



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**REGISTRO DEL PARTOGRAMA Y LA IDENTIFICACIÓN DE  
COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.  
BERNALES, COMAS - 2017**

**TESIS PRESENTADO POR:**

**BACHILLER: DANIEL HENRY GARCÍA MUNGUÍA**

**ASESOR: MG. NELVA E. HUAMÁN ASTO**

**LIMA - PERÚ  
2018**

## DEDICO A:

A mis padres, por darme la vida, por caminar a mi lado, acompañarme en cada paso que doy, por su sustento, cuidado y amor incomparable.

A mi hermana Fanny, mi mujer maravilla, por ser un ejemplo para mí, amarme, secar mis lágrimas, por creer en mí, por cada enseñanza, por tu insistencia llegue hasta aquí.

A mis hermanos, por el apoyo incondicional, por estar conmigo, los amo.

A mis personas especiales, Danae, Sofía, Eliza, Sandra, Jaquelin, Bárbara, Renzo, Diego, Bryan por haber estado conmigo desde el inicio de este maravilloso camino o haberse unido en el transcurso. Por su buena energía, por sus palabras de aliento, ánimos, por confiar, por compartir los buenos y sobreponerme a los malos.

AGRADEZCO A:

A la Mg. Nelva Huamán Asto, mi asesora, por todo el extraordinario apoyo brindado en mi investigación y por haberme impulsado a seguir en el desarrollo de la investigación.

A Todas esas personas que siempre están ahí para brindarme su apoyo incondicional.

## RESUMEN

El presente estudio fue desarrollado con el **objetivo** determinar el nivel de cumplimiento del registro del partograma y la identificación de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017. **Material y métodos:** investigación observacional, retrospectiva y de corte transversal de nivel aplicativo y diseño descriptivo. Los **resultados** muestran que la muestra estudiada se caracteriza por tener una edad promedio de 26.7 años, educación secundaria, ser conviviente, tener una edad gestacional promedio de 38.4 semanas, ser multigestas y tener igual o más de 6 atenciones prenatales. Las complicaciones obstétricas fueron el trabajo de parto prolongado (42.7%), expulsivo prolongado (27.5%) y el sufrimiento fetal agudo (21.5%). Los datos generales como el nombre completo de la gestante se registraron en el 99.7%, en el 100% se registró la gravidez y paridad, y en el 99.4% se registró el número de historia clínica. En el 100% de los partograma se registró la frecuencia cardíaca. Se observó un registro correcto del modelamiento del polo cefálico (98.5%), de la dilatación de cuello con línea de alerta y de acción (99.7%), del descenso cefálico por palpación en quintos (99.7%) y la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (100%); encontrándose mayor error, en el registro del uso de oxitocina o algún medicamento (25.4%). El 98.8% tuvo registro de la presión arterial cada 4 horas, en el 100% se registró el pulso y en el 99.7% se registró la temperatura cada dos horas. En cuanto, al registro de los datos del parto en el 83.6% se anotó el peso, la talla y apgar, y en el 77.6% se anotaron los periodos de duración del parto. **Conclusión:** El nivel cumplimiento del registro del partograma con complicaciones fue bajo en un 48.7% atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017, siendo las principales complicaciones: trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado.

**Palabras clave:** Partograma, Complicaciones Obstétricas.

## ABSTRACT

The present study was developed with the **objective** to determine the level of fulfillment of the Partograma registry and the identification of obstetric complications in pregnant women treated at the National Hospital Sergio E. Bernales, Comas - 2017. **Material and methods:** observational, retrospective and cross-sectional research of application level and descriptive design. The **results** show that the sample studied is characterized by having an average age of 26.7 years, secondary education, being a cohabiting partner, having an average gestational age of 38.4 weeks, being multigestative and having the same or more than 6 prenatal care. The obstetric complications were prolonged labor (42.7%), prolonged expulsive labor (27.5%) and acute fetal distress (21.5%). The general data such as the full name of the pregnant woman were registered in 99.7%, in 100% the pregnancy and parity were recorded, and in 99.4% the clinical history number was registered. The heart rate was recorded in 100% of the partogram. A correct record of head pole modeling (98.5%), neck dilation with alert and action line (99.7%), cephalic descent by palpation in fifths (99.7%) and the frequency and duration of injuries was observed uterine contractions (100%); finding greater error, in the registry of the use of oxytocin or some medication (25.4%). 98.8% had a blood pressure record every 4 hours, a pulse was recorded in 100% and the temperature was recorded every two hours in 99.7%. Regarding the recording of birth data in 83.6%, weight, height and apgar were recorded, and in 77.6% the periods of duration of delivery were noted. **Conclusion:** The level of fulfillment of the Partograma registry was low in 48.7% of pregnant women with complications treated in the National Hospital Sergio E. Bernales, Comas - 2017, being the main complications: prolonged labor and prolonged expulsive labor.

**Key words:** Partogram, Obstetric Complications.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
CARÁTULA	1
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INDICE	6
LISTA DE TABLAS	8
LISTA DE GRÁFICOS	9
INTRODUCCIÓN	10
<b>CAPITULO I</b>	
<b>PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	<b>12</b>
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	12
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL	14
1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.4.1 Importancia de la investigación	17
1.4.2 Viabilidad de la investigación:	18
1.5 LIMITACIONES DE ESTUDIO	18
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>19</b>
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
2.2 BASES TEÓRICAS	26
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	38
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>39</b>
3.1. HIPOTESIS	39
3.2 VARIABLES	39
<b>CAPITULO IV</b>	
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>41</b>
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	41

4.2	DISEÑO MUESTRAL	41
4.2.1	POBLACIÓN	41
4.2.2	MUESTRA	41
4.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
4.3.1	TÉCNICAS	43
4.3.2	INSTRUMENTOS	43
4.4	TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	43
4.5	TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	44
<b>CAPÍTULO V</b>		
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>		<b>45</b>
5.1	Resultados.	45
5.2	Discusiones	50
<b>CONCLUSIONES</b>		<b>54</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>		<b>55</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		<b>57</b>
<b>ANEXOS</b>		<b>63</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pag.</b>
TABLA N° 1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	45
TABLA N° 2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	46
TABLA N° 3 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	47
TABLA N° 4 REGISTRO DEL PARTOGRAMA	48
TABLA N° 5 NIVEL DE CUMPLIMIENTO DEL REGISTRO DEL PARTOGRAMA CON COMPLICACIONES OBSTETRICAS	49

## LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N° 1 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	47

## INTRODUCCIÓN

El partograma es considerado el avance más importante en la atención obstétrica moderna, el cual con un correcto llenado permite la toma de decisiones importantes, consintiendo la reducción de la frecuencia del trabajo de parto prolongado. Este instrumento tiene por finalidad la observación gráfica del trabajo de parto, tanto desde el punto de vista materno como fetal; indicando situaciones de alerta si ocurriese desviación o retraso de las curvas propias del partograma.

En nuestro país, las causas de muerte materna directa son uno de los principales problemas que se pretende resolver, cabe resaltar que entre las causas directas se encuentra el parto obstruido el cual corresponde al 9% de las complicaciones mortales que se busca disminuir mediante estrategias de prevención; por este motivo, el uso del partograma se ha convertido en una norma para el monitoreo intraparto en varios países del mundo, incluido el Perú.

Como este instrumento es parte de la historia clínica de la gestante, se convierte en un documento médico-legal que está sujeto a estudio e investigación, esto hace necesario realizar análisis exhaustivos sobre el llenado de los diferentes parámetros que se utilizan en este formato, con el propósito de esclarecer si el profesional de salud plasmó de manera adecuada los valores encontrados en cada evaluación clínica de la gestante. El profesional de obstetricia, es quien debe escribir, manejar, y llevar a cabo las observaciones presentadas en el partograma, sin embargo, se han encontrado falencias en el llenado de este instrumento debido al desconocimiento de los parámetros a graficar, por ende un estudio, sobre este punto brindará nuevos aportes teóricos que involucren el incremento de la producción científica en el ámbito obstétrico, asimismo se mostrará la situación actual de la forma como se está graficando el partograma OMS, durante el trabajo de parto, obteniendo información actual que será provista a los jefes de las instituciones hospitalarias, quienes podrán realizar un análisis exhaustivo de la situación y realizar capacitaciones continuas no

solo a los profesionales de salud sino a los internos que también hagan uso del mismo.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico que culmina con la expulsión del feto y de los anexos a través del canal del parto, esto ocurre por la fuerza contráctil del útero, lo cual permite el borramiento y dilatación del cuello uterino. Esta etapa necesita de una vigilancia integral, que evite casos de morbilidad y mortalidad tanto para la madre como para el niño<sup>1</sup>.

En la actualidad la tasa de mortalidad materna a nivel mundial es del 99%, principalmente en países en vías de desarrollo (África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional)<sup>1</sup>, de estas muertes maternas el 9% están directamente relacionadas con un parto obstruido y otras causas directas<sup>2</sup>.

Analizando las estadísticas por países, en Somalia y El Chad las mujeres se enfrentan a un riesgo de muerte relacionada con la maternidad a lo largo de la vida, siendo los más elevados del mundo. En América Latina y el Caribe, para el año 2013 se ha estimado 77 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en América Latina y 190 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el Caribe<sup>2</sup>.

Por esta razón, es necesario prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus periodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación. Existen diferentes etapas que necesitan ser evaluadas como son las contracciones uterinas, la posición fetal, el transcurso de la dilatación, la frecuencia cardiaca fetal, entre otras, los cuales podrían ser causa de una complicación materna que pueda presentarse en el trabajo de parto o de un resultado neonatal adverso<sup>3</sup>.

La prevalencia de partos prolongados a raíz de una dilatación cervical estacionaria o un descenso fetal lento; se encuentra entre 2.6% a 17.2% a nivel mundial; representando el 9% de las causas de mortalidad materna<sup>4</sup>, siendo el motivo principal de indicación de partos por cesárea, esto conlleva a buscar la manera de establecer un diagnóstico precoz de la marcha anormal del parto, para poder llevar a cabo intervenciones apropiadas<sup>5</sup>.

Esta razón fue la causa principal para introducir una herramienta que ayude a monitorizar, el trabajo de parto, por ello en el año 1954, Friedman generalizó el concepto del partograma al representar gráficamente la dilatación del cuello uterino durante el trabajo de parto para una mejor visualización, esto para ayuda visual del profesional de salud responsable del monitoreo, a su vez esto le permitirá tomar decisiones en cuanto a la intervención directa o la derivación de la paciente<sup>6</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, promueve el uso del partograma como una herramienta necesaria en el manejo del trabajo de parto a nivel mundial, sin embargo, algunos profesionales de la salud, no lo usan de manera correcta o no registran los datos, ya sea por desconocimiento o desidia<sup>7</sup>.

Según datos evaluados en una publicación realizada en la Universidad de Carolina del Norte, EUA, en el año 2001 sobre un análisis de Servicios de Salud Materna en 49 países en desarrollo se afirma que únicamente el 45.8% de los partos son atendidos con partograma<sup>8</sup>.

Al Hospital Nacional Sergio E. Bernales, acude anualmente aproximadamente 5200 gestantes en trabajo de parto, que pasan por Centro Obstétrico y a quienes se les evalúa las características del desarrollo de esta etapa, aproximadamente de este grupo poblacional, 2700 terminan en cesárea, opción determinada por alguna complicación identificada mediante el registro de los parámetros en el partograma, mientras que 2500 culminan en un parto eutócico. Además, del total de partos, se han observado complicaciones obstétricas en un 3.7%, que en algunos casos pudieron ser observados o identificados por el partograma, situación que no ha sido evaluado de forma objetiva. Por este motivo su llenado completo es obligatorio; sin embargo, es frecuente observar falencias en el registro de este documento, pero esta evaluación no ha sido analizada de manera objetiva observándose la dificultad de conocer una complicación obstétrica, por ello se realiza esta investigación con la finalidad de mostrar datos equitativos que avalen lo observado durante el paso en el servicio en mención.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es el nivel de cumplimiento del registro del Partograma y la identificación de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017?

### **1.2.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS**

- ¿Cuál es el nivel de cumplimiento del registro del partograma de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas?
- ¿Cuáles son las complicaciones obstétricas identificadas en el partograma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar el nivel de cumplimiento del registro del partograma y la identificación de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir el nivel del cumplimiento de registro del partograma de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas.
- Identificar las complicaciones obstétricas identificadas en el partograma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

El partograma es considerado el avance más importante en la atención obstétrica moderna, el cual con un correcto llenado permite la toma de decisiones importantes, consintiendo la reducción de la frecuencia del trabajo de parto prolongado. Este instrumento tiene por finalidad la observación gráfica del trabajo de parto, tanto desde el punto de vista materno como fetal; indicando situaciones de alerta si ocurriese desviación o retraso de las curvas propias del partograma.

En nuestro país, las causas de muerte materna directa son uno de los principales problemas que se pretende resolver, cabe resaltar que entre las causas directas se encuentra el parto obstruido el cual corresponde al 9% de las complicaciones mortales, situación que se busca disminuir mediante estrategias de prevención; por este motivo, el uso del partograma se ha convertido en una norma para el monitoreo intraparto en varios países del mundo, incluido el Perú, que

permite la identificación de complicaciones obstétricas.

Como este instrumento es parte de la historia clínica de la gestante, se convierte en un documento médico-legal que está sujeto a estudio e investigación, esto hace necesario realizar análisis exhaustivos sobre el llenado de los diferentes parámetros que se utilizan en este formato, con el propósito de esclarecer si el profesional de salud plasmó de manera adecuada los valores encontrados en cada evaluación clínica de la gestante, y a su vez si este instrumento se relaciona con la posibilidad de identificar o ayudar en el diagnóstico de alguna complicación obstétrica durante el proceso de fase activa. El profesional de obstetricia, es quien debe escribir, manejar, y llevar a cabo las observaciones presentadas en el partograma, sin embargo, se han encontrado falencias en el llenado de este instrumento debido al desconocimiento de los parámetros a graficar, por ende un estudio, sobre este punto brindará nuevos aportes teóricos que involucren el incremento de la producción científica en el ámbito obstétrico, asimismo se mostrará la situación actual de la forma como se está graficando el partograma OMS, durante el trabajo de parto, obteniendo información actual que será provista a los jefes de las instituciones hospitalarias, quienes podrán realizar un análisis exhaustivo de la situación y realizar capacitaciones continuas no solo a los profesionales de salud sino a los internos que también hagan uso del mismo. Además, con los resultados se evaluará si el partograma es capaz de identificar complicaciones como trabajo de parto prolongado, parto precipitado, parto disfuncional, etc., para poder adoptar medidas preventivas o soluciones acertadas ante la presencia de estos resultados adversos.

#### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La importancia del estudio radica en evaluar la forma de llenado del partograma durante el trabajo de parto de una gestante que ingresa en condiciones normales y determinar si se presentan complicaciones durante el registro de esta gráfica, esto con la finalidad de poder mejorar, en el ámbito social, el correcto llenado de esta hoja gráfica y poder replicar el estudio en otras instituciones donde se haga uso de este instrumento.

Asimismo el estudio servirá para mejorar el llenado del partograma, pudiendo identificar las complicaciones, y en base a esto, tener las actitudes necesarias frente a las complicaciones y establecer estrategias como capacitaciones a los profesionales de salud responsables del llenado y/o auditorias continuas a este documento gráfico, buscando un registro óptimo sin errores que nos permita un diagnóstico fiable y proceder a un manejo adecuado, optando por recurrir a una mejor vía de culminación del parto, permitiendo la disminución de las complicaciones o muertes maternas y perinatales, y por ende menguar, los costos hospitalarios.

Por último, la investigación formará parte de la producción científica actualizada que estará al alcance de la comunidad de profesionales interesados en este tema, impulsando a la par a la realización de nuevos estudios que fortalezcan los resultados que se puedan identificar en la investigación.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación:**

El presente estudio fue viable, a pesar de algunas limitaciones, porque se pudo acceder a los partogramas de las pacientes atendidas en el hospital Sergio Bernales, ya que se contó con el permiso de las autoridades pertinentes, así como de los profesionales a cargo del archivo de los mismos. Asimismo, el partograma es un documento que debe ser obligatoriamente llenado en el hospital en estudio, por lo cual se pudo contar con el número de partogramas necesarios para la investigación.

#### **1.5 LIMITACIONES DE ESTUDIO**

Una de las limitaciones del presente estudio fue el no contar con la autorización inmediata de los partogramas, ya que fue un proceso burocrático que tomó tiempo para acceder finalmente a los mismos. Otras de las limitaciones fue la lectura del partograma ya que el llenado de muchos de ellos no fue con letra legible.

## CAPITULO II MARCO TEORICO

### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se presentan estudios enfocados al uso del partograma tanto a nivel nacional como internacional, de los cuales algunos pasan los cinco años de antigüedad, sin embargo, se han considerados relevantes incluirlos por el aporte informativo que contienen.

#### **Antecedentes Nacionales**

**Núñez J** en el 2016 efectuaron un estudio titulado "Uso del partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital MINSA II-2– Tarapoto, enero - mayo 2015", con el **objetivo** de determinar si el partograma ha sido usado para la vigilancia clínica del trabajo de parto a través del registro completo realizado por el profesional de salud del servicio de obstetricia. **Material y método:** Estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo-simple, prospectivo y de corte transversal, cuya muestra fue de 153 mujeres con trabajo parto conducido clínicamente mediante el uso del partograma. **Resultados:** La mayor parte de profesionales usa el partograma para la conducción del trabajo de parto (76.2%). Sobre la frecuencia de casos en los que los

profesionales manejaron el partograma para la toma de conductas adecuadas para atención del parto se encontró que el 79.2% (n=121) cumplió con el registro de la curva real y la curva de alerta; el 66.9% (n=102) registró adecuadamente el progreso de la dilatación cervical; el 80.0% (n=122) la dinámica uterina; y el 80.8% (n=123) la frecuencia cardíaca fetal. El tiempo promedio de los periodos de trabajo de parto fue: 396 minutos (6.36 horas) para el periodo de dilatación; 16 minutos para el periodo expulsivo; y 11.40 minutos promedio para el periodo de alumbramiento. El 79.2% (n=121) terminó el trabajo de parto en la condición de parto normal por vía vaginal; mientras que el 20.8% (n=32) terminó en cesárea. **Conclusión:** En la mayoría de los partos (76.2%), el personal de salud del área de obstetricia usa el partograma y registra información completa para el control del trabajo de parto<sup>9</sup>.

**Sánchez X y Padilla J** en el año 2016 desarrollaron un estudio titulado "Evaluación del cumplimiento del partograma en la labor de parto en primíparas con embarazo a término en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Mayo - Octubre 2014", cuyo **objetivo** fue evaluar el porcentaje de cumplimiento del partograma en la labor de parto en primíparas con embarazo a término. **Material y método:** Se trató de un estudio de diseño observacional, transversal y retrospectivo, en el que participaron 209 primíparas entre las 37 a 41 semanas. Obtuvieron como **resultados** que el 74% de casos cumplieron con el llenado correcto del partograma, y el 26% no cumplieron, asimismo, el 62.25% de las pacientes culminó su embarazo por parto vaginal y el 37.75% por cesárea debido al sufrimiento fetal agudo (33,33%), desproporción céfalo-pélvica (28,92%), distocia de presentación (23,04%) y expulsivo prolongado (9,8%). **Conclusión:** Se encontró que la evaluación del cumplimiento del partograma en el trabajo de parto en primíparas con embarazo a término en el Hospital Nacional Hipólito Unánue en general está siendo cumplida de manera correcta<sup>10</sup>.

## Antecedentes Internacionales

**Villatoro A** en el año 2017 llevaron a cabo una investigación titulada "Uso y resultados del partograma en un Centro de Atención Permanente (CAP). Fraijanes, Guatemala, agosto 2017", cuyo **objetivo** fue determinar el uso y resultados del partograma y establecer las principales anormalidades del trabajo de parto registradas. **Material y método:** Fue un estudio descriptivo, de corte transversal, en el que se revisaron 416 expedientes de partos atendidos en el Centro de Atención Permanente (CAP). Obtuvieron como **resultados** que el 77% de los partos fueron evaluados con partograma, el 18% no contó con llenado adecuado y completo del partograma durante la atención del parto, en el 6% de los casos se registraron anomalías en el curso del trabajo de parto y en el 59% de los partogramas se reportó uso de oxitocina. Las complicaciones maternas más frecuentes fueron: preeclampsia (3%), hemorragia vaginal (0.3%), etc. De las 16 pacientes registradas con anormalidades en el partograma, el 25% presentó sufrimiento fetal. El 89% de los recién nacidos presentaron puntuación de APGAR normal, 1.2% deprimido, 0.3% en asfixia perinatal y el 9.2% no contó con información del desenlace del recién nacido por referencias de las madres a centros de mayor complejidad. **Conclusión:** El profesional de médico no está capacitado para el registro e identificación temprana de potenciales diagnósticos de alta morbilidad y mortalidad para la mujer gestante<sup>11</sup>.

**Mancero P y Ordóñez S** en el año 2017 efectuaron un trabajo denominado "Uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016", con el **objetivo** de determinar el uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en el trabajo de parto, en las historias clínicas de pacientes en fase activa de labor de parto que acudieron al Hospital Vicente Corral Moscoso en el periodo

de abril a junio del 2016. **Material y método:** Se trató de un estudio descriptivo, retrospectivo, en el que se revisaron 526 historias clínicas de mujeres en trabajo de parto. Obtuvieron como **resultados** que la mayoría tenía de 20 a 29 años (51.3%), eran mestizas (99.6%), convivientes (38.8%) y multíparas (53.2%). En cuanto a las características obstétricas, el 83,08% culminó en parto vía vaginal, el 16,92% en cesárea, el 63,12% de los partos estuvieron dentro de la curva de alerta y el 34,98% fuera de curva, el 32,7% recibió conducción del parto y el 25,48% tuvo ruptura artificial de membranas. La cesárea se produjo por compromiso agudo del bienestar fetal (30,34%), desproporción céfalo-pélvica (24,72%), distocia cervical (13.48%) y expulsivo prolongado (5,62%). **Conclusiones:** El partograma es un registro gráfico muy útil, pues con su correcto llenado e interpretación permite tomar decisiones terapéuticas adecuadas para conservar el bienestar materno infantil<sup>5</sup>.

**Espinoza C y Flores E** en el año 2016 publicaron una tesis titulada “Cumplimiento del Llenado e interpretación del Partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo Julio a Septiembre de 2015”, con el **objetivo** de evaluar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo Julio-Septiembre de 2015. **Material y método:** Ejecutaron un estudio descriptivo de corte transversal, en el que incluyeron a 107 expedientes clínicos, los cuales fueron seleccionados por muestreo aleatorio simple. **Resultados:** Las pacientes tenían de 20 a 34 años (62.6%), nivel primario (43%) y estado civil unión estable (61.7%). Acerca de las características obstétricas, el 47.7% era primigesta, el 53.3% nulípara, el 88.8% no presenta abortos. Respecto al promedio global del partograma, en 14 casos (13.1%) el resultado obtenido fue  $\geq$  a 90%, no obstante en 93 casos (86.9%) fue  $\leq$  de 89% y acerca del cumplimiento de la calidad

del llenado del partograma se observó que el porcentaje de satisfacción fue de 51.4% y la calidad de interpretación fue de 46.8%, presentándose las fallas principales en los datos generales de identificación de la paciente, el grafico adecuado de la variedad de posición de la presentación, frecuencia cardiaca fetal, frecuencia de las contracciones uterinas y dificultades la interpretación. **Conclusión:** No se cumple con los estándares de calidad establecidos por el Ministerio de Salud, debido a la falta de conocimiento, desinformación o desinterés para el registro e interpretación adecuado del partograma<sup>12</sup>.

**Sánchez A y Torres A** en el año 2015 en su estudio titulado “Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor de parto y parto del área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el Período Comprendido entre Enero-Junio del Año 2015”, tuvo como **objetivo** identificar el cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor y parto del área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega. **Material y método:** Estudio descriptivo y de corte transversal, en el que se incluyó a 280 mujeres embarazadas con trabajo de parto atendidas el Hospital Victoria Motta-Jinotega, las cuales fueron seleccionadas por muestreo probabilístico, aleatorio sistemático. Obtuvieron como **resultados** que el 100% de las pacientes culminó en parto por vía vaginal, el 95% no presentó complicaciones, en cambio, el 2.5% presentó Hipertensión gestacional transitoria, el 0.7% hemorragia postparto y el 0.4% un expulsivo prolongado. Acerca de las complicaciones fetales, el 91.8% no presentó complicaciones, el 4.3% tuvo enfermedades infecciosas, el 3.2% presentó asfixia y el 0.7% enfermedades respiratorias. En cuanto al cumplimiento del llenado satisfactorio del partograma, un 33.9% cumplió y el 66.15% tuvo un llenado insatisfactorio. Asimismo, un 35.4% cumple con la interpretación de los datos de las variables

valoradas en el partograma, mientras que el 66.1% no realiza una interpretación adecuada. Además, del 100% de los partogramas que cumplen el llenado satisfactorio, un 72.7% realiza una interpretación adecuada y un 27.3% no cumple con la interpretación. **Conclusiones:** Con respecto al cumplimiento del llenado correcto del partograma encontramos que solo un 33.9% cumplió, siendo el mayor porcentaje el 66.15 con un llenado insatisfactorio, lo cual nos hace ver que existen muchas debilidades en la realización del partograma, sin embargo al hacer una evaluación del cumplimiento de los acápites que valoran la interpretación del partograma determinamos que en el 72.7% se está realizando una interpretación adecuada, lo cual indica que están tomando medidas oportunas al encontrar una alteración en la evolución del trabajo de parto, lo cual se correlaciona con el porcentaje de complicaciones maternas y fetales ya que el mayor número fue para ninguna complicación<sup>13</sup>.

**Chalacán T** en el año 2012 desarrolló una investigación titulada “Aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gineco-Obstétrico “Isidro Ayora” en el período enero a diciembre del 2010”, con el **objetivo** de establecer la calidad de llenado del partograma como instrumento para la vigilancia del trabajo de parto. **Material y método:** Realizaron un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, retrospectivo y documental, donde se tomó a una muestra de 7741 partos normales. Obtuvieron como **resultados** que la mayoría era de etnia mestiza (44%), tenía vivienda arrendada (42.9%), nivel educativo primaria (40%) y estado civil unión estable (47%). El 66,6% terminó su embarazo por parto normal y el 33.4% por cesárea; el 97,05% contiene la hoja del partograma; el 62,47 % está llenado adecuadamente; el 80% cumple con la gráfica del punto de partida de la curva de alerta; el patrón de curva de alerta se cumple en el 68,9%; el 73,40% no cumple con el registro gráfico de los planos de Hodge; el 41,4% grafica la frecuencia cardíaca fetal; el 56,39% no registra las contracciones uterinas. En indicaciones de

cesárea se encuentran: expulsivo prolongado (43.8%), desproporción céfalo-pélvica (32.5%) y sufrimiento fetal agudo (9%). **Conclusiones:** el partograma no cuenta con la importancia en la toma de decisiones de la vigilancia del trabajo de parto, el llenado es incompleto, la suma de debilidades dificulta una verdadera interpretación del registro gráfico del trabajo de parto, lo que impide mostrar sintéticamente la evolución del parto y el cumplimiento de los objetivos de este instrumento<sup>14</sup>.

**Briones K y Merciali W** (2012) publicaron una tesis titulada "Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontáneo como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito en el periodo del enero 2011-agosto 2012", que tuvo como **objetivo** evaluar si la correcta utilización del partograma disminuye el número de cesáreas innecesarias. **Material y método:** Realizaron un estudio descriptivo, transversal, que tuvo como tamaño de muestra a 84 gestantes. Resultados: Las pacientes tenían de 15 a 19 años (69%) y eran nulíparas (100%). Se aplicó el partograma al 100% de los casos; también, se evidenció que el 81% de pacientes terminaron su embarazo por parto vaginal y un 19% vía cesárea debido a sufrimiento fetal agudo (43%), desproporción céfalo-pélvica (23%), distocia de presentación (14%) y expulsivo prolongado (10%). **Conclusión:** Se ha evidenciado que el partograma constituye un instrumento de registro gráfico útil, que ayuda a la toma de decisiones terapéuticas adecuadas durante la labor de parto, reduciendo el número de cesáreas innecesarias<sup>4</sup>.

**González X., Abouassi O., Vargas A., Barrios F., Salazar G.** (2003) publicaron una tesis "Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto" que tuvo como **objetivo** fue evaluar la utilidad del partograma en el resultado del parto y de la morbimortalidad

materna y fetal. **Material y método:** estudio retrospectivo comparativo donde se analizaron 2495 historias de pacientes ingresadas entre Enero a Junio de 1995 en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello, tomando 806 historias de pacientes ingresadas por trabajo de parto a quienes se les realizó partograma. **Resultados:** En ambos grupos la frecuencia de partos vaginales fue bastante semejante, pero los neonatos del grupo estudio presentaron mejor puntuación de Apgar. En éste, la incidencia de distocia intraparto fue de 136 casos(17%), 121 (89%) se resolvieron por vía vaginal y 15 (11%) por cesáreas mientras en el grupo control de 182(16%) trabajos de parto distócicos 145 (80%) se resolvieron por vía vaginal y 37 (20%) por cesárea con peor resultado neonatal, se obtuvo una tasa de mortalidad fetal en el grupo estudio de 2,5 por 1000 y en el grupo control de 3,5 por 100 nacimientos, además de 1 caso de dehiscencia de cicatriz y 1 rotura uterina con muerte materna. Al final se **concluye** que la aplicación del partograma demuestra su utilidad en la atención del trabajo de parto en la identificación oportuna de anormalidades<sup>15</sup>.

## 2.2 BASES TEÓRICAS

A continuación, se presenta una recopilación teórica acerca de las variables de estudio, las cuales han sido tomadas de referencias, donde algunas no se encuentran en los últimos cinco años, puesto que forman parte de la historia del partograma o las Guías incluidas no han sido actualizadas.

### **PARTOGRAMA:**

El parto es un evento que marca el final del embarazo, cuya duración normal es ampliamente debatido, por la complejidad para detallar el inicio y la gran variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, no obstante, suelen desencadenarse complicaciones materno-fetales, que pueden ser nefastos para el binomio madre-niño<sup>16</sup>.

Por ello, se introdujo un elemento gráfico como es el partograma, el cual contribuye en avisar sobre el desarrollo del trabajo de parto y mediante determinados criterios ayuda a que el profesional pueda intervenir y evitar consecuencias fatales.

En el año 1954, Emmanuel A. Friedman, publica un estudio realizado en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Colegio Médico y Cirujanos de la Universidad de Colombia, y en el Hospital Sloane y Presbyterian de New York, donde, por primera vez a nivel mundial, la labor de parto en pacientes primigestas fue graficado con una abscisa, determinando los centímetros de dilatación y una ordenada con el tiempo expresada en horas.

El progreso del descenso de la presentación también estuvo graficado, obteniendo una observación más reflexiva e impactante, que determinaría la efectividad de las contracciones uterinas, en relación al tiempo de duración de la labor, dando como consecuencia una gráfica que, desde ese momento, pasó a denominarse la curva de Friedman. Luego, en el año 1956, aparece el gráfico de las multíparas.

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

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

Posteriormente, en el año 1994, la OPS/OMS (CLAP) implanta un Partograma bastante minucioso que luego de un tiempo que se usó

resultó sensato volver al Partograma inicial, mucho más didáctico y práctico.

En el año 2000, con el fin de obtener mejor los diagnósticos de trabajo de parto disfuncional, y que fueran también más impactantes y más fáciles de identificarlas aun para profesionales en formación, se agregó una columna en el lado derecho de la hoja.

Por último, en el Perú en el año 2004, el Ministerio de Salud sugirió, a todos los Hospitales de Salud, usar el partograma de la OMS, modificado, el cual constituye el antiguo partograma, con la diferencia que, entre la línea de alerta y la de acción, deben transcurrir 8 horas<sup>17</sup>.

El **partograma** se define como el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto (a partir de la fase activa), tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo<sup>16</sup>.

La utilización de un partograma es muy ventajosa para inspeccionar la evolución del parto. Cualquier evaluación, indicación y acción realizada durante el parto debe quedar de forma legible, firmada y fechada. Este hecho es de gran importancia cuando en la vigilancia del parto intervienen varios profesionales<sup>18</sup>.

Entre los objetivos del partograma se encuentran:

- ❖ Reducir la morbilidad y mortalidad materno-perinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
- ❖ Proporcionar a parteras, personal médico y paramédico un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento apropiado del trabajo de parto.
- ❖ Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- ❖ Disminuir el índice de cesáreas y la asfixia, así como sus efectos.<sup>16</sup>

En el partograma de la OMS, la fase latente ha sido retirada y la gráfica empieza en la fase activa cuando el cuello uterino está dilatado 4 cm<sup>19</sup>.

Para efectos del presente trabajo se tomarán en cuenta las siguientes dimensiones con sus respectivos elementos:

*Registro de datos generales de las gestantes:*

Se refiere al reconocimiento y llenado de toda aquella información esencial (nombre y apellido, edad, etc.) de una gestante, que permite identificarla<sup>20</sup>.

En este apartado se contempla el registro de los siguientes datos:

- ❖ Nombre.
- ❖ Número de gestaciones.
- ❖ Paridad.
- ❖ Número de historia del establecimiento.
- ❖ Fecha y hora de admisión al servicio.
- ❖ Hora de la rotura de membranas.<sup>19</sup>

*Registro de la frecuencia cardiaca fetal:*

Se refiere a la inserción de los latidos fetales, los cuales en un rango normal fluctúan entre 110 a 160 latidos por minuto<sup>21</sup>.

En el partograma se registra la Frecuencia Cardiaca Fetal cada media hora<sup>19</sup>.

*Registro de las características del trabajo de parto:*

Se refiere al registro en el partograma de aquellos fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y sus anexos<sup>22</sup>; tales como

- ❖ Líquido amniótico: registre el color en cada examen vaginal:
  - I: membranas intactas.
  - R: momento de la rotura de las membranas.
  - C: membranas rotas, líquido claro.
  - M: líquido Meconial.
  - S: líquido sanguinolento.
  
- ❖ Moldeamiento:
  - 1: suturas lado a lado
  - 2: suturas superpuestas pero reducibles
  - 3: suturas superpuestas y no reducibles
  
- ❖ Dilatación cervical: Se trata de evaluar en cada examen vaginal y marcar con una X en la hora que corresponde, el cual debe ser a partir de los 4 cm de dilatación en el partograma de la OMS.
  - Línea de alerta: Línea que comienza en 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada a una velocidad de 1 cm por hora.
  - Línea de acción: paralela y 4 horas a la derecha de la línea de alerta.
  
- ❖ Descenso del polo cefálico: Se puede examinar por palpación abdominal referido a la parte palpable de la cabeza (dividida en 5 partes, que corresponden a la mano que explora) por encima del pubis. Se puede registrar también como un círculo en cada examen vaginal. Si es por examen abdominal se marcará así:
  - 5/5: completamente encima del pubis.
  - 4/5: sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente.
  - 3/5: sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente.

- 2/5: sincipicio se siente, occipucio casi se siente.
- 1/5: sincipicio se siente, occipucio no se siente.
- 0/5: la cabeza no es palpable.
- ❖ Número de Horas: se refiere al tiempo transcurrido desde el inicio de fase activa.
- ❖ Hora real: Se debe registrar el tiempo actual.
- ❖ Contracciones: Se debe graficar cada media hora, asimismo, se debe contemplar el número de contracciones en 10 minutos y su duración en segundos.
  - Menos de 20 segundos: cuadrilátero punteado.
  - Entre 20 y 40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas.
  - Más de 40 segundos: cuadrilátero oscuro.
- ❖ Oxitocina: Se debe colocar la cantidad de oxitocina por volumen de líquido endovenoso. En gotas por minuto cada 30 minutos cuando se utilice.
- ❖ Drogas administradas: registre cualquier droga adicional administrada, inclusive líquidos.<sup>19</sup>

*Registro de signos vitales y necesidades fisiológicas:*

Se refiere al llenado de los signos vitales, es decir aquellos indicadores que manifiestan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones, etc.) como la frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura<sup>23</sup>.

Acerca de las necesidades fisiológicas, son aquellos requerimientos propios del organismo, tales como: orinar, dormir, etc<sup>24</sup>.

En el partograma se llenará lo siguiente:

- ❖ Pulso: se registra cada 30 minutos.
- ❖ Presión arterial: se registra cada 4 horas con puntas de flecha.
- ❖ Temperatura: se registra cada 2 horas.
- ❖ Proteínas, cetonas y volumen urinario: se registra cada vez que se obtiene la orina.<sup>19</sup>

*Registro de datos del parto y del recién nacido:*

Se contempla el llenado de la duración de los periodos del parto (primero: dilatación, segundo: expulsivo y tercero: alumbramiento) y los datos del recién nacido como fecha de nacimiento, hora de nacimiento, peso, talla, Apgar, etc.<sup>19</sup>

Las ventajas que posee este instrumento son:

- ❖ Disminuye la morbilidad y mortalidad materno-perinatal, ya que es un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
- ❖ Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- ❖ Evita el trabajo de parto prolongado y las consecuencias que pueden suceder.
- ❖ Permite explicar las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del “intervencionismo” obstétrico.
- ❖ En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice tempranamente la rotura uterina.
- ❖ Contribuye a archivar y computar los datos.

- ❖ Constituye un método de lenguaje universal.
- ❖ Es económico y accesible.<sup>16</sup>

## **VIGILANCIA DEL TRABAJO DE PARTO A TRAVÉS DEL PARTOGRAMA:**

A toda gestante en trabajo de parto que ingresa al servicio de sala de partos se le debe evaluar para lograr un parto seguro y humanizado, además de la vigilancia de la evolución de los periodos del trabajo de parto utilizando como instrumento el Partograma.

Con la paciente ingresada a sala de partos se debe iniciar el llenado del Partograma con Curva de Alerta, tan pronto se considere que la parturienta ha iniciado el trabajo de parto<sup>25</sup>.

Se denomina **trabajo de parto** a la presencia de contracciones que producen incorporación y dilatación evidentes del cuello uterino, es decir se caracteriza por la presencia de 2 a 3 contracciones uterinas cada 10 minutos acompañada de dilatación cervical (2-3cm) <sup>26</sup>.

Se divide en las siguientes etapas:

- ❖ Primera etapa del parto (Periodo de dilatación): Es aquella que se produce desde la aparición de contracciones uterinas y borramiento hasta cuando la dilatación del cérvix alcanza los 10 cm.
  - Fase latente: Se refiere a la fase del trabajo de parto que sucede entre el inicio clínico del trabajo de parto y los 4 cm de dilatación del cuello uterino.
  - Fase activa: Se refiere a la fase del trabajo de parto que se produce desde una dilatación mayor a 4 y hasta los 10 cm, además de una dinámica regular. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) instituye una duración promedio de 4 horas en multíparas y 6 horas en nulíparas.<sup>26,27</sup>

- ❖ Segunda etapa del parto (Periodo expulsivo): Se produce entre el momento en que se obtiene la dilatación completa (10 cm) y la expulsión fetal. El tiempo medio de acuerdo a lo estipulado por la SEGO es de 2 horas en nulíparas y de 1 hora en multíparas, sin embargo puede variar<sup>26, 27</sup>.

Cabe resaltar que es en este periodo donde se debe aplicar el **partograma** para poder observar el avance del trabajo de parto y la identificación de posibles alteraciones que pueden acontecer<sup>27</sup>.

Se debe registrar la evolución del trabajo de parto (contracciones, frecuencia cardíaca fetal, dilatación y altura de la presentación fetal)<sup>28</sup>.

- ❖ Tercera etapa de trabajo de parto (Alumbramiento): Es aquella etapa que comprende desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta. Su duración puede ser de 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas<sup>26, 29</sup>.

En cuanto a la vigilancia del trabajo de parto, se ha observado que el uso, frente al no uso, del partograma parece reducir la proporción de partos con duración mayor de 18 horas, uso de oxitocina, tasa de sepsis posparto y las tasas de cesáreas, pero incrementa el número de partos espontáneos.

Por otro lado, se observó que no existe evidencia de diferencias entre el uso y no uso del partograma sobre las tasas de cesáreas, parto vaginal instrumentado y puntuaciones de Apgar menor a 7 a los cinco minutos<sup>29</sup>.

A través de una serie de trabajos en el sureste asiático en el que se incluyó a varias mujeres (n=35,484) con resultados favorables, la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugiere su uso en todas las maternidades, tanto en las que tienen capacidad de manejar algunas complicaciones como en aquéllas que no la tienen, pero que pueden

derivar a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive<sup>6</sup>.

En un estudio llevado a cabo por Gonzáles y cols. (2003) Se obtuvo que la aplicación del partograma es útil en la atención del trabajo de parto para la identificación oportuna de anomalías (Apgar menor a 7, muerte fetal y materna) <sup>30</sup>.

Con ello se desprende que los resultados están divididos acerca del uso del partograma, por ello sería relevante que se fomente la realización de otros estudios para poder encontrar los beneficios de este instrumento.

## **REGISTRO DEL PARTOGRAMA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

La calidad en salud se define como la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos para conseguir los beneficios máximos en salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario <sup>31</sup>.

Para el presente estudio se tomarán en cuenta para evaluar un correcto registros del partograma, los siguientes parámetros: registro de los datos generales de las gestantes, registro de la frecuencia cardiaca fetal, registro de las características del trabajo de parto, registro de signos vitales y necesidades fisiológicas y registro de los datos del parto y el recién nacido.

## **COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS INTRAPARTO**

La falta de avances en salud materna tiene implicaciones mundiales para el desarrollo humano. La muerte materna tiene efectos para toda la familia y un impacto que retorna a través de las generaciones. Las complicaciones que causan los fallecimientos y las inhabilidades de las

madres ocasionan grandes derivaciones sobre los niños. Los registros muestran que los lactantes que pierden a sus madres en las primeras seis semanas de vida tienen más posibilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven. Adicionalmente, por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, 20 sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades<sup>32</sup>.

El término complicación representa un problema médico y se refiere al agravamiento de un padecimiento o de una intervención o tratamiento, la cual se produce de manera espontánea por un agente causal<sup>33</sup>.

Las **complicaciones obstétricas** son aquellos disturbios o consecuencias de una determinada enfermedad desde el embarazo hasta después del parto<sup>34</sup>.

Para efectos del presente estudio se tomarán en cuenta a las complicaciones obstétricas intraparto, es decir aquellas que se desencadenan durante el trabajo de parto. Entre ellas destacan:

*Hipodinamias:* Se refiere al conjunto de alteraciones que influyen de manera negativa en la dinámica uterina, como:

- Hiposistolias: cuando las contracciones tienen una intensidad menor de 25 a 30 mm Hg.
- Bradisistolias: cuando hay menos de dos contracciones en 10 minutos.
- Hipotonías: cuando el tono de basal es menor a 8 mm Hg.<sup>35</sup>

*Hiperdinamias:* Se refiere al conjunto de alteraciones que influyen de manera excesiva en la dinámica uterina, tales como:

- Hipersistolias: cuando las contracciones tienen una intensidad mayor a 60 mmHg.
- Taquisistolias: cuando hay más de 5 contracciones en 10 minutos.

- Hipertonía: cuando el tono basal es superior a 12 mm Hg.<sup>35</sup>

*Trabajo de parto prolongado:* Se refiere a la dilatación cervical o a un descenso fetal anormalmente lento durante el trabajo de parto, debido a una incompatibilidad céfalo-pélvica, feto grande o distocia fetal, anormalidad en las contracciones uterinas, etc.<sup>36</sup>

*Expulsivo prolongado:* Este periodo se produce tras la dilatación completa del cuello uterino y culmina con la expulsión fetal, cuya duración es mayor de 2 horas en primíparas y de 1 hora en múltiparas acrecentándose estos tiempos en una hora cuando la mujer tiene anestesia epidural<sup>35</sup>.

*Cesárea:* Se refiere a aquella intervención quirúrgica que permite extraer un feto por laparotomía e incisión de la pared uterina. Si bien este procedimiento obstétrico busca disminuir los daños al recién nacido y a la madre, sin embargo, puede generar mayores riesgos al binomio-madre<sup>37</sup>.

*Sospecha de pérdida de bienestar fetal:* Se refiere al estado de compromiso fetal instalado durante el trabajo de parto caracterizado por hipoxia, hipercapnea y acidosis por reducción de los intercambios feto-maternos<sup>38</sup>.

Se diagnostica mediante el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal:

- Presencia de bradicardia fetal (< 110 lpm) acompañado de otra morbilidad de mal pronóstico
- Presencia de Desaceleraciones tardías (DIPS II) en más del 20% de las contracciones.
- Presencia de Desaceleraciones variables.

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

**Partograma:** es el formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto<sup>39</sup>.

**Trabajo de parto:** Se refiere a la presencia de contracciones uterinas necesarias en frecuencia, intensidad y duración que desencadenan borramiento y dilatación del cérvix<sup>29</sup>.

**Vigilancia:** Es el cuidado y la supervisión de determinadas situaciones o acontecimientos que están a cargo de uno<sup>40</sup>.

**Inducción del trabajo de parto:** Incluye el uso de medicamentos para estimular el parto<sup>41</sup>.

**Complicaciones obstétricas intraparto:** Se refiere a las consecuencias de una determinada condición durante el trabajo de parto y el parto.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. HIPOTESIS**

Hipótesis general:

Los registros del partograma en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017 se cumplieron en un 50% al registrar de manera completa los datos generales, la frecuencia cardiaca fetal, las características del trabajo del parto, los signos vitales y necesidades fisiológicas y los datos del parto y el recién nacido.

#### **3.2 VARIABLES**

VARIABLE DE ESTUDIO:

V1: Registro del partograma durante el trabajo de parto e identificación de complicaciones obstétricas

<b>Variable</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Categorías</b>
Registro del partograma durante el trabajo de parto	Registro de los datos generales de las gestantes	Nombre completo Gravidez Paridad Número de historia clínica Fecha y hora de admisión Hora de la rotura membranas	En datos.
	.Registro de la frecuencia Cardíaca Fetal	Frecuencia cardíaca fetal.	
	Registro de las características del trabajo de parto	Características del líquido amniótico. Moldeamiento del polo cefálico fetal Membranas Dilatación de cuello con línea de alerta y de acción. Evaluación del descenso cefálico por palpación. Número de horas del trabajo de parto. Registro del tiempo real. Frecuencia y duración de contracciones uterinas Uso de oxitocina y medicamentos administrados.	
	Registro de signos vitales y necesidades fisiológicas.	Presión arterial Pulso, Temperatura Proteínas, cetonas y volumen de orina.	
	Registro de los datos del parto y el recién nacido	Sexo, peso, talla y Apgar. Tiempo de duración del parto.	
	Complicaciones obstétricas	Complicaciones intraparto	

## **CAPITULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

El diseño de la investigación es descriptivo, ya que se caracterizaron los registros del partograma de las gestantes con complicaciones, retrospectivo ya que los datos se recabaron hechos que sucedieron.

### **4.2 DISEÑO MUESTRAL**

#### **4.2.1 POBLACIÓN**

La población del estudio se considera de 5200 partogramas de gestantes atendidas en el Hospital Sergio E. Bernales en el año 2017

#### **4.2.2 MUESTRA**

Para obtener la muestra se utilizó la fórmula para muestra finita, donde la población estuvo conformada por 5200 partogramas evaluados en el año 2017, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Paso 1: Estimación del tamaño muestral total

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} \quad \Rightarrow \quad \mathbf{n = \frac{5200 * 1.96 (0.5 * 0.5)}{0.05^2 (5200 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 358}$$

- N=población total = 5200
- $Z_{\alpha}$ =Nivel de confianza del 95%= 1.96
- p=proporción esperada= 50%= 0.5
- $q=1-p = 1 - 0.5 = 0.5$
- d = margen de error o de precisión=5%=0.05.

Factor de corrección para muestra accesible conocida:

$$\mathbf{n_f = \frac{n_c}{1 + \frac{n_c}{N_t}}}$$

Dónde:

$n_c$ = Muestra calculada

$n_f$ = Muestra final

$N_t$ = población finita dada

$$\mathbf{n_f = \frac{358}{1 + \frac{358}{5200}} = 334.9}$$

Al final se analizaron 335 partogramas.

**Muestreo:** Probabilístico aleatorio simple.

## 4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 4.3.1 TÉCNICAS

La técnica aplicada fue el análisis documental, examinando el partograma obtenido de la historia clínica que se registraron en el libro de partos del año 2017, datos proporcionados por el departamento de gineco-obstetricia del Hospital Sergio E. Bernales.

### 4.3.2 INSTRUMENTOS

Se utilizó una ficha de observación y una de recolección de datos, los cuales ayudaron a analizar el llenado de los diferentes segmentos del partograma.

La ficha de observación está dividida en cinco zonas de observación (datos generales de las gestantes, datos de la frecuencia cardiaca fetal, características del trabajo de parto, registro de los signos vitales y necesidades fisiológicas y datos del parto y recién nacido), a su vez estas secciones se subdividen en las partes fundamentales del partograma, parámetros que fueron evaluados en base a la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutoria del Ministerio de Salud.

Por otro lado, la ficha de recolección de datos se construyó con la finalidad de detallar las principales complicaciones obstétricas evidenciadas durante el trabajo de parto. Esta ficha está constituida por 15 ítems, estructurado en tres partes: datos de filiación, características obstétricas y complicaciones obstétricas.

Para calificar el nivel cumplimiento del llenado del partograma, se tomó que tener en cuenta la siguiente valoración:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	NUMERO DE ERRORES
ALTO	0
MEDIO	1-2
BAJO	3 a más

#### **4.4 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

La información fue recaudada en una ficha de recolección de datos, las cuales fueron ingresadas al programa Microsoft Excel v.2013, teniendo como identificación un código ID. Luego se realizó un control de calidad de los datos ingresados, para luego convertirlo al programa estadístico SPSS V.25 donde se realizarán los procesos estadísticos.

Los gráficos fueron realizados mediante el programa Microsoft Excel v.2013

#### **4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICAS UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los datos fueron ingresados a una base de datos que fue elaborada en el programa SPSS v.25, para su análisis y procesamiento. Los datos descriptivos fueron analizados mediante frecuencias absolutas y relativas, presentados en tablas descriptivas y gráficos circulares y de barras.

**CAPÍTULO V**  
**RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

**5.1 Resultados.**

**TABLA N° 1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

Características Sociodemográficas de las gestantes		N	%
<b>Edad:</b> X ± DS (Mín. - Máx.) 26.26 ± 5.7 (14 - 42)	14 - 18 años	14	4.2%
	19 - 35años	290	86.6%
	36 - 42 años	31	9.3%
<b>Total</b>		<b>335</b>	<b>100.0%</b>
<b>Estado civil</b>	Conviviente	262	78.2%
	Casada	37	11.0%
	Soltera	36	10.7%
<b>Total</b>		<b>335</b>	<b>100.0%</b>
<b>Nivel educativo</b>	Illetrado	5	1.5%
	Primaria	31	9.3%
	Secundaria	223	66.6%
	Superior Técnico	66	19.7%
	Superior Universitario	10	3.0%
<b>Total</b>		<b>335</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

Con respecto a las características sociodemográficas de las 335 gestantes, el 87% de las gestantes a término atendidas en labor de parto tenían una edad de 19 a 35 años, el 9% de 36 a 42 años y el 4% de 14 a 18. Encontrándose una edad promedio de 26.7 años. Además, se observa que, el 78% de las gestantes tuvieron un estado civil conviviente, un 11% fueron solteras y otro 11% casadas.

En cuanto al grado de instrucción, un 67% de las gestantes tuvieron estudios secundarios, un 20% superior técnico, un 3% superior universitario y un 1% no tuvieron instrucción.

**TABLA N° 2 CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS**

Características Obstétricas		N	%
Edad gestacional	X ± De (Mín. – Máx.)	38.41 ± 1.38 (37 - 42)	
Gestaciones	Primigesta	114	34.0%
	Multigesta	221	66.0%
Atención prenatal	< 6 atenciones	103	30.7%
	>= 6 atenciones	232	69.3%
<b>Total</b>		<b>335</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

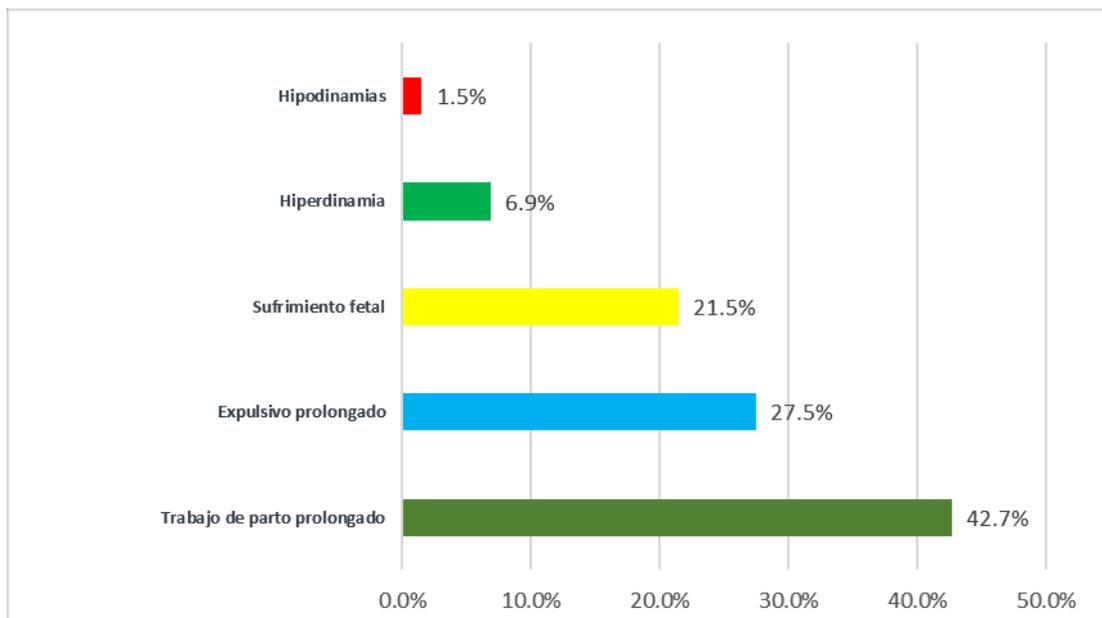
Las gestantes se encuentran entre las 37 y 42 semanas de gestación con un promedio de 38.4 semanas. El 66% fueron multigestas y un 34% primigestas. Además, se observa que el 69.3% de las gestantes tuvieron de 6 a más atenciones prenatales y el 30.7% menos de 6 atenciones.

**TABLA N° 3 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS	N	%
Trabajo de parto prolongado	143	42.7%
Expulsivo prolongado	92	27.5%
Sufrimiento fetal	72	21.5%
Hiperdinamia	23	6.9%
Hipodinamias	5	1.5%
Trabajo de parto prolongado más sufrimiento fetal	143	42.7%
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

**GRÁFICO N° 1 COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS**



*Fuente: Ficha de recolección de datos*

La Tabla N°3 y Gráfica N°1 muestran las complicaciones presentes en las pacientes atendidas, donde el 42.7% presentaron trabajo de parto prolongado, 27.5% expulsivo prolongado, 21.5% sufrimiento fetal, 6.9% hiperdinamia y 1.5% hipodinamia.

**TABLA N° 4 REGISTRO DEL PARTOGRAMA**

<b>REGISTRO DEL PARTOGRAMA</b>			<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Registro de los datos generales de las gestantes</b>	Registro del nombre completo de la gestante.	Si	334	99.7%
		No	1	0.3%
	Registro de la gravidez.	Si	335	100.0%
		No	0	0.0%
	Registro de la paridad.	Si	335	100.0%
		No	0	0.0%
	Registro de la historia clínica (Nro.)	Si	333	99.4%
		No	2	0.6%
	Registro de la fecha y hora de ingreso al servicio.	Si	331	98.8%
		No	4	1.2%
	Registro de la hora de la rotura de membranas.	Si	320	95.5%
		No	15	4.5%
<b>Registro de la frecuencia cardíaca fetal</b>	Registro de la frecuencia cardíaca fetal. C/30'	Si	335	100.0%
		No	0	0.0%
<b>Registro de las características del trabajo de parto</b>	Registro de las membranas	Si	305	91.0%
		No	30	9.0%
	Registro de las características del líquido amniótico.	Si	313	93.4%
		No	22	6.6%
	Registro del moldeamiento del polo cefálico fetal.	Si	330	98.5%
		No	5	1.5%
	Registro de la dilatación de cuello con línea de alerta y de acción.	Si	334	99.7%
		No	1	0.3%
	Registro del descenso cefálico por palpación. (Quintos)	Si	334	99.7%
		No	1	0.3%
	Registro de las horas del trabajo de parto.	Si	332	99.1%
		No	3	0.9%
	Registro del tiempo real.	Si	332	99.1%
		No	3	0.9%
Registro de la frecuencia y duración de contracciones uterinas.	Si	335	100.0%	
	No	0	0.0%	
Registro del uso de oxitocina y medicamentos administrados.	Si	250	74.6%	
	No	85	25.4%	
<b>Registro de signos vitales y necesidades fisiológicas.</b>	Registro de la presión arterial cada 4 horas.	Si	331	98.8%
		No	4	1.2%
	Registro del pulso cada 30 minutos	Si	335	100.0%
		No	0	0.0%
	Registro de la temperatura cada 2 horas	Si	334	99.7%
		No	1	0.3%
	Registro de las proteínas, cetonas y volumen de orina	Si	271	80.9%
		No	64	19.1%
<b>Registro de los datos del parto y el recién nacido</b>	Se anotó peso talla y Apgar.	Si	280	83.6%
		No	55	16.4%
	Se anotó los periodos de duración del parto	Si	260	77.6%
		No	75	22.4%
<b>Total</b>			<b>335</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

En la tabla N°4 se muestran los registros del partograma donde: respecto al registro de los datos generales se tiene que en el 99.7% se registró el nombre completo de la gestante, en el 100% se registró la gravidez y paridad, y en el 99.4% se registró el número de historia clínica; asimismo, en el 95.5% se registró la hora de rotura de membranas y en el 4.5% no hubo registro. En el 100% de los partograma se registró la frecuencia cardiaca cada 30 minutos. Se observó un registro correcto del modelamiento del polo cefálico (98.5%), de la dilatación de cuello con línea de alerta y de acción (99.7%), del descenso cefálico por palpación en quintos (99.7%) y la frecuencia y duración de las contracciones uterinas (100%); encontrándose mayor error, en el registro del uso de oxitocina o algún medicamento (25.4%). El 98.8% tuvo registro de la presión arterial cada 4 horas, en el 100% se registró el pulso y en el 99.7% se registró la temperatura cada dos horas. En cuanto, al registro de los datos del parto en el 83.6% se anotó el peso, la talla y apgar, y en el 77.6% se anotaron los periodos de duración del parto.

**TABLA N° 5: NIVEL DE CUMPLIMIENTO REGISTRO DEL PARTOGRAMA**

<b>REGISTRO DE PARTOGRAMAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ALTO</b>	127	37.9%
<b>MEDIO</b>	45	13.4%
<b>BAJO</b>	163	48.7%
<b>Total</b>	<b>335</b>	<b>100.0%</b>

*Fuente: Ficha de recolección de datos*

En la tabla 5 se observa que el cumplimiento del registro del partograma, es bajo en un 48,7% (163), un 37,9% alto (127) y medio en un 13,4%.

## 5.2 Discusiones

En la presente investigación se observa que la mayor parte de gestantes a término (87%) atendidas en labor de parto tenían una edad de 19 a 35 años y un mínimo porcentaje (4%) fue de 14 a 18 años. Encontrándose una edad promedio de 26.7 años. Similares resultados son encontrados en el estudio de **Sánchez X y col**<sup>10</sup>, realizado en el Hospital Hipólito Unánue en el año 2016, donde se muestra una población de gestantes a término ligeramente más joven que a la del Hospital Sergio Bernales, pues señalan que la edad promedio de las pacientes, registrado en el partograma, fue de 23.9 años y que solo el 74% se encontraba entre los 19 y 35 años, teniendo un 25% de gestantes menores de 19 años.

Según el estado civil, el 78% tiene un estado civil conviviente, resultado que difiere a lo observado en un estudio similar realizado en Ecuador por **Macero y col**<sup>5</sup>, donde no había diferencia porcentual tan marcada entre el estado civil conviviente (38.8%) y el casado (37.1%), tal como sucede con los resultados de esta investigación.

La mayor parte de las gestantes tuvieron un grado de instrucción secundario (66.65%), lo cual difiere a lo observado por **Sánchez y col**<sup>13</sup> quien señala como grado de instrucción, de las gestantes, más frecuente, el nivel primario (48.2%), seguido de analfabeta (13.9%) y secundario (34.3%), esto puede deberse a que el estudio realizado por **Sánchez y col**<sup>13</sup> se realizó en una zona rural, mientras que este estudio se efectúa en una zona urbano marginal. No existe información en los antecedentes nacionales sobre estos datos (estado civil, grado de instrucción).

En la presente investigación, la edad gestacional de las pacientes fluctuaba entre 37 a 42 semanas, similar a lo evaluado por el estudio de **Espinoza y col**<sup>12</sup>, quien muestra a una población con una edad gestacional menor, que si bien eran a término, la edad gestacional fluctuaba entre las 37 y 41 semanas. En el presente estudio se identificó que un 66% de gestantes fueron multigestas, lo cual es diferente a lo descrito por **Sánchez y col**<sup>13</sup> y lo manifestado por **Espinoza y col**<sup>12</sup>.; el primero muestra que las pacientes

atendidas en su mayoría eran primigestas (43.9%), al igual que en el estudio de Espinoza (47.7%).

Como complicaciones obstétricas se consideraron tanto las presentadas por las parturientas y el neonato; cabe resaltar que las complicaciones tomadas en cuenta fueron, hiperdinamia, hipodinamia, trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado, parto precipitado y sufrimiento fetal, en algunos casos se pudo presentar más de una complicación, lo cual difiere con lo observado por **Sánchez X**<sup>10</sup>, pues en su investigación la complicación más frecuente es sufrimiento fetal agudo (33,33%), y en menor porcentaje el expulsivo prolongado (9,8%), en cambio **Sánchez A**<sup>13</sup>, manifiesta que el 95% de partos no presentó complicaciones, aunque solo el 0.4% presentó expulsivo prolongado y el 3.2% asfixia fetal. Cabe señalar, que un correcto registro del partograma ayuda a la reducción de consecuencias intraparto. Si bien es cierto en los antecedentes presentados no hay un análisis detallado respecto a la relación entre los efectos presentados y la calidad del registro del partograma, estudios como el de **Núñez J**<sup>9</sup> hacen referencia que un adecuado registro disminuye la morbilidad materno-perinatal, además estudios como el de **Espinoza C**<sup>12</sup>, refieren lo importante que es el adecuado registro del partograma, pues permite una toma oportuna de decisiones ante un parto con anomalías; pudiendo mantener el bienestar de la madre y el niño, así como prevenir cesáreas innecesarias, del mismo modo **Mancero P**<sup>5</sup> manifiesta que con el correcto llenado y las decisiones tomadas a partir de considerar los criterios del partograma incrementan la frecuencia de partos vaginales y reducen las cesáreas.

Si bien la mayoría de antecedentes analiza el registro del partograma y la presencia de complicaciones durante el parto, solo el estudio de **Sánchez y col**<sup>13</sup> hace un análisis global de las complicaciones que se presentan durante el proceso de parto, señalando que el cumplimiento adecuado de llenado e interpretación del partograma ayudó a disminuir notablemente las complicaciones materno-fetales que sucedan en el trabajo de parto, lo cual es similar a lo encontrado en la presente investigación, ya que se identificó que la forma del registro del partograma permite identificar la presencia de complicaciones obstétricas.

Los resultados sobre el registro de los datos generales que permiten identificar las complicaciones de las pacientes en el presente estudio muestra que la mayoría de casos han sido registrados, es decir, la gravidez, la paridad o el registro completo del nombre de la gestante, esto difiere bastante a lo presentado por el estudio de **Espinoza y col**<sup>12</sup>, quien observó que el registro de estos datos generales no fue satisfactorio en el 87.9%.

En lo concerniente al registro de la frecuencia cardíaca fetal, en el presente trabajo, en el 100% de los partogramas hubo un registro completo de la frecuencia cardíaca fetal, ya que en el servicio de centro obstétrico hay un adecuado monitoreo fetal, lo que facilita el registro de los latidos cardíacos fetales. Este resultado se diferencia a lo encontrado en los estudios de **Núñez J<sup>9</sup> y Espinoza**<sup>12</sup> donde solo un 80.8% y 34.6% de partogramas respectivamente cumplieron con el registro correcto de los latidos cardíacos fetales, mostrándose una diferencia mayor con el estudio de Espinoza, quien tomo como consideración para este análisis, la medida de la frecuencia cardíaca fetal cada media hora durante la fase activa y cada cinco minutos durante el expulsivo.

Sobre el registro detallado de las características del trabajo de parto, en el presente estudio se demostró un registro completo de la línea de alerta y de acción (99.7%), disímil a **Núñez J<sup>9</sup>**, quien refiere que solo el 79.2% tuvo un adecuado registro, por su parte, **Sánchez V<sup>10</sup>** indica que un 73% hizo un registro adecuado, mientras que **Chalacán T<sup>14</sup>** sostuvo que solo el 80% cumple con la gráfica del punto de partida de la curva de alerta y la gráfica correcta de la curva de acción se cumple en el 68,9%; por tanto en estos estudios se evidencian porcentajes inferiores en comparación a los resultados presentados. En cuanto al registro correcto del descenso cefálico por palpación en cinco quintos, en el presente estudio hubo un registro incorrecto de solo 0.3% de los partogramas, lo cual es mucho menor a lo observado en el estudio de **Sánchez V<sup>10</sup>** donde no se cumplió con el registro en un 29.9%.

El registro de la horas del trabajo de parto se realizó correctamente en el 99.1% de los partogramas, lo cual es similar a lo verificado por **Núñez J**<sup>9</sup>, pues en su investigación todos los partogramas cumplieron adecuadamente con este registro. El registro de la frecuencia y duración de contracciones uterinas se cumplió correctamente en el 100% de los partogramas, este porcentaje es mucho mayor y difiere a lo registrado por **Núñez J**<sup>9</sup> (80%), **Espinoza C**<sup>12</sup> (33.6%) y **Chalacán T**<sup>14</sup> (44%), este último además señala que durante la revisión de los partogramas, en más de la mitad (56,39%) no se registraron las contracciones uterinas.

Analizando el nivel de cumplimiento del partograma, cabe resaltar, que pese a que el análisis global de registro del partograma parezca insatisfactorio en comparación a los resultados de **Núñez**<sup>9</sup> y **Sánchez y col**<sup>10</sup>, se muestran mejores resultados en el registro realizado en la presente investigación; sin embargo se identifica que el llenado total de los partogramas no se da de forma correcta, ya que se encontró que por lo menos un indicador no estuvo llenado de forma completa.

## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **CONCLUSIONES**

1. El nivel cumplimiento del registro del partograma fue de nivel bajo en un 48.7% del total de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017, siendo las principales complicaciones: trabajo de parto prolongado y expulsivo prolongado.
2. El cumplimiento del registro del partograma se efectuó en la mayoría de gestantes con complicaciones en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas, ya que la frecuencia cardiaca fetal se registró correctamente en la totalidad de partogramas (100%), en cuanto a las características del trabajo del parto se realiza un registro correcto en la mayoría de casos; asimismo los signos vitales y necesidades fisiológicas fueron registrados en su gran mayoría; y el peso, talla y apgar se registró en el 83.6% así como los periodos de duración del parto en el 77.6%.
3. Las complicaciones obstétricas identificadas en el partograma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas fueron trabajo de parto prolongado (42.7%), expulsivo prolongado (27.5%) y el sufrimiento fetal agudo (21.5%).

## RECOMENDACIONES

1. Es imprescindible que los internos de obstetricia y medicina que realizan su rotación en el servicio de obstetricia del Hospital Sergio Bernalles tengan los conocimientos y experticia necesaria para el llenado correcto del partograma, puesto que en el estudio se ha visto que de los 335 partogramas 333 fueron realizados por internos; es por eso que se recomienda que se capacite al profesional no solo en el registro del partograma, sino en la interpretación del mismo, teniendo que tener presente en todo momento, la responsabilidad en el dominio y el manejo del partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto; ya que su buen registro e interpretación ayudan a la toma de decisiones asertivas y oportunas de parte del profesional que está atendiendo el parto, disminuyendo las complicaciones maternas perinatales durante el trabajo de parto, tales como trabajo de parto prolongado, expulsivo prolongado, sufrimiento fetal, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad Materna. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016.
2. Organización Panamericana de la Salud. Reducción mortalidad materna en 11 países de la región. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015. [citado 2017 setiembre 17]. Disponible en [http://www.who.int/topics/maternal\\_health/directrices\\_OMS\\_parto\\_es.pdf](http://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)
4. Briones K, Merecí W. Evaluación del partograma en primíparas con embarazo a término y labor de parto espontánea como instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Gineco–Obstétrico Isidro Ayora de Quito en el periodo de Enero 2011– agosto 2012 (Tesis de Especialidad en Ginecología y Obstetricia). Quito-Ecuador: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. [citado 2017 agosto 17]. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1079/1/T-UCE-0006-34.pdf>.
5. Mancero P, Ordóñez S. Uso del partograma como instrumento oportuno para la toma de decisiones en trabajo de parto activo en mujeres con embarazo a término del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2016 (Tesis de Titulación para Médico-Cirujano). Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médica; 2017. [citado 2017 agosto 19] Disponible en <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26934/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
6. Stephenson P. El uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadío de Parto son prácticas de atención materna neonatal seguras. Guatemala: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2010. [citado 2017 octubre 02]. Disponible en [http://maternoinfantil.org/archivos/smi\\_D78.pdf](http://maternoinfantil.org/archivos/smi_D78.pdf)
7. Soni B. Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término. Ginebra:

- Organización Mundial de la Salud; 2009. [citado 2017 octubre 02]. Disponible en: <https://extranet.who.int/rhl/es/topics/pregnancy-and-childbirth/care-during-childbirth/care-during-labour-3rd-stage-19>.
8. López C. Estudio comparativo entre el partograma del CLAP y el partograma de la OMS en embarazadas del Hospital Vicente Corral Moscoso (Tesis doctoral). Cuenca: Universidad de Cuenca. Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas; 2008.
  9. Núñez J. Uso del partograma como instrumento de vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital MINSA II-2– Tarapoto. Enero - Mayo 2015 (Tesis de licenciatura en Obstetricia). Tarapoto-Perú: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. [citado 2017 setiembre 07]. Disponible en <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/1856/ITEM%4011458-993.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  10. Sánchez, Padilla J. Evaluación del cumplimiento del partograma en la labor de parto en primíparas con embarazo a término en el Hospital Nacional Hipólito Unánue, Mayo - Octubre 2014 (Tesis de licenciatura en Obstetricia). Lima-Perú: Universidad Privada Arzobispo Loayza. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. [citado 2017 setiembre 08]. Disponible en <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/50/0018%20S%C3%A1nchez%20V%C3%A1squez%2c%20Xiomara%20Yazmin-Padilla%20Quispe%2c%20Jazzmy%20Jharol.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  11. Villatoro A. Uso y resultados del partograma en un Centro de Atención Permanente (CAP). Fraijanes, Guatemala, agosto 2017 (Tesis de Licenciatura). Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017. [citado 2017 setiembre 03]. Disponible en <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2017/09/18/Villatoro-Ana.pdf>
  12. Espinoza C, Flores E. Cumplimiento del llenado e interpretación del Partograma durante la vigilancia del trabajo de parto en la sala de Labor y Parto del Hospital Escuela San Juan de Dios-Estelí, en el periodo Julio a Septiembre de 2015 (Tesis para optar el título de Doctor en Medicina y Cirugía General). Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. Facultad de Ciencias Médicas; 2016. [citado

- 2017 agosto 12]. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/4495/1/96779.pdf>
13. Sánchez A, Torres A. Cumplimiento del llenado e interpretación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en la sala de labor de parto y parto del área de Gineco-Obstetricia en el Hospital Victoria Motta-Jinotega en el Período Comprendido entre Enero-Junio del Año 2015 (Tesis de titulación para Médico-Cirujano). Managua-Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua. Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [citado 2017 agosto 11]. Disponible en <http://repositorio.unan.edu.ni/1341/1/56950.pdf>
14. Chalacán T. Aplicación del partograma en la vigilancia del trabajo de parto en el Hospital Gíneco-Obstétrico “Isidro Ayora” en el período enero a diciembre del 2010 (Tesis de licenciatura). Ecuador: Universidad Central de Ecuador. Facultad de Ciencias Médicas; 2012. [citado 2017 agosto 11]. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2189/1/T-UCE-0006-53.pdf>
15. González X., Abouassi O., Vargas A., Barrios F., Salazar G. Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud* [revista en línea]. 2003, 7(2). [citado 2017 setiembre 19]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/267967850\\_Impacto\\_del\\_Partograma\\_en\\_la\\_atencion\\_del\\_trabajo\\_de\\_Partograma](https://www.researchgate.net/publication/267967850_Impacto_del_Partograma_en_la_atencion_del_trabajo_de_Partograma_en_la_atencion_del_trabajo_de_Partograma)
16. Nápoles D, Bajuelo, Téllez M, Couto D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto. *MEDISAN* [revista en línea]; 2004 [citado 2017 agosto 05]; 8(4): 64-72. Disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san07404.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.pdf)
17. Fernández L, Lyo A. El partograma: historia y su uso en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 1973 – 2008. *Rev. Horiz. Med.* [revista en línea]. 2012 [citado 2017 agosto 06]; 12(1): 39-49. Disponible en [http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012\\_1/Art6\\_Vol12\\_N1.pdf](http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_1/Art6_Vol12_N1.pdf)
18. Cabero L, Saldívar E, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007.

19. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [en línea]. Lima: Ministerio de Salud; 2004. [Citado 2017 agosto 09]. Disponible en <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/download/esn/ssr/GuiasAtencionIntegraYSSR.pdf>
20. Ucha F. Datos Personales [en línea]. 2014. [citado 2018 enero 08]. Disponible en <https://www.definicionabc.com/?s=Datos%20Personales>
21. Preboth M. Guía del Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) sobre la vigilancia fetal anteparto. Am. Fam. Physician [publicación en línea]. 2000 [citado 2018 enero 08]; 62(5): 1184-1188. Disponible en <http://www.telmeds.org/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-Fetal.pdf>
22. Secretaría de Salud. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo [en línea]. México: Secretaria de Salud; 2014. [citado 2018 enero 09]. Disponible en [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052\\_GPC\\_VigilanciaManejodelParto/IMSS\\_052\\_08\\_GRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_GRR.pdf)
23. Aguayo A, Lagos A. Guía clínica de control de signos vitales [en línea]. Chillán-Chile: Universidad Pedro de Valdivia; 2012. [citado 2018 enero 10]. Disponible en <http://academico.upv.cl/doctos/KINE-4068/%7B328B1B37-2C2A-4747-8B38-169806A27753%7D/2012/S1/GUIA%20TECNICA%20DE%20CONTROL%20DE%20SIGNOS%20VITALES%20KINE.pdf>
24. Morales M. Las necesidades humanas, según A. Maslow [en línea]. 2001. [citado 2018 enero 10]. Disponible en <http://www.apsique.cl/wiki/PersMasnh>
25. Organización Panamericana de la Salud. Protocolo de atención del parto de bajo riesgo [en línea]. Nicaragua: Organización Panamericana de la Salud. [citado 2017 agosto 18]. Disponible en [http://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category\\_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235](http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=165-iii-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-antteriores&Itemid=235)
26. Naveiro M. Fase activa del parto: conducta y manejo [en línea]. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2010. [citado 2017 agosto 15]. Disponible en

[http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/clase2010\\_fase\\_activa\\_del\\_parto.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/clase2010_fase_activa_del_parto.pdf)

27. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Definición de trabajo de parto. Colombia: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; 2014.
28. Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sard. 2002; 21 (2): 63-74.
29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Atención del trabajo del parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Ministerio de Salud Pública; 2015.
30. Gonzáles X, Abouassi O, Vargas A, Barrios F, Salazar G. Impacto del Partograma en la atención del trabajo de Parto. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo [revista en línea]. 2003 [citado 2017 agosto 21]; 7(2): 1-5. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol7n2/7-2-2.pdf>
31. Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la calidad en salud. Perú: Ministerio de Salud; 2006. Disponible en: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/links\\_sgc/5\\_%20SGC%20MINSA%20RM%20519-2006.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/links_sgc/5_%20SGC%20MINSA%20RM%20519-2006.pdf).
32. Álvarez M, Hinojosa M, Salvador S, López R, González G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. [Revista en Internet]. 2011; 49(3). [citado 2017 setiembre 19]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032011000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010)
33. Clínica Universidad de Navarra. Complicación. España: Clínica Universidad de Navarra; 2015. [citado 2017 setiembre 19]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/complicacion>
34. Ucha F. Obstetricia. En: Definición ABC. 2009. [citado 2017 julio 11]. Disponible en: <https://www.definicionabc.com/?s=Obstetricia>
35. Guerrero T. Distocias dinámicas: conducta. Granada: Hospital Universitario Virgen de las Nieves; 2008. [citado 2017 octubre 09]. Disponible en: [http://www.hvn.es/servicios\\_asistenciales/ginecologia\\_y\\_obstetricia/ficheros/cr08.distocias\\_dinamicas.pdf](http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/cr08.distocias_dinamicas.pdf)

36. Moldenjauer J. Trabajo de parto prolongado. Estados Unidos: Merck Sharp & Dohme Corp.; 2018. [citado 2018 febrero 04]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/trabajo-de-parto-prolongado>
37. Ministerio de Salud Pública. Atención del parto por cesárea. Guía de Práctica Clínica. Ecuador: Ministerio de Salud Pública; 2015. [citado 2017 noviembre 10]. Disponible en: [http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion\\_del\\_Parto\\_por\\_cesarea.pdf](http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Atencion_del_Parto_por_cesarea.pdf)
38. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guía de Práctica Clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2010. [citado 2017 octubre 05]. Disponible en: <http://prodelcorp.edu.pe/material/2115GUIAS%20DE%20ATENCIÓN%20CLÍNICA.pdf>
39. Vergara J. Protocolo de trabajo de parto. Guía de vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP7SMR-OPS/OMS [en línea]. Antioquía-Colombia: E.S.E. Hospital San Rafael; 2011. [Citado 2017 agosto 08] Disponible en [http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc\\_Protocolo-de-Trabajo-de-Parto.pdf](http://www.hospitalebejico.gov.co/home/wp-content/uploads/2015/07/doc_Protocolo-de-Trabajo-de-Parto.pdf)
40. Pérez J, Merino M. Definición de vigilancia. 2013. [Citado 2017 agosto 18]. Disponible en <https://definicion.de/vigilancia/>.
41. Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia. Inducción del trabajo de parto [en línea]. Washington: ACOG; 2012. [Citado 2017 agosto 20]. Disponible en <https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/Induccion-del-trabajo-de-parto>.

# **ANEXOS**

ANEXO N°1: Matriz de Consistencia

TITULO: “REGISTRO DEL PARTOGRAMA Y LA IDENTIFICACIÓN DE COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, COMAS - 2017”

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización		Método
			Variable	Indicadores	
¿Cuál es el nivel de cumplimiento del registro del Partograma y la identificación de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017?	Determinar el nivel de cumplimiento del registro del Partograma y la identificación de complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017.	Los registros del partograma en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas – 2017 se cumplieron de forma correcta en un 50% al registrar de manera completa los datos generales, la frecuencia cardiaca fetal, las características del trabajo del parto, los signos vitales y necesidades fisiológicas y los datos del parto y el recién nacido.	Registro del partograma durante el Trabajo de parto.	Nombre completo, Gravidéz, Paridad, Número de historia clínica, Fecha y hora de admisión, Hora de la rotura de membranas, Frecuencia cardiaca Fetal, Características del líquido amniótico, Moldeamiento del polo cefálico fetal, Membranas, Dilatación de cuello con línea de alerta y de acción, Evaluación del descenso cefálico por palpación, Número de horas del trabajo de parto, Registro del tiempo real, Frecuencia y duración de contracciones uterinas, Uso de oxitocina y medicamentos administrados, Presión arterial, Pulso	Estudio de tipo observacional, retrospectivo, de corte transversal. Con diseño descriptivo, de nivel aplicativo, cuantitativo. <b>Población:</b> 5200 partogramas <b>Muestra:</b> 335 partogramas <b>Técnica:</b> Análisis documental <b>Instrumento:</b> Ficha de recolección de datos.
	Describir el nivel del cumplimiento del registro del partograma de gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas.			Temperatura, Proteínas, cetonas y volumen de orina, Sexo, peso, talla y Apgar, Tiempo de duración del parto.	
	Identificar las complicaciones obstétricas identificadas en el partograma de las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, Comas.		Complicaciones obstétricas	Hiperdinamia Hipodinamias Trabajo de parto prolongado Expulsivo prolongado Parto precipitado Sufrimiento fetal	

## ANEXO N°2: Ficha de recolección de datos



### FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

#### I. DATOS DE FILIACION

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Estado Civil: Soltera ( )    Conviviente ( )    Casada ( )  
Divorciada ( )
3. Nivel Educativo: Iltrado ( )    Primaria ( )    Secundaria ( )  
Superior Técnico ( )    Superior Universitario ( )
4. Ocupación: \_\_\_\_\_
5. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_

#### II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS:

6. N° de Atenciones Prenatales: \_\_\_\_\_
7. G\_\_P\_\_\_\_\_
8. EG al término de la gestación: \_\_\_\_\_
9. Tipo de culminación del parto:    Vaginal ( )    Cesárea ( )  
)

#### III. COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS

- |                                 |        |        |
|---------------------------------|--------|--------|
| 10. Hiperdinamia                | Si ( ) | No ( ) |
| 11. Hipodinamias                | Si ( ) | No ( ) |
| 12. Trabajo de parto prolongado | Si ( ) | No ( ) |
| 13. Expulsivo prolongado        | Si ( ) | No ( ) |
| 14. Parto precipitado           | Si ( ) | No ( ) |
| 15. Sufrimiento fetal           | Si ( ) | No ( ) |

### ANEXO N°3: Ficha de observación

#### “REGISTRO DEL PARTOGRAMA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO”

**Atendido por:**

- (1) (*Obstetra*) ( )
- (2) (*Médico gineco obstetra*) ( )
- (3) (*Médico general*) ( )
- (4) (*Interno de obstetricia*) ( )
- (5) (*Interno de medicina*) ( )

FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DEL PARTOGRAMA			
DATOS GENERALES DE LA GESTANTE	SI	NO	OBSERVACIONES
Registro del nombre completo de la gestante.			
Registro de la gravidez.			
Registro de la paridad.			
Registro de la historia clínica (Nro.)			
Registro de la fecha y hora de ingreso al servicio.			
Registro de la hora de la rotura de membranas.			
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	SI	NO	OBSERVACIONES
Registro de la frecuencia cardiaca fetal. C/30'			
CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO	SI	NO	OBSERVACIONES
Registro de las membranas			
Registro de las características del líquido amniótico.			
Registro del moldeamiento del polo cefálico fetal.			
Registro de la dilatación de cuello con línea de alerta y de acción.			
Registro del descenso cefálico por palpación. (Quintos)			
Registro de las horas del trabajo de parto.			
Registro del tiempo real.			
Registro de la frecuencia y duración de contracciones uterinas.			
Registro del uso de oxitocina y medicamentos administrados.			

<b>REGISTRO DE LOS SIGNOS VITALES Y NECESIDADES FISIOLÓGICAS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Registro de la presión arterial cada 4 horas.			
Registro del pulso cada 30 minutos			
Registro de la temperatura cada 2 horas			
Registro de las proteínas, cetonas y volumen de orina			
<b>DATOS DEL PARTO Y EL RECIÉN NACIDO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se anotó peso talla y Apgar.			
Se anotó los periodos de duración del parto			