

# DIRECCIÓN SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA

DIRECCIÓN  
DE  
SALUD PÚBLICA

# BIA

BOLETÍN INFORMACIÓN  
PARA LA ACCIÓN

## **INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO “PARTOGRAMA” DEL CLAP – OPS/OMS**

Por: Centro Asociado al CLAP – OPS/OMS –U de A.  
Convenio CI-295-2004 DSSA – U. de A.

### **INTRODUCCIÓN**

Nacer es tan natural como morir. Actualmente la natalidad mundial fluctúa entre 1.2 por 1000 habitantes en los países ricos y 8.5 en los países pobres, y de continuar así la población actual de  $6,5 \times 10^9$  aumentará a  $9,8 \times 10^9$  habitantes en el 2050. Es así como cada segundo nacen cientos de bebés en el mundo, de los cuales el 80% lo hacen por vía vaginal, el 20% por cesárea, y en cada grupo habrá un número no despreciable de bebés con riesgo de enfermar o de morir como consecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto. Por esto, es necesario insistir en la importancia de brindar una atención con calidad durante el trabajo de parto y parto, que incluye la asistencia intrahospitalaria y la supervisión permanente del binomio madre/hijo realizada por personal comprometido y capacitado.

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

### **REQUISITOS PARA LA ATENCIÓN CON CALIDAD DEL BINOMIO MADRE-HIJO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO**

La atención integral de la gestante en trabajo de parto requiere del conocimiento de elementos anatómicos, funcionales y

clínicos que intervienen en el proceso del nacimiento.

Aunque el proceso de nacer es fisiológico, no está exento de riesgos tanto para la madre como para el feto, debido a circunstancias particulares que deben ser identificadas antes del inicio del trabajo de parto. El médico debe garantizar con su juicio clínico que el parto vaginal es factible, y por lo tanto se puede conducir un trabajo de parto, para lo cual se deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Identificar el trabajo de parto activo, es decir, la presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento y dilatación del cuello uterino, y descenso de la cabeza fetal a través de la pelvis ósea.
2. Realizar en cada evaluación clínica la verificación de los requisitos para el éxito del parto, que incluye:

A. Verificar la actividad contráctil: identificar la frecuencia óptima de las contracciones uterinas (mínimo tres en 10 minutos), la intensidad adecuada (40 mm de Hg o más, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 35 y hasta 60 segundos), necesarios para garantizar el progreso del trabajo de parto.

B. Evaluar la pelvis o "continente del parto": en la primera consulta de ingreso al trabajo de parto, el médico debe considerar la capacidad pélvica con relación al feto que ha de nacer. Evaluar la actitud corporal de la gestante y la estatura ayudan en la apreciación clínica de la pelvis, pero es el feto en el progreso del trabajo de parto el que va a determinar si la pelvis es adecuada. Deben identificarse los antecedentes perinatales como parto difícil, trauma perinatal e intervención quirúrgica intraparto, entre otros. La evaluación de la pelvis debe dirigirse a palpar las prominencias óseas que limitan el canal del parto, como el ángulo subpúbico, las espinas ciáticas, el promontorio y la posición del sacro.

C. Considerar los tejidos blandos maternos o circunstancias del continente: conjuntamente

con la evaluación de las estructuras óseas, deben valorarse los tejidos blandos del canal del parto y de la pelvis. Es útil considerar las modificaciones del canal cervical como producto de la actividad contráctil, así como tener en cuenta los antecedentes médicos y quirúrgicos que pueden influir en la respuesta del cervix.

D. Evaluar las características fetales o "contenido del parto": es el feto con sus particularidades quién finalmente determina la capacidad pélvica. Se deben evaluar los resultados perinatales previos con el fin de valorar indirectamente la capacidad pélvica.

El feto vivo asume una actitud funcional que es favorable para el descenso a través de la pelvis, exponiendo los menores diámetros cefálicos a las menores dimensiones pélvicas. Por esto, es necesario, en cada evaluación clínica de la gestante, tener en cuenta la evaluación del feto con sus características en relación con la dinámica uterina y el canal del parto. Al final de la dilatación se espera el descenso de la cabeza fetal por el canal pélvico.

E. Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: El feto vivo es la razón fundamental de la vigilancia del trabajo de parto. Las consideraciones descritas están dirigidas a garantizar el progreso del parto sin dificultad, como un proceso funcional y con mínimo riesgo. En el inicio del trabajo de parto se deben verificar las condiciones maternas y fetales que ponen en riesgo la salud del feto en el ambiente intrauterino y en relación con la actividad contráctil del útero. Se recomienda realizar el registro electrónico en papel (NST o CST) antes de iniciar el trabajo de parto y durante la progresión del mismo, verificar la presencia de signos indirectos de sufrimiento fetal como meconio en el líquido amniótico, disminución de movimientos fetales y disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca fetal. Además el registro gráfico de la historia del trabajo de parto (partograma) con sus novedades es la mejor herramienta para garantizar un resultado materno y perinatal óptimo.

## DILIGENCIAMIENTO DE LA HISTORIA

## CLÍNICA DEL PARTO O PARTOGRAMA

La descripción de la dilatación cervical y del descenso fetal se ha realizado en poblaciones numerosas de mujeres en trabajo de parto y han sido graficadas con el objetivo de facilitar la vigilancia del trabajo de parto. Se reconoce que el tiempo de dilatación cervical desde el inicio de la fase activa (4 cm de dilatación) hasta la dilatación completa (10 cm) ocurre en el 90% de las mujeres multíparas en 2,4 horas o menos y en la nulípara en 4,6 horas o menos. El descenso de la cabeza fetal suele ocurrir una vez la dilatación cervical alcanzó el 80%, es decir los 8 cm.

Friedman (1955, 1967) describió las diferentes etapas del trabajo de parto, considerando tres etapas: la primera o fase latente, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 cm de dilatación, puede durar de 18 a 24 horas; seguida de la fase activa que comienza en 3-4 cm, con óptima actividad contráctil y que conduce al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última etapa o expulsivo, cuando se completa el descenso de la cabeza fetal hasta el introito vulvar y ocurre el nacimiento del feto. Con base en esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como una herramienta clínica para la vigilancia del trabajo de parto, llamado partograma.

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) presenta la historia clínica del trabajo de parto con los mismos elementos del trabajo de Philpott y Studd, pero con la aplicación de patrones temporales de dilatación cervical con relación a variables que influyen en el progreso del trabajo de parto (Schwarz y colaboradores, Publicación Científica del CLAP, N° 1153, 1987). El comportamiento de la dilatación de una paciente en particular, se grafica con referencia a una "línea de alerta".

La línea de alerta se define como el percentil 90 (p90) de la dilatación de una población de referencia, es decir que el 90% de las mujeres han tenido su parto antes del tiempo estipulado por la línea de alerta o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se

demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento. Cuando la curva de dilatación de la gestante cruza a la derecha la línea de alerta o p90, significa que se está alejando del comportamiento normal y es necesario reevaluar los requisitos para el trabajo de parto exitoso. Este momento es importante para corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y tomar conductas médicas validadas como la aplicación de analgesia epidural, el refuerzo de la actividad uterina con ositócicos, la realización de una ruptura artificial de membranas ó la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos y complicaciones.

El partograma del CLAP ofrece algunas ventajas adicionales sobre las curvas clásicas de Studd y Philpott, tales como:

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

curva de dilatación y llamar la atención cuando la curva se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.

- Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede juzgar lo adecuado o no de la evolución del trabajo de parto, sin necesidad de revisar múltiples notas de evolución que en muchos casos son ilegibles.

## COMO UTILIZAR EL PARTOGRAMA DEL CLAP?

1. Identificar la historia clínica del trabajo de parto con nombres y apellidos, fecha y número de historia (ver gráfico 1).
2. Utilizar la tabla ubicada en la parte inferior derecha del partograma (ver gráfico 2), para registrar las evaluaciones clínicas desde el ingreso de la paciente al hospital, tanto durante el período previo a la fase activa del trabajo de parto como durante este. Debe escribirse la hora de evaluación en cada columna, y de manera consecutiva siguiendo las letras desde la "a" hasta la "p". Las horas de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues cada que se evalúa la paciente no se realiza un tacto vaginal.  
  
Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de salud (médico, profesional de enfermería ó auxiliar de enfermería).
3. En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. Incluye los planos pélvicos y la variedad de posición, la dilatación, el estado de las membranas, la intensidad de la contracción y su localización, la frecuencia cardiaca fetal, y la posición materna durante el trabajo de parto.

Estas convenciones se emplean para diligenciar las tablas de evaluación clínica y de dilatación y descenso (ver gráficas 2 y 4).

4. En la parte superior derecha se grafica la curva de dilatación cervical, las de alerta y de descenso de la cabeza fetal (ver gráfico 4). La grafica de la dilatación cervical solamente se debe iniciar cuando la paciente este en la fase activa del trabajo de parto, es decir, cuando la dilatación cervical alcance los 3-4 cm y exista simultáneamente buena actividad uterina, tanto en frecuencia como en intensidad. Los dos aspectos anteriores son fundamentales para no cometer el error de graficar la fase latente del trabajo de parto que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.
5. En el borde inferior de la tabla están las "horas de registro" del trabajo de parto activo desde las cero horas hasta las catorce. Cada segmento corresponde a una hora, dividida en cuatro porciones de quince minutos. Inmediatamente debajo de la línea de "horas de registro" están las casillas para registrar la "hora real", es decir la hora en que se inicia la curva de dilatación cervical, y las siguientes horas hasta el parto. Las "horas reales" de evaluación de la dilatación cervical usualmente no coinciden con las de evaluación clínica. Si se considera necesario relacionar la evaluación clínica con la de dilatación, se escribe la letra que aparece en la tabla de evaluación clínica correspondiente en el cajón respectivo de la "hora real". Ver gráfico 5.
6. El partograma tiene una línea de base, señalada con una flecha, a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta. (ver gráfico 6).
7. Para construir la "curva de alerta" se determina el punto de partida sobre la línea de base", luego se buscan los tiempos en la parte superior izquierda para construir la curva de alerta (ver gráfico 7). Los tiempos a emplear se eligen de acuerdo a la paridad, la posición de la paciente durante el trabajo de parto

y el estado de las membranas. Si la paciente es múltipara, tiene las membranas íntegras, y esta acostada, los tiempos a utilizar para construir la curva de alarma son los que corresponden a estas características. Las flechas indican el tiempo que se demora una paciente determinada en pasar de un centímetro a otro. (Ver gráfico 7).

8. Para construir la curva de alerta se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

**a)** Si la paciente ingresa en 5 cm de dilatación, iniciar la curva de alerta en la línea de base.

**b)** Si la paciente ingresa en 6 cm. de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El siguiente ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una paciente múltipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).

**c)** Sí se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base (antes de 4,5 cm de dilatación) se debe trazar una línea recta que una los puntos de la dilatación por debajo de la línea de base y la siguiente que este por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. La línea continua muestra la curva de dilatación cervical de la paciente y la curva discontinua muestra la curva de alerta. Se trata de una paciente nulípara con membranas íntegras.

Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *BMJ*. 1973 Nov 24;451-55.

Philpott RH. Graphic records in labour. *BMJ*. 1972;4:163-165.

Cunningham FG (ed), Gant N, Kennet J, Leveno LC, Gilstrap JC, et al. *Williams obstetrics*. 21th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Schwarz R, Díaz AG, Nieto F, CLAP. *Publ Científica* No 1153, 1987, Montevideo, Uruguay.

World Health Organization. World Health Organization partograph in management of labour. *Lancet*. 1994 Jun 4;343:1399-1404.

## GRÁFICOS

<b>PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS</b>	NOMBRE Y APELLIDO												<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="font-size: x-small;">dia</td> <td style="font-size: x-small;">mes</td> <td style="font-size: x-small;">año</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> <td style="width: 20px; height: 15px;"></td> </tr> </table>			dia	mes	año				N° DE HISTORIA CLINICA					
	dia	mes	año																								

Grafico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, “partograma”

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICION MATERNA																
TENSION ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDIACA FETAL																
DURACION CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR / Localiz./intens.																

Grafico 2. vigilancia clínica del trabajo de parto

REFERENCIAS

PLANOS DE HODGE Y  
VARIEDAD DE POSICION \_\_\_\_\_

DILATACION CERVICAL \_\_\_\_\_ ●

ROTURA ESPONTANEA MEMB. \_\_\_\_\_ (REM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB. \_\_\_\_\_ (RAM)

<b>INTENSIDAD</b>	<b>LOCALIZACION</b>
Fuerte _____ +++	Suprapúbico _____ SP
Normal _____ ++	Sacro _____ S
Débil _____ +	

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dips tipo I  
(Desceleración precoz) \_\_\_\_\_ I

Dips tipo II  
(Desceleración tardia) \_\_\_\_\_ II

Dips variables  
(Desceleración variable) \_\_\_\_\_ V

Meconio \_\_\_\_\_ M

POSICION MATERNA

Lat. derecho \_\_\_\_\_ LD

Lat. izquierdo \_\_\_\_\_ LI

Dorsal \_\_\_\_\_ D

Semisentada \_\_\_\_\_ SS

Sentada \_\_\_\_\_ S

Parada o caminando \_\_\_\_\_ PC

Grafico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

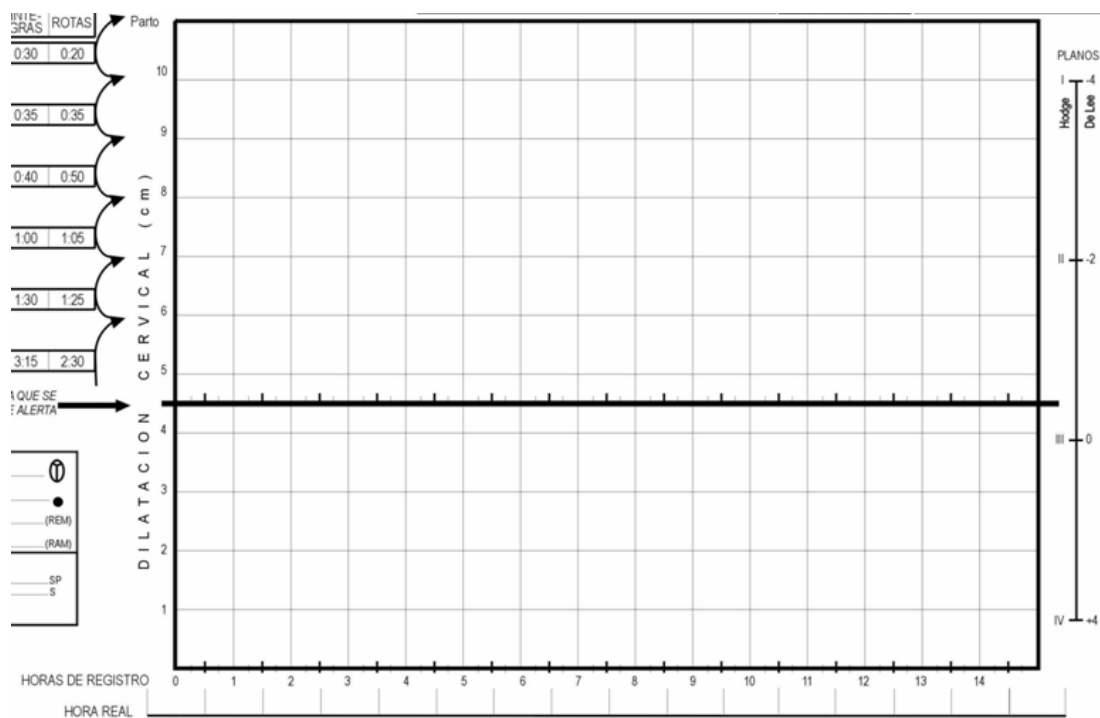


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

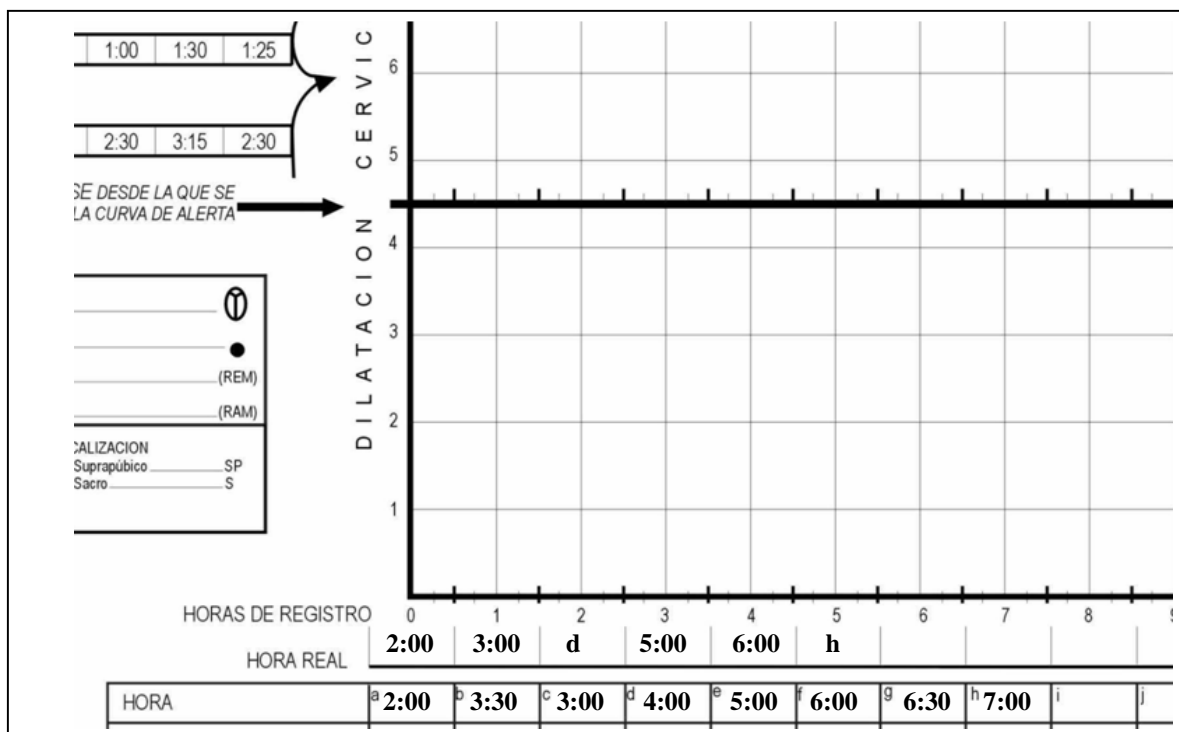
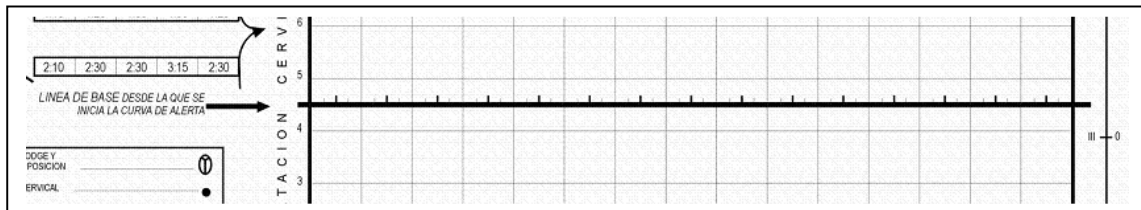


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro gráfico del partograma



Gráfica 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

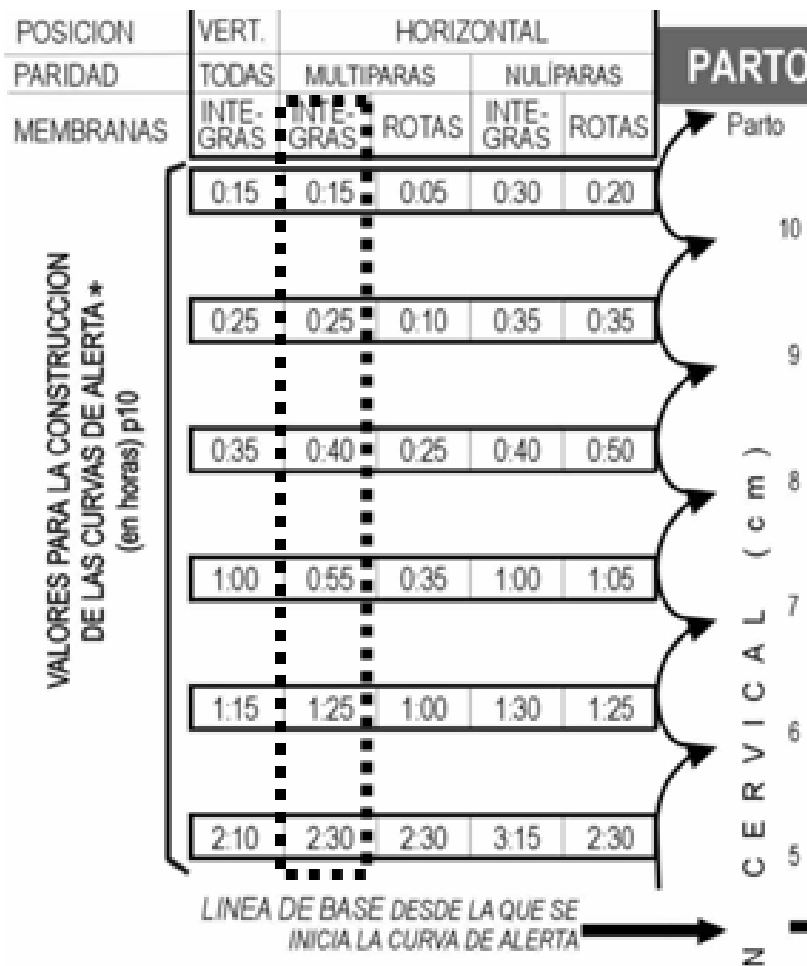


Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.



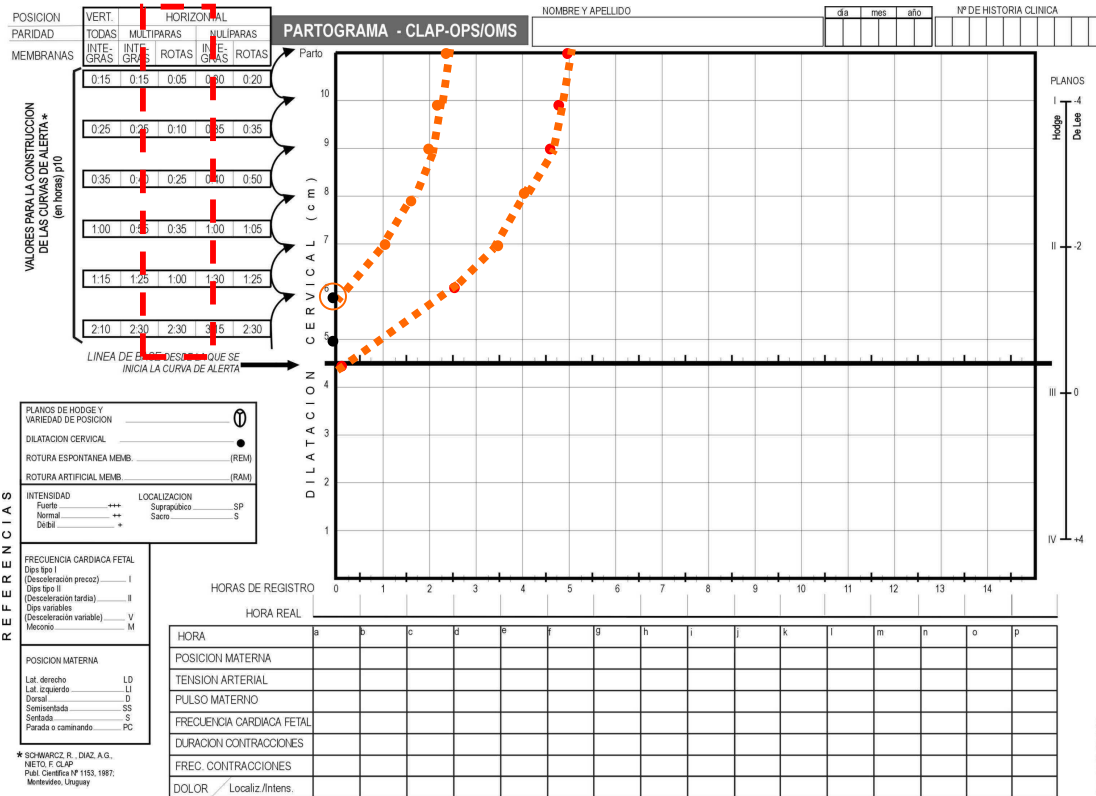


Grafico 8: construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

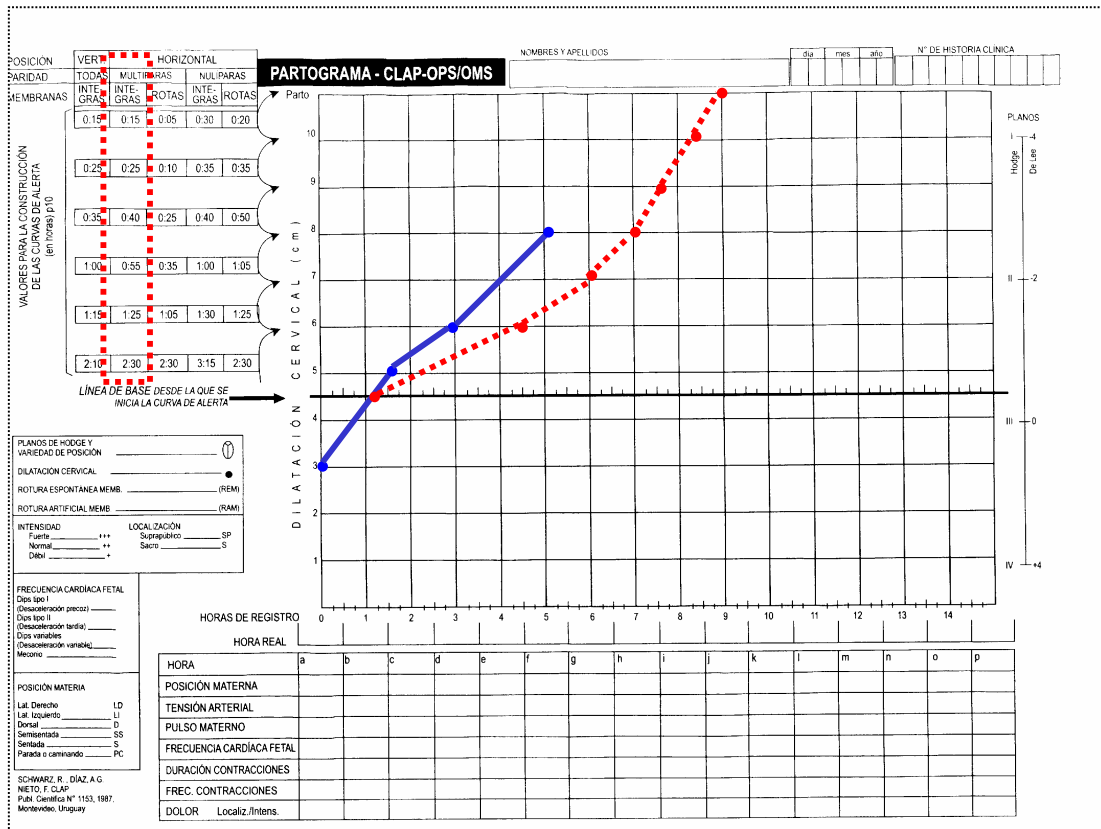
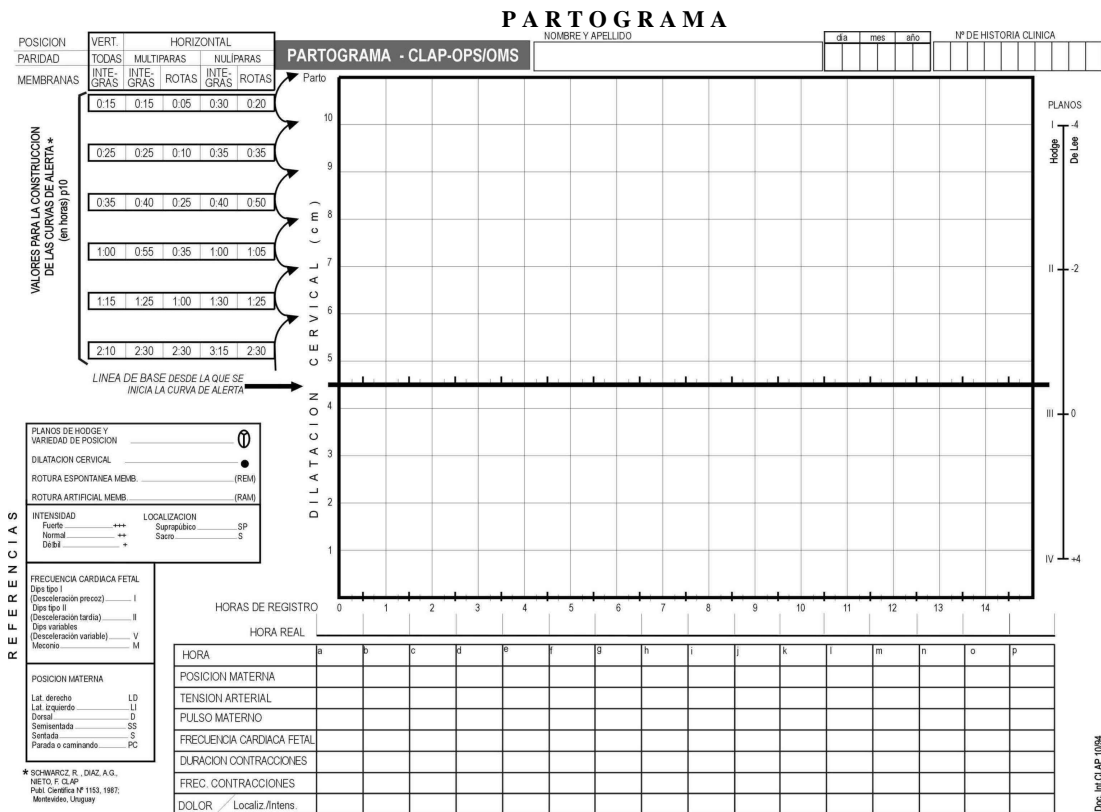


Grafico 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro grafico por debajo de la línea de base.



Doc. Int. CLAP 1094