



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÈDICAS**

CARRERA DE OBSTETRICIA

TÍTULO:

**VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS EN EL PARTOGRAMA
PARA PREVENCIÓN DE PARTO PROLONGADO, ANTE LA DESVIACIÓN
DE LA CURVA DE ALERTA, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL
HOSPITAL MATERNO INFANTIL MATILDE HIDALGO
EN EL ÁREA DE PARTO EN EL MES DE JUNIO
DEL 2016 A NOVIEMBRE DEL 2016”**

AUTOR:

ERNESTO ESTUARDO AGUILERA POSLIGUA

TUTOR:

OBST. MARIA PALACIOS TAVARA

AÑO

2016 - 2017

GUAYAQUIL – ECUADOR



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología**



Secretaría de
Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FECHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO

“VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS EN EL PARTOGRAMA PARA PREVENCIÓN DE PARTO PROLONGADO, ANTE LA DESVIACIÓN DE LA CURVA DE ALERTA, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL MATILDE HIDALGO EN EL ÁREA DE PARTO EN EL MES DE JUNIO DEL 2016 A NOVIEMBRE DEL 2016”

AUTOR:

ERNESTO ESTUARDO AGUILERA POSLIGUA

AUTOR:

REVISORA: OBST. MARÍA PALACIOS TAVARA

INSTITUCION

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRICIA

CARRERA: OBSTETRICIA

FECHA DE PUBLICACION:

N° DE PAGINAS:

AREAS TEMATICAS: CIENCIAS MÉDICAS

PALABRAS CLAVES: Partograma, embarazo, curva de alerta, parto prolongado.

RESUMEN: El uso del partograma en las maternidades son consideradas seguras, puesto que son usados con la finalidad de disminuir en un 50% las muertes maternas en la década de los años 90, promocionando a su vez el uso de los métodos que permitieran reducir los altos índices de mortalidad materna perinatal en América Latina, y este método sería el partograma. Queda claro entonces que el parto normal al comienzo es espontáneo con bajo riesgo dentro del trabajo de parto que se extiende como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 41 completas. Después del parto, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones. El parto es un proceso fisiológico por el que un feto es expulsado del útero al mundo exterior. La presente investigación busca valorar las medidas correctivas en el partograma para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo en el área de parto en el mes de Junio del 2016 a Noviembre del 2016, para lo cual se utilizó la metodología de estudio cuantitativo donde se obtuvo un universo de 1500 parturientas, de los cuales la muestra lo componen 147 primigestas que acudieron al Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo antes mencionado, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información, obteniéndose como resultados que la resultante encontrada fue del 54%.

N° REGISTRO

N. DE CALIFICACION

DIRECCION URL: (tesis en la web)

ADJUNTO PDF:

SI:

NO:

CONTACTO CON AUTORES:

Ernesto Aguilera Posligua

TELEF:
0990603070

EMAIL:
erapo17_elidolo@hotmail.com

CONTACTO EN LA INSTITUCION:



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE OBSTÉTRICIA

TRIBUNAL EXAMINADOR

Esta tesis cuya autoría corresponde al Sr. Ernesto Estuardo Aguilera Posligua ha sido aprobada, luego de su defensa pública, por el tribunal examinador de grado nominado por la Carrera de Obstetricia como requisito parcial para optar por el título de Obstetra.

Dr. Juan Medina Cardozo, MSc
C.I. No. 0903359594

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

Obst. Ángela Macías Gaytán
C.I. No. 1201626486

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Dr. Luis Hidalgo Hidalgo, MSc.
C.I. No. 0905326773

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Melba Pinargote

SECRETARIA



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE OBSTETRÍCIA**

APROBATORIA

OBST. MARÍA PALACIOS (TUTORA DE TESIS)

En calidad de tutor de tesis, certifico haber dirigido, revisado y autorizado la impresión del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Obstetra como el tema:

“Valoración de las medidas correctivas en el partograma para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo en el área de parto en el mes de Junio del 2016 a Noviembre del 2016”

Del estudiante de Obstetricia

Ernesto Estuardo Aguilera Posligua

OBST. MARÍA PALACIOS TAVARA

Tutora de Tesis

AGRADECIMIENTO

La realización de este trabajo de investigación no hubiese sido posible sin la cooperación desinteresada de todas y cada una de las personas que a continuación citaré y muchas de las cuales han sido un soporte fundamental en momentos de angustia y desesperación.

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Agradecer hoy y siempre a mi familia porque a pesar de no estar presentes físicamente, se que procuran mi bienestar desde mi bella ciudad, Esmeraldas, y está claro que si no fuese por el esfuerzo realizado por ellos, mis estudios no hubiesen sido posible.

A mi madre, Luxiola, de una manera muy especial que a pesar de no estar presente con sus consejos, paciencia, ánimo y su gran apoyo a sido un pilar muy importante en mi formación como estudiante durante toda mi carrera ya que desde la partida de mi padre ella ha llenado ese vacío tan grande que dejó.

A mi padre Ernesto, que a pesar de no estar físicamente conmigo sé que me acompaña donde sea que se me encuentre y lo feliz que se encuentra en este momento ya que el anhelaba toda su vida ser testigo de esta etapa tan importante que estoy atravesando y gracias a su ejemplo, amor y consejos me ha formado y guiado por el camino correcto para alcanzar mi objetivo.

A mi hija Doménica, que ha sido, es y será mi gran fortaleza y motivación para seguir adelante y con sus juegos y dulcera ha sacado mis mejores sonrisas y me ha llenado de alegría olvidando por momentos toda preocupación y de gran satisfacción al saber que todo esfuerzo tiene su recompensa.

A mis Hermanos Radian y Jonel porque a pesar de la distancia, el ánimo, el amor y cariño sin ningún interés, son las personas por las cuales hoy por hoy puedo afirmar que, a pesar de haber venido solo a continuar mis estudios, jamás me he sentido así, porque ellos han estado a pasar de la distancia cada día conmigo en cada llamada durante estos años.

A Gissela, mi compañera, amiga, mi apoyo por ser la persona que ha compartido el mayor tiempo, porque en su compañía las cosas malas se convierten en buenas, la tristeza se transforma en alegría y la soledad no existe.

De igual manera mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis, la Obst. María Palacios mi más amplio agradecimiento por haberme confiado este trabajo en persona, por su paciencia ante mi inconsistencia, por su valiosa dirección y apoyo para seguir este camino de Tesis y llegar a la conclusión del mismo. Cuya experiencia y educación han sido mi fuente de motivación y de curiosidad durante estos años.

A sí mismo a la directora de la Escuela de Obstetricia, la Obst. Delia Crespo Antepara que ha sacado adelante a esta prestigiosa Escuela formadora de excelentes profesionales pero sobre todo de seres humanos de calidad, ya que una de las labores que desempeñamos es recibir con nuestras propias manos a miles de vidas.

RESUMEN

El uso del partograma en las maternidades es considerado seguro, puesto que fue usado con la finalidad de disminuir en un 50% las muertes maternas en la década de los años 90, promocionando a su vez el uso de los métodos que permitieran reducir los altos índices de mortalidad materna perinatal en América Latina. Queda claro entonces que el parto normal al comienzo es espontáneo con bajo riesgo dentro del trabajo de parto que se extiende como tal hasta el alumbramiento. La presente investigación busca valorar las medidas correctivas en el partograma para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo en el área de parto en el mes de Junio del 2016 a Noviembre del 2016, para lo cual se utilizó la metodología de estudio cuantitativo donde se obtuvo un universo de 1500 parturientas, de los cuales la muestra lo componen 147 primigestas que acudivzeron al Hospital Matilde Hidalgo de Procel en el periodo antes mencionado, se utilizaron formularios de recolección de datos, para levantar la información, obteniéndose como resultados que la resultante encontrada fue del 54%. La edad de la paciente no es de gran importancia porque al realizar un partograma a mujeres que estén en etapa de gestación, el trabajo de parto es igual en la actividad miometrial o más concretamente como el cambio en la contractilidad miometrial que va desde la contracción y que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino y por ende a través del partograma se mantendrá controlado el embarazo para evitar el parto prolongado.

PALABRAS CLAVES: Partograma, Embarazo, Curva de Alerta, Parto Prolongado.

ABSTRACT

The use of the partogram in the maternity wards is considered safe, since it was used with the purpose of reducing maternal deaths by 50% in the decade of the 90s, promoting in turn the use of methods that allowed to reduce the high indexes Perinatal maternal mortality in Latin America. It is clear that normal delivery at the start is spontaneous with low risk in labor that extends as such until delivery. The present investigation seeks to evaluate the corrective measures in the partogram for the prevention of prolonged labor, before the deviation of the alert curve, in patients who attend the Matilde Hidalgo Maternal and Child Hospital in the area of labor in the month of June From 2016 to November of 2016, for which was used the quantitative study methodology where a universe of 1500 parts was obtained, of which the sample to compose 147 primigravidae who attended the Hospital Matilde Hidalgo de Procel in the aforementioned place, Used data collection forms to collect the information, resulting in the resulting resolution of 54%. The age in this project is not of great importance and it can realize a partogram of women of different ages who are in gestation stage, therefore knows that the labor is an increase in the myometrial activity or more specifically like the change in The myometrial contractility that goes from the contraction and that results in the effacement and dilation of the cervix uterine and through effort through the birth will be controlled the pregnancy to avoid the prolonged delivery.

KEY WORDS: Partogram, Pregnancy, Alert Curve, Prolonged Delivery.

ÍNDICE

CARÁTULA	I
REPOSITORIO	II
TRIBUNAL EXAMINADOR	III
APROBATORIA	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	6
VIABILIDAD	6
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
HIPÓTESIS	7
VARIABLES DEPENDIENTES	7
VARIABLES INDEPENDIENTES.....	8
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	8
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
CAPÍTULO II.....	4
2. 1 MARCO TEÓRICO.....	11
TEORÍAS SUSTANTIVAS.....	11
EL PARTO Y LA EVOLUCIÓN DEL PARTOGRAMA.....	13
PARTO PROLONGADO: CAUSAS Y SOLUCIONES	13
¿QUÉ CAUSA PARTO PROLONGADO?	14
¿CUÁLES SON ALGUNAS SOLUCIONES?	14
PARTO PROLONGADO Y CESÁREAS	15

PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA EN PACIENTES DE LA ALTURA	16
TIPOS DE PARTOGRAMAS	17
CURVAS DEL PARTO.....	17
INTERVALOS NORMALES	18
ALTERACIONES EN EL PARTOGRAMA	18
EPIDEMIOLOGÍA	18
FINALIDAD DEL PARTOGRAMA	19
VENTAJAS DEL PARTOGRAMA.....	19
2.2 ALTERACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO	20
2.2.1 DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO	21
TIPOS DE DISTOCIA DEL TRABAJO DE PARTO	22
ALTERACIONES DE LA FASE ACTIVA	23
FASE ACTIVA PROLONGADA.....	23
2.3.2.1 CAUSAS DE LA FASE ACTIVA PROLONGADA	24
2.3.3 FASE DE DESACELERACIÓN PROLONGADA.....	25
2.3.3.1 CAUSAS DE LA FASE DE DESACELERACIÓN PROLONGADA.....	25
DESCENSO PROLONGADO DE LA PRESENTACIÓN	25
DETENCIÓN SECUNDARIA DE LA DILATACIÓN.....	27
FALLO DEL DESCENSO	28
SEGUNDA ETAPA DEL TRABAJO DE PARTO.....	30
MEDIDAS CORRECTIVAS ANTE LA PRESENCIA DE PARTO PROLONGADO	31
RUPTURA ARTIFICIAL DE MEMBRANAS (RAM).....	31
INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	32
TEST DE EVALUACIÓN DE LA MADUREZ CERVICAL	32
2.8 ÍNDICE DE BISHOP.....	32
2.8.1 PROTOCOLOS PARA EL USO DE MISOPROSTOL.....	33
CRITERIO DEL AUTOR	35

FUNDAMENTACIÓN LEGAL	36
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	39
CAPÍTULO III.....	40
3. MATERIALES Y MÉTODOS	40
LOCALIZACIÓN	40
CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	40
PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	41
UNIVERSO.....	42
MUESTRA.....	42
4 MÉTODOS.....	43
.-TIPO DE INVESTIGACIÓN	43
.-DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	43
.-PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	43
5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	44
5.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	44
5.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	45
6.- ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	45
7.- PRESUPUESTO	45
8. CRONOGRAMA.....	45
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
BIBLIOGRAFÍA	64
ANEXOS	67

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1.- Parto	46
Cuadro N° 2.- Medidas Correctivas	47
Cuadro N° 3.- Nivel Socioeconómico	48
Cuadro N° 4.- Medidas Correctivas Utilizadas	49
Cuadro N° 5.- Población Estudiada	50
Cuadro N° 6.- Nivel de Instrucción	51
Cuadro N° 7.- Etnia	52
Cuadro N° 8.- Ocupación	53
Cuadro N° 9.- Lugar de Residencia	54
Cuadro N° 10.- Edad	55
Cuadro N° 11.- Paridad	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1.- Parto	46
Gráfico N° 2.- Medidas Correctivas	47
Gráfico N° 3.- Nivel Socioeconómico	48
Gráfico N° 4.- Medidas Correctivas Utilizadas	49
Gráfico N° 5.- Población Estudiada	50
Gráfico N° 6.- Nivel de Instrucción	51
Gráfico N° 7.- Etnia	52
Gráfico N° 8.- Ocupación	53
Gráfico N° 9.- Lugar de Residencia	54
Gráfico N° 10.- Edad	55
Gráfico N° 11.- Paridad	56

ANEXOS DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1.- Ubicación del Hospital Matilde Hidalgo de Procel	66
Gráfico N° 2.- Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación	66
Gráfico N° 3.- Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.	67
Gráfico N° 4.- Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.	67
Gráfico N° 5.- Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.	67
Gráfico N° 6.- Construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.	68
Gráfico 7.- Gráfica que representa el área de la zona de alerta y la elaboración de una nueva curva de alerta cuando se presenta condiciones que cambian el progreso de la misma.	68
Gráfico 25: Partograma	69

ANEXOS DE CUADROS

Cuadro N° 1.- Presupuesto	70
Cuadro N° 2.- Cronograma de Actividades	70
Cuadro N° 3.- Operacionalización de las Variables	71
Cuadro N° 4.- Partograma	72

INTRODUCCIÓN

En este trabajo de investigación se hace hincapié en cuanto al trabajo del parto ya que es un proceso fisiológico secuencial de borramiento y dilatación del cuello uterino en progreso habitual, pero en diversas circunstancias desfavorables pueden terminar por cesárea, aumentando índices de morbilidad y mortalidad materna neonatal, es así que la cesárea se ha posicionado como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso desde mediados de los ochenta, como estándar, para los nacimientos por cesárea la cifra del 15%, a pesar de esta recomendación, los nacimientos quirúrgicos han incrementado de manera notable en los últimos años en casi todos los países de ingreso alto y medio.

La OMS y El Banco Mundial patrocina el uso del partograma para que las maternidades sean seguras, con la finalidad de disminuir en un 50% las muertes maternas en la década de los años 90, promocionando a su vez el uso de los métodos que permitieran reducir los altos índices de mortalidad materno perinatal en América Latina, actualmente el uso del mismo está generalizado y está ampliamente aceptado. Hoy en día los partogramas son útiles en ámbitos con acceso más limitado a los recursos de asistencia sanitaria, ya que estudios realizados en México y África mostraron cierta reducción de cesáreas con el uso del partograma y la intervención temprana para el progreso retrasado del trabajo de parto. El trabajo de parto es un aumento en la actividad miometrial o más concretamente como el cambio en la contractilidad miometrial que va desde la contracción y que resulta en el borramiento y dilatación del cérvix uterino.

Si evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, se denomina normal o eutócico; si durante el parto ocurriera alguna alteración se lo considera distócico. La cesárea es una operación abdominal frecuente para el parto quirúrgico de un feto y la placenta.

Por lo general, la cesárea es la intervención quirúrgica obstétrica más común y hoy en día muy utilizada, pues se emplea cuando el trabajo de parto está contraindicado, o cuando es poco probable que el parto vaginal finalice de forma segura o en un periodo de tiempo necesario para prevenir el desarrollo de morbilidad fetal o materna.

Hay que tener en cuenta que casi todas las mujeres corren un riesgo de 5 – 7 veces más complicaciones con una operación cesárea en comparación con un parto vaginal, las complicaciones durante y después de una cirugía incluyen: lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos, hemorragias. Estudios comparativos entre cesáreas programadas y cesáreas por motivos inherentes al bebé o producto con nacimientos por vía vaginal han encontrado que un 50% de los valores de APGAR son muy bajos y requieren frecuentemente cinco veces más asistencia respiratoria y cinco veces más frecuentes son admitidos a cuidados intermedios o intensivos neonatales.

El partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo tienen tres secciones diferenciadas donde se ingresan las observaciones sobre el estado materno, el estado fetal y el progreso del trabajo de parto; esta última sección ayuda en la detección del trabajo prolongado. La detección del trabajo de parto prolongado es importante, ya que tanto la hemorragia posparto como la infección son más frecuentes en las pacientes con trabajos de parto prolongados.

Uno de los principales objetivos del partograma es disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto, instruyendo al personal médico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto que permite diagnosticar el parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna y así reducir el índice de cesáreas y la asfixia al nacimiento, así como sus futuras secuelas ya que su uso puede permitir una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones en caso necesario, evitando la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.

En el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel a diario asisten pacientes gestantes en labor de parto, el objetivo principal fue evaluar si la correcta utilización del partograma disminuye las cesáreas innecesarias.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación realizada indica sin duda alguna que es viable puesto que fue factible realizarlo dentro de las instalaciones del Hospital Matilde Hidalgo de Procel gracias al apoyo de los doctores y directivos que la conforman.

Los internos del Hospital indicaron que el parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad que existe para definir su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Es considerado un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, suelen presentarse complicaciones por no dar la importancia adecuada al uso del partograma o no tomar las decisiones oportunas al momento de la desviación de las curvas de alerta.

Es de manera importante y relevante el uso del partograma para el monitoreo de todas las mujeres durante el trabajo de parto muy utilizado en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Es muy utilizado debido a su eficacia, y que da una representación gráfica del avance del trabajo de parto así como del estado de la madre y del feto, es la forma más efectiva para detectar a tiempo el trabajo de parto prolongado u obstruido, de igual forma apoya la toma de decisiones informada para el manejo del parto.

El partograma recopila información sobre distintas variables fisiológicas de la madre y el feto durante la labor y el parto. Este instrumento permite controlar: la condición materna, condición fetal y el progreso del trabajo de parto.

La mayor importancia se da en la interpretación de estos componentes lo que viene a repercutir directamente en la calidad de atención de las pacientes y en la mejoría de los resultados perinatales tales como disminución del índice de cesárea y porcentaje de asfixia al nacer.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, a través de la Dirección Nacional de Normalización implementó hace algunos años un proceso colaborativo de mejora continua de la calidad de la atención obstétrica y neonatal esencial, con 65 y 70 unidades de salud.

Actualmente la mayoría de los hospitales cantonales de 11 provincias del país, han establecido equipos que ayuden a medir y mejorar la atención a madres y recién nacidos.

El Ministerio de Salud Pública con el nuevo equipamiento que el gobierno facilitó ha logrado avances importantes en estas unidades, tales como la implementación del uso regular y obligatorio del partograma, la introducción del manejo activo de la tercera etapa del parto, la mejora de la atención prenatal y del puerperio inmediato, entre muchos otros.

1.1.2 VIABILIDAD

Este estudio es viable por ser de interés de la institución para identificar de manera oportuna cualquier anormalidad durante el trabajo de parto, tenemos las autorizaciones correspondientes para que se investigue y que en la actualidad estoy laborando como interna de esta casa de salud su desarrollo se hará más factible.

Se recopiló información bibliográfica, trabajos realizados por otros egresadas, estudios estadísticos y casos reales que se han presentados dentro del Hospital Matilde Hidalgo de Procel para profundizar el uso del partograma que no es nada más que la valoración de las medidas correctivas para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta.

Para ello se clasificaron los síntomas que presentaba cada paciente de acuerdo a la edad. Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo. Esta investigación se realizó en el Hospital Materno Infantil “Dra. Matilde Hidalgo de Procel” en 147 pacientes adolescentes entre las fechas de Junio a Noviembre del 2016.

1.2 FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la valoración de las medidas correctivas en el partograma para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al hospital materno infantil Matilde Hidalgo de Procel de Junio a Noviembre del 2016.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Determinar el grado de utilidad del partograma en la vigilancia del parto.
- ❖ Establecer las medidas correctivas ante la detección de desviaciones de la labor.
- ❖ Identificar los factores socioculturales que se relacionan con la desviación de curva de alerta en las mujeres de nuestro estudio.
- ❖ Determinar las medidas correctivas predominantes del partograma que afectan la curva de alerta.

1.3 HIPÓTESIS

Las amenazas de partos prolongados en las embarazadas que asisten diariamente al área de parto del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel son por falta valoración de las medidas correctivas en el partograma ante la desviación de la curva de alerta.

1.4 VARIABLES

1.4.1 VARIABLES DEPENDIENTES

- Inicio de la aplicación del partograma
- Curva de alerta
- Edad gestacional
- Factores socio económicos
- Curva real

1.4.2 VARIABLES INDEPENDIENTES

- Fase activa de la labor de parto
- Desviación de la curva de alerta
- Alteraciones del trabajo de parto
- Parto normal
- Cesárea

1.5 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Campo: Médico

Área: Ginecológica

Aspecto: Partograma

Tema: Valoración de las medidas correctivas en el partograma para prevención de parto prolongado, ante la desviación de la curva de alerta, en pacientes que acuden al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo en el área de parto en el mes de Junio del 2016 a Noviembre del 2016.

1.6 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué incidencia tendrá el uso de medidas correctivas ante la desviación de la curva de alerta del partograma, en la prevención del parto prolongado en las usuarias que acuden al Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el periodo de Junio a Noviembre del 20016?

1.7 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo se justifica en el problema que se presenta a diario en mujeres primíparas en su primera labor de parto y por ende el partograma constituye un recurso eficaz en la atención del mismo a nivel hospitalario, permitiendo atender de manera oportuna cualquier anomalía, y representa una herramienta básica que garantiza una maternidad segura.

La distocia, es también conocida como parto anormal, es el diagnóstico más común con el que se enfrenta el personal del salud del Hospital Matilde Hidalgo de Procel que asiste a mujeres en trabajo de parto, en la cual la falta de descenso y la falla en la dilatación son las razones más frecuentes por lo que el personal de salud que asiste al binomio materno perinatal debe conocer el instrumento, capacitarse con ejercicios y talleres e identificar sus componentes, las virtudes que presenta y conocer los momentos difíciles en su elaboración, con el fin de resolver dudas y aprender en la práctica. Además, el instrumento debe ser utilizado como recurso en el análisis de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

De acuerdo a los estudios anuales se estima que a nivel mundial mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo, una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado, asociado a la desproporción céfalo-pélvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y secuelas en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos.

Esta investigación permitió indagar y profundizar las causas que inciden en el parto prolongado y la desviación de la curva de alerta del partograma ya que el 90% de los neonatos con encefalopatía hipoxia isquémica obedece a complicaciones del trabajo de parto, y en gran medida se asocian con registro histórico inadecuado o inexistente de los procesos ocurridos durante el proceso que permita aprender el evento adverso.

En la actualidad el partograma se está usando en muchas unidades de maternidad para manejar el trabajo de parto (por ejemplo, el partograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP). Independientemente de cuál sea el que se elija, se debe utilizar un partograma que sirva de ayuda para tomar las decisiones relacionadas con el manejo del trabajo de parto. Finalmente, este instrumento se ha convertido en una herramienta para mejorar los procesos de atención y controlar los eventos adversos, a partir de los cuales el sistema de salud y de prestación de servicios puede mejorar la atención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. TEORÍAS SUSTANTIVAS

El partograma es un sistema de vigilancia con límites de alerta para prevenir el parto prolongado. El mismo que registra el progreso de la dilatación cervical y la altura de presentación en función del tiempo.

En otras palabras el partograma no es otra cosa que un análisis gráfico, es decir una técnica simple para organizar la información obtenida del examen físico en un formato de fácil interpretación y con valor predictivo. Al comparar cada una de las características de un trabajo de parto individual con los límites de normalidad obtenidos en grandes poblaciones, se puede prever un trabajo de parto disfuncional. La interpretación de la curva del partograma se facilita cuando la información relevante está disponible en el gráfico ya se observaría el uso de oxitocina, ruptura artificial de membranas o cambios en la posición fetal. Estas curvas son solo descriptivas y no identifican la etiología de la anormalidad del trabajo de parto. (Botero, 2015)

En el año de 1974, el primer partograma en uso se presentó en el Perú, el mismo que registró de manera gráfica la labor de parto y la manera de enfocar las diferentes anomalías que el trazado presentara; con el pasar del tiempo se obtuvo experiencia en su uso así como la gran utilidad de ella, para darle a nuestros obstetras información segura de cómo actuar de acuerdo a las diferentes curvas, llevando a otros Hospitales del país el partograma y es así como se dio a conocer a nivel mundial. (Botero, 2015)

El partograma permite graficar toda la evolución del trabajo de parto, no solo en cuanto a dilatación de cérvix y descenso de la cabeza fetal, sino también a todas las otras variables conexas a ella, como es la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, la frecuencia cardíaca fetal y materna, presión arterial, líquidos y tratamientos administrados. Lo antes mencionado graficado en una sola hoja, que permite, darnos una idea cabal de lo que está ocurriendo con esa labor de parto. (Botero, 2015)

La historia del partograma surge en el Hospital Regional Docente de Trujillo, desde su creación hasta la actualidad y cuya difusión y correcta aplicación podría permitir, entre otras cosas, dos hechos importantes: disminuir la demanda de cesáreas y disminuir el sufrimiento fetal intraparto. No cabe duda que el partograma es una evolución y según estudios el partograma posee una estrecha relación con la anatomía y la fisiología. (Consejo Nacional de Salud, 2015)

Según autores han catalogado al partograma de la siguiente manera:

(OMS, 2014) “Es la representación grafica en un plano cartesiano de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto.” (p.78)

Queda claro entonces que el partograma no es otra cosa que una representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto. Las mediciones relevantes que se incluyen en el partograma pueden incluir estadísticas como la dilatación cervical en el tiempo, la frecuencia cardíaca fetal y los signos vitales de la madre. (Rodriguez, 2012)

2.1.1 EL PARTO Y LA EVOLUCIÓN DEL PARTOGRAMA

En el año de 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. El mismo que dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en las nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y de duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. (Rodríguez, 2012)

El autor trató a las pacientes con mederol y posteriormente utilizó oxitocina que es un tratamiento muy convencional en las que persistían en fase latente prolongada. La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados maternoperinatales ejerce una influencia desfavorable. (Cunningham F, 2014)

2.1.2 PARTO PROLONGADO: CAUSAS Y SOLUCIONES

Es también conocido como falta de progreso o embarazo prolongado, se produce cuando el parto dura aproximadamente 20 horas o más si eres por primera vez madre, y 14 horas o más si usted previamente ha tenido otro hijo. Una fase latente prolongada ocurre durante la primera etapa del parto. Puede ser agotado y emocionalmente drenado, pero conduce a complicaciones muy raramente. (Danfort, 2016)

Sin embargo, parto prolongado durante la fase activa de parto, puede ser motivo de preocupación. Si usted experimenta falta de progreso, su médico comenzará a ejecutar las pruebas para determinar la causa. (De Mucio, 2013)

2.1.2.1;QUE CAUSA PARTO PROLONGADO?

Hay un número de causas posibles de parto prolongado. Durante la fase latente, lento borramiento del cuello uterino puede causar que aumente el tiempo de parto. Durante la fase activa, si el bebé es demasiado grande y el canal de parto es demasiado pequeño, o la pelvis de la mujer es demasiado pequeña, la entrega puede durar o no progresar. (Hena, 2015)

Cargando múltiples también puede conducir un parto prolongado, como contracciones uterinas débiles, o una posición incorrecta del bebé. Estudios también conectan el parto prolongado o la falta de progreso a factores psicológicos, tales como preocupación, tensión o miedo. Adicionalmente, ciertos medicamentos para el dolor pueden ralentizar o debilitar sus contracciones. (Hena, 2015)

2.1.2.2;CUÁLES SON ALGUNAS SOLUCIONES?

Aunque algunas de las causas del parto prolongado pueden requerir intervención médica, hay algunos pasos que puede tomar para facilitar su camino. (Franco, 2014)

Si son incapaces de progresar durante la fase latente, lo mejor es relajarse y esperar mientras madura el cuello del útero. (Franco, 2014)

Tome un paseo, duerma o tome un baño caliente. Si los medicamentos están retardando sus contracciones, puede ser que necesite simplemente esperar hasta que se

limpie su cuerpo. A veces cambiando posiciones puede ayudar en el proceso; Acuéstese sobre su otro lado, párese a pie o en cuclillas. (Franco, 2014)

2.1.2.3PARTO PROLONGADO Y CESÁREAS

También se llama una cesárea, la cesárea puede ser la respuesta a varios de los temas que causan parto prolongado. Casi un tercio de las cesáreas se realizan debido a la falta de progreso. Si su bebé se da vuelta al revés, la cabeza es demasiado grande para caber a través de la pelvis, o la cabeza del bebé está en la posición incorrecta, una cesárea puede ser la mejor opción para evitar complicaciones. (Solórzano, 2014)

Las cesáreas también son muy comunes para el nacimiento de múltiplos. Casi la mitad de los nacimientos de gemelos se realiza a través de cesárea, mientras que aproximadamente 90% de los trillizos nacen mediante cesárea. Aunque la cesárea es una cirugía mayor, y existen riesgos asociados con el procedimiento, se considera bastante segura. (Solórzano, 2014)

Este procedimiento es hecho más a menudo para prevenir complicaciones más serias del nacimiento, y se considera generalmente vale la pena el riesgo para evitar más problemas laborales críticas. (Franco, 2014)

2.1.2.4PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA EN PACIENTES DE LA ALTURA

Philpott, durante su trabajo en Salisbury (Rhodesia), quien dio el paso más sencillo y revolucionario al crear un registro integral del parto en una sola hoja, estableciendo una línea de alerta y posteriormente una línea de acción, con el propósito

de ayudar a las parteras a vigilar el parto en regiones apartadas y decidir cuándo trasladar a sus pacientes. (Castro, 2013)

Este método fue adoptado y estudiado por diversas instituciones. Es así que la OMS publica un modelo de partograma elaborado por un grupo de trabajo, que lo desarrolla en base a este control gráfico de Philpott. En este documento se define que el partograma no sólo es un hecho descriptivo de un fenómeno biológico, sino una tecnología que permite el cuidado adecuado de la madre y el niño y contribuye así a la reducción de las tasas de cesáreas. (Castro, 2013)

Definitivamente, al usar el partograma como método de monitoreo se consigue establecer un sistema de trabajo seguro para aquellos que presten servicios de salud y beneficios para aquellos que lo reciben, en este caso, el binomio madre – hijo. (Kennth, 2014)

Los partogramas han sido modificados para un mejor manejo y entendimiento. Su uso y su fácil implementación hacen que sea adecuado para la investigación y la docencia. (Kennth, 2014)

Recientemente, el Centro Latinoamericano de Perinología (CLAP)²² aporta el Partograma con Curvas de Alerta para el trabajo de parto de nulíparas y multíparas, en donde se incluye valores de progresión pre-establecidos para diferentes condiciones maternas y obstétricas, garantizando así un sistema de trabajo más fácil y seguro para la obtención de buenos resultados en la morbi-mortalidad maternoperinata. (Kennth, 2014)

2.1.3 TIPOS DE PARTOGRAMAS

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los partogramas desarrollados por Emmanuel Friedman, Philpott y Schwarcz, la mayoría de los cuales indican la misma vía del parto y presentan una eficacia similar en la asistencia clínica del trabajo de parto. (Hasbún, 2012)

El modelo básico es creado por organismos como el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de programas de reducción de mortalidad materna e infantil en países del tercer mundo. (Huidobro, 2012)

2.1.4 CURVAS DEL PARTO

El modelo básico de un partograma está centrado en un papel cuadriculado en el que se construyen gráficas curvas del trabajo de parto. (OMS, 2014)

En la escala vertical izquierda se listan en centímetros la dilatación cervical, desde el 0 hasta el 10. En el eje horizontal inferior se indican las horas transcurridas desde el inicio del trabajo de parto. En el eje vertical derecho se suele poner la altura de la presentación fetal, sorteada en orden descendente, por lo general basado en los planos de Hodge. (Mendoza, 1976)

La curva del parto suele tener una pendiente mayor en las multíparas mientras que las primigestas tienden a ser curvas más planas. El 90% de los partos suelen seguir los patrones establecidos en la curva del parto normal y predice el momento en el que la intervención médica debe actuar para prevenir la distocia y el estrés fetal y el riesgo materno. (Mendoza, 1976)

2.1.5 INTERVALOS NORMALES

En el 90% de los partos vaginales, la duración desde la dilatación del cuello uterino que inicia la fase activa del primer período del parto (4 cm de dilatación) hasta que alcance los 9-10 cm de dilatación completa es de 2,5 horas en multíparas y aproximadamente 4,5 horas en nulíparas. Por su parte, el descenso de la cabeza fetal suele ocurrir cuando la dilatación del cuello uterino ha alcanzado el 80% o 8 cm. (Mendoza, 1976)

2.1.6 ALTERACIONES EN EL PARTOGRAMA

La duración anormal del trabajo de parto aumenta considerablemente la morbilidad y mortalidad infantil y materna. (Mendoza, 1976)

La OMS plantea que después de 8 horas de trabajo de parto en la fase latente que es la fase que le antecede al nacimiento del producto se debe considerar el parto como prolongado, si no ha ocurrido naturalmente, se debe realizar la rotura artificial de membranas (RAM) y administrar oxitocina.

Si la paciente no pasa a la fase activa o segunda fase del parto natural, se debe realizar un parto por cesárea. (Mendoza, 1976)

2.1.7 EPIDEMIOLOGÍA

El parto prolongado es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo de parto. Su diagnóstico es clínico. El tratamiento se lo realiza con oxitocina, parto vaginal operatorio o cesárea. Una vez que el cuello se dilata ≥ 4 cm, en general se produce un trabajo de parto activo. De acuerdo a estudios realizados

en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel hay un número de pacientes considerables con estas complicaciones al momento del parto. (Mendoza, 1976)

Estudios revelan que el 56% de las mujeres presentan complicaciones durante el proceso del parto. (Mendoza, 1976)

2.1.8 FINALIDAD DEL PARTOGRAMA

2.1.8.1 Disminuir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto.

(Ruíz, 2014)

2.1.8.2 Facilitar al personal médico y obstetras de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.

(Ruíz, 2014)

2.1.8.3 Prevenir el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna. (Ruíz, 2014)

2.1.8.4 Reducir el índice de cesáreas y la asfixia al nacer, así como sus secuelas.

(Ruíz, 2014)

2.1.9 VENTAJAS DEL PARTOGRAMA

- Garantiza un monitoreo con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y sus consecuencias. Explica los altos índices de cesárea en varios hospitales.
- Predice precozmente la rotura uterina.
- Facilita archivar y computar los datos.
- Constituye un método de lenguaje universal.

- Es económico y asequible.

(Friedman, 1954) “miles de mujeres con trabajo de parto normal y anormal mediante examen en serie del cérvix para definir la tasa esperada de avance y detectar patrones que puedan indicar un trabajo de parto irregular” (p.56)

Según Friedman en la cita expuesta indica que las características clínicas de las contracciones uterinas, es decir frecuencia, intensidad y duración, no pueden ser consideradas como indicadores confiables de la progresión ni de la normalidad del trabajo de parto.

2.2 ALTERACIONES EN EL TRABAJO DE PARTO

(Graham, 2016) Cuando la labor del parto demora más de lo normal, aumenta de manera considerable tanto la morbilidad y la mortalidad infantil y materna. La Organización Mundial de la Salud decretó que después de 8 horas de trabajo de parto en fase latente, se debe considerar el parto como prolongado, si no ha ocurrido naturalmente, se debe realizar la ruptura artificial de membranas, y administrar oxitocina. Si la paciente no pasa a la fase activa, obligatoriamente se debe realizar un parto por cesárea.

(Graham, 2016) En cuanto a la línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza

a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso.

(Graham, 2016) Es de gran importancia corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con oxitócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas o la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. Caso contrario, permitir que la curva de dilatación cervical para que la misma continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

2.2.1 DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS DISTOCIAS DEL TRABAJO DE PARTO

Como se ha venido mencionando anteriormente algunos autores y centros hospitalarios se han visto obligados a implementar el uso del partograma para el diagnóstico y control de las anomalías que se presentan en el parto. (Graham, 2016)

Aunque en la literatura universal esta práctica no es formalmente reconocida, sin embargo, su uso es recomendado por razones de uniformar criterios, ahorro en la descripción, facilidad de variables, facilidad en establecer el diagnóstico y facilidad para el proceso posterior de revisión.

Hoy en día el parto en fase latente y fase activa se define de la siguiente manera:

2.2.1.1 La fase latente.- Es el tiempo transcurrido de las contracciones uterinas perceptibles y la presencia de un cuello borrado y dilatado hasta los 3 cm de dilatación, con actividad uterina irregular y leve.

2.2.1.2 La fase activa.- Corresponde a la presencia de actividad uterina regular e intensa y dilatación del cuello mayor a 4 cm. y descenso de la presentación fetal.

(Hornteins, 2016) estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular, aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada. La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados materno-perinatales ejerce una influencia desfavorable.

2.3 TIPOS DE DISTOCIA DEL TRABAJO DE PARTO

Según estudios realizados esta patología oscila entre 0.3% y el 4.2% de las pacientes. La importancia de este diagnóstico es descartar un falso trabajo de parto.

En las multíparas es el falso el trabajo de parto y en nulíparas un inicio de trabajo de parto con cuello inmaduro existiendo dos opciones terapéuticas, hacer

descansar a la paciente en la unidad de hospitalización, sin intervención, o efectuar aceleración oxitócica.

2.3.1 Alteraciones de la Fase Activa

A. Comportamiento anormal por prolongación

- ❖ Fase activa de la dilatación prolongada
- ❖ Fase de desaceleración prolongada
- ❖ Descenso prolongado de la presentación

B. Comportamiento anormal por detención

- ❖ Detención secundaria de la dilatación
- ❖ Detención del descenso
- ❖ Fallo del descenso

2.3.2 Fase activa prolongada

Para el buen seguimiento del trabajo de parto y el diagnóstico de fase activa es indispensable el seguimiento gráfico del mismo. Actualmente en el mundo se han realizado más de 200 tipos de partogramas, con la finalidad de buscar una mejor forma de seguimiento del trabajo de parto y de diagnóstico de las desviaciones presentadas.

En cuanto a la fase activa prolongada se define como la más frecuente de las distocias de fase activa, puesto que se caracteriza por un progreso de la dilatación menor de 1,2 cm/hora en las multíparas y de 1,5 cm/hora en nulíparas. Se asocia con frecuencia a la distocia de fase latente por lo que la fase latente prolongada puede ser considerada un parto disfuncional primario. (Bayas, 2012)

Es muy frecuente que la prolongación de la fase activa se asocie a detención secundaria de la dilatación. En estos casos, teniendo en cuenta el elevado riesgo, resulta necesario establecer una vigilancia fetal intraparto, donde es indispensable la monitorización electrónica y su correcta interpretación. (Bayas, 2012)

2.3.2.1 Causas de la Fase Activa Prolongada

- 2.3.2.1.1 Disminución del factor potencia (hipodinamia)
- 2.3.2.1.2 Variedades de posición transversa o posterior
- 2.3.2.1.3 Desproporción céfalo-pélvica (DCP)
- 2.3.2.1.4 Anestesia epidural

Debe descartarse generalmente la presencia de una desproporción céfalo-pélvica por las complicaciones graves que puede ocasionar en la madre y el feto. Una vez excluida esta causa se evalúa la alteración de la actividad uterina y si se relaciona con una distocia mecánica. Si la dinámica está disminuida (hipo dinámica) que se corresponde con un trabajo de parto menor de 100 Unidades Montevideo en 10 min., puede evaluarse el uso de medicación útero estimulante y ruptura artificial de membranas. (Bayas, 2012)

Ante una dinámica uterina adecuada se puede indicar anestesia epidural y de ser necesario la aceleración oxitócica. Siempre cerciorarse de que la dilatación sea 4 cm. para definir esta conducta. La respuesta a la oxitocina en estos casos puede ser efectiva con dosis máximas de 8 mil unidades por minuto (mUI/min).

2.3.3 Fase de desaceleración prolongada

De acuerdo a Friedman esta fase dura en promedio 1 hora en la nulípara y 15 minutos en la multípara. La anormalidad de esta fase se diagnostica cuando dura más de 3 horas en la nulípara y más de 1 hora en la multípara. En el 80% de los casos está asociada a una fase activa enlentecida y/o una falla del descenso de la presentación. (Bayas, 2012)

2.3.3.1 Causas de la Fase de desaceleración Prolongada

- 2.3.3.1.1 Desproporción céfalo- pélvica
- 2.3.3.1.2 Contracciones uterinas inadecuadas
- 2.3.3.1.3 Mal posición de la cabeza fetal

2.3.3.2 Manejo

Es recomendable buscar la causa, especialmente la desproporción cefalopélvica (DCP). Ésta es más frecuente si el cese del descenso ocurre en estadio más alto. Si se descarta desproporción céfalo-pélvica, debe indicarse aceleración oxitócica monitorizada por un lapso de 3 horas y reevaluación. Si no hay modificación debe procederse parto por cesárea.

2.4 Descenso prolongado de la presentación

El descenso prolongado se plantea cuando el mismo es menor de 1 cm. por hora en nulíparas o de 2 cm. por hora en multíparas en la fase máxima del descenso. En las nulíparas, la penetración de la presentación puede producirse antes del comienzo del trabajo de parto y el descenso se reanudará al final del trabajo de parto. En otras

pacientes nulíparas hay penetración antes del inicio del trabajo de parto. Este podría iniciarse con la expresión clínica de un descenso prolongado. La ganancia normal del descenso en nulíparas es de 3.3cm/hora y en multíparas es de 6 cm/hora.

2.4.1 Diagnóstico

Es recomendable realizar 2 exámenes vaginales pero por separado, por 1 hora como mínimo de diferencia. Una evaluación más completa puede ser en dos horas de observación con 3 exámenes vaginales.

2.4.1.1 Causas

- 2.4.1.1.1 Desproporción céfalo-pélvica
- 2.4.1.1.2 Macrosomía fetal
- 2.4.1.1.3 Malas posiciones fetales
- 2.4.1.1.4 Anestesia epidural
- 2.4.1.1.5 Administración de sedantes
- 2.4.1.1.6 Disminución de fuerzas expulsivas

2.4.1.2 Manejo

Descartar desproporción céfalo-pélvica (DCP), diagnosticar macrosomía, que puede expresarse en la clínica como distocia de tránsito por la dificultad de paso del cilindro fetal por el canal. Si no hay evidencia de desproporción céfalo-pélvica (DCP) puede hacerse uso de oxitocina. En la mayoría de estos casos, aun cuando la evolución sea favorable, el descenso es lento.

La conducta dependerá mucho del estado del bienestar fetal mediante monitorización. En estas circunstancias la de ambulación y posición de pie, favorecerán el descenso. En el grupo donde no haya progresión se impone la operación cesárea, 65% tendrán parto vaginal y algunos requieren instrumentación.

2.5 Detención secundaria de la dilatación

Esta entidad se diagnostica cuando no se produce dilatación durante 2 o más horas en la fase activa. Con frecuencia se asocia a un aumento del sufrimiento fetal y al incremento de la operación cesárea. Una vez diagnosticada, necesita seguimiento de la frecuencia cardíaca fetal con monitoreo o seguimiento intensivo clínico cada 15 minutos.

2.5.1 Causas:

2.5.1.1 Desproporción céfalo-pélvica

2.5.1.2 Disminución del factor potencia (hipodinamia)

2.5.1.3 Variedades de posición transversa o posterior

Puede observarse que las causas etiológicas son las mismas y la diferencia radica en la distribución por frecuencia. La detención secundaria de la dilatación se relaciona con desproporción céfalo-pélvica en 20 - 50 % de los casos y la presencia de este tipo de distocia en los primeros estadios se relaciona con más fuerza con desproporción cefalopélvica.

Cuando hay contracciones uterinas ineficaces, con pérdida de marcapaso miometrial dominante, con expresión de dos marcapasos que descargan impulsos de forma independiente con contracciones no coordinadas.

Descartada la desproporción céfalo-pélvica un número importante resuelve con aceleración oxitócica; sin embargo, hay que recordar que una paciente en fase activa con detención del progreso de la dilatación y con una pelvis normal, puede tener dinámica uterina adecuada. Existe el consenso de considerar 3 horas como el plazo adecuado para la reevaluación de estas pacientes. Si la detención se comporta como refractaria, la opción será la operación cesárea.

2.6 Detención o cese del descenso

Se presenta cuando en el segundo período del trabajo de parto no se produce descenso del feto en el intervalo de 1 hora.

2.6.1 Causas:

- 2.6.1.1 Desproporción céfalo-pélvica: Se presenta en 50 % de las nulíparas y en 25 % de multíparas
- 2.6.1.2 Disminución del factor potencia
- 2.6.1.3 Mala posición fetal
- 2.6.1.4 Asinclitismo
- 2.6.1.5 Analgesia eperidural

2.6.2 Manejo:

- 2.6.2.1 Definir los factores etiológicos

2.6.2.2 Descartar desproporción céfalo-pélvica. En este caso realizar cesárea.

Cuando el cese del descenso ocurre en estadios más altos es más probable la desproporción céfalo pélvica. Aquí hay que tener cuidado de hacer el diagnóstico adecuado de bolsa cero-sanguínea y no confundir el nivel de la presentación.

Cuando se descarta la desproporción céfalo-pélvica puede hacerse la aceleración con oxitocina, con la precaución de un seguimiento estricto bajo monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF).

La morbilidad se ve aumentada por sufrimiento fetal, así como distocia de hombro en el período expulsivo y hemorragia posparto relacionada con atonía y lesiones de continuidad. Todo esto lleva a mayor intervencionismo y puede poner en peligro la vida de la madre.

2.6.3 Fallo del descenso

Puede tener una frecuencia entre un 3 – 4 %. En el segundo período debe existir un descenso activo; sin embargo, en este tipo de distocia se evidencia un fallo del descenso en la fase de pendiente máxima, donde comienza el descenso en muchas nulíparas, en fase de desaceleración así como en el segundo período, por eso debe denominarse fallo del descenso y por lo general responde a una desproporción céfalo-pélvica.

Puede presentarse con signos de lucha expresado por alteración de la dinámica uterina por exceso y con malos resultados perinatales. En ocasiones puede representar una desproporción céfalo-pélvica absoluta.

2.6.3.1 Diagnóstico:

Ausencia de descenso entre 2 exámenes vaginales de una hora, en la segunda etapa del parto, en ausencia de hipodinamia. Puede asociarse a detención secundaria de la dilatación o a prolongación de fase activa.

2.6.3.2 Causas:

2.6.3.2.1 Desproporción céfalo-pélvica

2.6.3.3 Manejo:

2.6.3.3.1 Cesárea

2.7 Segunda etapa del trabajo de parto

No existe consenso acerca de cuanto es el tiempo máximo que debe darse a la parturienta en período expulsivo. Se estima que la duración en multíparas es de 60 min. y en nulíparas entre 90 - 120 min.

La tendencia es que mientras el feto tolere bien el estrés de la segunda fase y mantenga bienestar fetal, con cierto avance, aunque lento, no hay indicación para terminar, no importa el tiempo acumulativo del pujo.

Las pacientes con meconio o con cardiotocografía (CTG) sospechosa o patológica son la excepción a lo antes señalado. Una recomendación adecuada es no hacer pujar a la paciente hasta que la presentación esté encajada en III plano de Hodge.

Es importante pasar a la paciente a la sala de partos en el momento apropiado. Un período de 10 min. Se considera adecuado. Cuando no sucede así se produce inseguridad y ansiedad en la parturienta que contribuye negativamente en el resultado final. En estos casos podrá aparecer un período expulsivo detenido y el parto de prueba será la opción y si fracasa entonces, se hará cesárea.

2.7.1 Medidas correctivas ante la presencia de parto prolongado.

Algunas de las modalidades para desencadenar el parto requieren de una atención adecuada para lograr el mismo con un mínimo de riesgo, según lo establece la obstetricia practicada en nuestro tiempo.

2.7.2 Ruptura artificial de membranas (RAM)

Como es de conocimiento general la ruptura artificial de membranas ha sido utilizada por los obstetras durante décadas para acortar el trabajo de parto. La manipulación del polo inferior de las membranas produce liberación de prostaglandinas que facilitarían el borramiento y dilatación cervical generando además, un aumento de la intensidad y frecuencia de la dinámica uterina.

Al realizar la ruptura artificial de membranas debe cumplirse con algunas condiciones, como son: presentación cefálica encajada, dilatación cervical mayor a 4 cm. y ausencia de cordón umbilical delante de la presentación. Una de las complicaciones derivadas de la ruptura artificial de membranas es el prolapso de cordón, generalmente secundario a una ruptura artificial de membranas con una presentación no encajada.

La ruptura artificial de membranas también ha sido utilizada como un método de la evaluación de la unidad feto placentaria intraparto, ya que permite la visualización de líquido amniótico para descartar o confirmar la presencia de meconio.

2.7.3 Inducción del trabajo de parto.

2.7.3.1 Inducción: Implica el desencadenamiento del trabajo de parto mediante la utilización de métodos de índole farmacológico que producen la estimulación del útero.

2.7.3.2 Maduración cervical: No es otra cosa que la administración terapéutica de prostaglandinas que permite mejorar las características del cuello uterino hasta obtener un índice de Bishop favorable para el uso de oxitocina de manera efectiva.

2.7.4 Test de evaluación de la madurez cervical

Se lo realiza mediante la aplicación del Índice de Bishop que es un índice, cuyo objetivo es determinar de manera confiable, la posibilidad de inducción del trabajo de parto y los fármacos ideales para realizarla. Consta a sí mismo de cinco parámetros, cada uno de acuerdo al estadio, otorga un puntaje diferente.

ÍNDICE DE BISHOP

Componente Normativo Materno Neonatal. Atención del parto normal. Sistema Nacional de Salud. Quito Ecuador. Agosto 2012. (208).

Sistema de puntuación de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatación (cm.)	0	1-2	3-4	>5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	80-100
Consistencia	Firme	Intermedia	Blanda	
Posición	Posterior	Media	Anterior	
Altura de la cabeza	-3	-2	-1, -0	+1, +2

2.8.1 Protocolos para el uso de misoprostol

1. Método madurante

En este método se emplean dosis reiterativas durante 3 días consecutivos.

- ❖ 25 microgramos de misoprostol en fondo de saco posterior.
- ❖ Seguimiento de frecuencia cardíaca fetal (FCF) y actividad uterina
- ❖ (AU) cada 30 min hasta que se establezca la actividad uterina de 3 en 10.
- ❖ Evaluación de frecuencia cardíaca fetal (FCF) y actividad uterina (AU) cada 15 min hasta que desaparezca la actividad uterina.
- ❖ Monitoreo fetal intermitente cada 4 horas con un mínimo de 30 minutos, si disponibilidad.

De no lograrse el efecto deseado:

- ❖ Al día siguiente iniciar segundo ciclo, con igual dosis, previa evaluación del cérvix y perfil biofísico
- ❖ Si fuera necesario, repetir un tercer ciclo.
- ❖ Si no desencadena trabajo de parto después de cumplido el tercer ciclo:

A través del protocolo de inducción establecido pasar a la inducción definitiva con oxitocina. Este método se denomina combinado o alternativo.

2. Método combinado

Luego del método madurante, durante 3 días con 25 microgramos de prostaglandina en fondo de saco vaginal, si no desencadena trabajo de parto, se pasa a la inducción con oxitocina. Es decir debe de emplearse por lo menos 6 horas después de la última dosis de prostaglandina. En la mayoría de las pacientes hay respuesta con dosis de oxitócica de 8 mUI/min.

3. Método de inducción definitiva

- ❖ Colocar 25 microgramos de misoprostol en fondo de saco posterior
- ❖ Repetir igual dosis en 6 horas, si se requiere
- ❖ Si no hay respuesta, después de dos dosis de 25 microgramos y se trata de una nulípara:
- ❖ Aumentar la dosis a 50 microgramos cada 6 horas por 4 dosis (total 250 microgramos)

Si la paciente es múltipara:

- ❖ 25 mcg c/ 6h hasta 6 dosis (total 150 mcg)
- ❖ Seguimiento de frecuencia cardíaca fetal (FCF) y actividad uterina (AU) cada 15 min.
- ❖ Monitoreo fetal intermitente cada 3 horas por 30 min.

Complicaciones de la administración de oxitocina

- ❖ Hiperestimulación uterina
- ❖ Rotura uterina
- ❖ Sufrimiento fetal
- ❖ Muerte fetal
- ❖ Protocolos de oxitocina

Conducción del trabajo de parto con oxitocina

- ❖ Comenzar con 1 mUI por minuto, duplicar la dosis cada 45 minutos hasta lograr actividad uterina de 3 a 4 contracciones en 10 minutos
- ❖ Duplicar la dosis hasta 8 mUI y luego hacer aumentos de 2 mUI hasta una dosis máxima de 16 mUI si fuera necesario
- ❖ Monitoreo fetal intermitente
- ❖ Frecuencia cardíaca fetal (FCF) y actividad uterina (AU) cada 15 minutos.

2.9 CRITERIO DEL AUTOR

Después de realizada la investigación profunda se llega a la conclusión que gran parte de las gestantes en un 70% sufren de partos prolongados ya que no llevan un control del embarazo para programar el parto.

Particularmente se presentan más en mujeres embarazadas de 15 a 30 años de edad que son las pacientes con las que se va a trabajar, aunque para la presente investigación no hay preferencias de edad.

2.10 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Tomando en consideración que este proyecto necesita estar respaldado bajo leyes establecidas dispuestas en la Constitución del Ecuador se menciona que es un requisito indispensable para la obtención de la Licenciatura en Obstetricia de la Facultad de Medicina bajo el mandato de los siguientes artículos de la ley de Educación de la República del Ecuador.

2.11 LEY ORGÁNICA DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Art. 144.- Tesis Digitalizadas.- Todas las Instituciones de educación superior estarán obligadas a entregar las tesis que se elaboren para la obtención de títulos académicos de grado y posgrado en formato digital para ser integradas al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.12 CAPITULO VI: DEL TRABAJO DE TITULACIÓN O GRADUACIÓN

Art. 37.2.- Par la obtención del grado académico de Licenciado o de Título Profesional Universitario Académico, el estudiante debe realizar y defender un proyecto de investigación conducente a una propuesta para resolver un problema o situación práctica, con características de viabilidad, rentabilidad y originalidad en los aspectos de acciones, condiciones de aplicación, recursos, tiempos y resultados esperados.

SALUD

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida.

Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física.

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

Que: la Constitución de la República del Ecuador, en el artículo 3 numeral 1, atribuye como deber primordial del Estado garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en ella y en los instrumentos internacionales, en particular la salud;

Que: la citada Constitución de la República del Ecuador en el Art. 32.- dispone que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios

de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.";

En el ejercicio de las atribuciones legales concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1 de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1. **Apgar.-** La prueba de Apgar es un examen rápido que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento del bebé.
2. **Cérvix.-** Parte inferior del útero, situada en el fondo de la vagina, flexible, delgada y de unos tres centímetros de longitud.
3. **Cesárea.-** Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto.
4. **Control prenatal.-** Se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.
5. **Dilatación.-** Acción de dilatar o dilatarse.
6. **Las curvas de Friedman.** Estas curvas son las de un trabajo de parto ideal. Las curvas sigmoideas que describen la progresión del trabajo de parto se conocen como las curvas de Friedman
7. **Morbilidad.-** Es la cuantía de personas que están enfermas en un sitio y tiempo determinado.
8. **Parto prolongado.-** Es una dilatación cervical o un descenso fetal anormalmente lentos durante el trabajo del parto.
9. **Partograma.-** Es un sistema de vigilancia con límites de alerta para prevenir el parto prolongado.
10. **Primigesta.-** Dícese de la mujer que está embarazada por primera vez.
11. **Trabajo de parto.-** Aceleración, dilatación o expulsión de la completa expulsión la placenta útero.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LOCALIZACIÓN

La presente investigación se realizó en las instalaciones del Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Porcel en la ciudad de Guayaquil específicamente en el área de Gineco – Obstetricia.

3.1.2 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

Este hospital cuando se inauguró dio prioridad a los servicios complementarios de atención al paciente, tales como: Cirugía, Hospitalización, Gineco - Obstetricia, Emergencia, Neonatología, Odontología, Laboratorio Clínico, Rayos X, Pediatría y Ecosonografía. Además de contar con los programas de atención primaria de salud con Salud Familiar Integral SAFIC. Actualmente el hospital cuenta con 81 camas censables y está ubicado en el Guasmo Sur en la ciudad de Guayaquil en las calles Av-12-S-E entre 54CS-E Fernando López Lara Calle 54B y Segunda Peatonal.

Atienden cuatro especialidades y dos subespecialidades que son Cardiología y Colposcopia además brindan atención de manera gratuita a pacientes con VIH y Tuberculosis. Cuenta con un equipamiento para imagenología, mamografía, equipos de RX, laboratorio Clínico e histopatológico, farmacia, etc. Las emergencias son atendidas las 24 horas los 365 días del año y las consultas externas se atienden desde las 7:00 – 20:00 de lunes a sábado.

Es el primero en nuestro país y en América Latina que posee una acreditación platino canadiense ya que con esta acreditación se benefician: cambios estratégicos y herramientas de Gestión de Riesgos, análisis transparentes y rigurosos de la prestación de servicios, aborda las necesidades presentes y futuras de los usuarios, proceso de Aprendizaje que beneficia a todo el personal, incrementa la credibilidad y demuestra responsabilidad, refuerza el compromiso con la calidad y la seguridad de los usuarios e incrementa las capacidades y mejora la calidad de los servicios.

3.1.3 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

Junio del 2016 a Noviembre del 2016.

3.1.4 RECURSOS A UTILIZAR

Los recursos a utilizar en esta investigación son materiales, tecnológicos y humanos.

Entre los recursos materiales:

- Hojas papel bond
- Bolígrafos
- Formularios para encuestas
- Instrumento de recolección de datos
- Exámenes clínicos (reportes)
- Historias clínicas

TECNOLÓGICOS:

- Laptops
- Internet

- Cámara digital
- Teléfonos
- Pendrives

TALENTO HUMANO:

- Tutor
- Médicos
- Pacientes Embarazadas
- Estudiante
- Personal de laboratorio
- Personal de estadística

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1. UNIVERSO

El universo de esta investigación está formado por las pacientes del área de parto de Gineco – Obstetricia del Hospital Matilde Hidalgo de Procel que son aproximadamente 1500 pacientes.

3.1.5. 2. MUESTRA

Para el presente estudio se han tomado como muestra a 147 pacientes.

Para el cálculo de la muestra se utiliza la siguiente fórmula, ésta se utiliza cuando se conoce la población total a investigar.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{Ne^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Total de pacientes en el área de parto durante el tiempo de investigación según la muestra:

$$n = \frac{1500 \times 0.25}{(1500 - 1) \times 0.0025 + 0.25} = \frac{375}{0.4285} = 147.06$$

4 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

4.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación cuantitativa.

4.1.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

De estudio observacional, descriptivo y no experimental

4.1.3 PROCEDIMIENTO DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Los instrumentos a utilizar en este trabajo serán las historias clínicas de las pacientes a estudiar las cuales previamente han sido elaboradas por médicos y Obstetras capacitados en la atención de la casa de salud y que cubren los datos necesarios para el desarrollo de este estudio.
- Se registraran y evaluaran los datos obtenidos
- Cumplir con el desarrollo del cronograma establecido, con la inspección periódica por el tutor.
- Presentar informe estadístico para su revisión.
- Elaborar un informe final del estudio
- Sustentar este estudio

4.1.4 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Se procede a elaborar los cuadros y gráficos para la interpretación y análisis. Verificar en anexos el cuadro.

4.1.5 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

ANÁLISIS DE DATOS.- Estos datos antes expresados en el cuadro de operacionalización son extraídos de las historias clínicas de ciertas pacientes además de la información obtenida a través de las encuestas realizadas a las 60 pacientes con las que se va a llevar a cabo este propósito.

TABULACIÓN.- A continuación se procederán a tabular los datos obtenidos a través de los datos estadísticos.

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.- Se procedió a graficar y posteriormente a analizar los datos obtenidos para una mejor comprensión.

5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las pacientes embarazadas en trabajo de parto que hayan ingresado al área de parto.
- Todas las pacientes atendidas en el período de estudio desde Junio hasta Noviembre del 2016.
- Pacientes con factores predisponentes con distocias de partos anteriores.

5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes sin factores predisponentes a una distocia
- Pacientes sin amenaza de distocias
- Pacientes sin historia clínica del hospital o referencia.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para la realización de esta investigación se contó con la autorización de la directora del Hospital Matilde Hidalgo de Procel. Se respetó las normas y procedimientos de la Institución, y se obtuvo la información necesaria con la finalidad de aportar con la prevención de la salud y el derecho a la asistencia médica de las gestantes.

7. PRESUPUESTO

Autofinanciado por los investigadores (estudiantes)

8. CRONOGRAMA

Verificar en Anexos

IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A PACIENTES DEL HOSPITAL MATILDE HIDALGO DE PROCEL CON DIAGNÓSTICO DE PARTO PROLONGADO.

1.- Tipos de Partos

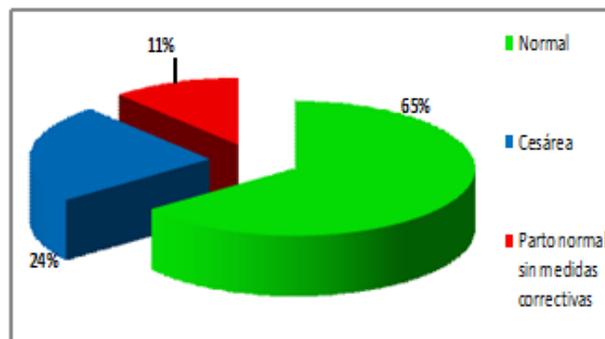
CUADRO N° 1.- Parto

PARTO			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
1	Normal	95	64.63%
	Cesárea	35	23.81%
	Parto normal sin medidas correctivas	17	11.56%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 1.- Parto



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- En el 65% terminó el embarazo por parto normal, 24% de pacientes requirieron cesárea por falla de las medidas correctivas utilizadas y el 11% corresponde a las pacientes en las que no se tomaron medidas correctivas que terminaron su embarazo por parto normal prolongándose aun más la labor de parto pero sin resultado desfavorable en cuanto al bienestar materno-fetal.

2.- Uso de medidas correctivas

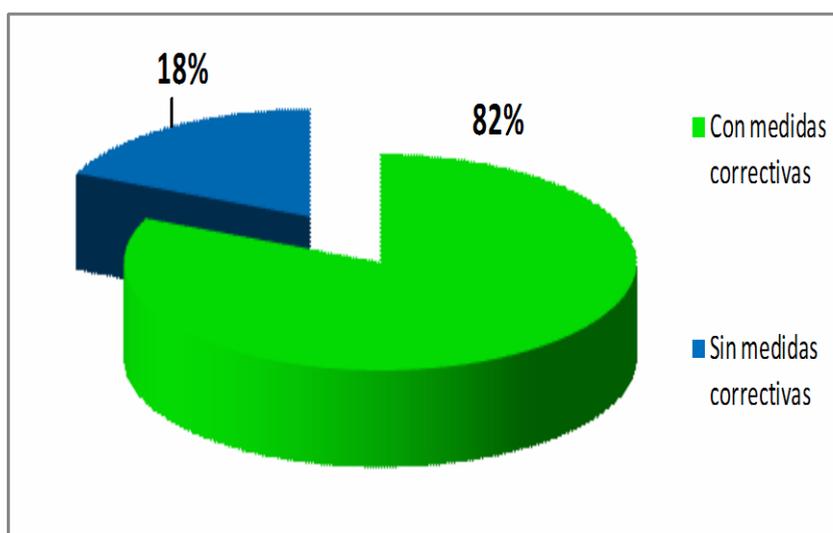
CUADRO N° 2.- Medidas Correctivas

MEDIDAS CORRECTIVAS			
	Variable	Frecuencia	Porcentaje
2	Con medidas correctivas	120	81.63%
	Sin medidas correctivas	27	18.37%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 2.- Medidas Correctivas



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- Del total de pacientes que presentaron desviación en la curva de alerta del partograma, en el 82% se tomaron medidas correctivas, mientras que en un 18% no se realizó ninguna acción, prolongándose aún más el trabajo de parto, cabe recalcar que sin provocar problemas materno-fetales.

3.- Diferentes tipos de Nivel Socioeconómico

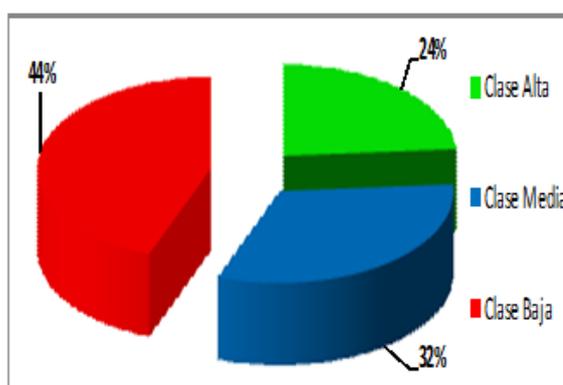
CUADRO N° 3.- Nivel Socioeconómico

NIVEL SOCIOECONÓMICO			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
3	Clase Alta	35	23.81%
	Clase Media	47	31.97%
	Clase Baja	65	44.22%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 3.- Nivel Socioeconómico



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron en cuanto al nivel socioeconómico que el 44% de las pacientes son de clase baja, el 32% clase media y el 24% de clase alta.

4.- Medidas Correctivas Utilizadas

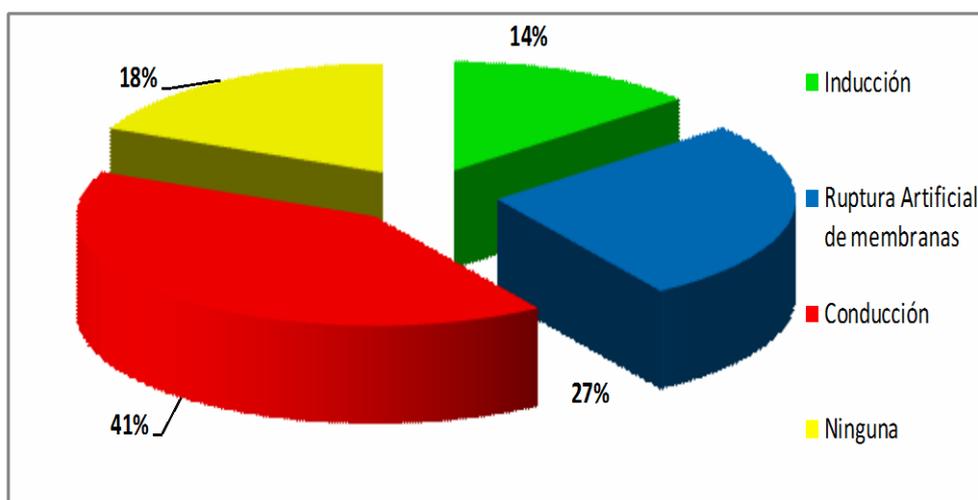
CUADRO N° 4.- Medidas Correctivas Utilizadas

MEDIDAS CORRECTIVAS UTILIZADAS			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	
4	Inducción	20	38.10%
	Ruptura artificial de membranas	40	25,17%
	Conducción	60	25.17%
	Ninguna	27	11.56%
TOTAL	147	100%	

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 4.- Medidas Correctivas Utilizadas



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- En el 41% se utilizó conducción con oxitocina, 27% ruptura artificial de membranas, 14% inducción con misoprostol y en 18% ninguna acción.

5.- Población Estudiada

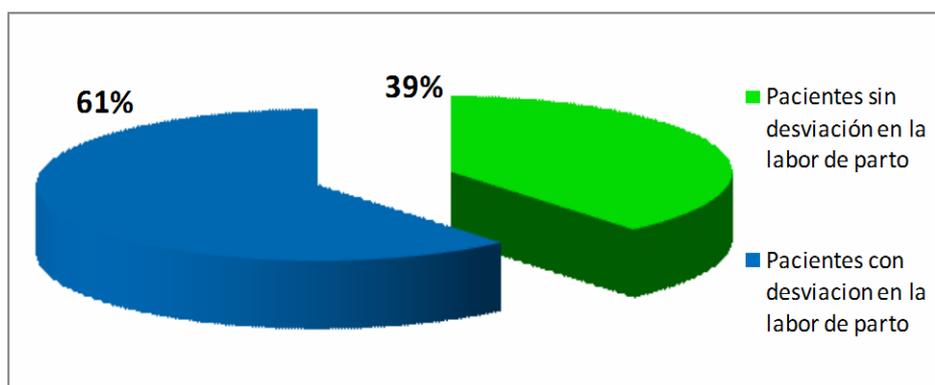
CUADRO N° 5.- Población Estudiada

POBLACIÓN ESTUDIADA			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
5	Pacientes sin desviación en la labor de parto	57	38.78%
	Pacientes con desviación en la labor de parto	90	61.22%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 5.- Población Estudiada



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en el período de Junio a Noviembre del 2016, fue de 147 pacientes. De las cuales el 39% de las pacientes no presentan alteraciones en el trabajo de parto, mientras que el 61% de las pacientes presentan desviación de la curva de alerta del partograma, representando este número la muestra de la investigación.

6.- Nivel de Instrucción

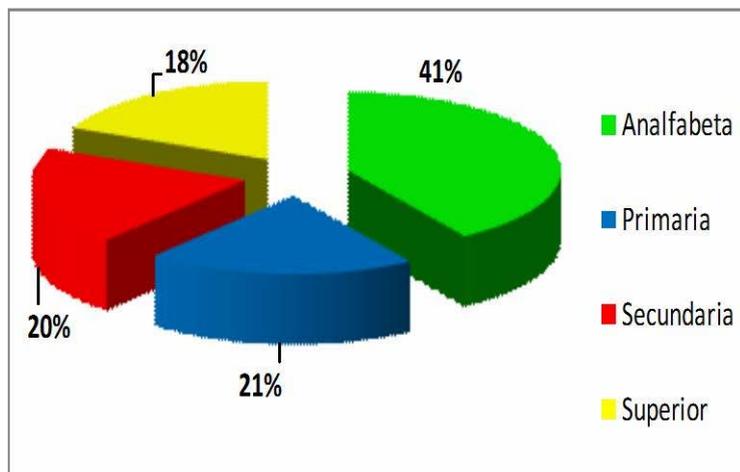
CUADRO N° 6.- Nivel de Instrucción

NIVEL DE INSTRUCCIÓN			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
6	Analfabeta	60	40.82%
	Primaria	30	20.41%
	Secundaria	30	20.41%
	Superior	27	18.36%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 6.- Nivel de Instrucción



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron que el 41% de las pacientes son analfabetas, el 21% poseen educación primaria, el 20% educación secundaria y pocas pacientes con nivel superior que es un porcentaje mínimo del 18%.

7.- Diferentes Tipos de Etnia

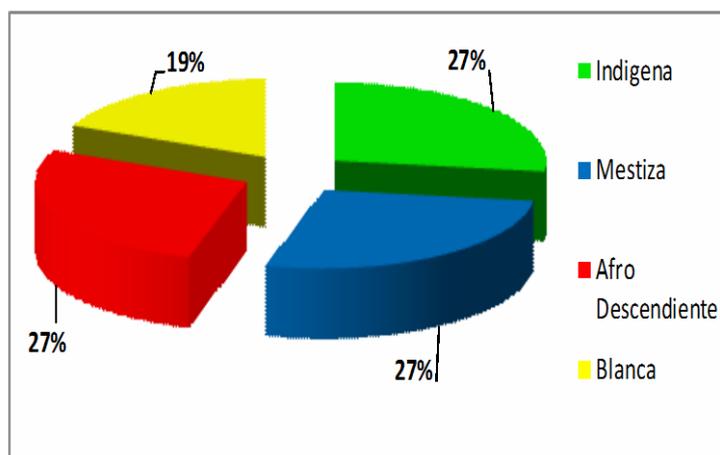
CUADRO N° 7.- Etnia

ETNIA			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	
7	Indígena	40	27.21%
	Mestiza	40	27.21%
	Afro descendiente	40	27.21%
	Blanca	27	18.37%
TOTAL	147	100%	

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 7.- Etnia



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron que el 27% de las pacientes son indígenas, el 27% son mestizas, el 27% son afro descendientes y el 19% son blancas.

8.- Tipos de ocupación

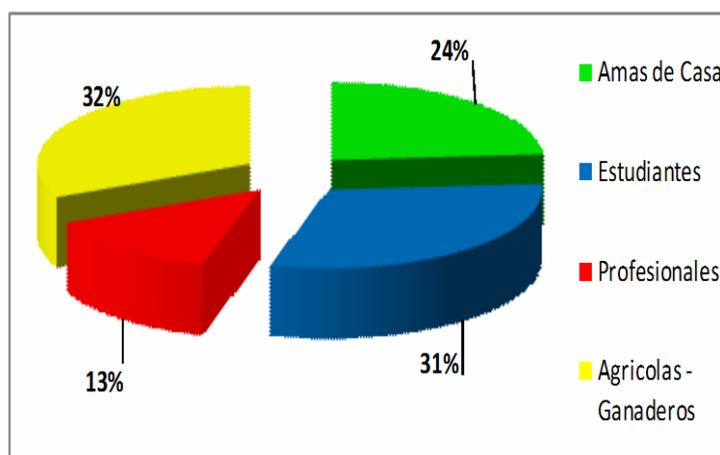
CUADRO N° 8.- Ocupación

OCUPACIÓN			
Variable	Frecuencia	Porcentaje	
8	Amas de Casa	35	23.81%
	Estudiantes	45	30.61%
	Profesionales	20	13.61%
	Agrícolas – Ganaderos	47	31.97%
TOTAL	147	100%	

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 8.- Ocupación



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron en cuanto a su ocupación que el 32% de las pacientes se dedican a la agricultura y ganadería, el 31% son estudiantes, el 24% son amas de casa y el 13% son profesionales.

9.- Lugar de Residencia

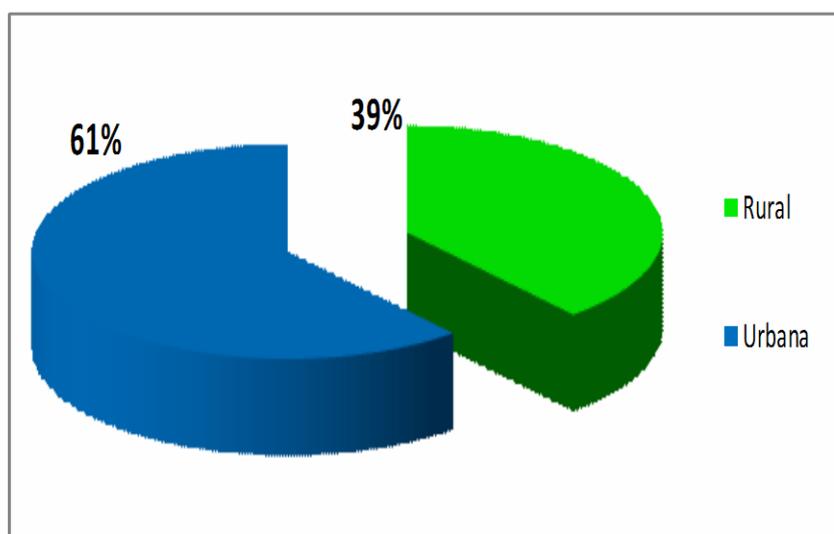
CUADRO N° 9.- Residencia

RESIDENCIA			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
9	Rural	57	38.78%
	Urbana	90	61.22%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 9.- Residencia



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron que el 61% de las pacientes poseen residencia urbana y el 39% residencia rural.

10.- Diferentes tipos de Edad

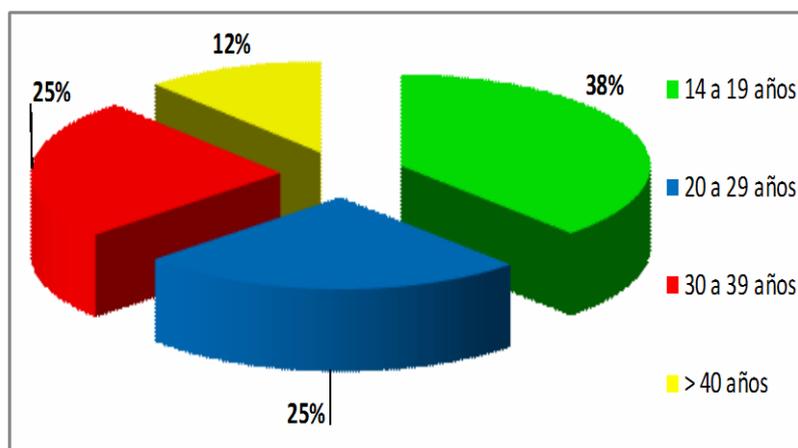
CUADRO N° 10.- Edad

EDAD			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
10	14 a 19 años	56	38.10%
	20 a 29 años	37	25,17%
	30 a 39 años	37	25.17%
	> 40 años	17	11.56%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 10.- Edad



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron que el 38% de las pacientes oscilan entre 14 a 19 años, el 25% de 20 a 29 años, el 25% de 30 a 39 años y el 12% son mayores de 40 años.

11.- Paridad de las pacientes

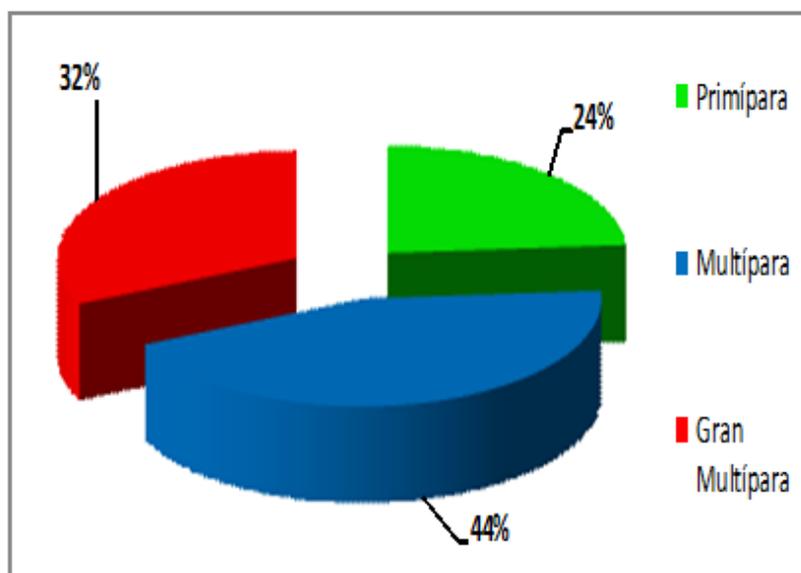
CUADRO N° 11.- Paridad

PARIDAD			
Variable		Frecuencia	Porcentaje
11	Primípara	35	23.81%
	Múltipara	65	44.22%
	Gran Múltipara	47	31.97%
TOTAL		147	100%

Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

GRÁFICO N° 11.- Paridad



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel.

Elaborado por: Autor (Marzo 2017)

Análisis.- El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel indicaron que de acuerdo a la paridad el 44% son múltiples, el 32% gran múltipara y el 24% primípara.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Tatiana Elizabeth Gómez S., en un estudio publicado en el año 2011 en su proyecto de investigación sobre “PARTOGRAMA: VALORACIÓN DE LAS MEDIDAS CORRECTIVAS PARA PREVENCIÓN DE PARTO PROLONGADO, ANTE LA DESVIACIÓN DE LA CURVA DE ALERTA, EN PACIENTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL BÁSICO MACHACHI, EN EL PERÍODO ENERO A DICIEMBRE DEL 2011.”, indica que su estudio se enfocó en las complicaciones que se presentan en el embarazo en su etapa final (parto) y asegura que el 100% de las gestantes presentaron partos prolongados y variaciones en la curva de alerta; mientras que en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel el estudio refleja que a causa de estas complicaciones se presentaron las mismas situaciones por falta de medidas correctivas en un 18%.

También indica que el 65% terminó el embarazo por parto normal, 24% de pacientes requirieron cesárea por falla de las medidas correctivas utilizadas y el 11% corresponde a las pacientes en las que no se tomaron medidas correctivas que terminaron su embarazo por parto normal prolongándose aun más la labor de parto pero sin resultado desfavorable en cuanto al bienestar materno-fetal.

Queda claro en cuanto a la desviación en la curva de alerta del partograma refleja que el 82% tomaron medidas correctivas, mientras que en un 18% no se realizó ninguna acción, prolongándose aún más el trabajo de parto, cabe recalcar que sin provocar problemas materno-fetales. Las pacientes que se prestaron para la presente investigación respectiva presentaron diferentes tipos de paridad, el 44% son multíparas, el 32% gran multípara y el 24% primípara. El total de pacientes atendidas en el Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel en la pregunta N° 4 indicaron en cuanto al nivel socioeconómico que el 44% de las pacientes son de clase baja, el 32% clase media y el 24% de clase alta.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se llega a la conclusión que:

- De las 147 pacientes que presentaron desviación de la curva de alerta en el partograma en el 82% se tomaron medidas correctivas, mientras que en un 18% no se realizó ninguna acción, prolongándose aún más el trabajo de parto, cabe recalcar que sin provocar problemas materno-fetales.
- Las medidas correctivas utilizadas con frecuencia frente a la desviación de la curva de alerta del partograma fueron: el 41% conducción con oxitocina, 27% ruptura artificial de membranas, 14% inducción con misoprostol y en 18% ninguna acción.
- En el 65% de las pacientes se obtuvo la finalización del embarazo por parto normal gracias a la utilización adecuada y oportuna de medidas correctivas mientras que el 24% de pacientes requirió cesárea por falla de las mismas.

RECOMENDACIONES

Se recomienda:

- Tratar de convencer al porcentaje con menor valor de las pacientes que se niega a tomar medidas correctivas para que no se prolongue por mucho tiempo el trabajo de parto.
- Llevar un control prenatal riguroso para tomar las medidas correctivas respectivas.
- Indicarles a las pacientes dentro de los centros de salud, hospitales, colegios, universidades y todo lugar en donde se pueda hacer llegar la información el tipo de finalización durante el proceso del parto.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA

UTILIZAR DE MANERA CORRECTA EL PARTOGRAMA DEL CLAP PARA UN CORRECTO CONTROL PRENATAL.

CONTROL PRENATAL

Se entiende por control prenatal a la serie de entrevistas o visitas programadas de las embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y el puerperio.

Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínicas
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo
- La vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal
- La disminución de la molestia y síntomas menores asociados al embarazo
- La preparación psicofísica para el nacimiento
- La administración del contenidos educativos para salud y la familia

Un control prenatal eficiente debe cumplir con 4 requisitos básicos:

- Precoz
- Periódico
- Completo
- De amplia cobertura

ATENCIÓN DEL PARTO

Asistencia durante el ingreso

Objetivo:

Diagnosticar el trabajo de parto e identificar el grado de riesgo.

La gestante consulta por lo que son, o cree que son síntomas de trabajo de parto

- Percepción de contracciones uterinas dolorosas
- Pérdida de mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales

El periodo de dilatación está precedido de una fase de duración variable que recibe distintos nombres: Preparto, pródromos del parto, etc. La gestante puede consultar en cualquier momento y debe ser adecuadamente evaluada para establecer el grado de riesgo al momento de la consulta.

Componentes de la consulta en recepción:

- Interrogatorio
- Interpretación del examen perinatal
- Examen clínico general
- Examen Obstétrico

ASISTENCIA DURANTE EL PERIODO DE DILACION

Objetivo:

- Controlar el bienestar materno fetal
- Detectar y evaluar desviaciones de los límites fisiológicos (progreso del parto)

- Aplicar maniobras correctivas

Actividad:

- Información a la embarazada
- Controles maternos
- Controles obstétricos
- Registro de los controles en el partograma con curvas de alerta

La información debe iniciarse desde la visita preconcepcional o el prenatal y debe ser reforzada en cada contacto del personal con la mujer gestante quien además debe recibir una atención tranquilizadora. Una vez iniciado el trabajo de parto se deben enfatizar los siguientes contenidos:

- Información sobre el trabajo de parto
- Recomendaciones sobre su participación activa
- Importancia de la posición vertical y de ambulación para el periodo de dilatación
- Importancia de la hidratación durante el trabajo de parto

PARTOGRAMAS CON CURVAS DE ALERTA

Se trata de un sistema de vigilancia tanto para la prevención del parto prolongado como para la prevención de intervenciones no siempre oportunas como la estimulación con oxitocina o la operación por cesarí

Las curvas marcan un límite extremo de la evolución de la dilación cervical en función del tiempo, que incluye el 90% de la totalidad de los partos normales. Permiten alertar precozmente ante aquellos casos que, al traspasar ese límite estén mostrando un enlentecimiento que requiera mayor vigilancia para descartar alguna distocia.

Las curvas de alerta presentan la duración de la dilatación desde los 5cm hasta el final del parto .Los valores para su elaboración fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas, realizadas por CLAP/SMR sobre 1188 partos debajo riesgos de inicio y terminación espontanea.

JUSTIFICACIÓN

La implementación de esta propuesta dentro del Hospital Matilde Hidalgo de Procel se justifica puesto que después de realizar una investigación se llega a la conclusión que las pacientes necesitan de mayor información para evitar este tipo de problemas a la hora del trabajo del parto.

De acuerdo al estudio realizado se considera que un porcentaje mínimo de las embarazadas no acudieron al control prenatal respectivo y son ellas las que están más propensas a padecer de problemas a la hora del trabajo del parto y es por ello que esta propuesta incentiva a muchos ginecólogos/as a formar parte de este proyecto.

OBJETIVOS

GENERAL

Implantar un programa interactivo-educativo a gestantes voluntarias que acuden a los controles pre-natales en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel para disminuir los factores de riesgos y las complicaciones que se presentan en la labor del parto.

ESPECÍFICOS

1. Informar a las gestantes las causas y consecuencias que se presentan al no tomar las medidas correctivas en la labor del parto.

2. Explicar los diferentes tipos de partos que se presentan.
3. Evitar los partos prolongados.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Esta propuesta es elaborada con base de conocimientos en las embarazadas acerca de los partos prolongados que se presentan en la labor del parto y es por ello que por el poco conocimiento de esto en ciertas primerizas se ha optado por las cesáreas y es lo que se pretende erradicar con este tipo de investigación.

Se mostrarán videos educativos para que las gestantes se den una idea de la gravedad que implica no llevar un control prenatal mes a mes durante la etapa del embarazo y más aun si se encuentran en la etapa final del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayas, Carlos Julio. (2012,). *Guía de utilización del partograma*. Editorial Panamericana. Madrid. P. 73- 79.
- Botero, Jubis. (2015). *Obstetricia y Gynecología* (Vol. 8va Edición). Robinbook Editorial. Bogotá, p. 98.
- Castro, Daniel. (2013). *Obstetricia y Ginecología para Graduados* (Primera ed.). (Salvat, Editorial.) Barcelona. P. 35 – 39.
- Cunningham F., William. (2014). *Obstetricia* (21 ava ed.). (M. Panamericana, Editorial.) Colombia, p.54 – 62.
- Danfort, Nelly. (2016). *Tratado de Obstetricia y Ginecología* (5 ta Edición). (M. G. Hill, Editorial.) New York, p. 98 - 101.
- Fesciba, Raúl. (2013). *Salud Sexuel y Reproductiva - Guia de atención para la mujer y el recién nacido* (10 ma ed.). Camposano Editorial. Uruguay:, p. 23 – 29.
- Gary, Franco. (2014). *Obstetricia de Williams* (XXI edición.). (M. Americana, Editorial.) USA, p. 67 – 72.
- Graham, Víctor (2016). *Alteraciones en el trabajo de parto*. 3era Edición. Pearson Editorial. Bogotá, p. 9 – 13.
- Hasbún., Heliodoro. (2012). *Curva de trabajo de parto*. 5ta Edición, Editorial Ancosa. Perú: Tesis Doctoral, p. 4 – 7.
- Henao, Graciela. (2015). *Obstetricia y Ginecología* (Vol. 7 ma Edición). Pearson Editorail. Bogotá: Colombia, p. 43 – 47.

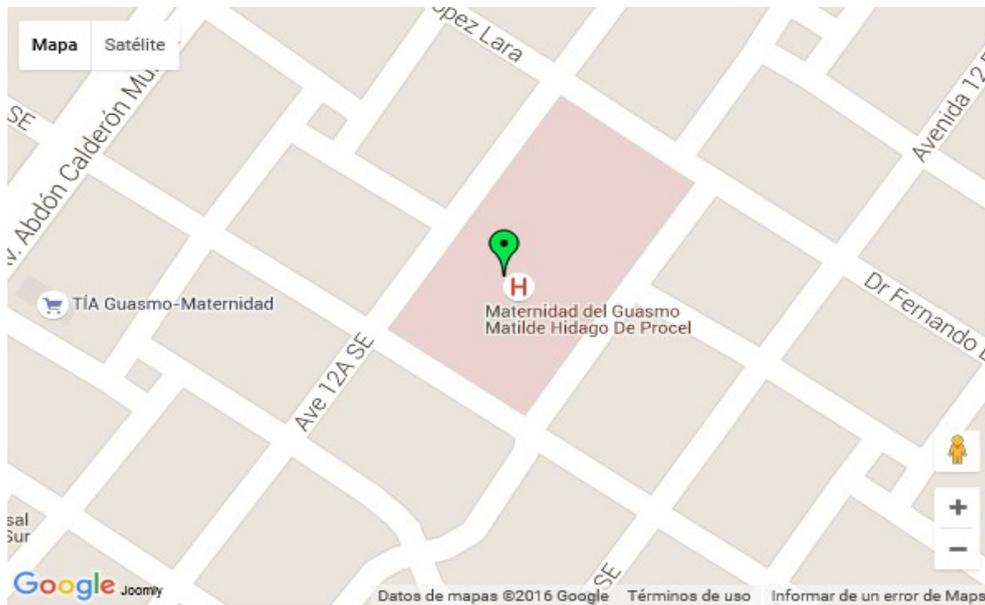
- Hornteins, Manuel, (2016). *Urgencias y Complicaciones en Obstetricia* (3ta edición.). (Mediterráneo, Editorial.) Buenos Aires, p. 14.
- Huidobro, Luis, H. H. (2012). *Urgencias y Complicaciones en Obstetricia* (4ta edición.). (Mediterráneo, Editorial.) Buenos Aires, p. 56 – 60.
- Kapp Fabián., H. S. (2016). *Some psychologic factors in prolonged labor due to inefficient uterine action* (7ma edición.). (Pearson, Editorial.) Colombia, p. 36.
- Mendoza, Erickson. (1976). *The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor and delivery.* (2 da Edición). (Interamericano, Editorial.) USA, p. 208 – 210.
- OMS, 2014, Representación gráfica del partograma, p.78
- Rodríguez, Danilo. (2012,). *Índice de Bishop.* Retrieved from [es.scribd.com/com/doc/5011840/indicedebishop](https://es.scribd.com/document/5011840/indicedebishop), 3era edición, Editorial Piñeiros, EEUU, p. 208.
- Ruíz, Harms. (2014). *Mayo Clinic guide to a healthy pregnancy* (9na edición.). Harper Resource Editorial, New York, p. 68

- Solórzano, Fátima. (2014,). Instructivo para el diligenciamiento de la historia clínica del parto "partograma" *Salud y Vida*. 4ta edición. (Medellín, Editorial.), Medellín, p. 3.

- http://bsv.sld.cu/revistas/san/vol19_2_09/san13205.pdf. (2014, junio 1). *Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto*.

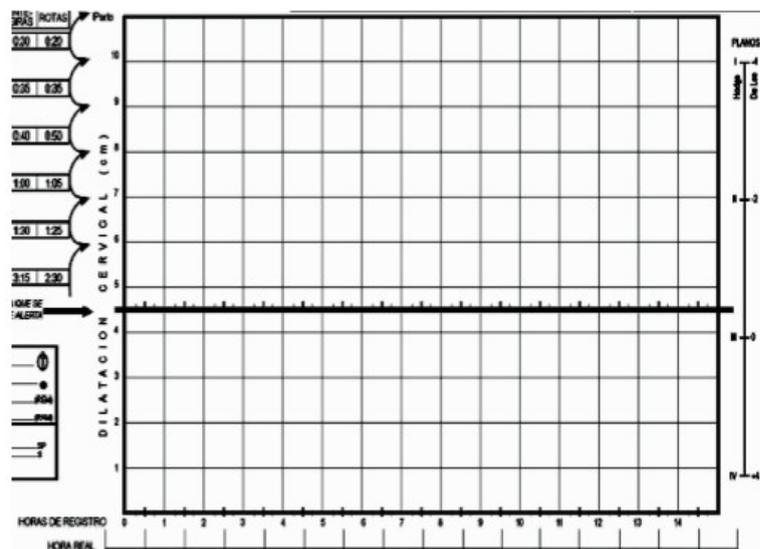
ANEXOS

Gráfico N° 1.- Ubicación del Hospital Matilde Hidalgo de Procel



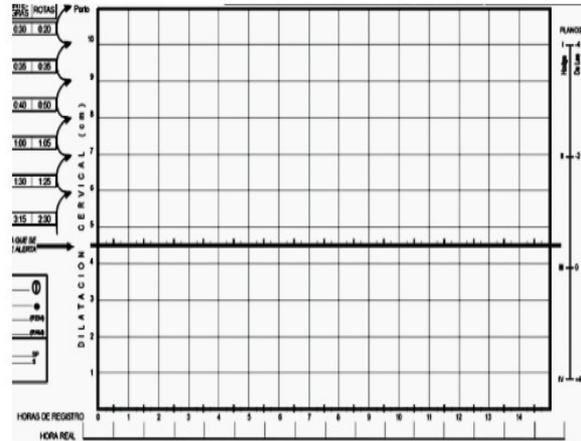
Fuente: <http://www.hmhp.gob.ec/index.php/examenes/contacto>

Gráfico N° 2.- Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación



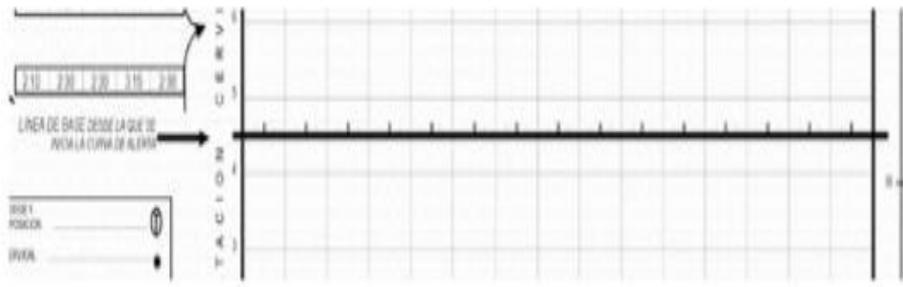
Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico N° 3.- Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.



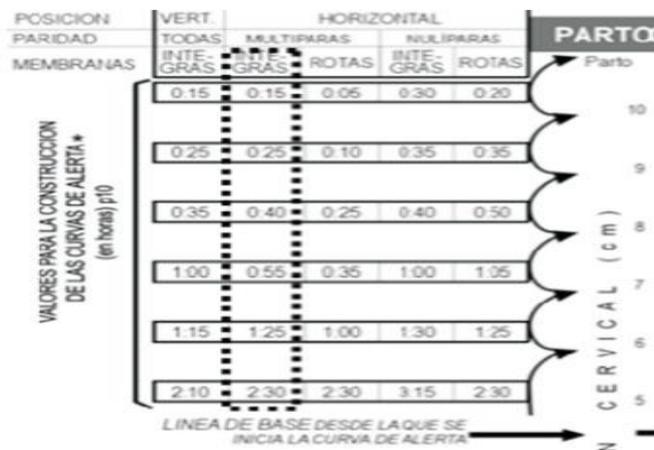
Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico N° 4.- Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.



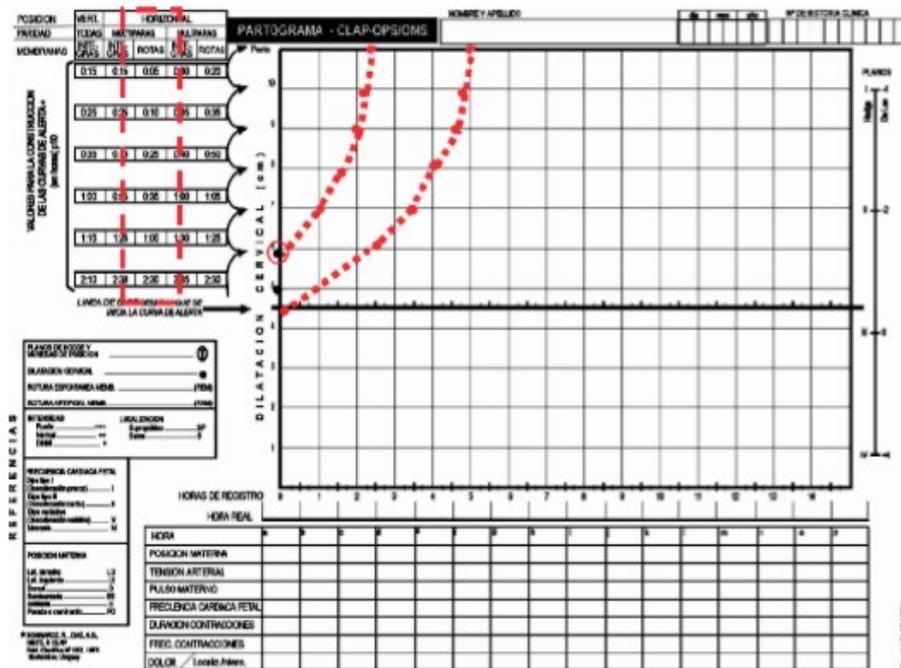
Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico N° 5.- Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.



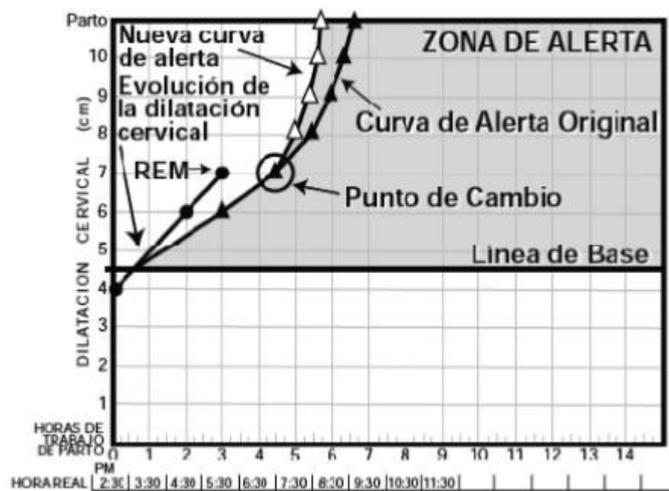
Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico N° 6.- Construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.



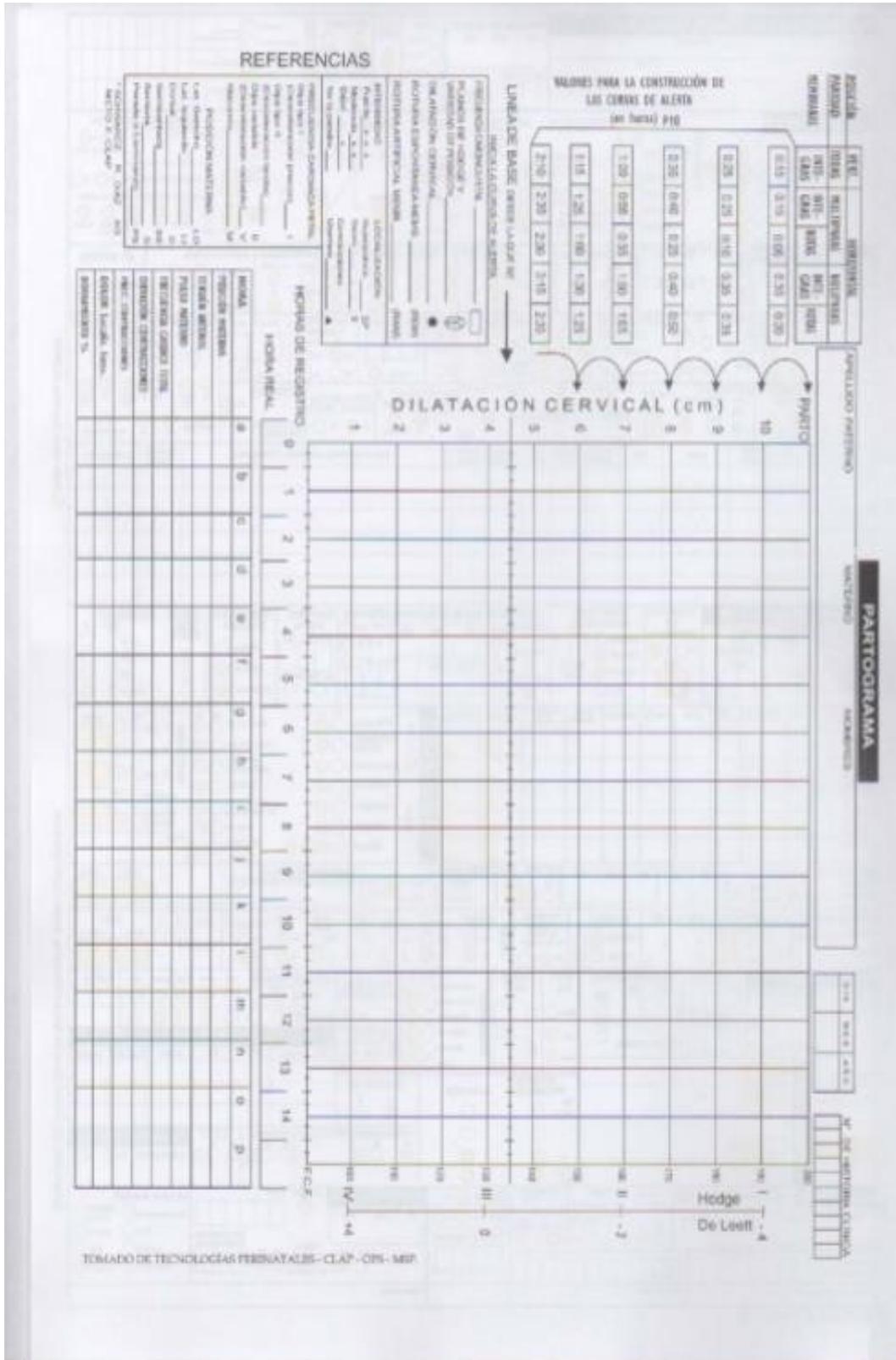
Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico 7.- Gráfica que representa el área de la zona de alerta y la elaboración de una nueva curva de alerta cuando se presenta condiciones que cambian el progreso de la misma.



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Gráfico 8.- Partograma



Fuente: Hospital Matilde Hidalgo de Procel

Cuadro N° 1.- Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	PRECIO UNIDAD	PRECIO TOTAL
Resmas papel Bond	1	\$ 2.50	\$ 2.50
Bolígrafos	60	0.50	30.00
Carpetas	60	0.50	30.00
Plan de prevención (folleto 2 hojas)	60	0.20	12.00
Impresiones (b/n) costo por hoja	60	0.05	3.00
Sobre manila	60	0.25	15.00
TOTAL			\$92.50

Elaborado por: Ernesto Aguilera Posligua

Cuadro N° 2.- Cronograma de Actividades

ACTIVIDADES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE
Presentación y aprobación del tema y tutor						
Revisión bibliográfica						
Presentación del anteproyecto al tutor						
Elaboración de instrumentos						
Recolección de datos						
Procesamiento y análisis de datos						
Elaboración del examen final						
Entrega del informe final						
Sustentación						

Elaborado por: Ernesto Aguilera Posligua

Cuadro N° 3.- Operacionalización de las Variables

Variables	Definición	Indicador	Valor
Partograma	Representación visual gráfica de los valores y eventos relacionados al curso del trabajo de parto.	Registro gráfico en el mismo	Fase activa Fase latente
Curva de alerta	Representación gráfica de la dilatación, se inicia en el punto en que la curva real corte la línea base.	Construida mediante el uso de la tabla de valores inicia entre los 4-5 cm de dilatación.	Con desviación Sin desviación
Curva real	Es la representación gráfica de la dilatación se inicia marcando (en cm) en la hora “cero” (admisión), y luego, marcando sucesivamente la dilatación encontrada.	Registro de la progresión de la dilatación cervical en función al tiempo durante el trabajo de parto.	Curso normal Curso anormal
Parto prolongado	Prolongación de trabajo de parto por encima de las 12 horas.	Ausencia de la progresión del parto.	Si No
Inducción	Es un conjunto de procedimientos dirigido a provocar contracciones uterinas de manera artificial con la intención de desencadenar el parto en el momento adecuado para la madre y el feto.	Labor de parto en fase latente	Favorece No favorece
Conducción	Acción de guiar las contracciones uterinas a las de un trabajo de parto normal. En este caso, el trabajo de parto espontáneo o inducido ya se había iniciado.	Índice de Bishop favorable	Favorece No favorece
Ruptura artificial de membranas	Rotura deliberada o artificial de las membranas corioamnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos.	Índice de Bishop favorable	Favorece No favorece

Elaborado por: Ernesto Aguilera Posligua

Fuente: Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel

Cuadro N° 4.- Partograma

CONTIENE	FINALIDAD
1 La historia clínica del trabajo de parto.	Con nombres y apellidos, fecha y número de historia
2 Vigilancia clínica del trabajo de parto	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.
3 Grafica la dilatación cervical y el descenso de la presentación.	En la parte inferior izquierda del partograma (ver anexo), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardíaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto.
4 Convenciones para diligenciar el partograma.	En la parte superior derecha se gráfica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal
5 Graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.	En la parte superior derecha se gráfica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal (ver anexo).
6 Horas de evaluación clínica y del registro grafico del partograma	En el borde inferior de la tabla están las “horas de registro” del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce.
7 Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.	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.
8 Construcción de curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.	Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: a) Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación: iniciar la curva de alerta en la línea de base. b) Si la paciente ingresa en 6 cm, de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente.
9 Construcción de la curva de alerta.	Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: a. Recordar que durante el trabajo de parto, la estimación del descenso de la presentación se evalúa bien por los planos de DeLee (Gráfico 10-A), o bien, por los planos de Hodge (Gráfico 10-B).
10 Condiciones cambiantes durante el trabajo de parto	Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada. La

Elaborado por: Ernesto Aguilera Posligua

Fuente: Hospital Materno Infantil Matilde Hidalgo de Procel