



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**Partograma y vía de culminación del parto en gestantes
atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2, en el
período 2018.**

AUTORAS:

Bach. INFANTE CARRASCO, YESSENIA YSABEL

Bach. VALENCIA TOCTO, ALEXANDRA JASMIN

TUMBES- PERÚ

2019



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA
EN OBSTETRICIA**

**Partograma y vía de culminación del parto en gestantes
atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2, en el
período 2018.**

ASESOR:

DR. CÉSAR WILLIAM LUCIANO SALAZAR

TUMBES- PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios por habernos dado salud y bienestar durante nuestro proceso de formación universitaria y permitirnos mantenernos fuertes frente a diferentes adversidades dentro de este proceso.

A nuestros padres formadores de nuestros buenos principios y valores, siendo ellos los motivadores e impulsadores para lograr nuestros objetivos.

A nuestros docentes por su excelente formación académica y su dedicación en cada una de sus clases otorgadas

Al ente máximo de la unidad ejecutora de servicios por habernos dado muchas facilidades para la recolección de nuestra información para nuestro trabajo de investigación.

Las autoras

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecemos a quien ha forjado nuestro camino y nos ha guiado por el sendero correcto, a Dios todo poderoso, quien nos da sabiduría y acompaña siempre en nuestros éxitos y derrotas.

A nuestra excelsa alma mater; Universidad Nacional de Tumbes, por habernos acogido en sus instalaciones y a los docentes que contribuyeron en nuestro proceso de aprendizaje con un abordaje científico y humanista logrando así culminar nuestros estudios profesionales exitosamente.

Así mismo agradecemos a nuestro asesor Dr. William Luciano Salazar por su entrega en nuestra investigación, así mismo su conocimiento brindado en cada uno de sus asesoramientos y la oportunidad de acudir a su profesionalismo y conocimiento científico para la elaboración y ejecución de nuestra tesis.

Y para finalizar agradecemos al ente máximo del Hospital Regional II-2 por habernos brindado la oportunidad de acceder a información muy valiosa para la aplicación de nuestro proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Br. Obst. Infante Carrasco Yessenia y Br. Obst. Valencia Tocto Alexandra, quienes declaran ser autoras de la investigación, los resultados obtenidos en esta tesis son fruto del trabajo en equipo y ayuda brindada por terceras personas en su concepción y análisis. Además, nosotras declaramos que hasta donde conocemos, no existe anteriormente estudio publicado o escrito por otros investigadores, excepto donde se registra los textos a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. Además afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un autor o autores, es de nuestra autoría. Finalmente declaramos que la redacción de esta tesis es producto de la ejecución de nuestro proyecto con la dirección y apoyo de nuestro asesor de tesis, así como del jurado calificador, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Las autoras:

Br. Obst. Infante Carrasco Yessenia



Br. Obst. Valencia Tocto Alexandra





UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Creada por Ley N° 24894 - 11 de Octubre de 1988
Ciudad Universitaria - Barrio Pampa Grande
Av. Tumbes N° 863
Tumbes - Perú

ACTA N° 005-2019/UNTUMBES-FCS.

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADAS EN OBSTETRICIA A LAS BACHILLERES: INFANTE CARRASCO, YESSENIA YSABEL Y VALENCIA TOCTO, ALEXANDRA YASMIN

En los ambientes de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes, ubicada en la Ciudad Universitaria siendo las 18:00 horas del día miércoles 18 de setiembre del 2019, se reunieron los miembros de jurado calificador: **Mg. Grevilli García Godos Castillo** (Presidenta), **Dr. Rodolfo Arredondo Nontol** (Secretario) **Lic. Leslie Lloclla Sorroza** (Vocal) y **Dr. César Willian Luciano Salazar** (Asesor con el propósito de evaluar y calificar la sustentación de Tesis titulada: **Partograma y vía de culminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2 –en el periodo 2018.** Presentado por los Bachilleres en Obstetricia: **Infante Carrasco, Yessenia Ysabel y Valencia Tocto, Alexandra Yasmin**

Luego de la exposición de las Bachilleres, los miembros de jurado procedieron a las preguntas pertinentes.

- Siendo las 18:30 horas del mismo día, se dio por concluida la exposición, invitando a las Bachilleres a retirarse del recinto en espera de su calificativo.
- Después de las deliberaciones y realizada la votación se obtuvo el siguiente calificativo:

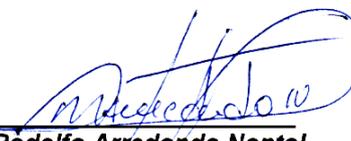
NOMBRE	CALIFICATIVO.
INFANTE CARRASCO, YESSENIA YSABEL	MUY BUENO
VALENCIA TOCTO, ALEXANDRA YASMIN.	MUY BUENO

De inmediato se comunica el resultado de la evaluación.

- Siendo las 19:00 horas se dio por concluido el acto.
- Para mayor constancia firmamos la presente acta.



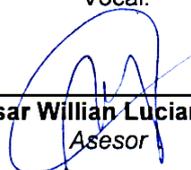
Mg. Grevilli García Godos Castillo
Presidenta



Dr. Rodolfo Arredondo Nontol
Secretario



Lic. Leslie Lloclla Sorroza
Vocal.



Dr. César Willian Luciano Salazar
Asesor

CERTIFICACIÓN

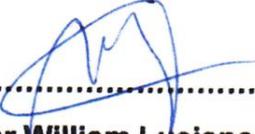
Docente asesor: Dr. César William Luciano Salazar, docente de la Universidad Nacional de Tumbes, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud.

CERTIFICA: Que el Proyecto de Tesis: "Partograma y vía de culminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2, en el periodo 2018".Presentado por las bachilleres aspirantes al título de Licenciada de Obstetricia:

- **BR. OBST. Infante Carrasco, Yessenia Ysabel.**
- **BR. OBST. Valencia Tocto, Alexandra Jazmín.**

Durante el tiempo que se ha utilizado para su elaboración, han tenido asesoramiento y revisión por mi persona, el cual fue aprobado para su inscripción a la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Tumbes; para su evaluación y aprobación respectivamente.

Tumbes 2018, 30 de noviembre.


.....
Dr. César William Luciano Salazar
Asesor del proyecto de tesis



RESPONSABLES

BR. INFANTE CARRASCO YESSSENIA YSABEL



AUTORA

BR. VALENCIA TOCTO ALEXANDRA JASMIN



AUTORA

DR. CÉSAR WILLIAM LUCIANO SALAZAR

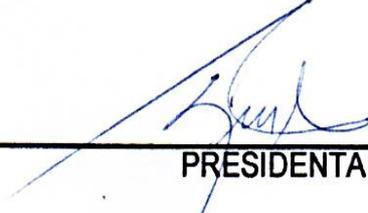


ASESOR



JURADO DICTAMINADOR

MG. GARCIA GODOS GREVILLI



PRESIDENTA

**MG. ARREDONDO NONTOL
RODOLFO**



SECRETARIO

MG. LLOCLLA SORROZA LESLIE



VOCAL

RESUMEN

La presente investigación, tuvo como objetivo; determinar la relación entre el Partograma y la Vía de culminación de parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2 en el periodo 2018. Se realizó un estudio cuantitativo- correlacional, de nivel básico. La muestra estuvo conformada por el total de la muestra de 295 historias clínicas, las cuales fueron seleccionadas según los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó como instrumento la ficha de recolección de datos para obtener el promedio ponderado, el mismo que fue elaborado por las autoras. Los resultados encontrados revelan que el 63.4% de la calidad del registro de información del partograma es eficiente por parte de los profesionales del servicio Gineco-Obstetricia, en cambio el 36.6% de este registro es deficiente durante el trabajo de parto. Con respecto a la calificación del progreso del parto se evidenció que el 58.3% de la calificación del progreso del parto es fisiológico, mientras que el 41.7% de partogramas han sido patológicos. Se determinó que el 94.9% del total de partos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes han terminado por vía vaginal, mientras que el 5.1% terminaron por vía cesárea debido a desviaciones presentadas durante la evaluación del trabajo de parto registradas en la hoja gráfica de la partograma. Así mismo de la vía de culminación por cesárea el 100.0% presentó una calidad del registro de información del partograma deficiente por parte de los profesionales del servicio Gineco-Obstetricia, en cambio en la vía de parto vaginal el 66.8% de este registro fue eficiente y sólo un 33.2% presentó un registro deficiente del partograma, por lo tanto la relación de la calidad del registro de información del partograma y vía de culminación del parto se encontró un valor de Chi-Cuadrado de 27.364 y un valor de $p= 0.000$, lo que permitió demostrar que existe relación altamente significativa de la vía de culminación de la cesaría con el registro deficiente de la calidad.

Palabras claves: Partograma, vía de culminación de parto, vía vaginal, vía cesaría.

ABSTRACT

The present investigation was aimed at; determine the relationship between the Partogram and the Way of completion of delivery in pregnant women treated in the regional hospital of Tumbes II-2 in the period 2018. A quantitative-correlational study was carried out, of basic level. The sample consisted of the total sample of 295 medical records, which were selected according to the inclusion and exclusion criteria. The data collection form was considered as an instrument to obtain the weighted average, the same one that was prepared by the authors. The results found reveal that 63.4% of the quality of the information registry of the childbirth is efficient by the professionals of the Gyneco-Obstetrics service, while 36.6% of this registry is deficient during labor. With respect to the qualification of the progress of the delivery it is evident that 58.3% of the qualification of the progress of the birth is physiological, while 41.7% of the birthgrams have been pathological. It was determined that 94.9% of the total parts of pregnant women treated at the Regional Hospital of Tumbes have ended vaginally, while 5.1% ended by caesarean section due to deviations affected during the evaluation of labor registered on the sheet graph of the childbirth. Likewise, that of the culmination section by cesarean section, 100.0% presented a quality of the record of information of the defective childbirth by the professionals of the Gyneco-Obstetrics service, in contrast in the vaginal section 66.8% of this registry was Efficient and only 33.2% presented a deficient registry of the childbirth, therefore the relation of the quality of the information record of the childbirth and the way of completion of the birth was a Chi-Square value of 27,364 and a value of $p=0.000$, which allowed to demonstrate that there is a highly significant relationship between the culmination of the cesarean and the poor quality record.

Key words: Partogram, way of completion of childbirth, vaginal section, cesarean section.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
I. INTRODUCCIÓN	12
II. ANTECEDENTES	14
III. MARCO TEÓRICO	17
IV. MATERIAL Y MÉTODO	30
V. RESULTADOS	36
VI. DISCUSIÓN	41
VII. CONCLUSIONES	44
VIII. RECOMENDACIONES	45
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
X. ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN

Se denomina parto, a un proceso fisiológico que culmina con el nacimiento, cuando no tiene complicaciones se denomina parto eutócico, sin embargo; determinar su finalización es muy controversial debido a la dificultad para determinar el momento en que se complica, surgiendo así una gran inquietud a nivel global en identificar, prevenir o disminuir las complicaciones maternas y neonatales. La identificación oportuna de estos problemas se puede efectuar mediante el uso del partograma. Este instrumento permite tener una mayor vigilancia del trabajo de parto, a través de su forma gráfica y rápida interpretación para identificar un parto riesgoso, que incrementa más la probabilidad de la morbimortalidad materna-neonatal.

Además desde el punto de vista estadístico, actualmente en nuestro medio no se tiene registro de las cifras del porcentaje de partogramas elaborados, asimismo existen pocos antecedentes sobre este instrumento en nuestra región; así Núñez en su investigación describe que el 76.2% de los profesionales del servicio de Obstetricia usan el partograma, el 79.2% cumplen el registro de curva real y alerta; lo que es equivalente a línea de alerta y de acción respectivamente; el 66.9% cumplen el registro de la dilatación; 80% de la dinámica uterina y 80.8% cumplen el registro de frecuencia cardiaca fetal, 79.2% terminaron vaginal y 20.8% en cesárea¹.

Esta situación problemática motivó a investigar por la preocupación de la realidad que puede atravesar el binomio madre-niño durante el trabajo de parto, además de proporcionar evidencia científica acerca del registro del partograma en relación a la vía de culminación de parto en las parturientas atendidas en el Hospital Regional II-2, así podría evitarse muchas complicaciones tan graves, siendo un proceso tan fisiológico como lo es el parto eutócico.

La investigación que se realizó, fue relevante porque durante el trabajo de parto tanto la madre-neonato están involucrados a diversas complicaciones que puede terminar en un parto distócico, siendo el más común con el que se enfrenta el personal de Gineco-Obstetricia; tomando una gran importancia llevar un monitoreo gráfico y supervisión permanente, adecuada y estricta para su correcta

interpretación, con el objetivo de prevenir y proteger al binomio de manera temprana y oportuna, fortaleciendo así la vigilancia permanente y adecuada del trabajo de parto, brindar el acompañamiento y atención humanizada que requiere. Además, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una información invaluable para el análisis, juicio clínico y culminación en parto normal, que tuvo por objetivo disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal, dando un seguimiento con alta calidad, evitando así la prolongación del trabajo de parto y consecuencias que de ello se derivan.

Para lograr los fines del estudio, se plantearon los siguientes objetivos: Determinar la relación entre el partograma y vía de culminación de parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes II-2 en el periodo 2018, y como objetivos específicos; establecer la utilización del partograma de manera óptima en gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 durante el 2018, identificar la vía de culminación del parto según el uso del partograma en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, y establecer la relación entre partograma y vía culminación del parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes, durante el 2018.

II. ANTECEDENTES

Se indagó minuciosamente diversas investigaciones, tanto en el ámbito internacional, nacional como regional de acuerdo al estudio planteado, permitiendo delimitar el problema de investigación que se presentan en los siguientes estudios:

A nivel internacional, el estudio que relaciona las variables es de Castillo. A., investigó en Ecuador en enero-junio 2015, titulada: "Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora". Estudio retrospectivo, de campo, descriptivo-correlacional, analítico-documental, su universo fue de 100 y una muestra de 50 partogramas, su instrumento fue un formulario, se obtuvo: 100% de partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en toma de decisiones en el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas, 98% de partogramas incorrectamente llenados terminaron por vaginal, 2% cesárea; y ausencia de morbi-mortalidad materno-infantil no se correlaciona con el incorrecto llenado, ni el número de partos. Se concluye concienciar al personal médico sobre el correcto registro y realización de trabajos⁴.

Actualmente investigaciones encontradas sobre el tema se orientan solo al partograma, así Oviedo A., William F., investigaron en Ecuador 2013, la investigación titulada: "Evaluación del Uso de Partograma en Primíparas como Instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Provincial General". El Estudio fue descriptivo-transversal, estudiaron 316 Historias, se obtuvo; 22,1% terminaron por vía cesárea; el 64.9% no se grafica el partograma, ni las curvas en forma rutinaria; 68.7% no se registra los planos de Hodge; el 43% la indicación principal de cesárea es a desproporción céfalo pélvica y el 96.8% con puntuación de escala de APGAR>8 fue .Se concluye que los procedimientos no se aplican a las normas del Ministerio de Salud Pública ya que no se realiza un estricto control⁵.

Lavender T, Hart A, Smyth R. realizaron en el 2013, titulado “Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término”. Se hicieron búsquedas internacionales de la web en el registro de ensayos del grupo Cochrane de embarazo y parto. Sobre los resultados de esta revisión, se concluyó; que no hay posibilidad de recomendar el uso sistemático y metódico del partograma como parte del tratamiento y atención estándar del trabajo de parto, debido a que su utilización es de forma globalizada y será aceptado hasta que estén disponibles pruebas más sólidas. Se requieren pruebas de ensayos adicionales para establecer la eficacia de su uso⁶.

Paola M, Sonia O, realizaron en Cuenca- Ecuador 2016, titulada: “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”. Estudio retrospectivo-descriptivo, muestra de 526 partogramas, instrumento fue un formulario. Se obtuvo 83.1% partos vaginales; 16.9% partos por cesárea; 63.1% partos estuvieron dentro de la curva de alerta; 34.9% fuera de la curva; 32.7% de los partos recibieron conducción; 25.48% RAM; indicación de cesárea: 30.3% pérdida de bienestar fetal; 24.7% desproporción céfalo-pélvica; 13.5% distocia cervical; 5.6% expulsivo prolongado. Se concluye, el partograma es útil para tomar decisiones correctas al bienestar del binomio⁷.

A nivel nacional, Sánchez V. y Padilla Q., realizaron en Lima 2014, titulado: “Evaluación del cumplimiento del partograma en la labor de parto en primíparas con embarazo a término en el Hospital Nacional Hipólito Unanue”. El estudio observacional, transversal –retrospectivo, la muestra fue de 209 pacientes, se obtuvo; 74% cumplen con el llenado del partograma; 26% no cumplen; 62.3% terminaron vía vaginal; 37.8% vía cesárea, debido a sufrimiento fetal agudo con una cifra de 33.3%; 28.9% por desproporción céfalo-pélvica; 23% por distocia de presentación fetal; 9.8% por expulsivo prolongado. En conclusión, el cumplimiento del partograma está siendo correctamente aplicado⁸.

Núñez D., realizó en Tarapoto - San Martín en el 2015, titulada: "Uso del Partograma como instrumento de Vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital Minsa II-2". Estudio cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal, muestra fue 153 mujeres, se obtuvo; 76.2% de partos atendidos usan adecuadamente el partograma; el 79.2% registra curva real-alerta; el 66.9% de los partogramas existe un registro adecuado sobre la dilatación cervical ; 80% de los partogramas existe un registro correcto sobre la dinámica uterina; el 80.8% registra correctamente la frecuencia cardíaca fetal; el tiempo promedio de los periodos fue 396 minutos del período de dilatación; 16 minutos del período expulsivo; 11.40 minutos del período de alumbramiento. El parto fue 79.2% vaginal; 20.8% cesárea. Se concluye que el 76.2% de partos usan adecuadamente el partograma¹.

En cuanto al ámbito de nuestra región no se ha encontrado evidencia de estudios científicos, ni publicaciones con respecto a las variables partograma y vías de culminación.

III. BASES TEÓRICO- CIENTÍFICO

Durante años, el método calificado para la vigilancia del trabajo de parto es el partograma, el cual permite el cuidado personalizado de la mujer, relegado por el uso de las técnicas avanzadas en Obstetricia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), creó un formato estandarizado y guías para su uso en muchos países como; Indonesia, Tailandia y Malasia, donde muchos estudios han confirmado su eficacia, económico y su factibilidad⁹. En la actualidad, el modelo que se utiliza es del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano¹⁰. Existen más de 200 tipos de partogramas, basados en Friedman, Philpott y Schwartz, que han sido adaptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial y la OMS para un bienestar maternal-fetal y crear un modelo aceptado en países en vías de desarrollo⁹.

Un partograma es una representación gráfica del trabajo de parto, a su duración en horas en relación a la dilatación cervical en centímetros¹¹. La interpretación de la curva del mismo se facilita cuando la información relevante está en el gráfico (uso de oxitocina, ruptura artificial de membranas, cambios en posición fetal). Estas curvas son solo descriptivas y no identifican la etiología de anomalía del trabajo de parto¹².

Según el Doctor Friedman¹³ en 1955, en su estudio; describió el trabajo de parto de cientos de mujeres. Así mismo en 1972, Phillpot demostró en 15 mil mujeres africanas que el estudio de Friedman era validado, proponiendo una representación gráfica del trabajo de parto con límites (línea de alerta y de acción, esta última trazada 4 horas después de la primera) con el propósito de resolver complicaciones o se refiera a otra unidad de salud. Posteriormente la OMS en 1994, hizo un estudio con una muestra de 35,484 mujeres del sureste asiático, teniendo como base el de Phillpot y Studd, el cual se demostró que hay una reducción del trabajo de parto prolongado, uso de oxitócicos, cesáreas, morbilidad infecciosa y otras complicaciones. Así mismo en 1987, el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-SMR OPS/OMS) adoptó la Historia Clínica del parto dada por su equipo de investigadores, siendo su líder el Dr. Schwartz¹⁴.

Uno de los objetivos principales del uso del partograma es disminuir la morbi-mortalidad materno-perinatal a través del rápido diagnóstico ante las alteraciones del trabajo de parto y parto, así mismo provee es económico y accesible para el seguimiento correcto del trabajo de parto, permitiendo así la reducción de índice de cesáreas, así como sus secuelas⁹.

Dentro de sus ventajas, nos proporciona un sistema de alerta ante casos que requieren una rápida intervención o referencia a otra unidad especializada, garantiza una alta calidad en la monitorización de la paciente; evitando un parto prolongado y sus consecuencias, es económico y asequible¹⁵, además ayuda a la construcción de una curva de alerta de acuerdo con las diferentes características de cada paciente, es dinámico, fácil de interpretar la evolución de la curva de dilatación para su respectiva intervención, nos informa y mantiene alerta cuando se acerca a la línea de alerta o se sobrepasa; y facilita el trabajo a instituciones que atienden una gran cantidad de pacientes¹⁶, pero hay limitaciones donde la exploración cervical es variable entre observadores sino se explora con frecuencia; se inicia en la fase activa a 4 cm, requiere un protocolo de manejo y requiere juicio clínico¹⁷.

Con respecto a su estructura, el partograma utilizado por la OMS ha sido modificado con respecto a la eliminación de la fase latente, comenzando su graficación en la fase activa (cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación), para facilitar su comprensión en la interpretación y práctica clínica, por consiguiente tenemos: ¹⁸:

Información sobre la paciente; se registra el nombre y apellidos completos, gravidez, paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso, el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas¹⁸.

Frecuencia cardíaca fetal; se mide entre intervalos de contracciones. Se toma por 1 minuto o durante 15 segundos y se multiplica por 4. Para encontrar Dips II, se monitoriza una vez cada 30 min. durante la fase activa y cada 5 min. en el segundo período, será positivo cuando hay una caída transitoria con respecto

a la basal tenga una amplitud >15 latidos por minuto (lpm). Se interpretará las variaciones y variables que se identificará durante las contracciones¹⁹. Se considera normal entre 120-160 lpm, la variabilidad normal no debe exceder 12 latidos; si hay bradicardia (<120 lpm) o taquicardia (>160 lpm) en período de relajamiento sospeche sufrimiento fetal¹⁹.

Líquido amniótico, se registra el color en cada tacto vaginal, si es líquido claro, líquido con manchas de meconio o líquido con manchas de sangre²⁰.

Estado de las membranas ovulares, se registra al ingreso y se constatará su estado; si las membranas están rotas; se anota en la cuadrícula inferior, si las membranas se rompe en algún momento; se anota al lado del punto con el que se registra la dilatación cervical¹⁹. Si las membranas se hubiesen roto espontáneamente, se registrará como REM (Ruptura Espontánea de Membranas), o si sucede durante un tacto vaginal, ya sea accidentalmente o por indicación médica, en tiempo real se registrará RAM (Ruptura Artificial de Membrana). Al momento de realizar el tacto vaginal, además de precisar la dilatación cervical, se valorará la Variedad de Posición de la presentación²².

Moldeamiento; se registra si la sutura está de lado a lado se colocará 1, suturas superpuestas; pero reducible se pondrá una puntuación 2 o suturas superpuestas y no reducibles se colocará 3²⁰.

Dilatación del cuello uterina; se registra en cada momento del examen vaginal y se marca con una equis (X). A los 4 cm de dilatación, se comienza el registro en el partograma²⁰.

Gráfica de dilatación cervical; determina la posición del cuello uterino (posterior, central o anterior, borramiento, dilatación y consistencia) en relación al eje de la pelvis. Para graficarla se utiliza un punto en el tiempo real, esto permitirá elaborar la línea de alerta y de acción¹⁹. En el eje izquierdo se encuentra una escala para graficarla desde 4 cm hasta el parto; en el eje de abscisas existe una escala horaria de 0-14 horas, debajo de ellas se encuentran casillas para anotar la hora real a cada observación. Los hallazgos del primer tacto vaginal se anotará con un punto en la intersección de la abscisa (hora de observación) con

la ordenada (dilatación en cm)²¹. Así mismo se anotará los exámenes obstétricos hasta el parto. La unión de cada punto con el precedente mediante una línea, se podrá dibujar la curva de dilatación según la evolución²¹.

Curvas de alerta para la dilatación cervical; permite marcar el límite extremo (percentil 10) de dilatación en correlación con el tiempo, abarca el 90% de los partos vaginales, permitiendo alertar ante casos que exista una anomalía que necesite una vigilancia mayor de su trabajo de parto, tenemos²³:

Línea de alerta (curva de alerta o línea punteada); es a partir de 4 cm de dilatación cervical hasta los 10 cm de dilatación¹⁹. Además, comenzará en gestantes que tengan poca dilatación, cuando la curva real se intercepta con la línea de base (es una línea continua impresa en el partograma que se encuentra entre los 4-5 cm. de dilatación), esta intersección se marcará con un cero pequeño como punto de partida. Existen casos de trabajo de parto avanzado, su elaboración se iniciará con el resultado del tacto vaginal²⁴. Esta construcción de patrones se puede seleccionar con el uso de flechas ascendentes o resaltando el contorno de la columna seleccionada. Se compara y se interpreta lo que se va obteniendo en diferentes tactos que permitirá saber el tiempo total del parto²⁴.

En ningún caso, la línea real debe cruzar la línea de alerta (trabajo de parto prolongado), tampoco que esta sea vertical y se aleje mucho de la línea de alerta (parto precipitado por hiperdinamia uterina inducida o espontánea), trayendo complicaciones maternas- fetales. Los cambios de patrones deben graficarse de acuerdo a las características de cada paciente, ya sea cuando la parturienta cambia de posición (vertical a horizontal), o bien que se rompan las membranas; con esta nueva valoración, se modifica la curva de alerta a partir de la dilatación graficada en la curva de alerta previa²⁴.

Línea de acción (curva real), es una línea paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma¹⁹, resulta de la intersección de los diferentes puntos a los tactos realizados. Se elabora al ingreso de la paciente en trabajo de parto hasta su culminación. Al monitorear con línea de alerta y no encontrar una curva real graficada hasta el nacimiento, se concluye; que el parto terminó por vía cesárea y se encontrará en la notas, la explicación de la cirugía o sino fue referida

a otra unidad especializada. En toda referencia se debe de llevar una copia del partograma con línea de alerta, en donde se refleja el diagnóstico y el por qué de su traslado²⁴.

Evaluación del descenso mediante palpación abdominal; se refiere a la parte de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de las sínfisis del pubis; se colocará un círculo en cada examen vaginal²⁰.

Altura de la presentación; es cuando la cabeza fetal se aproxima al estrecho superior que permite la evolución del mecanismo de parto. En el eje derecho de la cuadrícula central se localiza la altura de la presentación según los Planos de Hodge o De Lee. Según la progresión del trabajo de parto se valora la altura de la presentación en base a los Planos de Hodge²¹, dividiendo imaginariamente la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior para la ubicación de la presentación fetal durante su nacimiento, tenemos²¹:

El primer plano se extiende con una línea imaginaria que corre desde extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del sacro, por detrás (la cabeza fetal está móvil)²¹, el segundo plano se traza una línea recta imaginaria formada entre la cara anterior de la 2° vertebra Sacra y el borde inferior de la sínfisis del Pubis. (Se afirma que es una presentación fija)²¹, el tercer plano se traza una línea recta que corta a la altura de las espinas ciáticas; al isquion, 4^{ta} y 5^{ta} vértebra sacra (se dice que está encajada)²¹ y cuarto plano se traza una línea que parte, por detrás, del vértice el sacro y se extiende paralela a todas las anteriores (se afirma que la cabeza fetal está profundamente encajada)²¹.

Variedad de posición, es la intersección del punto guía con diámetros maternos (eminencia ileopectina, articulación sacro ilíaca, sacro). Se dibujará el símbolo de la cabeza con el occipital orientada hacia la variedad de posición en la intersección del plano y hora del examen. La presentación más frecuente es la cefálica de vértice con su punto de referencia el occipital, tenemos: Occípito Iliaca Izquierda Anterior se denotará con las siglas OIIA, Occípito Iliaca Izquierda Transversa se escribirá con siglas OIIT, Occípito Iliaca Izquierda Posterior se escribirá con siglas OIIP, Occípito Iliaca Derecha Anterior tendrá una sigla OIDA,

Occípito Iliaca Derecha Transversa se escribirá con siglas OI DT, Occípito Iliaca Derecha Posterior tendrá OI DP, Occípito Iliaca Anterior u Directa Púbrica se escribirá OI P, Occípito Iliaca Posterior u Directa Sacra tendrá una sigla OI S²⁵.

Número de horas; es el tiempo transcurrido desde la iniciación de la fase activa del trabajo de parto²⁵. La hora se registra en tiempo real²⁰.

Contracciones uterinas: A medida que el trabajo de parto va progresando, las contracciones aumentan en frecuencia, intensidad y duración¹⁸. Tenemos: Menos de 20 segundos (cuadrilátero punteado; entre 20-40 segundos: cuadrilátero con líneas oblicuas) y más de 40 segundos (cuadrilátero oscuro)²⁰. En el trabajo de parto los valores normales es de 3-5 contracciones uterinas en 10 min. de 40-60 segundos de duración e intensidad, variaciones en cualquiera de estos parámetros requieren una interpretación, que derivan en acciones diagnósticas, terapéuticas y/o de referencia¹⁹.

Dolor; se marca el lugar e intensidad con los siguientes símbolos: Intensidad del dolor: Fuerte (+++), Moderado (++) , Débil (+), No lo percibe (-)²⁰.

Medicamentos administrados; se registra cualquier medicamento que se administre, ejemplo: oxitocina: se registrará la cantidad de oxitocina por volumen de líquido I.V en gotas por minuto cada 30 minutos²⁰.

Funciones vitales; el pulso se registra cada 30 minutos (con un punto); asimismo la presión arterial cada 4 horas (con flechas) y temperatura cada 2 horas²⁰.

Proteínas, acetonas y volumen; se registra cada vez que la paciente produzca orina, permitiendo detectar proteinuria, glucosuria y cetonuria²⁰.

Registro de la persona que atendió el parto; se registra la persona que atendió el parto, fecha, hora, sexo del recién nacido, peso, talla y la duración de los periodos de trabajo de parto ²⁶.

En cuanto a la vía de culminación de parto, se considera que el parto es la terminación de la gestación con el nacimiento, pero dependiendo de su edad

gestacional se hablará de parto pretérmino (22-36 semanas de amenorrea), a término (37-41 semanas desde el primer día de última menstruación), posttérmino (42 semanas o más). Además, por su evolución fisiológica (parto eutócico y distócico). Así mismo por presentación fetal ya sea cefálico o podálico, número de fetos; sea único o múltiple y por intervención o no de agentes externos; ya sea parto espontáneo y/o parto inducido²². El parto por vía vaginal es uno de los más frecuentes y fisiológico, debido a la presencia de contracciones regulares, con frecuencia de 2 en 10 minutos por más de 2 horas, que permite modificaciones cervicales para la expulsión del producto.

Según el Ministerio de Salud-Nicaragua 2008²², el parto es la expulsión de un feto vivo o muerto y anexos, en condiciones normales acontece cuando el feto ha cumplido integralmente el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo. Cunningham²⁷ planteó que el parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan la expulsión del feto y anexos ovulares, desde la cavidad uterina al exterior. El parto acontece en condiciones normales cuando el feto ha cumplido el ciclo de su vida intrauterina y la grávida ha llegado al término de su embarazo; entre 37-41 semanas de amenorrea.

El partograma tiene una gran importancia debido que a través de la curva de dilatación presenta una configuración sigmoidea y descenso en la división pélvica permitiendo reconocer los patrones que se desvían y dar una aplicación de intervenciones²⁵. En un estudio de la OMS, su utilización y un protocolo consensuado sobre el tratamiento del parto se asoció a una reducción de partos prolongados, de partos que precisaban estimulación y sepsis postparto. El trabajo de parto se divide en tres períodos, cada una de ellas con velocidad y duración normales establecidas por la estadística²⁵.

Según Gonzales y cols.²⁸ hay 3 períodos del trabajo de parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento, según Pérez A.²⁹ es desde el comienzo del parto hasta 10 cm de dilatación con contracciones regulares. Lailla J.³⁰ manifiesta que comienza desde las primeras modificaciones del cuello uterino hasta la dilatación completa. Además, se subdivide en: fase latente caracterizada por evolución lenta de la dilatación y cambios cervicales, con una dilatación de 2-3 cm en

nulíparas y 5-6 cm en múltipara. Friedman y Sachtleben en 1963, definieron como fase latente prolongada a aquella >20 horas en nulípara y 14 horas en múltipara³⁰. Fase activa; Vanrell J.³¹ considera 3 períodos: aceleración aproximada de 2 horas en que consiguen 3-5cm de dilatación, máxima velocidad de dilatación aproximada de 2 horas en que consiguen 5-8 cm de dilatación y por último desaceleración con la que llega la dilatación completa.

Este segundo período expulsivo, según Gonzales J y Cols.²⁸ inicia con la dilatación completa y termina con expulsión del feto. Se produce la máxima actividad uterina y tiene lugar el descenso de la presentación, rotación, flexión, desprendimiento de presentación y expulsión del feto²⁸. La duración es de un máximo de 60 minutos en nulípara y 30 minutos en múltipara siempre que el estado del feto sea normal³¹. El tercer período de alumbramiento, según Agudelo B.³² abarca la salida completa del feto, placenta y anexos, desapareciendo las contracciones, aunque el útero siga contrayéndose para evitar cualquier hemorragia.

El mecanismo del trabajo de parto, según Shwarcs R.³³ es una serie de fenómenos fisiológicos que permite la expulsión del feto con viabilidad. Briones K y Merecí W³⁴ manifiestan que es conjunto de movimientos que realiza la presentación del feto a través del canal del parto y además las etapas de este mecanismo, en su presentación cefálica de vértice son; encajamiento; que abarca la flexión, orientación y asinclitismo, segundo está el descenso (Rotación interna), siguiendo la expulsión; que abarca la extensión, restitución, rotación externa, desprendimientos de los hombros y nacimiento.

Encajamiento, según Gonzales J y cols.³⁵ es la adaptación de la cabeza fetal al estrecho superior de la pelvis. La cabeza fetal suele orientar su diámetro biparietal en antero posterior de la pelvis, de forma que la sutura sagital interparietal se relacione con el diámetro transversal. Además, Cunningham manifiesta que la cabeza fetal durante las últimas semanas del embarazo se puede encajar en la pelvis o hasta el comienzo del trabajo de parto. Por consiguiente, Mondragón H³⁵ sustenta que para que se produzca el encajamiento, se requiere de flexión, orientación y asinclitismo.

Descenso, Espinoza L.³⁶ manifiesta que, gracias a la contracción, el producto continua su descenso hacia el canal del parto; al llegar al vértice de la cabeza fetal al piso muscular del periné en forma un ángulo diedro, tiende orientar su diámetro mayor y se conjuga con el diámetro anteroposterior. En ese momento, el diámetro biparietal del producto coincide con el diámetro biciático. Esta rotación interna Mondragón H.³⁵ dice que para lograrlo, se necesitará un giro de la cabeza fetal; una rotación interna de 45° en variedades anteriores, 90° en transversas y 135° en variedades posteriores. El giro es en sentido anti horario (variedades izquierdas) y sentido horario (variedades derechas).

Según Alvarado J.³⁷ hace mención de los planos de Hodge en donde el 1^{er} plano toma el borde superior de la sínfisis del pubis y llega en el promontorio (se dice que todavía está móvil), 1^{er} plano pasa por el borde inferior de la sínfisis del pubis y cae por detrás en la parte media de 2^{da} vértebra del sacro (se dice que es una presentación fija), 3^{er} plano corta las espinas ciáticas y llega por detrás de la articulación entre la 4^{ta} y 5^{ta} vértebra sacra (se dice que está encajada) y 4^{to} plano pasa por la punta del cóccix (se dice que está profundamente encajada).

Método de los cinco quintos, evalúa el descenso cefálico, tenemos: 5/5 que significa encima del pubis, 4/5 constituye el sincipucio alto; es decir que el occipucio se siente fácilmente, 3/5 significa que el sincipucio se siente fácilmente, 2/5 es cuando el sincipucio se siente; es decir que el occipucio casi se siente, 1/5 es cuando el sincipucio se siente; nos dice que el occipucio no se siente y por ultimo 0/5 es cuando la cabeza no es palpable³⁸.

Expulsión, Cunningham³⁹ detalla que es la extensión de del polo fetal muy flexionada que llega a la vulva y esta presión sobre el piso pélvico, entra en acción de 2 fuerzas; el útero y segunda provista por el piso pélvico resistente y sínfisis del pubis, seguido de restitución; donde plantea Gabbe que una vez la cabeza fetal está en el exterior, mantiene su posición anatómica en relación con los hombros. También constituye la rotación externa que según Mondragón³⁵, manifiesta que el movimiento que ejerce la cabeza fetal, permite el descenso de los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis, realizando un giro para acomodarse en el diámetro anteroposterior de la parte baja de la pelvis.

Por último, la expulsión de hombros, también Mondragón y Cunningham³⁹ mencionan que gracias a las contracciones uterinas, ayuda a que el hombro desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, permitiendo que se deslice el hombro posterior con una facilidad por la cavidad sacra. El primero que sale es el hombro posterior y después hombro anterior.

Las alteraciones en el trabajo de parto aumenta la morbi-mortalidad materna-infantil. La OMS se plantea que mayor de 8 horas de trabajo de parto en fase latente, se considera un parto prolongado en donde se realiza la ruptura artificial de membranas y/o administrar oxitocina. Si la paciente no pasa a la fase activa, el parto terminará por cesárea⁹. Para su diagnóstico y manejo, diversos autores han insistido en la utilidad del partograma para el diagnóstico y control de anomalías del trabajo de parto. En la literatura mundial esta práctica no es reconocida, sin embargo, es recomendado por razones de uniformar criterios, ahorro en descripción, facilidad de variables, de establecer diagnóstico y para el proceso de revisión⁴¹. Las causas de las cesáreas son las anomalías que afectan la potencia de las fuerzas expulsoras, ya sea factores fetales o maternos⁴⁰.

Cuando este parto termina por vía cesárea, se denomina parto distócico, la distocia es un término que deriva del griego dystokia, de dystokos (dýs: mal, y tokos: parto) que significa parto difícil y complicado. Estas distocias son alteraciones que se presentan en el canal pélvico-genital, feto y contractibilidad uterina⁴¹. En estos partos existen complicaciones que van a necesitar una intervención médica para que su culminación no sea riesgoso. Dentro de sus causas tenemos; de origen fetal, materno o anexos fetales. Las distocias maternas pueden ser de tipo mecánico (canal del parto) o dinámicas (contracciones uterinas que no sean fuertes y efectivas)⁴² y distocias fetales (posición, macrostomia, malformaciones, pérdida de bienestar fetal, entre otras complicaciones)⁴².

Según la causa que se identifique, el médico con su equipo de trabajo valorará cuál es la mejor solución, si el término del embarazo por vía cesárea, siendo una decisión correcta si la causa es absoluta y no comprometer el bienestar materno-fetal⁴². En cuanto a los tipos de cesárea tenemos; cesárea

programada o electiva, se realiza antes del inicio del trabajo de parto, en donde no debe esperarse el inicio del trabajo de parto porque involucra patología materna-fetal; también cesárea de emergencia, que se realiza debido a una patología aguda, grave y riesgo vital o pronóstico neurológico fetal, por último está la cesárea en curso de parto que se realiza una distocia (desproporción pélvico fetal, inducción del parto fallida, distocia de dilatación, entre otras distocias)⁴³.

Entre las indicaciones de cesárea tenemos, distocias de canal pélvico-genital: en los últimos años esta distocia ha disminuido debido a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías de la columna vertebral y miembros inferiores. Estas pelvis estrechas se clasifican en: pelvis anillada; en donde existe estenosis del estrecho superior, pelvis canaliculada cuando hay estenosis en los tres estrechos pélvicos, pelvis infundibuliforme (forma de embudo) cuando hay estenosis del estrecho inferior y el feto encuentra mayor resistencia durante la progresión de su descenso⁴⁴.

Así mismo se presentan las distocias de posición de la cabeza fetal, las variedades se consideran normales si son transitorias, pero si hay persistencia originan distocia, teniendo, Occípito Transversa persistente, Occípito-Posterior persistente, Occípito-Sacra persistente, Occípito-Anterior o Posterior altas. Además, hay presentaciones anormales como cefálicas deflexionadas; cara, frente y bregma, presentación podálica, presentaciones compuestas, presentación múltiple, polo cefálico anormal por macrosomía fetal o malformaciones fetales⁴⁴.

Distocias contráctiles; es cuando la contractibilidad uterina es inadecuada ya sea cualitativa o cuantitativa. En el caso de las cualitativas es debido por la hipodinamia o hiperdinamia; las hiperdinamias se evidencian por monitor electrónico cuando la duración es >70 segundos, intensidad >50mmHg y aumento del tono uterino, su etiología es por aumento en la excitabilidad uterina, mayor secreción endógena de oxitocina o una mayor superficie de miometrio⁴⁴. Se manifiesta a través de un dolor aumentado durante la contracción, presentando signos de sufrimiento fetal, parto precipitado, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta y postparto; atonía uterina y desgarros del canal del parto⁴⁴.

En cuanto a las hipodinamias, se da al inicio o durante el trabajo de parto debido a la inmadurez cervical además de causas psicógenas o sobre distensión uterina por alguna patología miometrial, produciendo cansancio de la fibra muscular, se evidencia una intensidad $<20\text{mmHg}$, una frecuencia <2 en 10 minutos con una duración de 10-15 segundos en el monitor electrónico, presentándose un sufrimiento fetal, agotamiento materno, mayor riesgo de infección y en el postparto, atonía uterina y alumbramiento alterado⁴⁴.

Las distocias contráctiles cuantitativas, incluyen alteraciones en el tono uterino, frecuencia o intensidad de las contracciones uterinas que pueden estar aumentadas por encima de los patrones normales o disminuidos. Clínicamente, se pueden percibir por el profesional examinador durante el monitoreo de la contracción uterina, lo que permitiría tomar decisiones al respecto. En cambio, las distocias uterinas cualitativas se originan por la alteración de la triple gradiente descendente; se incluyen inversión parcial o total de la triple gradiente, además de la incoordinación uterina, está compuesta por duración, intensidad y el sentido⁴⁴.

Incoordinación uterina, el marcapaso en el útero, es el origen de la contracción a nivel de los cuernos uterinos, siendo el cuerno derecho el dominante. Aquellas contracciones se evidencian mediante el tocodinamómetro; clínicamente se sospechan con aumento de su frecuencia con distinta duración e intensidad⁴⁴.

3.1. Definición de términos básicos

Partograma: Es un instrumento gráfico del trabajo de parto, con respecto a su duración en horas frente a la dilatación cervical en centímetros¹¹.

Embarazo: Para la OMS es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (5-6 días después de la fecundación), esta atraviesa el endometrio e invade el estroma⁴⁵.

Vía de culminación del parto: Canal por donde se produce el parto, entendido por la expulsión del feto y anexos ovulares. Esta culminación puede ser vía vaginal (parto vaginal) o vía abdominal (parto cesárea)⁴⁶.

Parto vía vaginal: Es el proceso por una vez finalizado su tiempo de gestación entre 37-42 semanas, el feto sale desde la cavidad uterina al exterior a través del canal vaginal⁴⁷.

Parto vía Cesárea: Es la intervención quirúrgica por la que se realiza la extracción de un feto a través de una incisión en la pared abdominal y pared uterina⁴⁸.

Parto vaginal post cesárea: Es el éxito de una prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior en centros que dispongan de los recursos humanos y materiales suficientes para disminuir el índice de cesáreas a repetición⁴⁹.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1. Tipo y diseño de investigación.

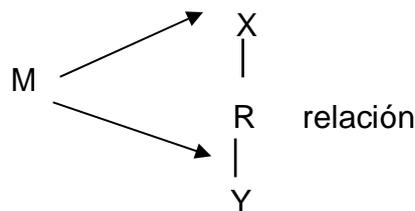
4.1.1. Tipo de estudio

El presente estudio fue de nivel básico, con un enfoque metodológico cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles a ser medidos y sometidos a pruebas estadísticas para establecer una correlación entre el uso del partograma y la culminación de la vía del parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

El tipo de estudio que se realizó fue correlacional para determinar la existencia o no de relación entre el partograma y la culminación de la vía del parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2.

4.1.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación fue de tipo correlacional. Correspondiendo al siguiente esquema:



Dónde:

M: Muestra

R: Relación

X: Uso de partograma

Y: Vía de Culminación del parto.

4.2. Población, muestra y muestreo.

4.2.1. Población.

Estuvo constituida por las historias clínicas de los partos atendidos en el Hospital Regional II-2 durante el periodo de enero a diciembre del 2018, la misma que ascendió a 1275 partos, datos extraídos de la oficina de estadística e informática y libros de registro de los partos atendidos en Centro Obstétrico del Hospital Regional de Tumbes.

Tabla 1. Población y muestra de partos atendidos en el Hospital Regional Tumbes, durante el periodo de enero a diciembre 2018.

Meses	Partos Vaginales	Partos Cesáreas	Población Partos (*)	Muestra (**)
Enero	80	15	95	22
Febrero	69	11	80	18
Marzo	89	10	99	23
Abril	86	14	100	23
Mayo	87	15	102	23
Junio	102	15	117	27
Julio	108	17	125	29
Agosto	130	13	143	33
Setiembre	104	17	121	28
Octubre	71	13	84	19
Noviembre	87	12	99	23
Diciembre	104	16	120	27
TOTAL	1107	168	1275	295

(*) Fuente: oficina de estadística e informática y libros de registro de los partos en Centro Obstétrico del Hospital Regional Tumbes.

422 Muestra:

En la muestra fueron considerados un total de 295 historias clínicas de pacientes escogidas aleatoriamente de la población total. Para la obtención de la muestra se empleó la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

$Z^2 = (1.96)^2$; para el 95% el nivel de confianza.

$p = 0.5$ es la variabilidad positiva.

$q = 0.5$ es la variabilidad negativa.

$N = 1275$ es el tamaño de la población.

$E^2 = 0.05$ es la precisión o el error.

$$(**) n = \frac{(1,96)^2 0.5 * 0.5 * 1275}{(0.05)^2 (1275-1) + (1,96)^2 0.5 * 0.5} = 295$$

4.2.3. Muestreo:

Se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, trabajándose con el tamaño de la muestra calculada eligiéndose la primera historia al azar y luego cada 4 historias clínicas y que cumplan los criterios de selección subsiguientes.

4.3. Criterios de selección

Se consideró para la delimitación de la muestra los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión:

- ❖ Historia clínica de parturientas cuyo trabajo de parto fue conducido mediante el uso del partograma.
- ❖ Historias clínicas de parturientas con trabajo de parto de inicio espontáneo, embarazo único y presentación cefálica.

b. Criterios de exclusión

- ❖ Historias clínicas con datos incompletos y se encuentren deterioradas o no contengan el partograma.
- ❖ Historias clínicas de pacientes con parto vaginal de producto pretérmino, con malformaciones o presentación anómala.

4.4. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos

Se utilizó la técnica de revisión documental, en donde previo a ello se hizo una revisión de las historias clínicas de las gestantes durante el período de estudio, para constatar la presencia del partograma y se realizó una evaluación del mismo.

Así mismo, se utilizó como instrumento la ficha de registro de información elaborado por las investigadoras denominado: “Formato de valoración del partograma y la vía de culminación del parto” (Anexo N°01); elaborado en función de los objetivos de la investigación, éste fue validado a juicio de expertos por los obstetras especialistas en Obstetricia de alto riesgo y obstetras

especialistas en emergencias obstétricas y cuidados críticos; así mismo para determinar la confiabilidad se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach obteniéndose el valor de 0.860, orientado a estimar la consistencia interna del instrumento (Anexo N°02); con este coeficiente se obtuvieron resultados provechosos al aplicarse la prueba piloto de 10 historias clínicas en el Centro de Salud Pampa Grande, proceso que permitió modificar y reestructurar y valorar los ítems propuestos.

Se utilizó la hoja de registro de información para cada historia clínica y se registró en la casilla adecuada a los criterios. El instrumento fue evaluado en relación a los primeros 29 ítems del instrumento habiéndose elaborado dos grupos de ítems; un grupo para valorar la calidad del registro de información y otro grupo para valorar al partograma según la fisiología o patología del trabajo del parto.

La calificación del partograma se efectuó primero según la calidad del registro de la información se calificó un registro “eficiente” cuando se obtuvo una puntuación de 29 a 42 puntos y registro “deficiente” cuando su puntuación es de 14 a 28 puntos. En segundo lugar, el partograma se calificó en partograma “fisiológico” cuando su puntaje es de 31 a 45 puntos y partograma “patológico” cuando su puntuación es de 15 a 30 puntos

4.5. Procedimiento de recolección de información

Para la recolección de los datos se tuvo en cuenta los siguientes procedimientos:

- Administrativamente, se solicitó el permiso a las autoridades del Hospital Regional II-2, para la ejecución de la investigación.
- Autorizados, se ingresó al área de archivos de historias clínicas y se seleccionó aquellas que correspondieron a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- La recolección de datos fue a cargo de las investigadoras; se procedió a obtener la información revisando las historias clínicas de las pacientes que contienen la hoja gráfica del partograma, de donde se obtuvo la información

que se plasmó en la ficha de recolección de datos.

- Finalizada la revisión de las historias clínicas, los datos se llevaron al área de procesamiento de información en donde fueron tabuladas y procesadas.

4.6. Procesamiento y Análisis de información

Una vez obtenidos los datos fueron sometidos a un proceso de crítica y codificación, luego los resultados fueron procesados mediante la hoja de cálculo de Microsoft Excel, en la cual se creó una base de datos. Para el análisis de los datos se contó con la ayuda del software estadístico SPSS Windows V21 de donde se obtuvo tablas, cuadros y gráficos estadísticos de distribución unidimensional y bidimensional según la naturaleza de las variables y para las variables evaluadas.

Así mismo, el software permitió realizar el análisis inferencial, los datos fueron analizados mediante la prueba chi cuadrado con un nivel de confianza a trabajar del 95 % y nivel de significancia es fijado en $P < 0.05$. Los resultados obtenidos fueron analizados y contrastados con trabajos de investigaciones similares y se procedió a la elaboración del informe en forma clara y con un lenguaje sencillo y de fácil entendimiento para el lector.

4.7. Aspectos éticos de la investigación

Durante la investigación se mantuvo la ética que tienen como finalidad asegurar la veracidad, calidad y validación de los datos; para obtener respuesta a la incógnita de este estudio.

Además, la información recolectada del Hospital Regional de Tumbes, respecto a las pacientes atendidas de parto en el servicio de Gineco-Obstetricia, se tomó en cuenta criterios de rigor y principios éticos, los mismos que se describen a continuación:

- **Principio de Beneficencia:** También denominada hacer el bien. es la obligación moral de actuar en beneficio de los demás, curar el daño y promover el bien o el bienestar; durante la ejecución de la investigación la revisión de historias clínicas no produjo daños al paciente, sino que permitió beneficiar de

manera indirecta a las futuras atenciones del proceso de parto.

- **Principio de Justicia:** Es valorar si la actuación es equitativa dará una privacidad a la información obtenida de las historias clínicas de las pacientes durante el tiempo que duró el estudio. En este caso se respetó este principio de justicia definiendo en forma aleatoria cada historia clínica que fue muestra de la investigación.

- **Derecho a la privacidad:** Es la restricción de información, que administra todo sujeto respecto de su vida personal, se conservó el anonimato y otorgando la protección de la información en estudio, manteniendo la información en un registro privado. Así mismo, se tomó en cuenta el principio de la confidencialidad, la privacidad y el anonimato de las historias clínicas; se mantuvo en reserva los datos a obtener, sólo siendo de su conocimiento por los investigadores, asesor y autoridades del Hospital Regional de Tumbes.

V. RESULTADOS

Tabla 01: Distribución numérica y porcentual del partograma según la calidad del registro de información del partograma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Tumbes - 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	108	36,6	36,6	36,6
Válidos Eficiente	187	63,4	63,4	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos obtenidos de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2, en el periodo 2018.

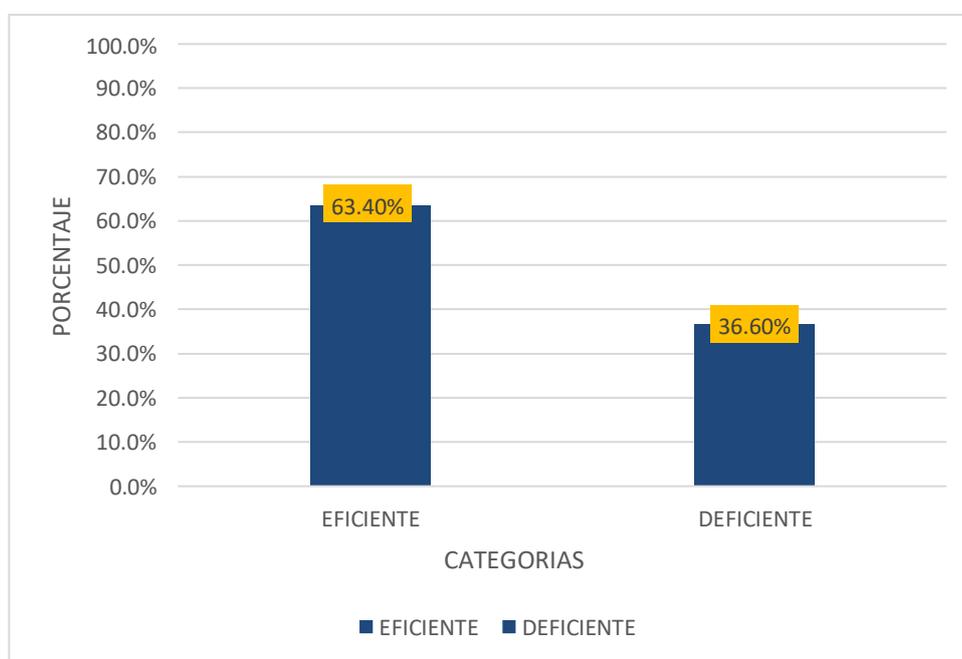


Figura 1: Porcentajes del partograma según la calidad del registro de información del partograma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Tumbes - 2018.

Interpretación: En la tabla 1 y figura 1 se observa que el 63.4% de la calidad del registro de información del partograma es eficiente por parte de los profesionales del servicio Gineco-Obstetricia, en cambio el 36.6% de este registro es deficiente durante el trabajo de parto.

Tabla 02: Distribución numérica y porcentual del partograma según la calificación del progreso del parto del partograma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Tumbes - 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fisiológico	172	58,3	58,3	58,3
Válidos Patológico	123	41,7	41,7	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos obtenidos de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

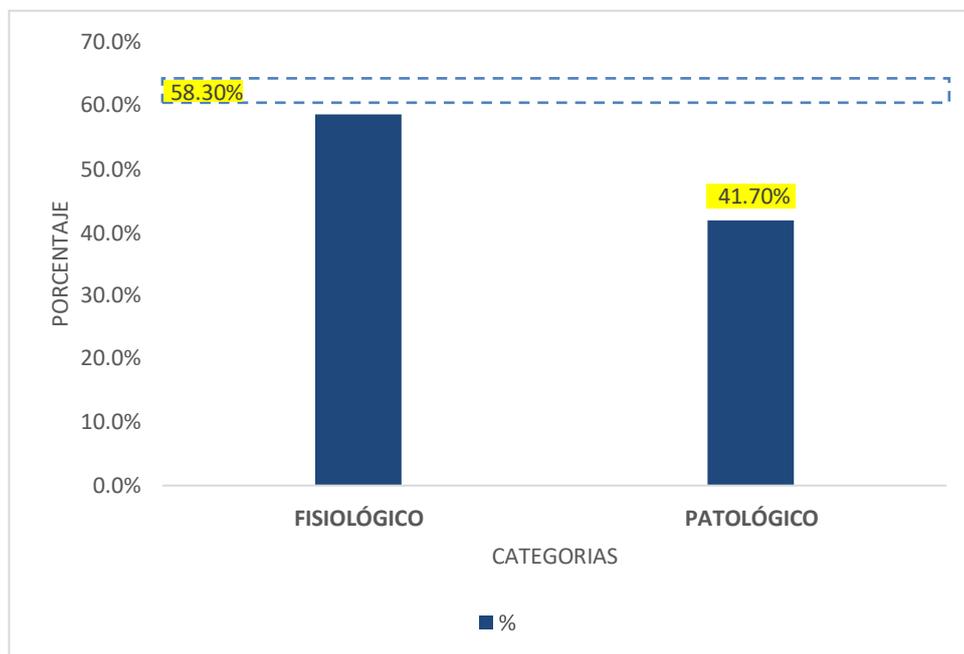


Figura 02: Porcentajes de la según la calificación del progreso del parto del partograma en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Tumbes - 2018.

Interpretación: En la tabla 2 y figura 2 se observa que el 58.3% de la calificación del progreso del parto es fisiológico, mientras que el 41.7% de partogramas han sido patológicos.

Tabla 03: Distribución numérica y porcentual de la vía de culminación del parto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Tumbes- 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cesárea	15	5,1	5,1	5,1
Válidos Vaginal	280	94,9	94,9	100,0
Total	295	100,0	100,0	

Fuente: ficha de recolección de datos obtenidos de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

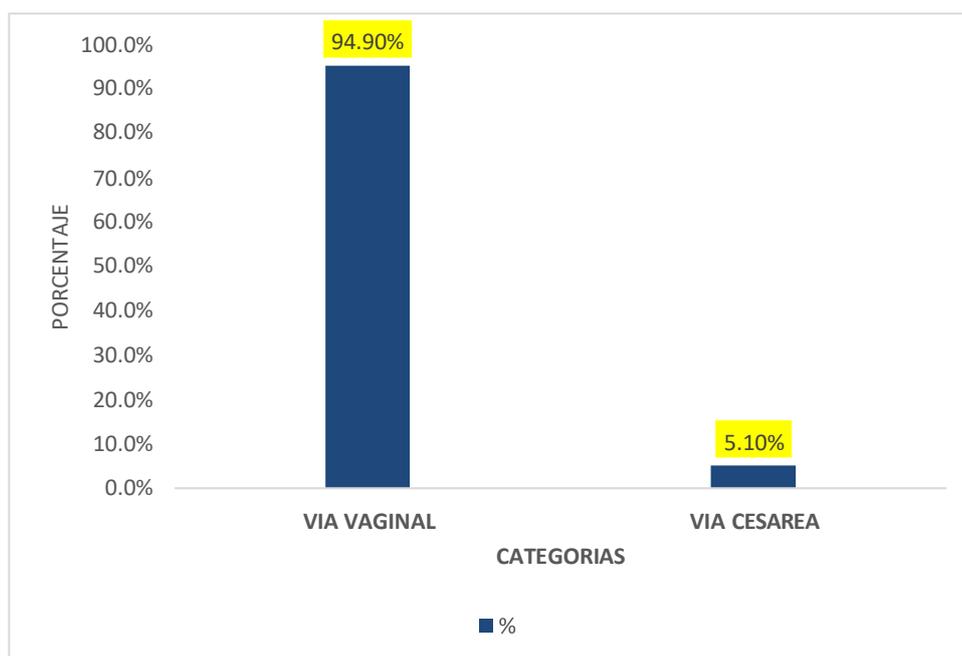


Figura 03: Porcentajes de la vía de culminación de parto de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

Interpretación: En la tabla 3 y figura 3 se observa que el 94.9% del total de partos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes han terminado por vía vaginal , mientras que el 5.1% terminaron por vía cesárea debido a desviaciones presentadas durante la evaluación del trabajo de parto registradas en la hoja gráfica del partograma.

Tabla 04: Distribución numérica y porcentual de la relación de la calificación del registro de información del partograma con la vía de culminación del parto de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

Tabla de contingencia

			Registro de información del Partograma		Total
			Deficiente	Eficiente	
Vía de culminación	Cesárea	Recuento	15	0	15
		% del total	100,0%	0,0%	100,0%
	Vaginal	Recuento	93	187	280
		% del total	33,2%	66,8%	100,0%
Total		Recuento	108	187	295
		% del total	36,6%	63,4%	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos obtenidos de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018.

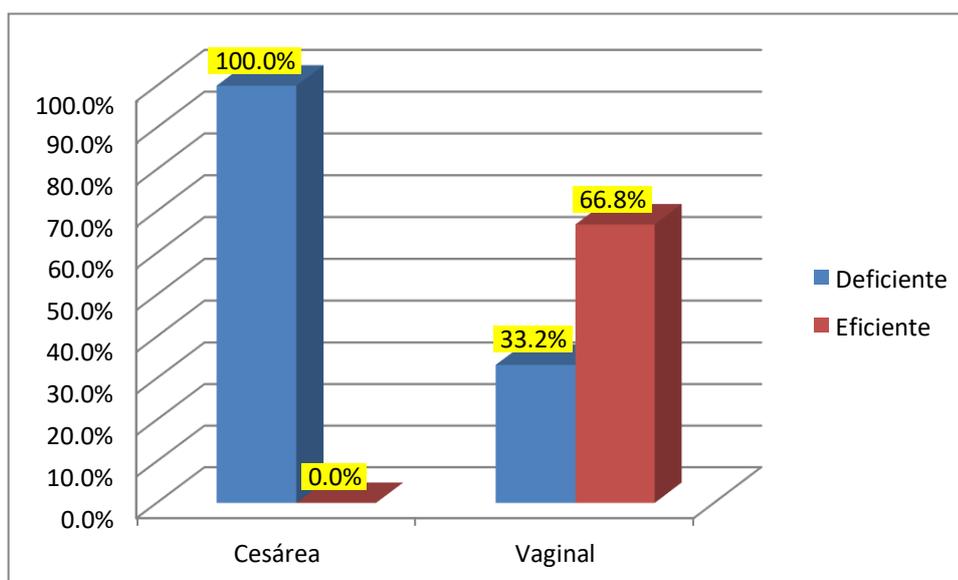


Figura 04: Relación de la calificación del registro de información del partograma con la vía de culminación del parto de las Historias Clínicas de las gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 en el periodo 2018 .

Interpretación: En la tabla 4 y Figura 4, se observa que de la vía de culminación por cesárea el 100.0% presentó una calidad del registro de información del partograma deficiente por parte de los profesionales del servicio Gineco-Obstetricia, en cambio en la vía de parto vaginal el 66.8% de este registro fue eficiente y sólo un 33.2% presentó un registro deficiente del partograma.

Tabla 05:**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,364 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad	24,561	1	,000		
Razón de verosimilitudes	31,556	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	295				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,49.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Interpretación: En la tabla 5, se observa la relación de la calidad del registro de información del partograma y vía de culminación del parto se encontró un valor de Chi-Cuadrado de 27.364 y un valor de $p= 0.000$, lo que permitió demostrar que existe relación altamente significativa de la vía de culminación de la cesaría con el registro deficiente de la calidad.

VI. DISCUSION

Se aplicó un cuestionario a historias clínicas del Hospital Regional de Tumbes, siendo de un total de la muestra de 295, de las cuales se obtuvieron resultados respecto a la calidad del registro y el progreso del trabajo de parto en el partograma, además de las vías de culminación del parto.

Respecto a la calidad del registro de información del partograma se tiene que el 63.4% han sido eficientes en el registro de información del partograma, mientras tanto el 36.6% se identificó que por parte de los profesionales de Gineco-Obstetricia una deficiencia en su registro durante el trabajo de parto (tabla 1). Datos similares se encontró en un estudio realizado por Sánchez V. Padilla Q., con una muestra de 209 pacientes en la ciudad de Lima en 2014, donde se obtuvo, que el 74% cumplen con el llenado del partograma; 26% no cumplen con el llenado del partograma⁸.

Se considera que el cumplimiento del registro de información del partograma debe ser realizado de manera minuciosa, precisa y objetiva en todas las partes que constituyen el partograma, es por ello que durante la vigilancia del trabajo de parto debe tener una correcta monitorización de este instrumento para evitar así un riesgo o complicación a la madre y al feto. Esto se expresa en el estudio realizado con una cifra importe del 36,6% de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia en donde existe un registro deficiente, siendo esta una cifra relevante, que tiene que disminuir con una mayor responsabilidad y compromiso en su uso.

Con respecto a la valoración de la calificación del partograma según la fisiología y patología del trabajo de parto en las gestantes, se obtuvo; que el 58.3% de partogramas son fisiológicos, mientras tanto que el 41.7% de la calificación del partograma son patológicos (tabla 2). Según la investigación de Paola M, Sonia O, realizaron en Cuenca- Ecuador 2016, en una muestra de 526 partogramas, instrumento fue un formulario, obtuvieron que 63,1% partos dentro de curva de alerta siendo fisiológicos; 34,9% fuera de curva siendo patológicos⁷.

A través de estos resultados de la investigación en el Hospital Regional de Tumbes, se logró reconocer que hay un porcentaje de partogramas patológicos que culminan por vía cesárea, siendo una cifra considerable (41.7%) que causa una gran preocupación; debido a que el profesional de salud del servicio Gineco-Obstetricia es el responsable directo de su uso, el cual debería de estar capacitado para su manejo correcto en cada una de las partes del instrumento.

Por otro lado con respecto a la vía de culminación de parto se encontró el 94.9% del total de partos de las gestantes atendidas en el Hospital Regional de Tumbes han terminado por vía vaginal, mientras que el 5.1% terminaron por vía cesárea debido a desviaciones presentadas durante la evaluación del trabajo de parto registradas en la hoja gráfica del partograma (tabla 3). Según la investigación de Paola M, Sonia O, realizaron en Cuenca- Ecuador 2016, en una muestra de 526 partogramas, instrumento fue un formulario, obtuvieron que el 83,1% han terminado por vía vaginal; mientras que el 16,9% son partos cesáreas⁷.

Al comparar con otra investigación, se logró obtener una cifra de 94.9% siendo un alto porcentaje de partos vaginales, el cual nos permite discutir que a pesar que exista algunas desviaciones que se presentan durante el trabajo de parto, su culminación ha sido por vía vaginal de manera satisfactoria de las gestantes atendidas durante el periodo 2018.

Se investigó además acerca de su relación entre de la calificación del registro de información del partograma con la vía de culminación del parto, se obtuvo; que de la vía de culminación por cesárea el 100.0% presentó una calidad del registro de información del partograma deficiente por parte de los profesionales del servicio Gineco-Obstetricia, en cambio en la vía de parto vaginal el 66.8% de este registro fue eficiente y sólo un 33.2% presentó un registro deficiente del partograma (tabla 4).

Al relacionar la calidad del registro de información del partograma y vía de culminación del parto se encontró un valor de Chi-Cuadrado de 27,364 y un valor de $p= 0.000$, lo que permitió demostrar que existe relación altamente significativa de la vía de culminación de la cesaría con el registro deficiente de la calidad (tabla 5).

En comparación con el estudio realizado por de Castillo. A., investigó en Ecuador en enero-junio 2015, titulada: "Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora". Universo (100) y muestra (50), su instrumento fue un formulario, se obtuvo: 100% de partogramas incorrectamente llenados no influenciaron en toma de decisiones en el diagnóstico precoz de las desviaciones de las curvas, 98% de partogramas incorrectamente llenados terminaron por vaginal, 2% cesárea; y ausencia de morbi-mortalidad materno-infantil no se correlaciona con el incorrecto llenado, ni el número de partos⁴.

Se observa que ante la existencia con respecto a los datos obtenidos de la investigación, existe una estrecha relación con el registro del partograma y la vía de culminación parto , lo cual nos da a entender de que si no hay un buen manejo de este instrumento, terminarán algunos de estos partos por vía distócica, siendo esto una cifra muy relevante para los profesionales de servicio de Gineco-obstetricia, encontrando problemas principalmente por: la falta de capacidad en la elaboración del partograma quizás por no estar capacitado con respecto a este instrumento, la recarga de pacientes que dificultan llevar un buen registro, también se aprecia la falta de juicio clínico en las desviaciones del trabajo del parto y la asunción de responsabilidad de su elaboración a profesionales obstetras en formación, que aún tiene poco conocimiento.

VII. CONCLUSIONES

- Se determina que la evaluación del registro de información del partograma en trabajo de parto en gestantes en el Hospital Regional de Tumbes en el periodo 2018 el 63.4% han sido eficientes en el registro de información del partograma, mientras tanto el 36.6% se identificó que por parte de los profesionales de Gineco-Obstetricia una deficiencia en su registro durante el trabajo de parto.
- Se determina que, a pesar del registro de información deficiente, existe un alto porcentaje de partos vaginales, representada por un 94,9% y solo un 5,1% de cesáreas debido a desviaciones presentadas durante la evaluación del trabajo de parto.
- Se determina que de la vía de culminación por cesárea el 100% presento una calidad de registro de información deficiente por parte de los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia a diferencia de vía de parto normal el 66,8% de este registro eficiente solo un 33,2% presento un registro deficiente de partogramas.

VIII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a las autoridades del Hospital Regional de Tumbes promover la educación en el desarrollo seguimiento periódico sobre el registro de información del partograma por el departamento de Gineco-Obstetricia que impartan cursos de capacitación, talleres, seminarios en dicho servicio, sobre la importancia y utilización del partograma en los hospitales públicos como privados para la mejoría de la utilización de este importante instrumento.
- Monitorizar de manera continua y frecuente los registros del partograma, donde se encontraron que existe un nivel alto de profesionales que no registraron adecuadamente el partograma.
- Fomentar la utilización del partograma de una manera correcta y apropiada para la toma de decisiones durante la labor de parto, la misma que debe ser registrada correctamente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez D. Uso del Partograma como instrumento de Vigilancia clínica del trabajo de parto en el Hospital Minsa II-2 [Tesis pregrado]. Tarapoto: Universidad Nacional De San Martín-Tarapoto; 2016.
2. Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva: Lima, Ministerio de Salud, 2004. [350] p.; tab; disponible en: http://bv.s.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf.
3. Schwartz R, et al. Guía para la vigilancia del parto. Boletín Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano CLAP-OPS-OMS 1987; 2: 93-96. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49403/BOLETIN%2008.pdf?sequense=3&isAllowed=y>.
4. Castillo M. Influencia del Partograma en la toma de decisiones obstétricas en mujeres en trabajo de parto a término atendidas en el Hospital Regional Isidro Ayora. [Tesis pregrado]. Loja: Universidad de Loja; 2015.
5. Oviedo A. Evaluación del Uso de Partograma en Primíparas como Instrumento para disminuir cesáreas en el Hospital Provincial General. [Tesis pre grado]. Ecuador: Unidad Documental Facultad de Salud Pública. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2014.
6. Lavender T, Hart A, Smyth R. Efecto del uso del partograma en los resultados para pacientes con trabajo de parto espontáneo a término. Grupo Cochrane de Embarazo y Parto; 2014. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005461.Pub4/epdf/full>.
7. Paola M, Sonia O. 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. [Tesis pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
8. Sánchez V, Padilla Evaluación del cumplimiento del partograma en la labor de parto en primíparas con embarazo a término en el Hospital Nacional

- Hipólito Unanue[Tesis pre grado].Lima: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2016.
9. Nápoles M, Bajuelo P, et al. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. MEDISAN 2004; 8(4):64-72. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm [consulta: 18 de noviembre del 2018].
 10. Danforth N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. New York: Editorial Mc. Graw Hill; 2000.
 11. Windrim R, Seaward G, et al. A randomized Controlled Trial of a Bedside Partogram in the Active Management of Primiparous Labour. JOGC; 2007.
 12. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología [en línea]. CIB; 2010 reimpresso. [acceso 23/11/2018].URL disponible en: bbs9.tk/obstetricia-y-ginecologia-jaime-botero-8-edicion-pdf.
 13. Botero J, Júbiz A, Henao G. Obstetricia y Ginecología. 8va Edición. Bogotá; mayo 2008.
 14. Matthews M, Rasad S., et al., Integrated Management of pregnancy and Childbirth. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. [en línea].OMS. FNUAP. UNICEF. Banco Mundial; 2002.[acceso 25/11/2018]. URL disponible en: [Whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf).
 15. Velásquez E. Calidad de atención en la vigilancia del trabajo de parto con partograma y sus resultados perinatales. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales León junio 2005- junio 2007. [monografía en internet]*. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan-León;2007 [acceso 25/11/2018].URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/57949618/Calidad-de-Llenado-Del-AyUtilizacion-Como-to-Para-La-Vigil-an-CIA-Del-Trabajo-de-Parto>.
 16. Vigilancia del Trabajo de parto con el Partograma de CLAP/SMR-OPS/OMS [base de datos en línea]. Medellín; septiembre de 2007. [acceso 23/11/2018]. URL disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/>

wcm/connect/udea/e96c2927-f938-4a48-bdbd-14f6f5e441bf/ multiguia04.pdf? MOD=AJPERES.

17. Vílchez R., Partograma OMS guía de utilización y formato [diapositiva]. Lima; 2012. (63 diapositivas).URL disponible en: <https://es.slideshare.net/btIs88/partograma-oms-guia-de-utilizacion-y-formato-enseba>.
18. León H., Rodríguez D. Guía de manejo de trabajo de parto, parto y sus complicaciones [base de datos en línea]. Bogotá [acceso 25/11/2018].URL disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%207.%20%20MANEJO%20DEL%20TRABAJO%20DE%20PARTO,%20PARTO%20Y%20SU%20S%20COMPLICACIONES.pdf>.
19. Ministerio de salud de la República de Nicaragua, Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo. [en línea]. Nicaragua; 2008. [acceso 26/11/2018]. URL disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf>.
20. Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva. 2007. Perú: Ministerio de Salud; 2007.
21. Leiva S, Lazo R. Calidad del Llenado, interpretación y utilización del Partograma como instrumento en la vigilancia del trabajo de parto en sala de labor y parto del Hospital Bertha Calderón Roque durante agosto – octubre 2016[tesis doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
22. Ministerio de salud de la República de Nicaragua, Protocolo de Atención del Parto de Bajo Riesgo. Uso del partograma parte 3. [en línea]. Nicaragua. [acceso 26/11/2018]. URL disponible en: https://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-anteriores&Itemid=235.

23. Uranga I., Obstetricia práctica. 1ra Ed. Buenos Aires: Editorial Intermédica; 1967.
24. Ahued A, Lara O. Asistencia del parto normal en Ginecología y Obstetricia Aplicadas. 1era Ed. México: Editores JGH; 2000.
25. Ministerio de Salud de la República de Nicaragua [internet]. Managua; marzo 2001 [acceso 26/11/2018]. Protocolos para la Atención Obstétrica [aprox. 2 pantallas]. URL disponible en: www.nicaragua.unfpa.org.ni.
26. Aparicio P. Jorge R. Programa de capacitación de partograma con curva de alerta y cambios en el nivel de conocimientos para su elaboración por los internos de medicina del hospital nacional dos de mayo, enero-diciembre 2006. [Tesis de pregrado]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2007.
27. Flores P. Calidad del llenado e Interpretación del partograma como instrumento de manejo y vigilancia del trabajo de parto en el servicio de labor y parto del Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe de enero- marzo del 2015 [Tesis doctoral]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; noviembre del 2015.
28. González M, Laila V, González B. Obstetricia. 5ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
29. Pérez A, Donoso E, Obstetricia. Chile: Mediterráneo; 2011.
30. Laila V, Concepto y causas del parto. 5ta ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.
31. Naveiro M, Fase activa del parto: conducta y manejo. Servicio de obstetricia y ginecología. Granada: McGraw-Hill; 2010.
32. Agudelo B, Gómez J, Faciolince S. Guía de Vigilancia del trabajo de Parto con el partograma del CLAP/OPS. Dirección Seccional del Gobierno de Antioquia. (Medellín-Colombia) 2007 (10, 4,20-28)..
33. Schwartz R, Obstetricia I. 6 ed. Buenos Aires: Ateneo; 2009.

34. 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 de enero 2011 – agosto 2012. [Tesis de pregrado]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2012.
35. Mondragón H. Ginecoobstetricia elemental. 2 ed. México: Trillas; 2008.
36. Espinoza L. Parto: mecanismo, clínica y atención.1 ed. México: de El manual moderno; 2009.
37. Alvarado J. Manual de Obstetricia. 2 ed. Perú: Editorial Perú; 2006.
38. Chacalan T, Lisintuña D. 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[Tesis de pregrado]. Quito: Universidad Central de Ecuador; 2012.
39. Cunningham F, Williams, et al. Obstetricia. 23 ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2010.
40. Huidobro L, Hasbún H. Urgencias y Complicaciones en Obstetricia.4ta ed. Buenos Aires: Mediterráneo; 2006.
41. Williams, Parto disfuncional: Obstetricia. 22 ed. México DF: Mc Graw Hill; 2006.
42. Ordesa, Diferencias entre parto eutócico o distócico. Club de padres; [En línea]. 2013. [acceso 28/11/2018]100:16. Disponible en:https://www.ordesasa.es/club_padres/mi-hijo/articulo/parto-eutócico-distócico/.
43. Medicina Materno Fetal Barcelona [Sede web]. Barcelona. [actualizado en diciembre de 2018; acceso 27/11/2018].Protocolos de Obstetricia en cesárea. [aprox. 2 pantallas]. URL disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/cesarea.html>.

44. Universidad Nacional de Colombia [Sede web].Colombia: Copyright; 2014[actualizado 31/10/2017; acceso 28/11/2018] Obstetricia Integral en el siglo XXI [aprox. 1 pantalla].URL disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2795/17/9789584476180.15.pdf>.
45. Menéndez G, Hidalgo R, et al. El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2012 [acceso 26/11/2018]; 38(3)333-342. URL.Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006.
46. Schwartz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia Schwartz. [en línea].Vol. 6. 6ta edición. Latinoamérica: Ateneo E. el editor; 2005. [Acceso 29/11/2018]. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=0CTGAAAACAAJ&dq=Obstetricia+Schwarcz.&hl=es&sa=X&ved=0ahUK EwiHqbaes6LXAhVLh5AKHVG7BMYQ6AEIJTAA>.
47. Caravaca A. Atención Sanitaria Especial en situaciones de emergencia [en línea]. 2da ed. Madrid: Aran Ediciones SL; 2009. [Acceso 29/11/2018]. URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=hiSLaIKJ Q1wC&pg=PT179&dq=p arto+vaginal+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ah UK Ewi3oPPkzM7QAhWG WCYKHTe4B4wQ6AEINzAG#v=onepage&q= Partovaginaldefinicion&f=false>.
48. Cabero L, Saldívar D. Operatoria Obstétrica Una visión actual. [en línea]. 6ta edición. México: Panamericana E; 2009. [Acceso 29/11/2018]. URL disponible en: https://books.google.com.pe/books?id=n7qU5f6W9qIC&pg=PA234&dq=cesarea+anterior&hl=es&sa=X&ved=0ahUK EwjPn_3puc7Q QAhUGOCYKHbh5ArgQ6wEIGjAA#v=onepage&q=cesareaanterior&f=false.
49. Oyarzún E, Badía J., Alto Riesgo Obstétrico [en línea]. 2010. [acceso 29/11/2018].URL disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas /departamentos/obstetricia/altoriesgo/Índice>.

X. ANEXOS

ANEXO N°01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
FORMATO DE VALORACIÓN DEL PARTOGRAMA Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO

Autoras: Bach. Yessenia Infante Carrasco y Bach. Alexandra Valencia Tocto.

Asesor: Dr. César William Luciano Salazar.

Área de Evaluación: Gineco-Obstetricia.

Fecha: _____ **N° Historia Clínica:** _____

I. INFORMACIÓN DE LA PACIENTE.

1. LLENADO DE DATOS PERSONALES Y GINECO-OBSTÉTRICOS.

- a) Completo.
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

II. FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)

2. REGISTRO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

- a) Completo.
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

3. ¿CÓMO SE PRESENTÓ LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

- a) Fisiológico.
- b) Patológico.
- c) Dudoso.

III. MEMBRANAS OVULARES Y LÍQUIDO AMNIÓTICO

4. EL REGISTRO GRÁFICO DE LAS MEMBRANAS OVULARES Y LÍQUIDO AMNIÓTICO ¿EN QUÉ MOMENTO DE LA EVALUACIÓN PÉLVICA SE REGISTRÓ?

- a) Durante toda evaluación pélvica.
- b) Algunas evaluaciones pélvicas.
- c) En ninguna evaluación pélvica.

5. **¿CUÁNDO LA PACIENTE INGRESO EN QUÈ ESTADO SE ENCONTRÓ LAS MEMBRANAS OVULARES?**
- a) Membranas intactas.
 - b) Membranas rotas.
 - c) Dudoso.
6. **¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ LA ROTURA DE MEMBRANAS?**
- a) No se evidenció rotura.
 - b) Menor de 6 horas.
 - c) Mayor o igual a 6 horas.
7. **COLOR DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO.**
- a) Líquido amniótico claro.
 - b) Líquido con manchas de meconio.
 - d) Líquido con manchas de sangre.

IV. **MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL.**

8. **REGISTRO GRÁFICO DEL MOLDEAMIENTO DE ACUERDO AL TACTO VAGINAL.**
- a) Completo
 - b) Incompleto.
 - c) Nulo.
9. **LA CALIFICACIÓN DEL MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, PRESENTÓ EN EL SENTIDO PATOLÓGICO FUE:**
- a) 1: Sutura lado a lado
 - b) 2: Suturas superpuestas pero reducibles.
 - c) 3: Suturas superpuestas pero no reducibles.

V. **LÍNEA DE ALERTA Y LÍNEA DE ACCIÓN.**

10. **DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, ¿QUÉ TIPO DE DILATACIÓN ESTACIONARIA HUBO?**
- a) Dilatación estacionaria total.
 - b) Dilatación estacionaria parcial.
 - c) No hubo dilatación estacionaria.

VI. MÉTODO DE LOS QUINTOS.

11. REGISTRO DE LOS 5 QUINTOS.

- a) Completo.
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

12. EL REGISTRO DE LOS 5 QUINTOS PARA EL DESCENSO DE LA CABEZA FETAL, MOSTRÓ:

- a) Descenso de quintos.
- b) Detención parcial del descenso.
- c) Detención total del descenso.

VII. CONTRACCIONES UTERINAS.

13. REGISTRO DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS.

- a) Completo
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

14. ¿CON QUÉ FRECUENCIA PRESENTÓ LAS CONTRACCIONES UTERINAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

- a) 1 a 2 contracciones /10 min.
- b) 3 a 4 contracciones /10 min.
- c) 5 contracciones /10 min.

15. ¿QUÉ DURACIÓN PRESENTARON LAS CONTRACCIONES UTERINAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

- a) <20”.
- b) 20”-40”.
- c) >40”.

VIII. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS.

16. EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS CUMPLE O CONCUERDA CON LO DETALLADO EN HISTORIA CLINICA O EL KARDEX.

- a) Completo
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

17. ¿QUÉ MEDICAMENTOS SE ADMINISTRARON DURANTE EL TRABAJO DE PARTO?

- a) Hidratantes
- b) Oxitócicos.
- c) Ninguno

IX. FUNCIONES VITALES.

Signos vitales	Completo	Incompleto	Nulo.
18. ¿Cómo se registró la Presión arterial?			
19. ¿Cómo se registró el Pulso			
20. ¿Cómo se registró la Temperatura			
21. ¿Cómo se registró la Respiración			

Signos vitales	Fisiológico	Patológico	Dudoso
22. ¿Cómo se presentó la Presión arterial?			
23. ¿Cómo se presentó el Pulso?			
24. ¿Cómo se presentó la Temperatura?			
25. ¿Cómo se presentó la Respiración?			

X. PROTEÍNAS Y CETONAS.

26. ¿REGISTRARON LAS PROTEÍNAS Y CETONAS?

- a) Completo
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

XI. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Y DATOS DEL RECIÉN NACIDO.

27. REGISTRO DE LA PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Y DATOS DEL RECIÉN NACIDO.

- a) Completo
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

XII. PERIODOS DE PARTO

28. ¿SE REGISTRÓ EN EL PARTOGRAMA LOS PERIODOS DE PARTO?

- a) Completo
- b) Incompleto.
- c) Nulo.

29. ¿CUÁNTO TUVO DE DURACIÓN DEL PERIODO DE EXPULSIVO?

- a) Fisiológico (30min en multigestas; 45min en primigesta).
- b) Patológico (>1 hora en multigestas; > 2horas en primigesta).
- c) Dudosos (30-1hora en multigestas; 45min-2horas en primigesta).

CULMINACIÓN DE LA VÍA DE PARTO.

XIII. VIA DEL PARTO.

30. ¿CON RELACIÓN AL PARTOGRAMA EN QUE VÍA DE PARTO CULMINÒ LA GESTACIÓN DE LA PACIENTE?

- a) Vía Vaginal.
- b) Vía Cesárea.

XIV. INDICACIÓN DE CESÁREA.

31. ¿CUÁL FUE LA INDICACIÓN DE CESÁREA?

- c) Distocias maternas.

Especificar.....

- d) Distocias fetales.

Especificar:

- e) Ambas distocias

Especificar:

ANEXO N°0

		N° de preguntas																															
N° de encuestas	N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29			
	1	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	3	3	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	2	2	3	67	
	2	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	2	2	69	
	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	1	3	2	1	67		
	4	2	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	2	2	3	3	1	1	2	1	2	1	3	3	2	3	1	2	1	1	52		
	5	2	2	2	3	1	2	1	1	2	3	3	2	1	2	3	2	1	3	3	3	1	3	3	2	3	1	2	1	1	59		
	6	2	3	2	3	1	2	1	1	2	3	3	2	3	2	3	1	1	3	3	3	1	3	2	2	3	1	2	1	1	60		
	7	2	2	2	1	1	2	1	1	1	3	3	2	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	50		
	8	3	2	2	2	1	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	50		
	9	2	3	2	1	1	2	1	1	1	3	1	2	1	2	2	2	1	3	3	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	49		
	10	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	2	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	46	
	25	23	22	21	16	21	16	10	16	30	19	20	18	24	27	14	14	24	23	21	11	25	23	19	25	10	22	17	13	569			
	2.50	2.30	2.20	2.10	1.60	2.10	1.60	1.00	1.60	3.00	1.90	2.00	1.80	2.40	2.70	1.40	1.40	2.40	2.30	2.10	1.10	2.50	2.30	1.90	2.50	1.00	2.20	1.70	1.30	56.90			
	0.28	0.46	0.40	0.99	0.93	0.32	0.93	0.00	0.27	0.00	0.77	0.22	0.62	0.27	0.23	0.27	0.71	0.49	0.68	0.54	0.10	0.50	0.68	0.54	0.50	0.00	0.18	0.46	0.46	12.79	73.88		

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{\sum S_T^2} \right]$$

$\alpha = 0.86$

Fuente. Base de datos general – resultados en SPSS, estudio de confiabilidad del instrumento "FORMATO DE VALORACIÓN DEL PARTOGRAMA Y LA VÍA DE CULMINACIÓN DEL PARTO"

El Alfa de Cronbach se calcula de la siguiente manera: $\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{\sum S_T^2} \right]$ donde:

- K: Número de Ítems.
- S_i^2 : Suma de Varianzas de los Ítems.
- S_T^2 : Varianzas de la suma de los Ítems.
- α : Coeficiente de Alfa de Cronbach.

Partograma y vía de culminación del parto en gestantes HRT

INFORME DE ORIGINALIDAD

26%	26%	2%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.dspace.uce.edu.ec Fuente de Internet	6%
2	docplayer.es Fuente de Internet	3%
3	www.repositorioacademico.usmp.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unan.edu.ni Fuente de Internet	2%
5	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%
6	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	www.saludcapital.gov.co Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%

10	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
12	repositorio.upsb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	repositorio.upt.edu.pe Fuente de Internet	<1%
14	es.scribd.com Fuente de Internet	<1%
15	onlinelibrary.wiley.com Fuente de Internet	<1%
16	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	<1%
17	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1%
18	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
19	documents.mx Fuente de Internet	<1%
20	repository.cesa.edu.co Fuente de Internet	<1%
21	repositorio.ug.edu.ec	

	Fuente de Internet	<1%
22	repositorio.uam.es Fuente de Internet	<1%
23	prezi.com Fuente de Internet	<1%
24	ayarit.wordpress.com Fuente de Internet	<1%
25	www.archivos.ujat.mx Fuente de Internet	<1%
26	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1%
27	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	<1%
28	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	<1%
29	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
30	micronutrient.org Fuente de Internet	<1%
31	eprints.ucm.es Fuente de Internet	<1%
32	www.drscope.com Fuente de Internet	<1%

33	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
34	www.slideshare.net Fuente de Internet	<1%
35	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	<1%
36	repositorio.ual.edu.pe Fuente de Internet	<1%
37	www.magonlinelibrary.com Fuente de Internet	<1%
38	archive.crin.org Fuente de Internet	<1%
39	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1%
40	repositorio.unasam.edu.pe Fuente de Internet	<1%
41	recursosbiblio.url.edu.gt Fuente de Internet	<1%
42	issuu.com Fuente de Internet	<1%
43	www.scribd.com Fuente de Internet	<1%
44	es.slideshare.net	

— Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 15 words

Excluir bibliografía

Activo