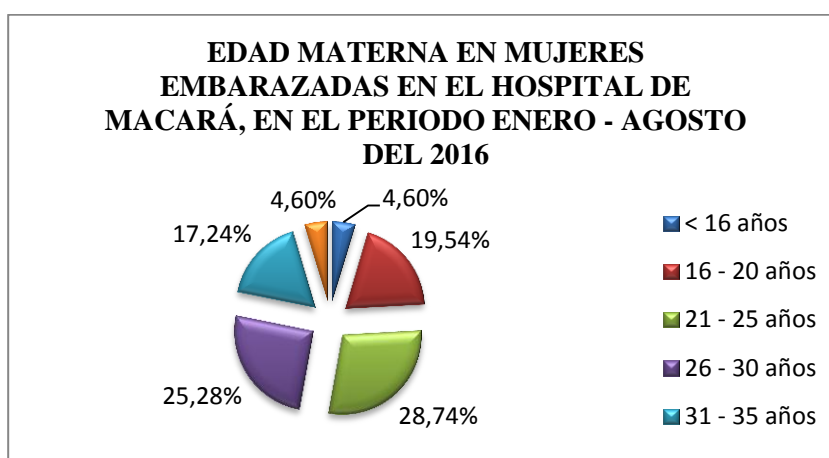
**TABLA N°1: Distribución de gestantes según edad de mujeres embarazadas en el Hospital de Macará**

EDAD MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016		
RANGO DE EDADES	NÚMERO CASOS	PORCENTAJE
< 16 años	4	4,60%
16 - 20 años	17	19,54%
21 - 25 años	25	28,74%
26 - 30 años	22	25,28%
31 - 35 años	15	17,24%
> 35 años	4	4,60%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**GRAFICO N° 1**



**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**Análisis e Interpretación:** En el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Macará en el periodo enero – agosto del 2016, han sido atendidas 87 gestantes en labor de parto, de las cuales se logró observar que las edades de 21 a 25 años muestra un mayor porcentaje de partos (28,74%), cabe recalcar que los extremos de las edades gestacionales muestra porcentajes a considerar, en menores de 16 años, y en mayores de 35 años 4 casos respectivamente (4,60% respectivamente).

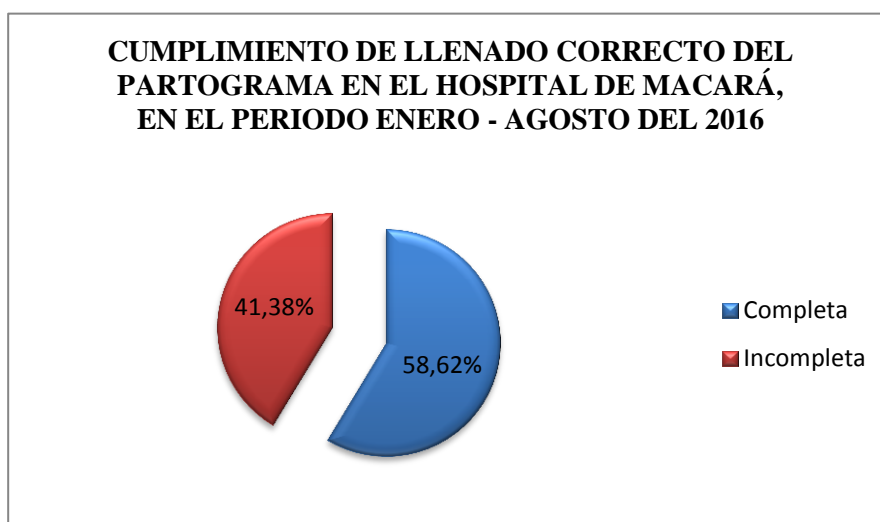
**TABLA N° 2: Cumplimiento de llenado correcto del partograma en el Hospital de Macará, en el periodo enero – agosto 2016**

<b>CUMPLIMIENTO DE LLENADO CORRECTO DEL PARTOGRAMA EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016</b>		
<i>PARÁMETROS</i>	<i>NÚMERO CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
Completa	<b>51</b>	<b>58,62%</b>
Incompleta	<b>36</b>	<b>41,38%</b>
➤ Curvas de alerta.	12	13,79%
➤ Curva real.	9	10,35%
➤ Planos de Hodge.	15	17,24%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**GRAFICO N° 2**



**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**Análisis e Interpretación:** Observamos que del total de 87 usuarias atendidas en trabajo de parto, hubieron 51 Partogramas llenos de forma completa (58,62%), se encontró 36 partogramas llenados de forma incompleta (41,38%), en los cuales fueron 15 que no se les observó el gráfico de los Planos de Hodge, 12 sin la curva de alerta y 9 sin el gráfico de curva Real del partograma.

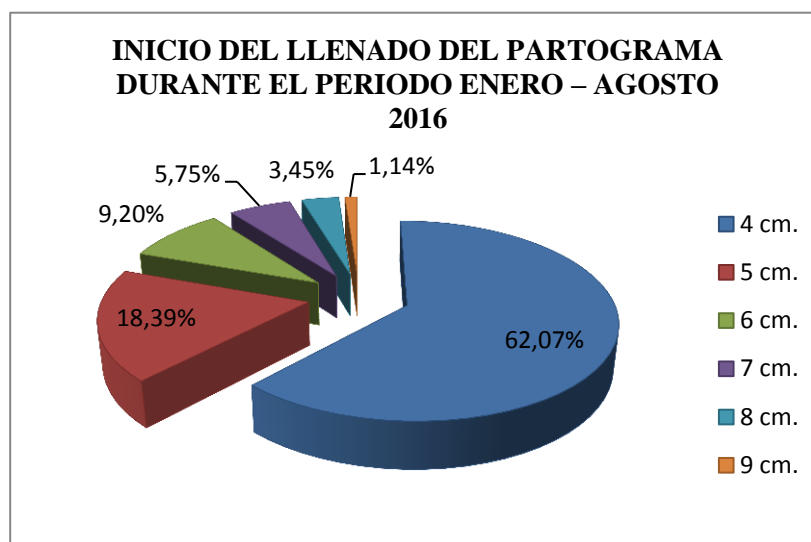
**TABLA N°3: Dilatación cervical al inicio del llenado del Partograma en el Hospital de Macará, durante el periodo enero – agosto 2016.**

INICIO DEL LLENADO DEL PARTOGRAMA DURANTE EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2016		
INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	ESPONTÁNEO	PORCENTAJE
DILATACIÓN		
4 cm.	54	62,07%
5 cm.	16	18,39%
6 cm.	8	9,20%
7 cm.	5	5,75%
8 cm.	3	3,45%
9 cm.	1	1,14%
TOTAL	87	100%

**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**GRAFICO N°3**



**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**Análisis e Interpretación:** De un total de 87 partogramas, 54 se inició con una dilatación de 4 cm (62,07%), de 5 cm 16 (18,39%), de 6 cm. 8 (9,20%), de 7 cm. 5 (5,75%), de 8 cm. 3 (3,45%) y de 9 cm. 1 (1,14%). Cabe recalcar que los partogramas que fueron llenados a partir de los 6 cm. es debido a que las pacientes llegaban en esas etapas del parto y no debido al incumplimiento de la atención de las mujeres embarazadas.



**TABLA N° 4: Distribución de gestantes de riesgo obstétrico en el Hospital de Macará, en el periodo enero agosto del 2016**

RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016		
CATEGORIZACIÓN DE RIESGO	NÚMERO DE CASOS	PORCENTAJE
<b>SIN RIESGO</b>	<b>55</b>	<b>63,22%</b>
<b>RIESGO BAJO</b>	<b>20</b>	<b>22,99%</b>
➤ Control insuficiente de la gestación <4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.	2	2,30%
➤ Edad materna <16 o >35 años.	7	8,05%
➤ Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de 28 semanas.	2	2,30%
➤ Hemorragia del primer trimestre.	1	1,15%
➤ Ganancia de peso insuficiente en el embarazo < 5kg.	3	3,45%
➤ Incremento de peso excesivo en el embarazo > 15kg.	1	1,15%
➤ Infección urinaria baja.	4	4,59%
<b>RIESGO ALTO</b>	<b>9</b>	<b>10,34%</b>
➤ Anemia grave (Hb< 9g/dL o hematocrito < 25%).	1	1,15%
➤ Cirugía uterina previa.	1	1,15%
➤ Diabetes gestacional.	1	1,15%
➤ Hemorragia en el segundo trimestre.	1	1,15%
➤ Historia de abortos.	1	1,15%
➤ Obesidad mórbida.	1	1,15%
➤ Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.	1	1,15%
➤ Historia de partos distócicos.	2	2,29%
<b>RIESGO MUY ALTO</b>	<b>3</b>	<b>3,45%</b>
➤ Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.	2	2,30%
➤ Malformación fetal confirmada.	1	1,15%
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**GRAFICO N°4**



**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**Análisis e Interpretación:** Con respecto a los riesgos obstétricos 55 casos (63,22%) desarrollan un embarazo sin riesgos; 20 usuarias (22,99%) presentan algún tipo de riesgo bajo, de los cuales un 8,05% es debido a embarazos en menores de 16 años y mayores de 35 años, y un 4,59% es por infección de vías urinarias. Además, 9 usuarias presentaron riesgo alto en el embarazo (10,34%), de las cuales, 2,29% es debido a Historia de Parto Distócico, las anemias graves, antecedentes de abortos y Preeclampsia leve nos dan 1,15% por igual. En Riesgo Muy Alto se observa 3 casos, 2 de los cuales (2,30%) presentó Amenaza de Parto Pretérmino; y un caso con Malformación Fetal Confirmada.

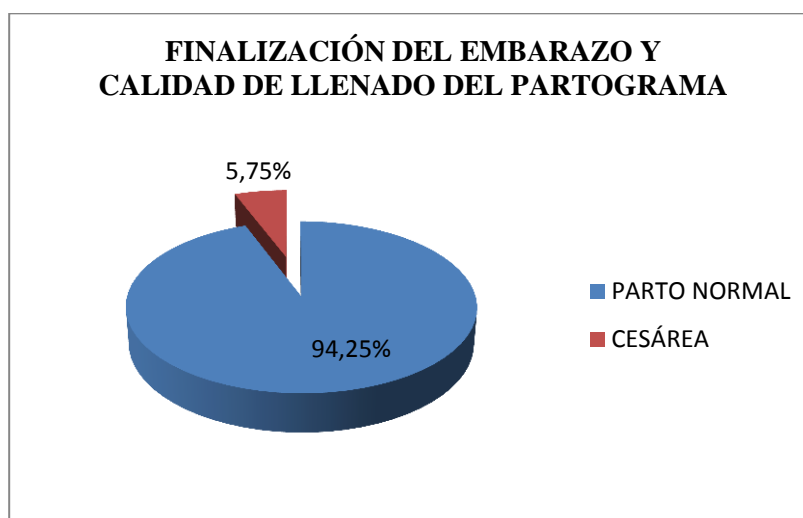
**TABLA N°5: Distribución de gestantes de acuerdo a finalización del embarazo y el llenado del partograma en el Hospital de Macará, en el periodo enero – agosto del 2016**

<b>FINALIZACIÓN DEL EMBARAZO Y CALIDAD DE LLENADO DEL PARTOGRAMA</b>				
<i>PARÁMETROS</i>	<i>LLENADO COMPLETO</i>	<i>LLENADO INCOMPLETO</i>	<i>NÚMERO DE CASOS</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<b>PARTO NORMAL</b>	<b>56</b>	<b>26</b>	<b>82</b>	<b>94,25%</b>
<b>CESÁREA</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5,75%</b>
➤ Sufrimiento fetal	3	0	3	3,45%
➤ Condilomatosis vaginal	2	0	2	2,30%
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>	<b>26</b>	<b>87</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**GRAFICO N°5**



**Fuente:** Formulario de Investigación.

**Autor:** Marcos Chumán Herrera.

**Análisis e Interpretación:** Se determinó 82 partos que terminaron por vía vaginal (94,25%), de los cuales 56 tuvieron el llenado completo del partograma, 26 tuvieron llenado de forma incompleta; 5 embarazos terminaron por vía cesárea (5,75%), todos estos 5 casos con llenado completo del partograma. Las causas que determinaron para la finalización de embarazo sea por vía cesárea fueron 3 casos por sufrimiento fetal agudo registrados en el monitoreo fetal (3,45%), y 2 casos de usuarias que presentaron Condilomas en el canal vaginal (2,30%).

## 7. DISCUSIÓN

Se observó en nuestro estudio que el 28,74% de los trabajos de parto se da entre las edades de 21 a 25 años manteniendo de esta manera la cúspide de fecundidad según lo detalla el Instituto Nacional de Estadística y Censo en el periodo del 2012, y en un porcentaje menor del 4,60% los embarazos en menores de 16 años, además podemos encontrar una diferencia sustancial en un estudio realizado en el Hospital Isidro Ayora de Quito en el año 2012 en el que se encontró que las edades entre 15 a 19 años que representa el 69%; lo cual es de considerar ya que fisiológicamente y anatómicamente este grupo de menores no tiene las condiciones para embarazarse, y se someten a todo tipo de riesgo, desde la muerte del bebé hasta la muerte materna.

En la presente investigación se obtuvo el 58,62% de los partogramas llenos de forma completa y 41,38% de partogramas llenos de forma incompleta debido a la falta de graficar la curva de alerta, curva real o los planos de Hodge. Estudios realizados en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2012 se encontró de las 7741 historias clínicas de pacientes ingresadas el 62,47 % de casos tiene llenado adecuadamente el partograma, y el 37,53 % presentó un llenado incompleto. Unos estudios realizados por Registro de Estudios Clínicos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto (Cochrane Pregnancy and ChildbirthGroup) los autores de la revisión establecen que, en función de la evidencia disponible, «no es posible recomendar el uso rutinario del partograma como parte del manejo y la atención estándar del trabajo de parto», aunque reconocen que los «partogramas pueden ser útiles en lugares con acceso más limitado a los recursos de atención de salud». En lugares de escasos recursos, el trabajo de parto prolongado y la demora en la toma de decisiones son causas importantes de resultados obstétricos adversos. Debido a las restricciones de recursos en dichos lugares, habitualmente no es posible monitorizar a cada mujer en forma continua

durante todo el trabajo de parto. En tales lugares, el partograma cumple la función de una herramienta simple y económica para monitorizar el trabajo de parto de manera efectiva en cuanto al costo. Un estudio de casos y controles de Pakistán encontró que el partograma reduce la frecuencia de trabajo de parto prolongado o estimulado, la hemorragia puerperal, la ruptura de útero, la septicemia puerperal y la morbimortalidad perinatal y materna.

En los riesgos obstétricos más de la mitad de las usuarias de nuestro estudio no se evidencia antecedentes que influya en el desarrollo normal de embarazo y parto, seguido a ello se observa un 22,99% con pacientes de bajo riesgo, de las cuales el 8,05% es debido a embarazos menores de 16 años y mayores de 35 años influenciando así el embarazo y su finalización; además se observa un 10,34% con un riesgo alto en nuestras pacientes que aumenta la posibilidad de aparecer alguna complicación del embarazo; se encontró un mínimo porcentaje de 3,45% de riesgo muy alto y esto debido a amenaza parto pretérmino y malformación congénita; hay que tener en cuenta que a mayor riesgo, mayor es la posibilidad de complicaciones materno-fetales. La Organización Panamericana de la Salud en el año 2015 (OPS) en su informe sobre factores que incidieron muertes maternas en las Américas alcanzó un gran porcentaje las Enfermedades Hipertensivas en el embarazo con un 30,48%, seguido de complicaciones como Hemorragias postparto con 13,57%.

En cuanto al inicio del llenado del partograma, el 100% realiza en fase activa y espontánea del trabajo de parto; el mismo que tuvo similitud con lo expresado por Schwarcz y Duverges 2014 que el 85-95% de las pacientes, se inicia el trabajo de parto espontáneamente.

En el presente estudio se determinó que el 94,25% de los embarazos tuvo finalización por vía vaginal, y el 5,75% fue por cesárea siendo las causas: Sufrimiento fetal agudo y Condilomas en el canal vaginal; la OPS (Organización Panamericana de la Salud) en el 2012

indica que el Ecuador es el segundo país con el más alto índice de cesáreas, pues del total de partos anuales, el 41,2% son a través de operaciones , esto también lo respalda el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) que en su último informe del 2015 afirma que en la provincia de Loja se registran un total de 4912 partos de los cuales 3422 terminan en partos vaginales, 1481 partos por cesárea (30,15%). En el estudio realizado en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito en el año 2012 el porcentaje de cesáreas en mujeres nulíparas encuestadas fue del 19%, sin embargo, hay que resaltar que dentro de este porcentaje la mitad de las mujeres encuestadas tuvieron indicación de cesárea por sufrimiento fetal agudo (SFA) que se podría definir como hipoxia fetal, condición asociada a una variedad de complicaciones obstétricas que afectan los procesos normales de intercambio entre la madre y feto.

## 8. CONCLUSIONES

El Ministerio de Salud Pública (MSP) de Ecuador, por consenso internacional a través de medicina basada en la evidencia, y con los equipos de Mejora Continua de la Calidad de Atención desde el año 2005, ha logrado avances importantes en las unidades, tales como la implementación del uso regular del partograma.

- ✓ A las gestantes de nuestro estudio se les realizó el partograma con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones. También, garantiza un seguimiento con alta calidad para evitar la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan. Hay que manifestar que del total de 87 gestantes en labor de parto un 58,62% se encontraban con un partograma lleno de forma completa y 41,38% llenos de forma incompleta, la cual, es una cantidad alarmante ya que la falta de datos en ello puede incurrir en la atención no adecuada de cada gestante y llevar a complicaciones, en su mayoría de los partogramas incompletos se debió a la falta de graficar la curva de alarma, la curva real o los planos de Hodge.
- ✓ Las medidas adoptadas por la OMS/OPS y el Ministerio de Salud Pública para tratar de prevenir factores de riesgo, en los cuales sean prevenibles, no impiden que muchos de ellos estén presentes en los embarazos, como lo hemos constatado en nuestro estudio, dentro de los cuales los embarazos en menores de 16 años o mayores de 35 años nos proporcionan 8,05%, seguido a ello y en menos porcentaje Infecciones de vías urinarias bajas, gran multiparidad, controles insuficientes en el embarazo; hay que recalcar que algunos factores de riesgo con el manejo adecuado tanto por parte

del personal de salud como por la misma paciente se lograría corregir o controlar y así llevar un embarazo de calidad y prevenir complicaciones materno-fetales.

- ✓ La importancia en determinar la vía de terminación del embarazo en nuestro estudio evidencia que un 94,25% tuvo como finalización del parto por vía vaginal y un 5,75% por cesárea debido a sufrimiento fetal agudo y condilomas en el canal vaginal. Al finalizar el estudio se concluye que la utilización correcta del partograma es una herramienta que nos proporciona la disminución de cesáreas innecesarias, es por ello, que el Hospital de Macará de categoría C a pesar de no contar con la tecnología para la atención de cada gestante de forma continua logra una atención de calidad en sus gestantes tanto para usuarias del mismo cantón como pacientes del país vecino (Perú) y así prevenir la morbimortalidad materno-fetal.

## 9. RECOMENDACIONES

- ✚ Sensibilizar al personal de salud, médicos, internos, residentes acerca de la importancia del registro correcto del partograma.
- ✚ Capacitar al personal de salud en cuanto al llenado correcto del partograma.
- ✚ Promover cursos, seminarios, talleres, conferencias en las facultades de medicina sobre la importancia y la utilización del partograma.
- ✚ Promover la realización de trabajos investigativos que evalúen el proceso de avance en cuanto al registro y correcta utilización de éste instrumento.
- ✚ En los nuevos estudios clínicos, se debe realizar la estratificación de las participantes según la paridad, los resultados obstétricos previos y los factores de riesgo alto asociados. En las investigaciones futuras, también se debe estudiar la satisfacción de las mujeres y la experiencia del obstetra o asistente del parto.



## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud Pública. 2015. Control Prenatal. Guía de Práctica Clínica. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf>
2. Ministerio de Salud Pública. 2015. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Recuperado de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-TRABAJO-DE-PARTO-EDITOGRAM.pdf>
3. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. 2011. Capítulo Parto Normal. Obstetricia de Williams, Mexico. Editorial Mc Graw-Hill.
4. Cabero L, Rodriguez D. 2007. Capítulo Embarazo y Parto. Obstetricia y Medicina Materno Fetal. Madrid. Editorial Médico Panamericana.
5. Ramos F, Sobrà S, Silva L, Bernet J, Matos M, Cardeñosa M, Ania J. 2009. Capítulo Cuidados de enfermería obstétrico ginecológicos a la mujer con problemas ginecológicos. Matronas del Servicio Gallego de Salud. Madrid. Editorial Mad, S.L.
6. Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. 2007. Guía Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR - OMS/OPS. Recuperado de <https://www.sinergiasong.org/cajasdeherramientas/parto/vinculos/Partograma.pdf>
7. González X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G. 2014. Impacto del partograma en la atención del trabajo de Parto. En Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo, Volumen 18.
8. Blanca Herrera, Chávez Alberto, Carreras Isabel, Strivens Helen. 2006. Asistencia al parto eutócico: recomendaciones para la práctica clínica. En Matronas Profesión.
9. Organización Mundial de la Salud. 2012. Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Recuperado de <http://matronasubeda.objectis.net/area-cientifica/guias-protocolos/oms>

10. Fescina R, De Mucio B, Ortiz E, Jarquin D. 2012. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. CLAP/SMR. Recuperado de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es)
11. Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL., Durán P, Serruya S., Mainero L, Rubino M. 2011. Sistema Informático Perinatal (SIP): historia clínica perinatal: instrucciones de llenado y definición de términos. CLAP/SMR. Recuperado de [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-sifilis&alias=224-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-5&Itemid=219&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sifilis&alias=224-sistema-informatico-perinatal-sip-historia-clinica-perinatal-instrucciones-de-llenado-5&Itemid=219&lang=es)
12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT. 2012. Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. INEC. Recuperado de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
13. Briones Esmeraldas K, Merecí Becerra W. 2012. Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea como instrumento para disminuir cesáreas en el hospital Ginecobstétrico Isidro Ayora de Quito. Quito. Recuperado de [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
14. Organización Panamericana de la salud. 2015. Base de datos regional de mortalidad, Observatorio Regional de Salud. Recuperado de [www.paho.org/rho](http://www.paho.org/rho).
15. Organización Mundial de la Salud. 2014. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término.

Recuperado de

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R5bCwFKMqnAJ:apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/childbirth/routine\\_care/cd005461/es/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:R5bCwFKMqnAJ:apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461/es/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

16. Schwarcz, Sala y Duverges. 2014. Obstetricia. Argentina, Editorial El Ateneo.
17. Organización Mundial de la Salud. 2012. Estadísticas sanitarias mundiales.  
Recuperado en:  
[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)
18. L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. 2014. Causas Mundiales de Muerte Materna: un análisis Sistemático de la OMS. Volumen 2(6) e323-e333.

## 11. ANEXOS

### ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TEMA: “MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ”

#### 1. Distribución de gestantes según por edad.

EDAD MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016	
RANGO DE EDADES	NÚMERO CASOS
< 16 años	
16 - 20 años	
21 - 25 años	
26 - 30 años	
31 - 35 años	
> 35 años	
TOTAL	

#### 2. Cumplimiento de llenado correcto del partograma en el periodo Enero – Agosto 2016

CUMPLIMIENTO DE LLENADO CORRECTO DEL PARTOGRAMA EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016	
PARÁMETROS	NÚMERO CASOS
Completa	
Incompleta	
✓ Curvas de alerta.	
✓ Curva real.	
✓ Planos de Hodge.	
TOTAL	

### 3. Inicio del llenado del Partograma durante el periodo Enero – Agosto 2016.

<b>INICIO DEL LLENADO DEL PARTOGRAMA DURANTE EL PERIODO ENERO – AGOSTO 2016</b>		
<b>INICIO DEL TRABAJO DE PARTO DILATACIÓN</b>	<b>ESPONTÁNEO</b>	<b>TOTAL DE CASOS</b>
4 cm.		
5 cm.		
6 cm.		
7 cm.		
8 cm.		
9 cm.		
<b>TOTAL</b>		

### 4. Distribución de gestantes según el Riesgo Obstétrico

<b>RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016</b>	
<b>CATEGORIZACIÓN DE RIESGO</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>
<b>SIN RIESGO</b>	
<b>RIESGO BAJO</b>	
➤ Anomalía pelviana identificada clínica y/o radiológicamente.	
➤ Baja estatura materna: < 1,45 metros.	
➤ Cardiopatía 1 que no limita su actividad.	
➤ Condiciones socio-económicas desfavorables.	
➤ Control insuficiente de la gestación: < 4 visitas prenatales o 1 visita tras semana 20 de gestación.	
➤ Edad extrema < 16 ó >35 años.	
➤ Embarazo no deseado.	
➤ Fumadora habitual.	
➤ Esterilidad previa 2 años o antes.	
➤ FUM incierta.	
➤ Gestante con Rh-.	
➤ Gran multiparidad 5 o más fetos de por lo menos de 28 semanas.	
➤ Hemorragia del primer trimestre.	
➤ Incompatibilidad de Rh.	
➤ Incremento de peso excesivo o insuficiente > 15Kg o < 5 Kg.	
➤ Infección urinaria baja o bacteriuria asintomática.	
<b>RIESGO ALTO</b>	
➤ Anemia grave (Hb< 9g/dl o Hematocrito < 25%).	

<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Cardiopatía 2 paciente obligada a una limitación ligera de su actividad física.</li> <li>➤ Cirugía uterina previa.</li> <li>➤ Diabetes gestacional.</li> <li>➤ Embarazo gemelar.</li> <li>➤ Embarazo prolongado, más de 42 semanas de gestación.</li> <li>➤ Endocrinopatías (tiroidea, suprarrenal, hipotalámica).</li> <li>➤ Hemorragia 2º o 3º trimestre.</li> <li>➤ Hidramnios u Oligoamnios.</li> <li>➤ Historia obstétrica desfavorable. Dos o más abortos, uno o más prematuros, partos distócicos, deficiencia mental o sensorial de probable origen obstétrico, antecedentes de retardo del crecimiento.</li> <li>➤ Infección materna.</li> <li>➤ Obesidad mórbida.</li> <li>➤ TORCHES.</li> <li>➤ Preeclampsia leve: TA diastólica mayor o igual a 90 mmHg.</li> <li>➤ Sospecha de malformación fetal.</li> <li>➤ Presentación anómala: constatada tras la semana de gestación.</li> </ul>	
<p><b>RIESGO MUY ALTO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Amenaza de parto prematuro: antes de la semana 37.</li> <li>➤ Cardiopatía 3 ó 4: paciente obligada a una limitación acentuada de su actividad física o en la que está provocada su descomposición.</li> <li>➤ Diabetes pregestacional.</li> <li>➤ Drogadicción y alcoholismo.</li> <li>➤ Gestación múltiple (3 o más).</li> <li>➤ Incompetencia cervical.</li> <li>➤ Isoinmunización: coombs indirecto positivo en paciente Rh negativo.</li> <li>➤ Malformación fetal confirmada.</li> <li>➤ Muerte perinatal recurrente.</li> <li>➤ Placenta previa.</li> <li>➤ Preeclampsia grave: TA diastólica mayor o igual 110 mmHg o TA sistólica mayor o igual a 140 mmHg.</li> <li>➤ Patología asociada grave.</li> <li>➤ Retardo de crecimiento intrauterino.</li> <li>➤ Rotura prematura de membranas.</li> <li>➤ VIH + con o sin tratamiento, SIDA.</li> </ul>	
<b>TOTAL</b>	

**5. Distribución de gestantes según la finalización del embarazo**

<b>TERMINACIÓN DEL PARTO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO DEL 2016</b>	
<b>PARÁMETROS</b>	<b>NÚMERO CASOS</b>
<b>Parto vaginal</b>	
<b>Cesárea</b>	
<b>TOTAL</b>	

**6. Distribución de gestantes de acuerdo a las causas de cesárea**

<b>CAUSAS DE CESÁREA EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL DE MACARÁ, EN EL PERIODO ENERO - AGOSTO 2016</b>	
<b>PARÁMETROS</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>
<b>Cesárea anterior</b>	
<b>Distocia de presentación</b>	
<b>Macrosomía fetal</b>	
<b>Placenta previa</b>	
<b>Trabajo de parto prolongado</b>	
<b>Estrechez pélvica</b>	
<b>Infecciones maternas (condilomas acuminados, VIH+, SIDA, herpes genital)</b>	
<b>Sufrimiento fetal</b>	
<b>Gestaciones múltiples</b>	
<b>Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo inserta</b>	
<b>Ruptura Uterina</b>	
<b>Prolapso de cordón</b>	
<b>TOTAL</b>	

ANEXO 2: HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL – MSP (Formato

Mayo 2016)

### HISTORIA CLÍNICA MATERNA PERINATAL - MSP

<b>DATOS GENERALES</b>		CC / RCU	TELEF.	FECHA DE NACIMIENTO	IDENTIFICACION	SABE LEER	ESCRIBIR	ALFABETIZACION E INSTRUCCION	ESTADO CIVIL	ESTABLECIMIENTO DEL CONTROL PRENATAL	
NOMBRES: _____ APELLIDOS: _____		Nacionalidad	Edad (años)	Autodentificación	Indígena	Alfabetizado	Escrito	Edu. básica (Preparatoria)	Estado de hecho	Establecimiento del lugar de parto	
Residencia habitual de la madre: (División Política Administrativa)		Edad gestacional	Último embarazo	Embarazos múltiples	Embarazos consecutivos	Embarazos cesáreas	Embarazos muertos	Embarazos vivos	Embarazos abortados	Embarazos con resultado de muerte	
<b>ANTECEDENTES</b>		<b>OBSTÉTRICOS</b>		<b>EMBARAZO ANTERIOR</b>		<b>EMBARAZO PLANIFICADO</b>		<b>FRACASO MÉTODO ANTICONCEPTIVO</b>		<b>ESTABLECIMIENTO DEL LUGAR DE PARTO</b>	
FAMILIARES: TBC, Diabetes, Hipertensión, Preeclampsia, Eclampsia, etc.		PERSONALES: Cirugía, Gesto-Uterina, Infertilidad, Cardiopatía, Neoplasia, Violencia, VIH, etc.		Último embarazo: normal, >2500g, >4000g, etc.		Embarazos múltiples: 3, 4, 5, etc.		Embarazos consecutivos: 1, 2, 3, etc.		Embarazos cesáreas: 1, 2, 3, etc.	
<b>GESTACION ACTUAL</b>		PESO INICIAL		TALLA (cm)		GRUPO RH		BACTERIA		GLUCEMIA EN AYUNAS	
Peso: _____ Kg		Talla: _____ cm		Grupo: _____		Bacteria: _____		Glucemia: _____		Prevalencia de preeclampsia	
<b>CONTROL PRENATAL</b>		CERVIX		CHAGAS		FALGUNA		SIFILIS		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
Cervix: normal, anormal, etc.		Chagas: no, sí		Falguna: no, sí		Sifilis: no, sí		Diagnóstico y tratamiento: sí, no		Tratamiento: sí, no	
<b>PARTO</b>		<b>ABORTO</b>		<b>CORTICOIDES ANTENATALES</b>		<b>UTERINHIBIDORES</b>		<b>INICIO</b>		<b>RUPTURA DE MEMBRANAS ANTERIORES</b>	
Fecha de ingreso: _____		Fecha de aborto: _____		Corticoides: completo, incompleto, etc.		Uterinhibidores: no, sí		Inicio: espontáneo, inducido, etc.		Ruptura de membranas: día, hora, etc.	
<b>PESO PRODUCTO (aborto)</b>		<b>TAMAÑO FETAL ACORDE EG</b>		<b>ACOMPANIANTE</b>		<b>PRACTICAS INTERCULTURALES</b>		<b>POSICION PARTO</b>		<b>NACIMIENTO</b>	
Peso: _____ g		Tamaño fetal: _____		Acompañante: pareja, familiar, etc.		Prácticas interculturales: sí, no		Posición parto: de pie, sentada, etc.		Nacimiento: vivo, muerto, etc.	
<b>MÚLTIPLE</b>		<b>TERMINACION</b>		<b>INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO</b>		<b>INDUC. OPER.</b>		<b>EPISIOTOMIA</b>		<b>MANEJO ACTIVO</b>	
Múltiple: no, sí		Terminación: espontánea, cesárea, etc.		Indicación principal: sí, no		Induc. Oper.: sí, no		Episiotomía: sí, no		Manejo activo: sí, no	
<b>PLACENTA</b>		<b>LAGADURA CORDON AL CESAR</b>		<b>PULSACIONES</b>		<b>RECIBIO</b>		<b>POSTPARTO</b>		<b>MORBILIDAD</b>	
Placenta: completa, retenida, etc.		Lagadura cordón: sí, no		Pulsaciones: sí, no		Recibió: sí, no		Postparto: día, hora, etc.		Morbilidad: sí, no	
<b>TRASTORNOS HIPERTENSIVOS</b>		<b>INFECCIONES</b>		<b>HEMORRAGIA</b>		<b>TRASTORNOS METABÓLICOS</b>		<b>OTROS TRASTORNOS</b>		<b>COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS</b>	
Eclampsia, HbH, etc.		Infecciones: SIRS, Neumonía, etc.		Hemorragia: 1º, 2º, 3º trimestre		Trastornos metabólicos: Diabetes, etc.		Otros trastornos: Hipertensión, etc.		Complicaciones obstétricas: Parto obstruido, etc.	
<b>TRASTORNOS TIROIDEOS</b>		<b>OTROS TRASTORNOS</b>		<b>INTERVENCIONES</b>		<b>PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA</b>		<b>PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA</b>		<b>PROCEDIMIENTOS PARA DETENER/CONTENER LA HEMORRAGIA</b>	
Hipertiroidismo, Hipotiroidismo, etc.		Otros trastornos: Hipertensión, etc.		Intervenciones: Laparotomía, etc.		Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura hemostática, etc.		Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura hemostática, etc.		Procedimientos para detener/contener la hemorragia: Ligadura hemostática, etc.	

ADAPTADO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE CLAP-OPS/05      Este color significa ALERTA



## PARTOGRAMA

C.C. / H.C.U.

DÍA    MES    AÑO

APELLIDO PATERNO                      MATERNO                      NOMBRES

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIAD	TODAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS	MULTIPARAS
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTA	INTE-GRAS	ROTA

**VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p 10**

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**

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

PLANOS DE HOOGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

**INTENSIDAD**      **LOCALIZACIÓN**

Fuerte    ---      Suprapúbica      SP

Moderada    ---      Sacra      S

Débil    ---      Contracciones      S

No lo percibe      Uterinas      ▲

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz)    I

Dips tipo II (Desaceleración tardía)    II

Dips variables (Desaceleración variable)    V

Meconio    M

**POSICIÓN MATERNA**

Lat. derecha    LD

Lat. izquierda    LI

Dorsal    D

Semisentada    S

Bentada    B

Parada e examinada    PC

SCHWARZ, R. DIAZ A.G. METO. P. CLAP

**GRÁFICO DE DILATACIÓN CERVICAL (cm)**

Y-axis: 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200 (cm)

X-axis: HORAS DE REGISTRO (0-14)      HORA REAL (a-p)

Parto:       Dilatación:

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLORES / Localiz. / Intens.																

VARIABLES IDENTIFICAR CASOS DE NEAR MISS    no  si

CRITERIOS CLÍNICOS: DISFUNCIÓN ÓRGANO-SISTEMA	LABORATORIO	INTERVENCIONES
<p><b>Cardiovascular:</b> Shock <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Paro cardíaco <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Isquemia en prediápnea <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Respiratoria:</b> Cianosis aguda <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Respiración jadeante (gagging) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Taquipnea severa FR &gt; 45ppm <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Bradipnea severa FR &lt; 6ppm <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Hematólogico/coagulación:</b> Alteraciones de la coagulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Neurológico:</b> Coma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Inconciencia prolongada &gt; 12hs <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Accidente Cerebro Vascular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Convulsiones incontrolables/ estado de mal epiléptico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Parálisis generalizada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Diagnóstico:</b> Oliguria resistente a líquidos diuresis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	<p>Laboratorio: si no sí/d</p> <p>Plaquetas &lt; 50000 por ml <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>Creatinina &gt; 300 micromoles/l &gt; 5mg/dl <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>Bilirrubina &gt; 100 micromoles/l &gt; 6.0 mg/dl <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>pH &lt; 7.1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>Po2 &lt; 90% &gt; 1 hora <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>PaO2/FiO2 &lt; 200 mmHg <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p> <p>Lactato &gt; 5mmol/l &gt; 45mg/dl <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí/d <input type="checkbox"/></p>	<p>Administración continua de agentes vasoactivos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Inhibición y ventilación no relacionada con la anestesia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Administración &gt; 3 vol. de hemoderivados <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Ingreso de UCI &gt; 7 días <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Histerectomía <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Dúctiles en caso de IRA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Reanimación cardio-pulmonar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

**RECIEEN NACIDO**

SEXO: H  M

PESO AL NACER:  g

LONGITUD:  cm

EDAD GESTACIONAL:  sem.  días

PESO E.G.:  kg

APGAR (min): 1º  2º  10º

REANIMACIÓN: estímulo  aspiración  máscara  bolsa  tubo  endotraqueal  masaje c.  medicación

FALLECE EN LUGAR DE PARTO:  Sí  No

TRASLADO:  Sí  No

ATENCIÓN: médico  abst.  enf.  acud.  estud.  emp.  otro

NEONATO:  Sí  No

Tipificación R.N.:  Sí  No

Vitamina K:  Sí  No

Profilaxis Ocular:  Sí  No

**MÉTODO CANGURO**  Sí  No

**EXAMEN FÍSICO**  Sí  No

**DEFECTOS CONGÉNITOS**  Sí  No

**ENFERMEDADES**  Sí  No

**TAMIZAJE METABÓLICO**  Sí  No

**TAMIZAJE AUDITIVO**  Sí  No

**VACUNA Hepatitis B Dosis 0**  Sí  No

**APEGO INMEDIATO**  Sí  No

**RECIBO RN**  Sí  No

**EGRESO MATERNO**  Sí  No

**ANTICONCEPCIÓN**  Sí  No

Nombre Recién Nacido:

Nombre Establecimiento:

Responsible egreso RN / nombres completos / sello:

Responsible egreso materno / nombres completos / sello:

MSP/ONEAIS/DCSS/form 051/mayo/2016

**ANEXO 3: PROYECTO DE TESIS**

**TEMA**

**“MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ”**

**PROBLEMA**

**¿CUÁL ES EL MAJEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ?**

## JUSTIFICACIÓN

La vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto es una estrategia necesaria para garantizar la disminución de los riesgos, y es una oportunidad para brindar el acompañamiento y la atención humanizada que la mujer gestante requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de información para el análisis y la toma de decisiones, así como un instrumento para la evaluación de la calidad de la atención brindada por los servicios obstétricos.

Siempre se debe tener en cuenta es que toda gestación, parto y puerperio conllevan un riesgo intrínseco, haya o no factores de riesgo asociados.

Es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y parto, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/hijo realizada por personal competente.

Los esfuerzos del sector salud están orientados al aumento de la cobertura y garantizar la calidad de las prestaciones que brinda. Esta calidad de la atención se sustenta con una Historia Clínica apropiada y un flujo de información que garantice a quien atiende el caso, que todos los antecedentes necesarios para que el correcto manejo estén en su poder, por lo cual se ha creado el sistema informático perinatal que contempla todos los datos necesarios para la mejor atención; por lo cual, consta de Historia Clínica Perinatal y el Partograma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad maternoperinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana.

El partograma es un instrumento recomendado por la OMS y constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto a nivel hospitalario, permitiendo atender de manera oportuna

cualquier anormalidad, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura. La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y asfixia al nacer.

El presente estudio pretende proveer evidencia científica, sobre el manejo correcto del Partograma y la toma de decisiones en el trabajo de parto en el Hospital de Macará, con la intención de conocer la importancia de la utilización del Partograma para la toma de decisiones, y de esta manera reducir la morbi y mortalidad materno fetal.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- ❖ Evaluar el manejo correcto del partograma y toma de decisiones en el trabajo de parto en el hospital de Macará en el Periodo de Enero – Agosto del 2016.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- ✓ Identificar factores de riesgo que puedan incidir en el resultado materno y perinatal para intervenir en forma preventiva durante el trabajo de parto en el Hospital de Macará.
- ✓ Evaluar si la correcta utilización del partograma disminuye el número de cesáreas innecesarias.

## ESQUEMA DEL MARCO TEÓRICO

### GENERALIDADES:

#### EMBARAZO

#### CATEGORIZACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO

- ❖ *EMBARAZO DE RIESGO BAJO*
- ❖ *EMBARAZO DE ALTO RIESGO*
- ❖ *EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO*

#### PARTO

- ❖ *PARTO INMADURO*
- ❖ *PARTO PRETÉRMINO*
- ❖ *PARTO A TÉRMINO*
- ❖ *PARTO POSTÉRMINO*

#### FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

- ❖ ACTITUD
- ❖ SITUACIÓN
- ❖ PRESENTACIÓN

#### POSICIÓN Y VARIEDAD DE POSICIÓN

#### MOVIMIENTOS CARDINALES DEL PARTO

#### PERIODOS DEL PARTO

1. *PERIODO DE DILATACIÓN*
2. *PERIODO EXPULSIVO*
3. *PERIODO DE ALUMBRAMIENTO*

#### VALORACIÓN DEL CÉRVIX DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y TEST DE BISHOP

#### INDUCTOCONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

#### ATENCIÓN DEL PARTO

#### PARTO POR CESÁREA

- ❖ *TIPOS DE CESÁREA*
- ❖ *INDICACIONES DE CESÁREA:*

## **PARTOGRAMA**

❖ *HISTORIA*

❖ *LLENADO DEL PARTOGRAMA*

## **CANTÓN MACARÁ**

## **HOSPITAL BINACIONAL DE MACARÁ**

## METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO:

Investigación cuantitativa-descriptiva, y retrospectiva. Es de tipo transversal.

### AREA DE ESTUDIO:

El estudio investigativo se realizará en el Hospital Binacional de Macará durante el periodo Enero – Agosto del 2016.

DIRECCION **Calle Lázaro Vala y calle Catamayo**

CANTON Macará

PROVINCIA Loja

TELEFONO 072-696-227/072-694-474

### UNIVERSO DE ESTUDIO:

El universo lo constituyen 215 historias clínicas disponibles en el área de estadística del Hospital de macará.

### MUESTRA DE ESTUDIO:

Lo constituyeron 138 historias clínicas que cumplen con los criterios de inclusión del Servicio de Ginecología y Obstetricia en el Hospital de Macará.

### MÉTODO E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ✓ Historias Clínicas Perinatales.

Para la realización solicitaremos al Director del Hospital de Macará, se digne autorizar a quien corresponda nos permita el ingreso a los datos Estadísticos e Historias Clínicas de las usuarias del presente Hospital.

### PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS:

Corresponde a la elaboración de la Tesis, la misma que contendrá:

- Los resultados específicos y legibles de la investigación que fue aplicada en la evaluación del partograma como instrumento de vigilancia y control del trabajo de parto en el Hospital de Macará.



- Elaboración de cuadros y gráficos con la respectiva información acerca de los resultados obtenidos.
- Discusión de los resultados generales.
- Culminación con la entrega del documento general a las autoridades del Área de la Salud Humana, el mismo que contendrá los puntos anteriormente mencionados.

### **VARIABLES:**

#### ✓ **VARIABLES INDEPENDIENTES:**

Utilización del Partograma.

#### ✓ **VARIABLE DEPENDIENTE:**

Trabajo de Parto en las mujeres embarazadas.  
Cesáreas.

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES:**

#### **VARIABLE INDEPENDIENTE.**

**UTILIZACIÓN DEL PARTOGRAMA:** Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

#### **VARIABLES DEPENDIENTES**

**TRABAJO DE PARTO:** Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto en la mujer).

**CESÁREA:** Es el acto quirúrgico mediante el cual se extrae el feto, la placenta y los anexos a través de una incisión en el útero y pared abdominal. Se excluye de esta definición a la extracción del feto libre en la cavidad abdominal como consecuencia de la rotura uterina o de un embarazo ectópico.

**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA</b>
Inicio del parto	Fenómeno que ocurre al final del embarazo y que termina con el nacimiento de un Recién Nacido y la expulsión de la placenta.	Registro de la manera en que se inicia con el parto.	Espontanea Inducción.
Inicio de Partograma	Momento en que se inicia el llenado del partograma con curva de alerta, con dilatación mayor a 4 - 5cm.	Embarazadas en labor de parto fase activa.	Cumple No cumple No aplica
Curva de alerta	Grafica de vigilancia del progreso del trabajo de parto hasta su finalización en tiempo, marca un límite extremo de la evolución de la dilatación cervical.	Gráfico de la curva de alerta.	Cumple No cumple No aplica
Curva real	Gráfica real del progreso del trabajo de parto, misma que se inicia cuando haya un verdadero trabajo de parto. Se grafica en correspondencia con los convencionalismos del partograma. Finaliza con el nacimiento del bebé.	Gráfico de la curva real del trabajo de parto en la paciente.	Cumple No cumple No aplica
Planos de Hodge	Referentes anatómicos para evaluar el progreso del descenso de presentación fetal valorado a través de tacto vaginal.	Registro gráfico del descenso de la presentación.	Cumple No cumple No aplica

Vía del parto	Vía de finalización del parto.	Registro en el expediente de la vía de finalización del parto	Vaginal Cesárea
Riesgo obstétrico	Es toda característica o circunstancia detectable en la embarazada que se asocia con un incremento en la probabilidad de que ocurra un daño a la salud para ella o su hijo durante el embarazo, el parto, o en el puerperio.	Registro de todo riesgo obstétrico identificado.	Control insuficiente en el embarazo, Multiparidad, Obesidad, Oligoamnios, Antecedentes de abortos, Preeclampsia, Diabetes gestacional, Malformación fetal, Otras.
Indicaciones de cesárea	Causa por la cual se toma la decisión de realizar cesárea.	Registro de la causa de la cesárea.	Sufrimiento Fetal Agudo.  Desproporción céfalo pélvica  Distocia de variedad de presentación. Expulsivo prolongado Otras

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Embarazadas entre las 37 y 41 semanas de gestación.
2. Mujeres en labor de parto en fase activa.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Mujeres con embarazos múltiples.
2. Mujeres menores a 10 años.
3. Embarazadas con producto que tenga malformaciones congénitas.
4. Mujeres con labor de parto y producto con presentación anómala (pelviano, transverso).
5. Mujeres embarazadas en trabajo de parto referidas a Hospital de mayor capacidad resolutive.
6. Mujeres embarazadas con finalización del embarazo por cesárea electiva.

**CRONOGRAMA**

No.	ACTIVIDADES	TIEMPO DE APOYO													
		NOVIEMBRE 2016				DICIEMBRE 2016				ENERO 2017					
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3			
1	Selección y formulación del problema.	x													
2	Marco Teórico, Justificación, Objetivos, Metodología, Cronograma		x												
3	Elaboración del Proyecto			x											
4	Toma de muestra y Aprobación del Proyecto			x	x	x	x								
5	Acopio de la Información Bibliográfica		x	x	x	x	x								
6	Presentación de Resultados en la Investigación						x								
7	Comprobación de Objetivos						x								
8	Redacción del Informe Final						x	x							
9	Sustentación de Tesis												x		

## RECURSOS Y PRESUPUESTOS

- ❖ Marcos Alexander Chumán Herrera (Autor e investigador)
- ❖ Director /a de Tesis que me asignen

### Recursos Materiales:

- Historias Clínicas	\$ 0,00
(Hospital de Macará)	
-Material de escritorio	\$ 200,00
(Computadora, papel de impresión e impresora)	
- Biblioteca (Libros, revistas ,artículos científicos)	\$ 30,00
- Elaboración de empastado	\$ 100,00
- Derechos y aranceles	\$ 150,00
- Movilización	\$ 150,00
- Imprevistos	\$ 150,00
- Internet	\$ 150,00
- Otros	\$ 300,00
<b>Total:</b>	<b>\$ 1230,00</b>

### Financiamiento:

Los costos de la ejecución de este Proyecto de Investigación correspondiente para la obtención del título de Médicos Generales serán financiados por recursos propios del postulante.

**ANEXO 4: CERTIFICADO DE TRADUCCIÓN DEL RESUMEN**

Prof. Cecilia Mercedes Llontop Coloma

DOCENTE DEL INSTITUTO CULTURAL PERUANO NORTEAMERICANO RG

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idiomas español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: "MANEJO CORRECTO DEL PARTOGRAMA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE MACARÁ ", autoría de Marcos Alexander Chuman Herrera con número de pasaporte 5385964; egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Piura, 24 de Enero de 2017

  
ICPNA FILIAL SULLANA  
Amilgar Tacure Campos  
COORDINADOR

Prof. Cecilia Mercedes Llontop Coloma

DOCENTE DE INSTITUTO CULTURAL PERUANO NORTEAMERICANO RG

---