



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA
RESPECTIVA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD

PAREDES ORTIZ ELISA BRIGITTE
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA
RESPECTIVA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD

PAREDES ORTIZ ELISA BRIGITTE
MÉDICA

MACHALA
2019



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA RESPECTIVA
TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

PAREDES ORTIZ ELISA BRIGITTE
MÉDICA

CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 03 DE SEPTIEMBRE DE 2019

MACHALA
03 de septiembre de 2019

Nota de aceptación:

Quiénes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA RESPECTIVA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC
0910156033
TUTOR - ESPECIALISTA 1



AGUIRRE FERNANDEZ ROBERTO EDUARDO
1756661045
ESPECIALISTA 2



LOPEZ BRAVO MARCELO ISAIAS
0701078677
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: lunes 02 de septiembre de 2019 - 22:48

Urkund Analysis Result

Analysed Document: UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.docx (D54967428)
Submitted: 8/22/2019 9:25:00 PM
Submitted By: elisabrilli08@gmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

2A_Heredia_Miro Quesada_Claudia_Belen_Titulo_Profesional_2018.docx (D36572520)
https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Guia_Tecnica_Atencion_del_Parto_Culturalmente_Adecuado.pdf

Instances where selected sources appear:

2

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, PAREDES ORTIZ ELISA BRIGITTE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado UTILIDAD E INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA PARA LA RESPECTIVA TOMA DE DECISIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.


La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 03 de septiembre de 2019



PAREDES ORTIZ ELISA BRIGITTE
0706526431

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El partograma herramienta de utilidad necesaria ha sido utilizada durante décadas a nivel mundial por el personal de salud para monitorizar la evolución del trabajo de parto, el uso e interpretación correcta del partograma ayudará de manera rápida para la toma de decisiones ante alguna complicación materno-fetal reduciendo la morbilidad y mortalidad intraparto que podría presentarse cuando este instrumento no es utilizado de manera correcta por el personal de salud encargado de la atención obstétrica. **OBJETIVO:** Explicar la utilidad e interpretación del partograma para la respectiva toma de decisiones en atención primaria de salud. **MÉTODOS:** Se realizó una búsqueda en bases de datos como Pubmed, Scielo, Cochrane Lybrary, Google Académico, The Lancet, Redalyc, y se seleccionaron artículos de interés relacionados con la temática del partograma. **CONCLUSIÓN.-** El partograma es una herramienta útil para el personal de salud, las evidencias recomiendan su uso continuo, en nuestro país este se lo grafica en el formulario # 051 que consta en la respectiva historia clínica del MSP, este se aplica en todas las pacientes gestantes que se encuentren en fase activa de trabajo de parto; además es clave la capacitación continua en el personal de salud que atiende eventos obstétricos.

PALABRAS CLAVES: Partograma, trabajo de parto, embarazo de alto riesgo, curva de trabajo de parto, planos de Hodge.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The necessary useful partogram tool has been used for decades worldwide by health personnel to monitor the evolution of labor, the correct use and interpretation of the partogram will help in a rapid manner for decision making in the event of a maternal-fetal complication reducing morbidity and mortality intrapartum that could occur when this instrument is not used correctly by health personnel in charge of obstetric care. **OBJECTIVE:** Explain the value and interpretation of partogram to the respective decision-making in obstetric care. **METHODS:** We conducted a search in databases such as Pubmed, Scielo, Cochrane Lybrary, Google Scholar, The Lancet, Redalyc, and selected articles of interest related with the thematic of the partogram. **CONCLUSION:** The partogram is a useful tool for the health personnel, the evidences recommend its continuous use, in our country this is graphical in the form # 051 that consists in the respectful clinical history of the MSP, this is applied in all the pregnant patients that are in active phase of labor; in addition it is key the continuous training in the health personnel that attends obstetric events.

KEY WORDS: Partogram, labor, high risk, curve of labor pregnancy, levels of Hodge.

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 1 |
| ABSTRACT | 2 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| 2. DESARROLLO | 6 |
| Historia del partograma | 6 |
| CONTRAINDICACIONES DEL PARTOGRAMA | 7 |
| DESCRIPCION DEL PARTOGRAMA SEGÚN FORMATO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR..... | 7 |
| DATOS GENERALES DEL FORMULARIO DEL PARTOGRAMA..... | 8 |
| DATOS DE LA PACIENTE..... | 8 |
| TIEMPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES PARA CONSTRUIR LAS CURVAS DE ALERTA..... | 8 |
| SIMBOLOGIA DEL PARTOGRAMA..... | 9 |
| FRECUENCIA CARDÍACA FETAL..... | 10 |
| FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES | 10 |
| DOLOR/LOCALIZACIÓN-INTENSIDAD | 11 |
| INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA..... | 11 |
| ENFOQUE EPISTEMOLOGICO DEL PARTOGRAMA A NIVEL MUNDIAL | 13 |
| 3. CONCLUSIÓN..... | 17 |
| 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 18 |
| 5. ANEXOS..... | 21 |
| | |
| TABLA 1: PRINCIPALES OBJETIVOS DEL USO DEL PARTOGRAMA..... | 7 |
| TABLA 2: CONTRAINDICACIONES PARA LA ELABORACIÓN DEL PARTOGRAMA | 7 |
| TABLA 3: DATOS GENERALES DE LA HOJA DEL PARTOGRAMA | 9 |
| TABLA 4: DIFERENCIAS EN EL DESCENSO DE PRESENTACIÓN Y DILATACIÓN CERVICAL..... | 10 |
| TABLA 5: ESQUEMA DE LA INTERPRETACIÓN DEL DOLOR EN EL PARTOGRAMA | 11 |
| TABLA 6 CURVAS DE FRIEDMAN | 12 |
| | |
| ILUSTRACIÓN 1: MODELO DEL PARTOGRAMA..... | 8 |
| ILUSTRACIÓN 2: REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LAS CURVAS DE FRIEDMAN..... | 11 |

1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial unos de los desafíos para el personal de salud y las gestantes que se encuentran en labor de parto, es prevenir posibles complicaciones que se podrían presentar cuando no exista un control o personal calificado durante la evolución del trabajo de parto; por ello diferentes investigadores han creado instrumentos de gran importancia que permiten estandarizar y monitorear el desarrollo de parto.(1)

La historia Clínica perinatal y el Partograma son formularios que se utilizan a nivel mundial, estos facilitan el cumplimiento de información necesaria como son: los antecedentes personales y familiares de la paciente que se encuentra en labor de parto, información que será imprescindible para lograr una buena evolución del trabajo de parto y llevar un control sobre los posibles riesgos perinatales que puede presentar la mujer gestante.(2)

En 1954 Emanuel A. Friedman, ginecólogo obstetra diseño el partograma y lo implementó como una herramienta de gran utilidad para vigilar el proceso del trabajo de parto, valorando la dilatación cervical de acuerdo al tiempo de evolución de cada paciente, obteniendo como resultado una curva sigmoide, dividió la primera etapa del trabajo de parto en fase latente y fase activa., ha sido utilizado por décadas en diferentes países del mundo; este diseño creado inicialmente por Friedman, fue mejorado por Philpott y Castle en 1972, quienes agregaron las líneas de alerta y acción para facilitar las intervenciones durante el parto.(3)(4)

Al ser graficado de manera correcta contribuye a reducir la morbilidad y la mortalidad materno-fetal; cuando no se utiliza esta herramienta puede llevar al personal de salud que se encuentra atendiendo el caso obstétrico a cometer equívocos y pasar de forma inadvertida las posibles complicaciones que se pueden presentar como son: el parto prolongado, la desproporción cefalopélvica, el parto obstruido y la asfixia neonatal. (5) La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 lo recomendó como instrumento simple y preciso para detectar posibles complicaciones del trabajo de parto, ganó popularidad desde los años setenta y hoy se lo utiliza en las salas de parto de diversos países del mundo, constituyéndose una herramienta universal para llevar el control óptimo en la labor de parto.(6)

En Ecuador durante el año 2008 el Ministerio de salud Pública (MSP) lanza la Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado proceso en el cual se utilizará

la hoja de partograma del CLAP-OPS/OMS que se encuentra en el reverso de la Historia Clínica Perinatal formulario # 051 para controlar, registrar y evaluar el progreso de la labor de parto.(7)

Posteriormente, en el 2015 se publica la Guía de atención del trabajo de parto, postparto inmediato del MSP del Ecuador, donde se ratifica la implementación del partograma, el cual ayuda a reducir de manera oportuna el trabajo de parto prolongado, además de incluir recomendaciones sobre el uso de la oxitocina, reducción en la tasas de sepsis posparto y disminución de las tasas de cesáreas, el uso correcto del partograma incrementa el índice de partos espontáneos; por lo que se recomienda utilizar el partograma adecuadamente interpretando la línea de acción y la línea de progreso.(8)

Esta herramienta de vigilancia intraparto no solo tiene implicancia desde el punto de vista médico, sino que representa una ayuda legal para posibles explicaciones en un proceso judicial, esto me ha permitido enfocarme en el desarrollo de esta temática. Por ende el objetivo de mi trabajo es explicar la utilidad e interpretación del partograma para la respectiva toma de decisiones en atención primaria en salud.

2. DESARROLLO

Historia del partograma

En el año 1954 Emanuel A. Friedman Gineco-obstetra de New York realizó un estudio en el que por primera vez se pudo observar valoración y evolución del trabajo de parto en primigestas el cual fue graficado tomando en cuenta los centímetros de dilatación, luego este fue mejorado en 1972 por Philpott y Castle quienes agregaron las líneas de alerta y acción para facilitar las intervenciones durante el parto.(3)(9)

Partograph es un vocablo griego que significa “curva de trabajo”, es una hoja impresa en la cual se va registrando las observaciones que detectamos durante el trabajo de parto y la condición materno-fetal, principalmente debe ser utilizado e interpretado por personal calificado, es de gran ayuda ya que permite el reconocimiento temprano de la existencia de un trabajo de parto patológico.(10)

Emanuel A. Friedman formuló el concepto del partograma cuando evidencio mediante la gráfica la evolución del trabajo de parto, no solo en cuanto a la dilatación del cérvix y descenso de la cabeza fetal, también tomó en cuenta la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas, frecuencia cardiaca fetal, presión arterial, líquidos y tratamientos administrados, acorde a la dilatación cervical de acuerdo al tiempo se obtuvo como resultado una curva sigmoidea y dividió la primera etapa del trabajo de parto en fase latente y fase activa. (4)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 recomendó el partograma modificado de Friedman como instrumento simple y preciso para detectar posibles complicaciones del trabajo de parto. Ganó popularidad desde los años setenta, y hoy se lo utiliza en las salas de parto de países desarrollados y en desarrollo, constituyéndose como una herramienta universal para llevar el control óptimo en la labor de parto.(6)

Existen tres formas del partograma: 1.- El diseño original el cual incluye la fase latente de 8 horas y la fase activa que comienza cuando la dilatación cervical es de 3 cm. 2.- La segunda forma que es el partograma modificado, aprobado por la OMS en el año 2000 donde se excluye la fase latente y se añade la fase activa con un comienzo de 4 cm de dilatación cervical y 3.- por último la tercera forma y la más utilizada por el personal calificado donde excluyen la fase latente y el descenso de la parte de presentación y la fase activa con una dilatación cervical de 4 cm; estos parámetros son de gran importancia para la toma rápida de decisiones.(5)

USOS DEL PARTOGRAMA

La OMS recomienda el uso del partograma por sus múltiples objetivos, como disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal, reducir la tasa de trabajo de parto prolongado, disminuir el uso de oxitocina, cesáreas, y las complicaciones más comunes materno-

fetales, se debe utilizar en todas las mujeres que se encuentren en trabajo de parto activo.(11)

El propósito principal del uso del partograma es reducir la carga del trabajo de parto obstruido como causa de muerte materna y fetal, fístula obstétrica e hipoxia fetal, trauma de nacimiento e infección. Las principales ventajas del partograma son la viabilidad, credibilidad, accesibilidad y atractivo. Se considera de gran utilidad para monitorear el trabajo y la continuidad de la práctica.(12)

Tabla 1: Principales objetivos del uso del partograma

| OBJETIVOS |
|---|
| Disminuir la morbimortalidad materna perinatal a través del diagnóstico precoz de las alteraciones en la evolución del trabajo de parto. |
| Proveer al personal médico y parteras de un instrumento económico y accesible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto. |
| Prevenir y/o diagnosticar el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna. |
| Reducir el índice de cesáreas y las asfixias al nacer, así como sus secuelas. |
| Fuente: CLAP, 2011. |

CONTRAINDICACIONES DEL PARTOGRAMA

Existen contraindicaciones en cuanto a la elaboración del partograma:

Tabla 2: Contraindicaciones para la elaboración del partograma

| CONTRAINDICACIONES |
|---------------------------------------|
| Talla: < 150 cm |
| Hemorragia anteparto |
| Sufrimiento fetal agudo |
| Cicatriz uterina previa (CUP) |
| Anemia |
| Embarazo múltiple |
| Presentación fetal |
| Labor de parto: prematura u obstruida |
| Fuente: CLAP, 2011. |

DESCRIPCION DEL PARTOGRAMA SEGÚN FORMATO DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

El partograma se encuentra al reverso del formulario 051 que consta en la respectiva historia clínica, herramienta de monitoreo simple y de bajo costo, en donde se realiza una representación gráfica del trabajo de parto, mediante el registro de curvas de la dilatación cervical y el descenso de presentación fetal. Su objetivo es brindar un

resumen pictórico del trabajo de parto, sobre las desviaciones en el bienestar materno y fetal, así como el progreso del trabajo de parto.(13)(14)

Ilustración 1: Modelo del partograma

PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

POSICIÓN: VERT. TODAS MULTÍPARAS NULÍPARAS
 MEMBRANAS: INTE-GRAS ROTAS INTE-GRAS ROTAS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CURVA DE ALERTA (en horas pto):

| | | | | |
|------|------|------|------|------|
| 0:15 | 0:15 | 0:05 | 0:30 | 0:20 |
| 0:25 | 0:25 | 0:10 | 0:35 | 0:35 |
| 0:35 | 0:40 | 0:25 | 0:40 | 0:50 |
| 1:00 | 0:55 | 0:35 | 1:00 | 1:05 |
| 1:15 | 1:25 | 1:05 | 1:30 | 1:25 |
| 2:10 | 2:30 | 2:30 | 3:15 | 2:30 |

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

PLANOS I - 4, II - 2, III - 0, IV - 4

HORAS DE REGISTRO: 0 a 14

HORA REAL: a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p

POSICIÓN MATERNA: Lat. Derecho (LD), Lat. Izquierdo (LI), Dorso (D), Ventral (V), Frente o contrabando (FC)

TENSIÓN ARTERIAL, PULSO MATERNO, FRECUENCIA CARDÍACA FETAL, DURACIÓN CONTRACCIONES, FREC. CONTRACCIONES, DOLOR Localiz./Intens.

SCHWABER, DIAZ, A.G. 1973, T.C.L.A.P. P.U.S. Clavija Nº 1153, 1987, Montevideo, Uruguay

Fuente.- CLAP OPS/OMS imagen disponible en:

<https://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/2019/images/39-PartogramaHOJA.pdf>

DATOS GENERALES DEL FORMULARIO DEL PARTOGRAMA

DATOS DE LA PACIENTE

Este casillero se encuentra en la parte superior derecha de la hora (Ver anexo 1), por lo tanto el primer paso para llenar el partograma es registrar los datos correspondientes a la paciente.


TIEMPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES PARA CONSTRUIR LAS CURVAS DE ALERTA

Esta sección del partograma se encuentra ubicada en la parte superior izquierda de la hoja, está relacionada con la selección de las pacientes nulíparas, multíparas correspondiente a como se encuentren las membranas, posición de la mujer al momento del examen físico (Ver anexo 2).

SIMBOLOGIA DEL PARTOGRAMA

Se localiza en la parte inferior izquierda de la hoja del partograma (Ver anexo 3), y corresponde a una representación gráfica y de siglas.

Tabla 3: Datos Generales de la hoja del partograma

| DATOS GENERALES | | SIMBOLOGÍA | |
|--|----|--|---|
| Nombre y Apellidos | | Representación con signos y siglas | |
| Fecha (Día, mes y año) | | Planos de Hodge y variedad de posición |  |
| N° Historia clínica | | Dilatación cervical | • |
| POSICIÓN MATERNA | | Rotura espontanea de membranas | (REM) |
| Lado derecho | LD | Rotura artificial de membranas | (RAM) |
| Lado izquierdo | LI | Dolor (Intensidad) | |
| Dorsal | D | Fuerte | +++ |
| Semisentada | SS | Normal | ++ |
| Sentada | S | Débil | + |
| Parada o caminando | PC | Dolor (Localización) | |
| CARACTERÍSTICAS DE LA PACIENTE POSICIÓN | | Suprapúbico | SP |
| | | Sacro | S |
| - Vertical - Horizontal | | Frecuencia cardiaca fetal (FCF) | |
| Paridad | | Dips tipo I(Desaceleración precoz) | I |
| - Multíparas - Nulíparas | | Dips tipo II (Desaceleración tardía) | II |
| Membranas | | Dips variables (Desaceleración variable) | V |
| - Integras - Rotas | | MECONIO | M |
| Fuente: Elaboración propia | | | |

DILATACIÓN CERVICAL Y EL DESCENSO DE LA PRESENTACIÓN

Esta sección que nos ayudará a graficar e interpretar la dilatación cervical y el descenso de la cabeza se va encontrar localizada en la parte central de la hoja del partograma:

Dilatación cervical

La evaluación de la dilatación cervical se realiza de manera digital, su medida se expresa en centímetros (cm), y está por lo general debe valorarse cada 2 horas, o en períodos de tiempos más cortos cuando sea requerido. (15)

Planos de Hodge

El descenso de presentación se valora a través del tacto, y se grafica de acuerdo a los planos de Hodge (Ver anexo 6). Se ha descrito que la velocidad del descenso de presentación varía en cuanto a la velocidad en las gestantes nulíparas de las multíparas.

Tabla 4: Diferencias en el descenso de presentación y dilatación cervical.

| GESTANTE | DESCENSO DE PRESENTACIÓN (CM/H) | DILATACIÓN CERVICAL |
|--|---------------------------------|---------------------|
| Nulípara | 1 cm/h | 1.2 cm/h |
| Multípara | 2 cm/h | 1.5 cm/h |
| Fuente: Asha R. Dalal, 2018 – AOGS, Enrico Ferrazzi, 2015 | | |

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

La frecuencia cardíaca fetal (Valor normal: 120–160 lpm) se puede evaluar mediante el doppler fetal portátil, campana de pinard ya que ambos métodos han demostrado ser útiles para la detección de una FCF anormal.(16) Esta debe ser registrada adecuadamente en el partograma, ya que se ha demostrado que existe un mayor riesgo de muerte fetal intraparto cuando esta no es monitoreada utilizando el partograma.(17); además el uso del partograma se asocia a una menor incidencia de asfixia al nacer.(18)

FRECUENCIA DE LAS CONTRACCIONES

Se muestran la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, tanto los valores normales como las alteraciones que pueden estar presentes.

Se debe tener en cuenta la frecuencia de la contracción uterina, ya que la taquisistolia uterina puede estar presente en un bajo porcentaje de las gestantes con trabajo de parto espontáneo. Y esta puede ocasionar en una cuarta parte, cambios en la frecuencia

cardíaca fetal (FCF), y además aumenta la probabilidad de morbilidad neonatal compuesta. (19)

DOLOR/LOCALIZACIÓN-INTENSIDAD

Posterior al interrogatorio y a la respuesta de la paciente, la representación gráfica de la intensidad del dolor se registra mediante cruces.

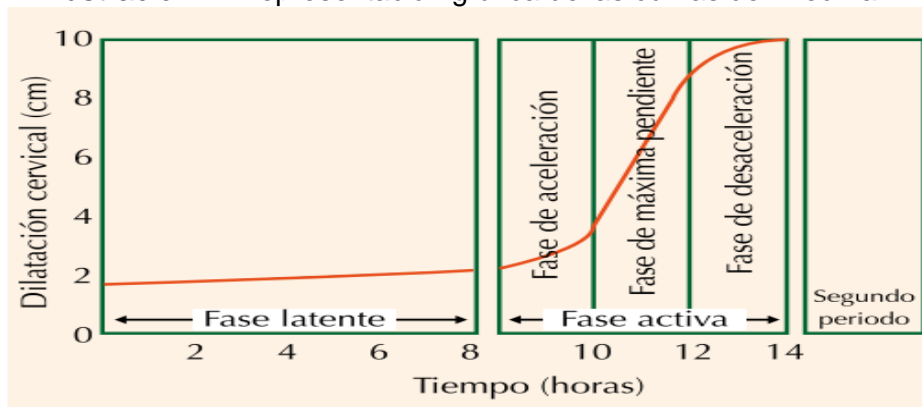
Tabla 5: Esquema de la interpretación del dolor en el partograma

| DOLOR (INTENSIDAD) | |
|--|-----|
| Fuerte | +++ |
| Normal | ++ |
| Débil | + |
| Fuente: OMS, Labor de parto, 2015 | |

INTERPRETACIÓN DEL PARTOGRAMA

Emanuel A. Friedman describió el primer estadio del trabajo de parto como fase latente, que se caracteriza por el borramiento y dilatación cervical hasta los 4 cm, y el segundo estadio como fase activa que consta de dos partes, la primera sobre la dilatación de progresión rápida también conocida como fase de aceleración y la segunda por un enlentecimiento de la dilatación cervical hacia los 9-10 cm conocida como la fase de desaceleración.(9)

Ilustración 2: Representación gráfica de las curvas de Friedman



Fuente: Ginecol. Obstet. Mex. 2018 junio; pág. 369. Imagen disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2018/gom186c.pdf>

En la fase latente es donde se debe explicar a la madre que debe estar alerta, el manejo puede ser ambulatorio siempre y cuando se lleve un seguimiento del bienestar materno-fetal. Esta fase puede durar hasta 20 horas, debe evitarse el uso de medicamentos que aceleren el proceso del trabajo de parto que pueden llevar a una cesárea.(20)

El partograma se debe empezar al inicio de la fase activa, con una velocidad de dilatación cervical de 1 cm por hora (1,2 cm/h nulíparas – 1,5 cm/h multíparas). No se puede abrir el partograma con una fase latente ya que podría llevar a un proceso iatrogénico. El descenso de la presentación se va utilizar los planos de Hodge y la columna cervical ciática en el estrecho, por encima de estas referencias vamos a considerar un proceso no favorable y por debajo de estos valores favorables.(20)

El partograma tiene dos líneas: la línea de advertencia representa el comienzo de la fase activa que se dibujara diagonalmente acorde a la línea de dilatación cervical inicial luego de cuatro horas la línea de acción se dibujara paralela a la primera línea graficada, la línea de acción que deberá dibujarse acorde a la línea de dilatación cervical inicial. Cuando la línea de advertencia cruza con la línea de acción se deberá observar con más cautela la evolución del parto.(20)

Tabla 6 Curvas de Friedman

| | DEFINICIONES |
|---|---|
| CURVA DE ALERTA | Grafique en línea punteada la curva adecuada alcanzados o superados los 4 cm de dilatación cervical. |
| CURVA REAL | Registre con un punto que haga coincidir la hora del examen con la dilatación obtenida en el tacto vaginal una secuencialmente con línea continua los puntos de los tactos vaginales posteriores. |
| CURVA DEL DESCENSO DE PRESENTACIÓN | Confirme durante el examen vaginal la altura de la presentación fetal, use las estaciones DeLee o los planos de Hodge cuya correspondencia se ubica en el extremo |
| FUENTE: Guía del MSP 2008 | |

El tiempo de duración del trabajo de parto y la dilatación cervical se pronuncian mediante la curva sigmoide. La curva de trabajo de parto se la observa de forma lineal con pendiente ascendente que empieza a trazarse con una dilatación cervical de 5cm. En diferentes estudios demostraron que existía una dilatación cervical entre 4 y 6 cm más lenta comparada con la que Friedman explicaba.(9)

Los estándares para que exista una variabilidad en la curva sigmoide son la edad materna, obesidad, etnia, antecedentes personales. Por lo general en países desarrollados y en vías de desarrollo aún existen mujeres que se embarazan a una edad mayor con un IMC no adecuado para su embarazo. Por lo que cual se llegó a la conclusión, que el trabajo de parto va tener una duración variada y una curva grafica distinta a la curva sigmoide que planteó Friedman.(9)

ENFOQUE EPISTEMOLOGICO DEL PARTOGRAMA A NIVEL MUNDIAL

En el año 2014 en la revista The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine publicó un estudio donde se realizó un estudio retrospectivo en el cual se realizó la comparación usando dos tipos de partograma; el establecido por la OMS(Grupo A) y el segundo un nuevo tipo de partograma en el que incluían la dilatación cervical y la posición de la cabeza(Grupo B); donde se observó que hubo una disminución estadísticamente significativa de la duración entre el inicio de la fase activa del trabajo de parto y el tiempo de parto. También se observó un inicio temprano en la etapa de aceleración de la fase activa en la primera fase del parto, menor duración de la etapa de aceleración del fase activa en la primera fase del parto e inicio temprano en la segunda fase del parto en mujeres que fueron estudiadas con el nuevo partograma (B); por ende se llegó a la conclusión que el nuevo partograma es más útil en el reconocimiento del inicio de la etapa de aceleración durante la fase activa del parto y en el uso oportuno de las acciones apropiadas para lograr un parto más seguro.(21)

En la Base de datos de Cochrane Library en el año 2014 se publicó un estudio donde se realizó la búsqueda en el registro de ensayos del Grupo Cochrane de Embarazo y Parto; se incluyeron seis estudios con 7706 mujeres en esta revisión; dos estudios evaluaron el partograma versus ningún partograma y el resto evaluó diferentes diseños de partograma. No existió evidencia de ninguna diferencia entre el partograma y ningún partograma en la cesárea; cuando se comparó un partograma con una fase latente y uno sin la misma, la tasa de cesáreas fue menor en el partograma sin una fase latente; donde los autores llegaron a un desacuerdo e indicaban que no podían recomendar el uso rutinario del partograma como parte del tratamiento y atención laboral estándar y recomendaban realizar más pruebas para establecer la eficacia del uso del partograma.(13)

En el estudio “El efecto del uso de un nuevo tipo de partograma en las tasas de cesárea” publicado en el año 2015 donde se realizó un estudio retrospectivo que incluyó el manejo laboral de 478 embarazos únicos a término; los registros de maternidad se verificaron retrospectivamente: 340 mujeres tuvieron partos vaginales espontáneos y 138 mujeres se sometieron a cesárea de emergencia. El partograma de 200 mujeres multíparas se analizó de acuerdo con el partograma de Friedman y el nuevo tipo de partograma en el que se incluía el descenso de la cabeza fetal y se comparó con el partograma de mujeres nulíparas que tenían partograma Friedman o el nuevo tipo de partograma; los embarazos a término fueron normales y los partos vaginales fueron espontáneos y no instrumentales por lo que este estudio indica que el nuevo partograma parece tener beneficios potenciales, como la reducción de la incidencia del trabajo de parto prolongado y la disminución de las tasas de cesárea.(22)

Pero en el año 2016 se publicó el estudio realizado por Ashish AC, Wrammert J, Clark RB, Ewald U, Målqvist M. realizando un estudio de referencia de caso durante un período de 15 meses. Los casos incluyeron todas las muertes fetales intraparto, se midió la frecuencia cardíaca fetal y el uso de partograma y se evaluó su asociación con la muerte fetal intraparto mediante análisis de regresión logística, los resultados de este estudio demuestran que la adherencia a FHRM cada 30 minutos y el uso de partograma durante el período intraparto son inadecuados en un hospital de nivel terciario de Nepal. Descubrimos que había un mayor riesgo asociado con la muerte fetal intraparto cuando la frecuencia cardíaca fetal se monitorizaba de forma inadecuada y cuando el progreso del trabajo de parto no se controlaba utilizando el partograma, donde se llegó a la conclusión que indicaba que se requiere mejorar la calidad de la atención intraparto en los hospitales para evitar el mal uso del partograma, y cuando este no es utilizado durante la labor de parto, se ha asociado a un mayor riesgo de muerte fetal intraparto. (17)

En la revista *Journal of Midwifery & Women's Health* en el año 2016 se realizó un estudio descriptivo de mujeres nulíparas de bajo riesgo con parto espontáneo, ocho enfermeras parteras certificadas de una sola práctica utilizaron el partograma de Neal y Lowe para evaluar el progreso laboral; se utilizaron estadísticas descriptivas para resumir las características, las intervenciones y los resultados para las mujeres con labores evaluadas por partograma; la tasa de cesáreas fue menor en el grupo de partograma que en los grupos de atención habituales. No se realizaron cesáreas por distocia en trabajo de parto activo para mujeres cuyas labores se evaluaron mediante partograma, este estudio concluye en que el partograma de Neal y Lowe puede ayudar a los médicos

a disminuir de forma segura y significativa los partos por cesárea primaria realizados por distocia activa del trabajo de parto en entornos de altos recursos.(11)

En el año 2017 se realizó un estudio descriptivo basado en los dos hospitales de distrito de Thyolo y Chiradzulu donde se realizó una revisión retrospectiva de partograma para los nacimientos que se produjeron en el año 2016; del total de 1070 partogramas revisados, 58.6% de los partogramas no tenían registro de la presión arterial materna y 65.3% de los partogramas no tenían documentación de temperatura. El moldeo no se registró en el 25,4% de los partogramas, la frecuencia cardíaca fetal no se registró en el 14,9% de los partogramas y el descenso de la cabeza fetal no se registró en el 12,0% de los partogramas; en este estudio se evidencio que existe poca documentación de los parámetros vitales de los partogramas. Esto sugiere un monitoreo insuficiente del progreso del trabajo de parto, lo que puede conducir a resultados adversos del embarazo. Para mejorar la documentación precisa de los parámetros del partograma, es necesario comprender el problema y proporcionar soluciones a medida para abordarlos y, en última instancia, mejorar los resultados del embarazo; mientras tanto, los cursos de actualización en el servicio sobre el uso de partogramas para los trabajadores de la salud deben llevarse a cabo regularmente.(3)

En la revista Ploss one en el año 2018 se publicó “Un estudio transversal de partograma utilización como una toma de decisiones herramienta para la remisión de la mano de obra anormal en atención primaria de salud instalaciones de Bangladesh” se utilizó un diseño de estudio transversal utilizando múltiples métodos de recolección de datos; los datos se extrajeron de los siguientes documentos en los cinco UH y FWC seleccionados: 1) formularios de registro de casos intraparto, 2) partogramas y 3) registros de referencia para todas las mujeres embarazadas que informaron o ingresaron en el parto del 1 de julio de 2013 al 30 de junio de 2014 Los formularios de registro de casos intraparto solo se completaron cuando la mujer embarazada ingresó en el centro de salud para dar a luz después de realizar examen físico inicial; en los resultados se pudo evidenciar que en las entrevistas con los trabajadores de salud revelaron una mala interpretación de las indicaciones de derivación de los partogramas, por ende se concluyó apoyar a los trabajadores de la salud en los centros de atención primaria de primer nivel para interpretar y actuar mejor sobre los datos del partograma de manera oportuna, y fortalecer los sistemas de derivación para garantizar que las mujeres en trabajo de parto reciban la atención de calidad inmediata que necesitan para sobrevivir.(14)

En el 2019 en la revista The Lancet se publicó un estudio en el que se realizó la comparación del uso del partograma establecido por la OMS con la nueva guía que propone la progresión laboral más dinámica; por lo cual se realizó un ensayo controlado multicéntrico, aleatorizado por conglomerados en unidades obstétricas en Noruega en el que se realizó la comparación entre la frecuencia de uso de cesárea intraparto (ICS) difería al adherirse al partograma de la OMS versus la guía de Zhang para la progresión del trabajo de parto, se pudo evidenciar que no existía diferencia significativa en la frecuencia del uso de ICS entre las unidades obstétricas asignadas para adherirse al partograma de la OMS y las asignadas para adherirse a la guía de Zhang. La disminución general en el uso de ICS que observamos en relación con la frecuencia previa de uso de ICS observada en estas unidades obstétricas podría explicarse por el enfoque cercano en evaluar la progresión del trabajo de parto más que el uso de las guías.(23)

3. CONCLUSIÓN

El partograma es una herramienta útil para el personal de salud, las evidencias recomiendan su uso continuo, en nuestro país este se lo grafica en el formulario # 051 que consta en la respectiva historia clínica del MSP, este se aplica en todas las pacientes gestantes que se encuentren en fase activa de trabajo de parto; además es clave la capacitación continua en el personal de salud que atiende eventos obstétricos.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. "A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring?" *BMC pregnancy and childbirth* 2017;17,1-31, Doi:10.1186/s12884-016-1213-4
2. Parra C Mauro, Astudillo D Julio, Caballero T Rafael, Terra A Rodrigo, Araneda A Max, Atria A Arturo et al . PARTOGRAMA EN MUJERES MULTÍPARAS CON MANEJO MÉDICO DEL TRABAJO DE PARTO. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2014; 72(3): 160-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000300005>.
3. Mandiwa C, Zamawe C. Documentation of the partograph in assessing the progress of labour by health care providers in Malawi's South-West zone. *Reproductive Health.* 2017;14(1):1–7. DOI 10.1186/s12978-017-0401-7
4. Dalal AR, Purandare AC. The Partograph in Childbirth: An Absolute Essentiality or a Mere Exercise? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India.* 2018;68(1):3–14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s13224-017-1051-y>
5. Zelellw D, Tegegne T. The Use and Perceived Barriers of the Partograph at Public Health Institutions in East Gojjam Zone, Northwest Ethiopia. *Annals of Global Health.* 2018;84(1):198–203. DOI: <http://doi.org/10.29024/aogh.23>
6. Kitila S, Gmariam A, Molla A, Nemera G. Utilization of partograph and documentation of key parameters. *Journal of Pregnancy and Child Health.* 2014;1(1):1–6. DOI: 10.4172/jpch.1000101
7. Ministerio de Salud Pública. Guía Técnica para la atención del Parto Culturalmente adecuado, Componente Normativo Materno Neonatal, Quito-Ecuador. 2008.
8. Ministerio de Salud Pública. Atención del trabajo parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. 1ª Edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
9. Moreno-Santillán AA, Celis-González C, Posadas-Nava A, Martínez-Adame LM, Villafan-Cedeño L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex.* 2018 junio; 86(6):368-373. DOI: <https://doi.org/10.24245/gom.v86i6.1572>
10. Markos D, Bogale D. Documentation status of the modified World Health Organization partograph in public health institutions of Bale zone, Ethiopia. *Reprod Health.* 2015;12(1):1–6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-015-0074-z>
11. Neal JL, Lowe NK, Nacht AS, Koschoreck K, Anderson J. Pilot Study of Physiologic Partograph Use Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset. *Journal of Midwifery & Women's Health.*

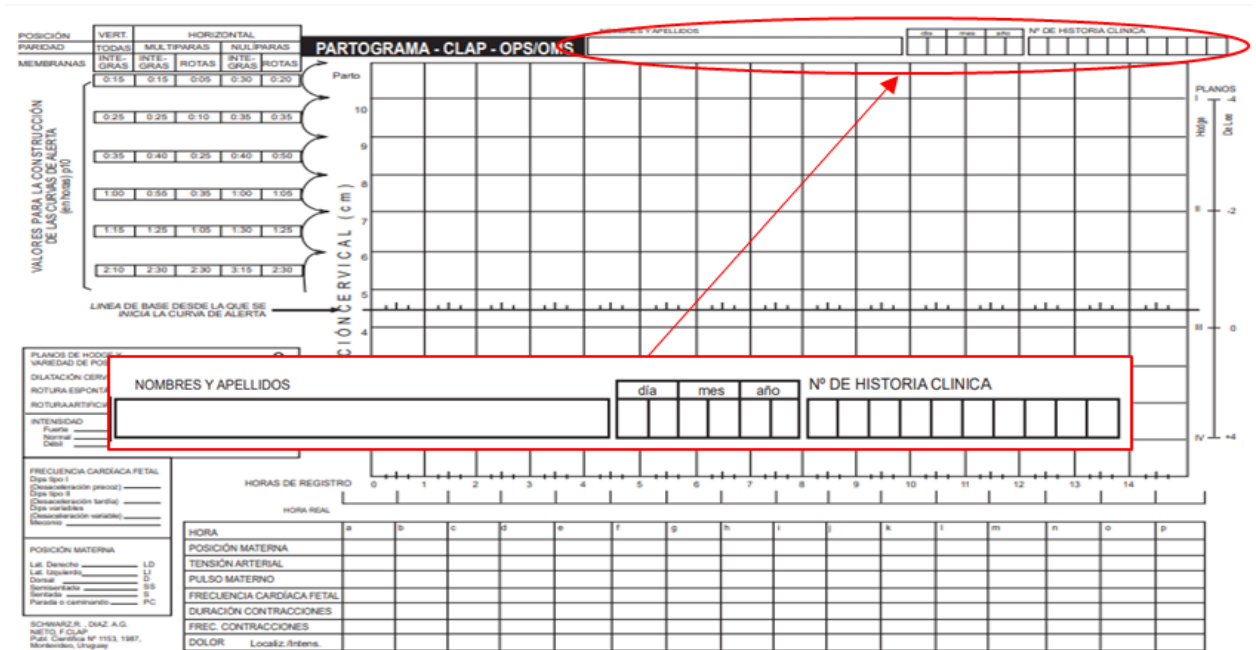
- 2016;61(2):235–41. DOI: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12442>
12. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries : a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014;1–7.
 13. Lavender T, Hart A, Smyth RDM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014;(8). DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005461.pub4>
 14. Nurus A, Khan S, Masum S, Mannan I, Mannan II, et al. A cross-sectional study of partograph utilization as a decision making tool for referral of abnormal labour in primary health care facilities of Bangladesh. *PLoS One*. 2018;1–18. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203617>
 15. Ferrazzi E, Milani S, Cirillo F, Livio S, Piola C, Brusati V, et al. Progression of cervical dilatation in normal human labor is unpredictable. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94:1136–1144, DOI: 10.1111/aogs.12719
 16. Mdoe PF, Ersdal HL, Mduma ER, Perlman JM, Moshiro R, Wangwe PT, et al. Intermittent fetal heart rate monitoring using a fetoscope or hand held Doppler in rural Tanzania: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–8. DOI: 10.1186 / s12884-018-1746-9
 17. Ashish AC, Wrammert J, Clark RB, Ewald U, Målqvist M. Inadequate fetal heart rate monitoring and poor use of partogram associated with intrapartum stillbirth: A case-referent study in Nepal. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16(1):1–11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1034-5>
 18. Anokye R, Acheampong E, Anokye J, Budu-Ainooson A, Amekudzie E, Owusu I, et al. Use and completion of partograph during labour is associated with a reduced incidence of birth asphyxia: A retrospective study at a peri-urban setting in Ghana. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2019;38(1):1–8. DOI: 10.1186 / s41043-019-0171-7.
 19. Hobson SR, Abdelmalek MZ, Farine D. Update on uterine tachysystole. *Journal Perinat Medicine*. 2018; 47 (2), págs. 152-160. DOI: 10.1515 / jpm-2018-0175
 20. Marciano I, Filho DM, Pontes D, Barreto DO, Pereira O, Félis KC, et al. A EFICÁCIA DA IMPLEMENTAÇÃO DO PARTOGRAMA NA ASSISTÊNCIA A PARTURIENTE THE EFFECTIVENESS OF THE IMPLEMENTATION OF THE PARTOGRAM IN ASSISTANCE TO THE. 1:288–93.
 21. Galazios G, Tica V, Vrachnis N, Vlachos G, Zervoudis S, Ceausu I, et al. Assessment of labor using a new type partogram compared to the classical Fisher partogram. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2015;28(1):82–7. DOI: 10.3109/14767058.2014.905908

22. Vlachos G, Tsikouras P, Manav B, Trypsianis G, Liberis V, Karpathios S, et al. The effect of the use of a new type of partogram on the cesarean section rates. *J Turkish Ger Gynecol Assoc.* 2015;16(3):145–8. DOI: 10.5152 / jtgga.2015.15074
23. Bernitz S, Dalbye R, Zhang J, Eggebø TM, Frosliè KF, Olsen IC, et al. The frequency of intrapartum caesarean section use with the WHO partograph versus Zhang's guideline in the Labour Progression Study (LaPS): a multicentre, cluster-randomised controlled trial. *Lancet.* 2019;393(10169):340–8. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32274-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32274-8)

5. ANEXOS

ANEXO 1

Ilustración 3: PARTOGRAMA: Datos de la paciente



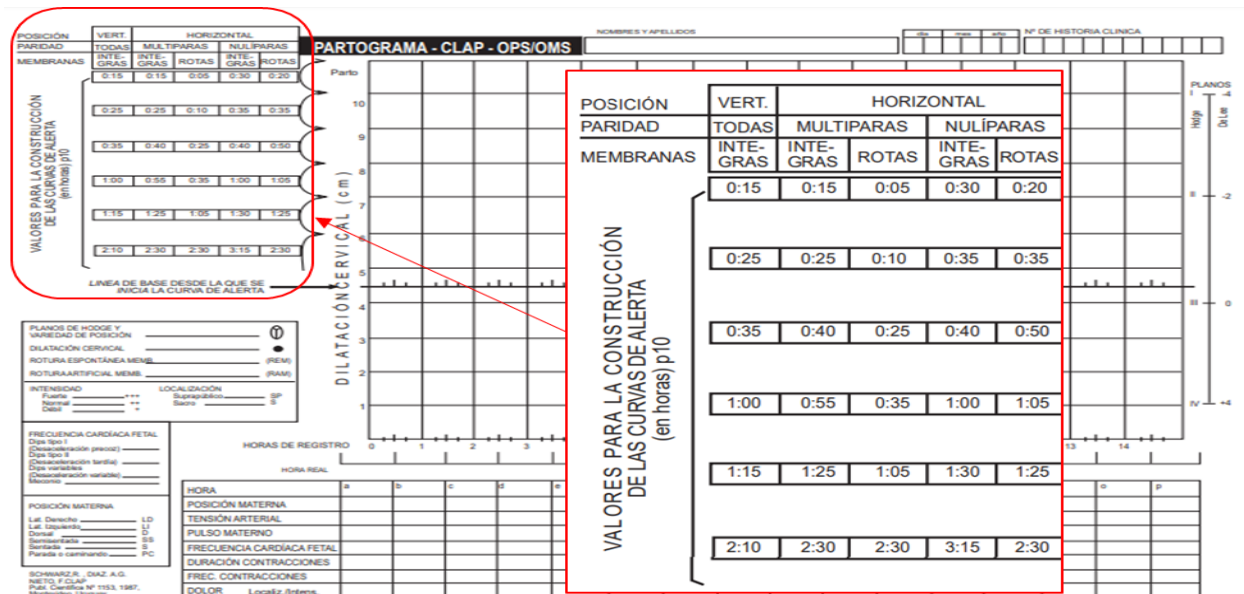
FUENTE: OMS, 2015. (Link:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

AUTOR: Elaboración propia

ANEXO 2

Ilustración 4: PARTOGRAMA: Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta



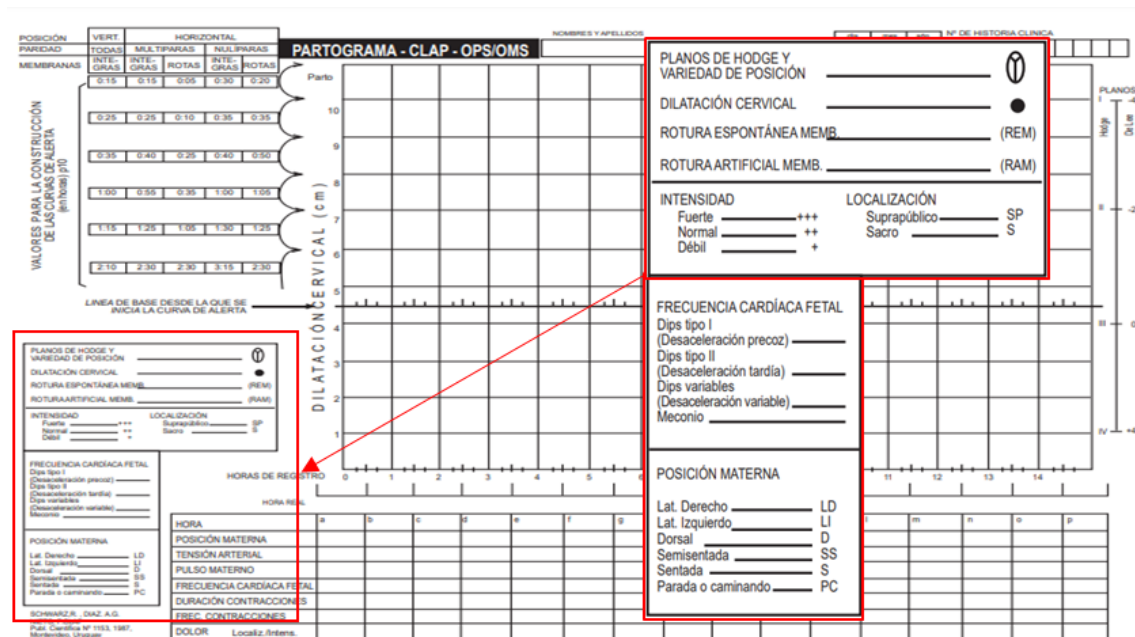
FUENTE: OMS, 2015. (Link:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

AUTOR: Elaboración propia

ANEXO 3

Ilustración 5: PARTOGRAMA: Convecciones para diligenciar el partograma



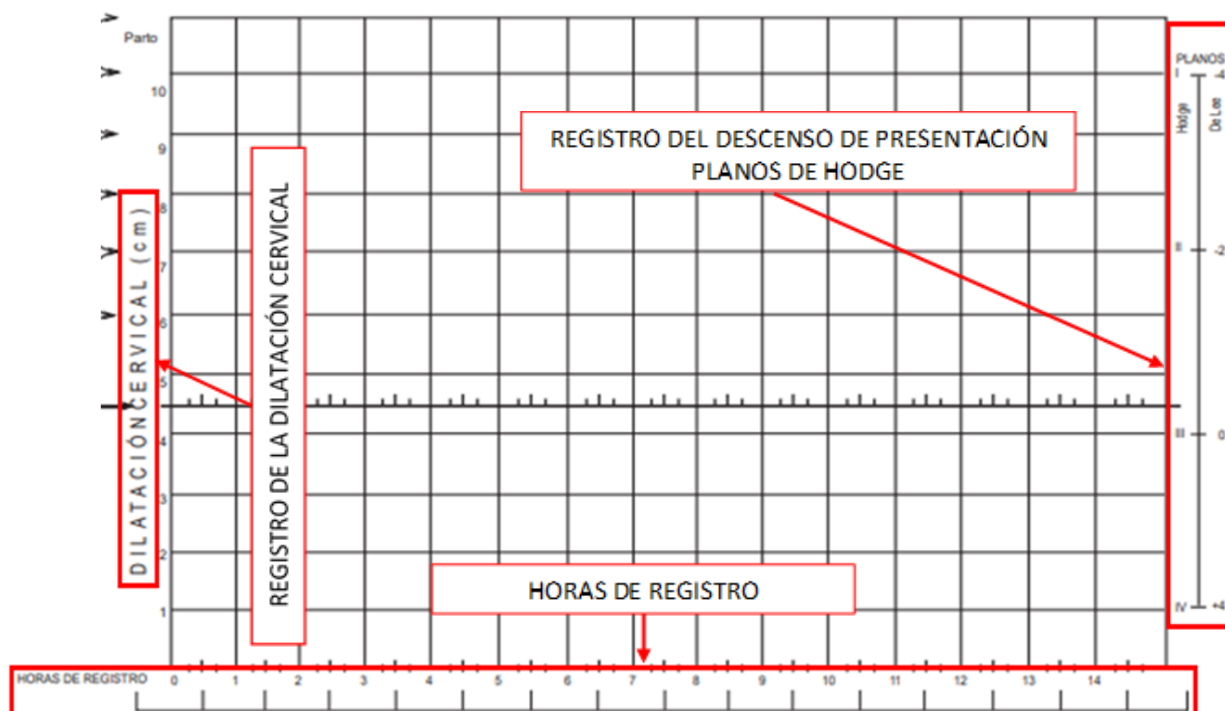
FUENTE: OMS, 2015. (Link:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

AUTOR: Elaboración propia

ANEXO 4

Ilustración 6: PARTOGRAMA: Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación



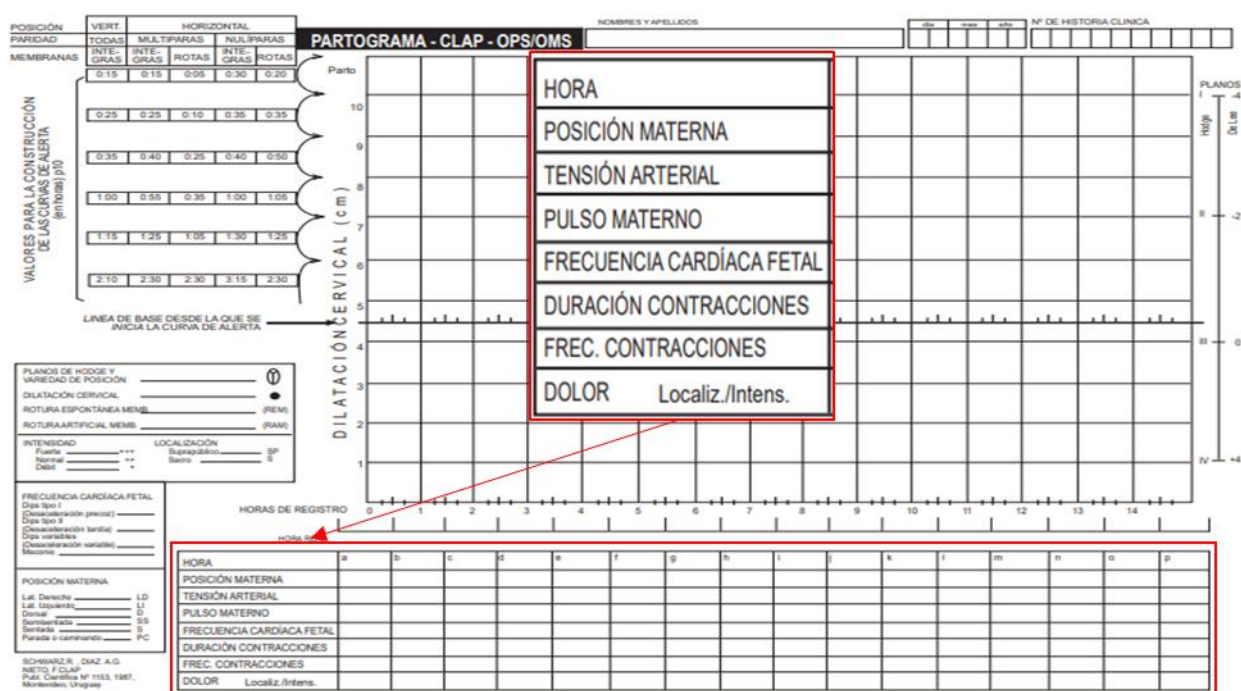
FUENTE: OMS, 2015. (Link:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

AUTOR: Elaboración propia

ANEXO 5

Ilustración 7: PARTOGRAMA: Historia clínica de la condición materna y fetal



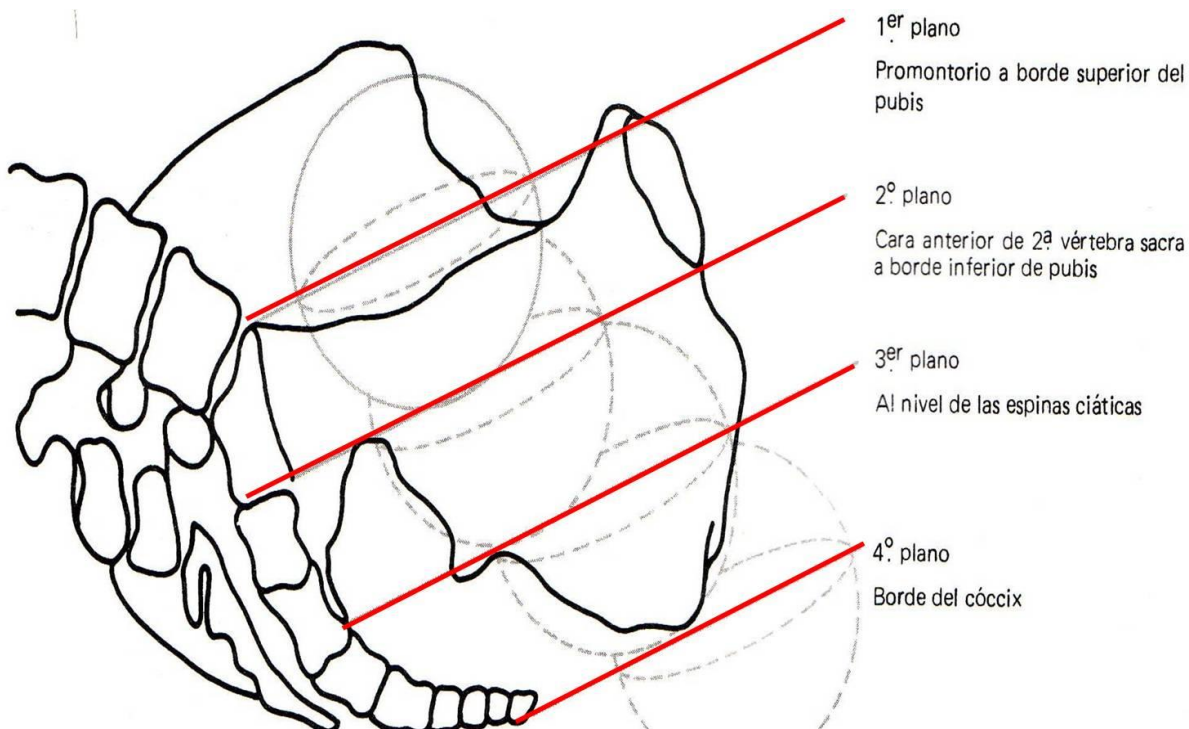
FUENTE: OMS, 2015. (Link:

https://www.who.int/topics/maternal_health/directrices_OMS_parto_es.pdf)

AUTOR: Elaboración propia

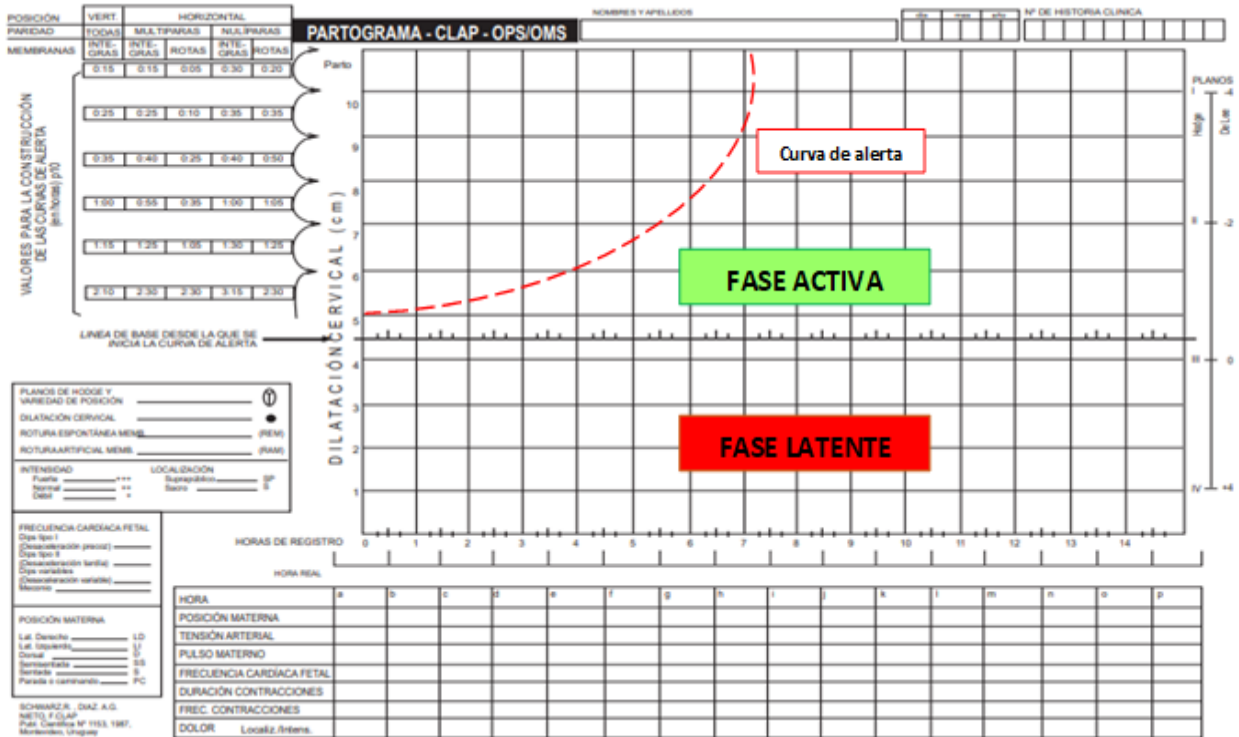
ANEXO 6

Ilustración 8: Planos de Hodge



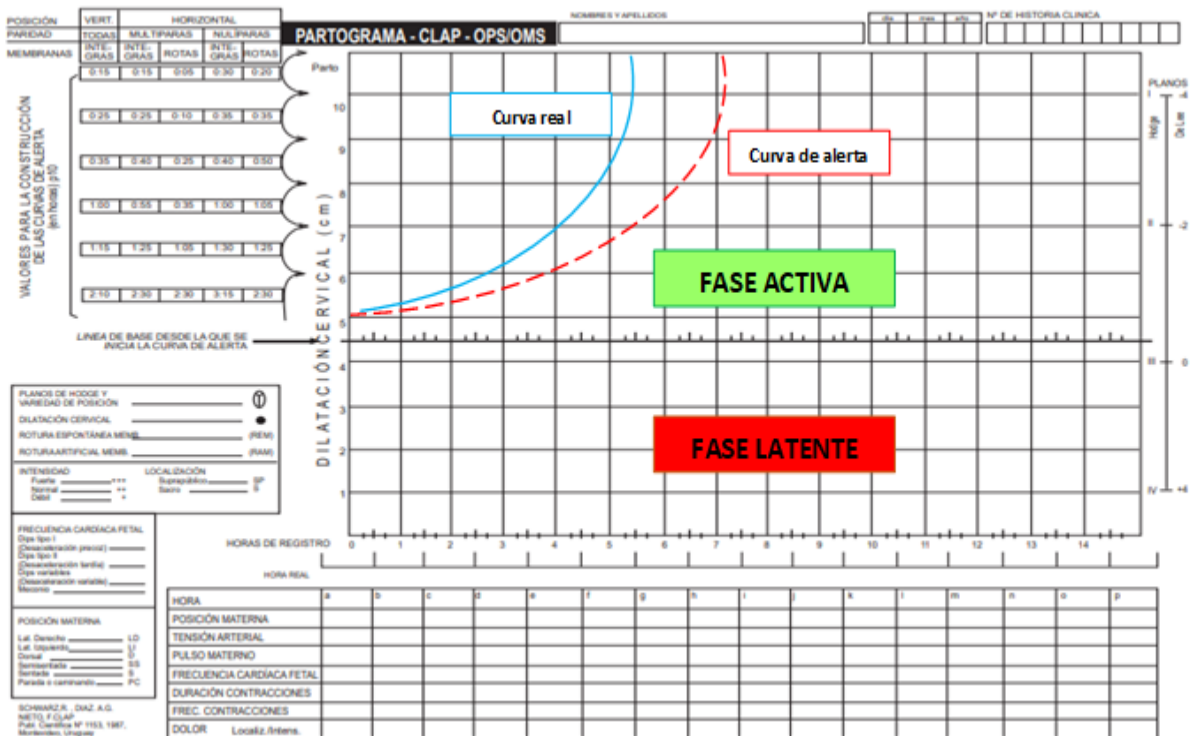
FUENTE: Williams. Obstetricia, edición 24, capítulo 22: Trabajo de parto normal.

ANEXO 7 Ilustración 9: CURVA DE ALERTA



AUTOR: Elaboración propia

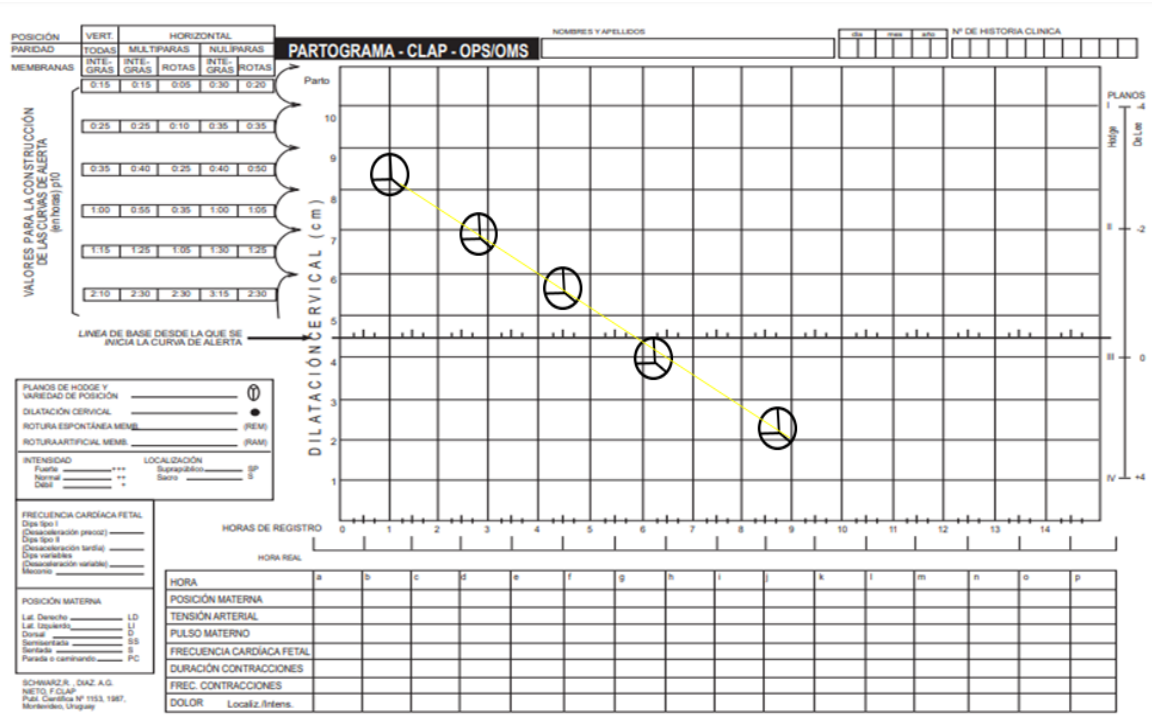
ANEXO 8 Ilustración 10: CURVA REAL (ACCIÓN)



AUTOR: Elaboración propia

ANEXO 9

Ilustración 11: CURVA DE DESCENSO DE PRESENTACIÓN



AUTOR: Elaboración propia