



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EVOLUCIÓN DE LAS CURVAS DEL TRABAJO DE PARTO E  
INTERPRETACIÓN OPORTUNA DE LAS DEMORAS EN LA FASE  
LATENTE

ARIAS ESPINOZA JORGE LEONARDO  
MÉDICO

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EVOLUCIÓN DE LAS CURVAS DEL TRABAJO DE PARTO E  
INTERPRETACIÓN OPORTUNA DE LAS DEMORAS EN LA FASE  
LATENTE

ARIAS ESPINOZA JORGE LEONARDO  
MÉDICO

MACHALA  
2020



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

EVOLUCIÓN DE LAS CURVAS DEL TRABAJO DE PARTO E INTERPRETACIÓN  
OPORTUNA DE LAS DEMORAS EN LA FASE LATENTE

ARIAS ESPINOZA JORGE LEONARDO  
MÉDICO

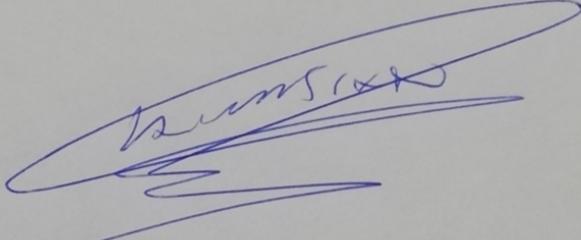
CHILQUINGA VILLACIS SIXTO ISAAC

MACHALA, 19 DE FEBRERO DE 2020

MACHALA  
19 de febrero de 2020

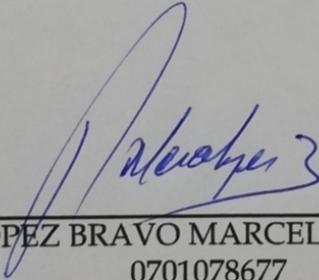
**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado Evolución de las curvas del trabajo de parto e interpretación oportuna de las demoras en la fase latente, 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



---

LOPEZ BRAVO MARCELO ISAIAS  
0701078677  
ESPECIALISTA 2



---

AGUDO GONZABAY BRIGIDA MARITZA  
0908356942  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: martes 18 de febrero de 2020 - 09:07

# Evolución De Las Curvas Del Trabajo De Parto E Interpretación Oportuna De Las Demoras En La Fase Latente.

*por* Jorge Leonardo Arias Espinoza

---

**Fecha de entrega:** 07-feb-2020 09:17a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 1252240279

**Nombre del archivo:** TESIS\_FINAL\_-\_Turnitin.docx (40.44K)

**Total de palabras:** 3997

**Total de caracteres:** 20058

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

El que suscribe, ARIAS ESPINOZA JORGE LEONARDO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado Evolución de las curvas del trabajo de parto e interpretación oportuna de las demoras en la fase latente, 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.

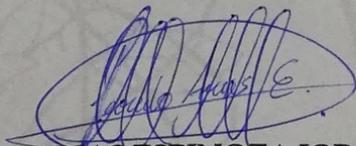
El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

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.

El autor 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, 19 de febrero de 2020



ARIAS ESPINOZA JORGE LEONARDO  
0705191229

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo y el esfuerzo desplegado en este compendio está dedicado a Dios, por permitirme mantener mi fortaleza y vencer las vicisitudes que se presentaron en mi vida; asimismo a mi madre y mi padre que me dieron el ser y el apoyo necesario para seguir mis estudios hasta lograr convertirme en profesional; a mis abuelitos que, con sus sabios consejos, supieron guiarme por buen derrotero, e igualmente a mis demás familiares que son el pilar fundamental de mi vida.

**Jorge Leonardo Arias Espinoza**

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento imperecedero a las autoridades y planta de docentes de la Facultad de Ciencias Químicas y de la Salud, de la Universidad Técnica de Machala, institución de nivel superior que me acogió para darme la oportunidad de adquirir conocimientos científicos, con catedráticos que compartieron sus experiencias, llenando la expectativa con mi anhelo de ser profesional en la carrera de Medicina Humana, noble profesión que me servirá en el futuro para insertarme en la comunidad y, desde mi espacio, coadyuvar al bienestar familiar y del país.

El reconocimiento también se extiende a las personas que, de una u otra manera, permitieron que este trabajo llegue a feliz término, cumpliendo con los requisitos que demanda la Alma Máter y que servirán de guía en nuestra vida profesional.

De manera especial quiero agradecer a mi tutor, Dr, Sixto Chilingua, por sus orientaciones para culminar exitosamente el presente proyecto que pongo a vuestra consideración.

**EL AUTOR**

## **RESUMEN:**

El trabajo de parto es un proceso fisiológico propio de mujer en edad fértil, sin embargo no todos los embarazos terminan en un parto normal, ya que pueden existir complicaciones. El trabajo de parto se divide en dos periodos, el primero consiste en los cambios uterinos por medio de las contracciones y el segundo es la expulsión del producto. Friedman fue el primero en representar de manera gráfica el proceso del trabajo de parto subdividiendo este proceso en fase latente y fase activa.

**PALABRAS CLAVES:** trabajo de parto, partograma, fase latente, prolongación, curva de trabajo de parto.

## **ABSTRACT:**

Labor is a physiological process of a woman of childbearing age, however, not all pregnancies end in a normal birth, as complications may exist. Labor is divided into two periods, the first consists of uterine changes through contractions and the second is the expulsion of the product. Friedman was the first to graphically represent the process of labor by subdividing this process into latent phase and active phase.

**KEY WORDS:** labor, delivery, latent phase, prolongation, labor curve.

## ÍNDICE

Introducción.....	6
Desarrollo.....	8
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CURVA DEL TRABAJO DE PARTO.....	8
Interpretación de la Curva del Trabajo de Parto Prolongada.....	11
Controversias.....	13
Resolución de la fase latente prolongada.....	16
CONCLUSIÓN.....	18
Bibliografía.....	19

## Introducción

El trabajo de parto fisiológico, es uno de los procesos más importante dentro de la especie humana, pero muchas de las veces los partos no terminan con el éxito deseado o esperado, de acuerdo a lo que podríamos llamar como un parto fisiológico normal; ya que, existe un porcentaje considerable de partos que culminan en cesáreas o con repercusiones a nivel materno-fetal <sup>1</sup>

La labor de parto tiene su comienzo con el inicio de las contracciones uterinas y que concluye con la expulsión del producto y sus membranas anexas, por medio de mecanismos propios de esta etapa como lo son los cambios cervicales y las contracciones uterinas. <sup>2</sup>

En 1954, Friedman hizo público un estudio realizado acerca de la progresión del trabajo de parto, mediante un análisis estadístico, el cual le serviría para demostrar que existe un patrón a seguir en este proceso, basándose en los cambios cervicales y tiempo transcurrido. <sup>3</sup>

Con la finalidad de simplificar el monitoreo del trabajo de parto, Philpott realizó diversos tipos de estudios, tratando de buscar la manera de encontrar una herramienta que sea fácil de manejar y que, a la vez, permita hacer un seguimiento en tiempo real del proceso de trabajo del parto. <sup>4</sup>

Mazza, en 2012, explica la importancia de saber identificar los problemas de la pobre o nula preparación de la embarazada para el trabajo de parto y de su entorno para lograr asistir a una casa de salud, para tener un correcto monitoreo de su labor de parto. Por este motivo determinó las 3 demoras de mayor impacto que pueden afectar dicho proceso y generar repercusión grave a la madre o el feto; pudiendo, incluso, ocasionar la muerte de uno de ellos o de ambos. <sup>5</sup>

Ante los altos índices de cesáreas a nivel de muchos países, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2015, señala que desde 1985 se estableció una cifra aproximada del 15% para los partos por este medio, teniendo en cuenta que los lugares donde mayor número de partos quirúrgicos se presentan en las clínicas y consultas privadas. <sup>6</sup>

Ante esta problemática me he permitido llevar a cabo este proyecto, con el objetivo de describir los modelos de la curva del trabajo de parto propuesta por los principales

investigadores del tema, por medio de la revisión de artículos científicos, para poder comprender los factores que permiten predecir a tiempo una anomalía en el trabajo del parto.

## **Desarrollo**

### **ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA CURVA DEL TRABAJO DE PARTO**

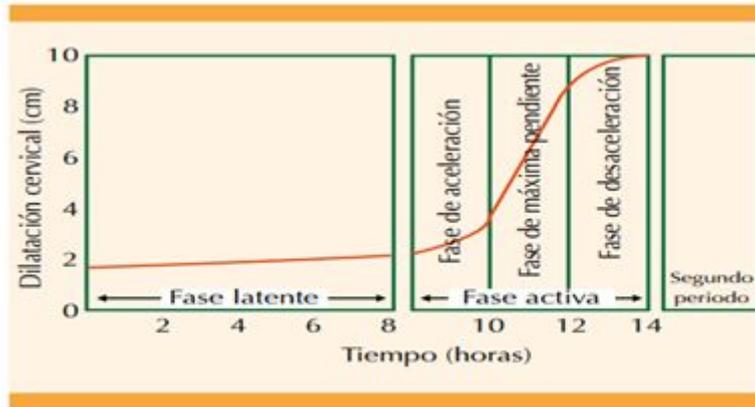
Desde la antigüedad, los partos humanos se producían de un modo espontáneo, en el cual se acompañaba de la pareja, alguna mujer o incluso la madre sola. En el año 6000 a.C, las personas ya iban tomando un poco de experiencia en lo que respecta al alumbramiento, dando lugar a uno de los oficios más antiguos de la historia, como lo son las comadronas. Estos conocimientos se fueron transmitiendo de mujer a mujer, con la finalidad de ayudar en este proceso. Con el paso del tiempo se postulan varias teorías sobre los procesos suscitados que permiten el alumbramiento normal <sup>7</sup>

El trabajo del parto fisiológico se encuentra dirigido o regulado por los cambios morfológicos a nivel del cérvix y la presencia de contracciones uterinas, las mismas que presentan características específicas de acuerdo a la fase en que se encuentre. Este acontecimiento comienza con “las primeras contracciones uterinas perceptibles, y finaliza con la expulsión de la placenta. Durante el trabajo de parto se logra la expulsión del feto y de la placenta desde la cavidad uterina. Para lograr esto, el trabajo de parto requiere de contracciones uterinas rítmicas, intensas y prolongadas, de manera que se produzca el borramiento, la dilatación del cuello uterino y el descenso del feto” <sup>1</sup>

Friedman, en 1954, en su trabajo titulado “The graphic analysis of labor” realizó un análisis de la problemática que existía en ese entonces, sobre la culminación de múltiples embarazos en cesáreas; elaboró un estudio que ayudó a comprender, de manera gráfica y en tiempo real, todo lo que sucedía durante la labor del parto, desde su comienzo hasta el final, mediante un papel cuadriculado y el tacto rectal, para ir evaluando los cambios a nivel del cérvix, a pesar de que esta técnica no es de la aceptación general; por ello, también se realizó el tacto vaginal cada treinta minutos, pero al notar que no se apreciaban cambios significativos en tan cortos períodos, se procedió a cambiar la modalidad para realizarlo cada hora e irlo registrando de manera clara para graficar la curva y, para tener mayor precisión, los tactos los realizó una sola persona. <sup>3</sup>

En la fase activa, las contracciones uterinas van a ser más recurrentes; es decir, van a tener mayor frecuencia, mayor tiempo de duración y, además, van a ser más intensas, y por ende cada contracción iba a ser más dolorosa. En lo que respecta a la fase activa, Friedman describió 3 subfases: Aceleración, Máxima pendiente, Desaceleración (ver figura 1) <sup>2</sup>

**Figura 1: Curva de Friedman para trabajo de parto**



**Tomado de:** “Description of the labor curve in a third-level care hospital”. 2018. <sup>1</sup>

Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L, Villafán L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018 Junio; 86(6): p. 368 - 373.

Existe cambio o alteraciones en la curva de Friedman, de las cuales los retrasos son las que pueden generar mayor incidencia de sufrimiento fetal, daños neurológicos o incluso la muerte, todo esto a expensas de la hipoxia; se estableció las demoras o prolongaciones de acuerdo a la fase (ver tabla 1) <sup>2</sup>

**Tabla 1: Tiempo normal y prolongado del trabajo del parto:**

	FASE LATENTE		FASE ACTIVA	
	NORMAL	ALTERACIÓN	NORMAL	ALTERACIÓN
<b>NULÍPARAS</b>	10 horas	> 20 horas	4 horas	< 1cm x hora
<b>MULTIGESTAS</b>	6 horas	> 14 horas	2 horas	< 1,5cm x hora

**Tomado de:** “Description of the labor curve in a third-level care hospital”. 2018. <sup>1</sup>

Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L, Villafán L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. Ginecol Obstet Mex. 2018 Junio; 86(6): p. 368 - 373.

Philpott, en la publicación de *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth*, en 1972, llega mediante su estudio del trabajo de parto a realizar uno de los mejores aportes para el control y manejo del mismo; logrando, así, diseñar el partograma como una herramienta fácil de manejar, encajando todas sus características en una sola hoja; logrando facilitar a las parteras, ubicadas en lugares de difícil acceso o movilización, para poder llevar a las grávidas a la casa de salud más cercana en el caso de que en el partograma se detecte algún tipo de anormalidad o prolongación, todo esto gracias a la incorporación de una línea de alarma y tiempo después la creación de la línea de acción.<sup>4</sup>

En 1973, el Hospital Regional Docente de Trujillo, después de haber utilizado el control del trabajo de parto, con el modelo de Friedman, y al no tener los resultados esperados de acuerdo a su estudio. Entonces se comenzó a estudiar cuáles eran las determinantes o características que no permitían llevar a cabo el control exacto de la labor de parto, de acuerdo al modelo implementado y se llegó a la conclusión de que el índice de masa corporal, hábito alimenticio, talla, edad, etnia, etc.; no eran los mismos de las mujeres de Norteamérica, donde se realizó el estudio y, por ese motivo, las curvas en cuanto a progresión de dilatación cervical, borramiento y tiempo no van a coincidir en nuestra región. Es así que dicho Hospital realizó un estudio de 320 mujeres mestizas primigestas y, de acuerdo a los datos obtenidos, se realizó una representación gráfica que iba más acorde con la realidad de esta región.<sup>8</sup>

Moreno, en su trabajo, señala que Manuel Villalobos Román, en 1978, realizó un estudio basándose en lo anteriormente expuesto por Friedman. Villalobos observó que no se cumplía a cabalidad con los tiempos propuestos por Friedman; por ello, decidió investigar la posible causa de esta alteración, mediante un análisis en mujeres primigestas. Una vez realizado, este estudio reportó que la curva de trabajo de parto tiene una forma lineal con pendiente ascendente y que, a partir de los 5 cm de dilatación, se acelera el trabajo de parto. Estas variaciones se basaban principalmente en la edad de las madres e índice de masa corporal, que era mayor a sus similares de los años de 1950.<sup>1</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en 1985, frente a los altos índices de cesáreas existentes en varios países del mundo, se determinó que el número de cesáreas debe representar como máximo del 10 al 15% de todos los nacimientos. De acuerdo a este reporte, debemos tener en cuenta que un porcentaje mayor a estas cifras podría ser considerado, desde ya, como un factor de riesgo a las madres; ya que, las expone a

posibles peligros y riesgos innecesarios como un período mayor de recuperación, posibles infecciones, riesgos propios de los procedimientos quirúrgicos y, en el peor de los casos, incluso la muerte; por supuesto que, además de todo eso, condiciona a la mujer en futuros embarazos.<sup>9</sup>

En 1994, la OPS/OMS (CLAP) publica un sistema universal para el monitoreo y manejo del trabajo de parto, el cual estaba lleno de detalles como pasar por alto la fase de latencia y, sobre todo, el gran problema para los y las obstetras de cómo medir 4.5cm de dilatación, todos estos inconvenientes a la larga generaron complicaciones al momento de llevar a cabo el seguimiento de la parturienta. Por este motivo varias instituciones decidieron, bajo diálogos, no utilizar dicho sistema como es el caso del Hospital Regional Docente de Trujillo que, ante el formato de partograma tan complicado propuesto por OPS/OMS (CLAP), decidió volver a su antiguo partograma donde ellos consideraban que era mucho más práctico para llevar a cabo la vigilancia progresiva del trabajo de parto. El partograma propuesto, por el hospital de Trujillo, bueno, mejorado y pulido, fue considerado por la Organización Mundial de la Salud, la cual lo adoptó y lo estandarizó para ser utilizado en todas partes, con la única diferencia que entre la línea de alerta y de acción deben pasar al menos 8 horas.<sup>8</sup>

### **Interpretación de la Curva del Trabajo de Parto Prolongada**

Nápoles, en 2008, describe a la fase latente del trabajo de parto como un período donde se van a presentar muchos cambios, especialmente cervicales, donde existe un ablandamiento del cérvix, aumento en la liberación de oxitocina, la misma que va a ayudar a que las contracciones sean regulares, intensas y sostenidas; al mismo tiempo va a existir un aumento del número de receptores de oxitocina a nivel de las paredes del endometrio. Estos, en sí van a ser los moduladores para que la parturienta tenga un período de latencia satisfactorio. En caso de que no existan contracciones eficaces, el tiempo que va a transcurrir para pasar a la fase activa, va a ser mayor.<sup>10</sup>

Rodríguez, en 2010, señala que, dentro de lo que se refiere a la fase latente, prolongada las distocias que son las principales causas de un parto prolongado y a partir de ahí existe una

serie de alteraciones como Alteración del tono basal, Alteración de la intensidad, Alteración en la coordinación, Inversión del gradiente, Anillo de constricción, Disfunción hipotónica, Disfunción hipertónica; siendo estas las principales causas que pueden producir una prolongación del parto y, por ende, tener el potencial de generar diversas dificultades durante este período. <sup>11</sup>

En 2012, Mazza y su grupo de colaboradores pudo identificar cuáles son las principales demoras que pueden causar un impacto importante en la reducción de los índices maternos fetales. Estas demoras consisten: Primero, reconocer el momento adecuado para buscar el servicio de emergencia, esto depende de los programas y capacitaciones que reciba la embarazada para su preparación. Segundo, va a depender de la accesibilidad o dificultad demográfica para llegar a una casa de salud o dificultad para transportarse. Y la Tercera demora se refiere a las capacidades resolutivas que dé la casa de salud, tanto en el personal de salud capacitado, medicamentos e infraestructura. <sup>5</sup>

El Ministerio de Salud de Colombia, en 2014, indica que las contracciones uterinas se volverán mucho más fuertes, constantes y duraderas en el momento que el proceso de dilatación llegue a los 5 cm, el cual es el comienzo de la subfase de pendiente máxima y, por su rapidez, fue considerado por Friedman como el motor de la máquina de parto. Si ésta tardara en darse, es el indicativo de realizar una amniorrexis, si no se ha demostrado clínicamente o media una imagen de ultrasonido que existiera una disminución del líquido amniótico y con esto vamos ayudar a que las contracciones sean más regulares. Al llegar a los 8 cm de dilatación, inicia la fase de desaceleración donde va a existir una retracción de las fibras del anillo cervical sobre el polo que presente el feto. <sup>12</sup>

Nápoles, en 2014, expresa que las principales causas de una fase latente prolongada son la ausencia de contracciones útiles, junto a las distocias y asinclitismos; estas causantes, de tipo mecánicas, pueden presentarse de manera aislada o combinadas entre ellas. Es precisamente por ese motivo que la American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) las ha clasificado en: <sup>13</sup>

- Anomalías de fuerza
- Anomalías relativas del pasante (feto)
- Anomalías relativas del pasaje (pelvis)

Sierra Álvarez, en 2018, en un estudio realizado entre 2012 a 2015, describe cuatro demoras, a diferencia de lo expuesto por Mazza en 2012. Donde la Primera demora consiste en la dificultad de reconocer el problema; Segunda demora consiste en decidir buscar ayuda; Tercera demora varía en la dificultad para llegar a los establecimientos de salud, y la Cuarta demora consiste en la capacidad resolutoria de la casa de salud.<sup>14</sup>

Para Fernando López, junto a su equipo de trabajo, en 2019, describe que la fase activa del trabajo de parto va desde lo 4cm hasta los 10cm de dilatación, la misma que se divide en tres sub etapas como son la fase de aceleración, pendiente máxima y fase de desaceleración. En esta etapa, al igual que en la fase latente, existen características específicas que ayudan al alumbramiento. Así como hemos descrito que la prolongación de la fase latente se debe a la existencia de contracciones uterinas no eficientes; pues, en esta etapa las complicaciones se van a deber principalmente a las distocias de presentación y a los problemas relacionados con las desproporciones céfalo-pélvicas, las mismas que van a impedir la progresión del alumbramiento, sin importar que durante la labor existan contracciones eficaces.<sup>15</sup>

### **Controversias**

Zhang, en 2002, al igual que otros científicos, publicó un estudio donde indicaba que el período de latencia era diferente de acuerdo como lo describía Friedman; por ende, la curva graficada era diferente, basándose netamente en parámetros modificables propios de cada etnia y cultura. Zhang se dio cuenta que el estudio realizado por Friedman no podía ser considerado de manera universal; por lo que, las características en su alimentación y edad

promedio de las parturientas variaba de región en región. Por ende, la curva tenía una forma distinta debido a la duración del trabajo de parto.<sup>16</sup>

Teniendo en cuenta que, en 2006, Wong y Cols, en su estudio pudieron aclarar que el uso de la analgesia neuroaxial no es un factor que incida en el aumento del número de cesáreas, tanto en nulíparas como en multíparas, puesto que no se demostró un cambio significativo que haga pensar aquello. Hay que tener en cuenta que un mal manejo o un pronto inicio puede generar prolongación en los tiempos del trabajo de parto, sobre todo, en la fase latente.<sup>17</sup>

Por este motivo Ramírez C., en 2015, para llevar a cabo trabajos de partos satisfactorios, realizando un estudio sobre la analgesia neuroaxial precoz en el trabajo de parto, plantea un debate sobre cuál es el inicio ideal para este tipo de terapia; ya que, ésta puede ser una de las causas en la prolongación de la fase latente y, por ende, de las posibles complicaciones que esto conlleva coincidiendo lo anteriormente descrito por Wong y Cols.<sup>18</sup>

En el año 2015, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador señala que la duración de la fase latente es de aproximadamente 6,4 horas en la nulípara y 4,8 horas en las multíparas. Mientras que la fase activa va a depender de la paridad de la embarazada; es decir, que en las nulíparas el tiempo aproximado es de 8 horas, pudiendo llegar incluso hasta las 18 horas aunque esto es poco probable; en cambio en las multíparas su tiempo aproximado es de 5 horas, pudiendo llegar incluso hasta las 12 horas aunque este también es poco probable.<sup>19</sup>

El estudio Misconbirth, publicado en 2017, en España, indica que el objetivo ideal es que todos los partos se lleven a cabo con la menor intervención posible; ya que, ese es un proceso fisiológico el cual debe ser llevado con naturalidad e incluso plantea un debate sobre la importancia de las comadronas vs las obstetras (8), para lo cual se utilizó la escala de Bolonia, que consiste en el porcentaje de pacientes atendidas por un profesional, la utilización de oxitocina o cesárea y el manejo de aspectos con el acompañamiento familiar, utilización del partograma, posiciones para el parto, entre otras, obteniendo un escaso promedio y llegando a la conclusión de que deben existir mejoras en el manejo del parto.<sup>20</sup>

Por este motivo, el médico Ramón Mendoza en mayo de 2018 expresa que el “Respeto hacia la paciente manteniendo su dignidad, privacidad y confidencialidad; comunicación efectiva entre médico y paciente, tener un acompañante de elección por la paciente, modelos de atención por parteras” hace un tiempo atrás, las prácticas en cuanto al manejo del parto se han ido modificando desde el punto de vista humanístico, al tratar de que exista una mejor relación médico-paciente, y por ende tratando de que el alumbramiento sea una experiencia satisfactoria para la madre, junto al apoyo y entendimiento de su estado, los sentimientos y preferencias para la llegada del producto.<sup>21</sup>

Sin embargo, Juárez, en 2018, manifiesta que, a pesar del esfuerzo invertido en desarrollar normas y protocolos para el manejo adecuado del trabajo de parto, no se llevan a cabalidad estos procesos; teniendo entre las principales causas la mala utilización o manejo de medicamentos, como la oxitocina, para acelerar el proceso del alumbramiento sin ni siquiera cumplir con los criterios necesarios.<sup>22</sup> Por ejemplo, en Asia se considera que el 70% de las pacientes fueron sometidas a este medicamento con el fin de acelerar el alumbramiento y disponer de espacio físico de manera más rápida.<sup>23</sup>

En 2019, Álvarez E. y su grupo de colaboradores, publicaron en la Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, de su estudio llamado “Cumplimiento inadecuado de las recomendaciones para el proceso de la inducción del trabajo de parto como desencadenante de la cesáreas en mujeres con embarazo simple a término”, llevado a cabo en Medellín entre 2015 y 2016, donde se eligió a 289 pacientes embarazadas de un total de 2402 embarazadas en ese periodo. De esta muestra resultó que un 48% de partos fueron por cesáreas; el 72% de las pacientes que tenían cérvix desfavorable se le realizó la conducción y de ese porcentaje el 37% resultaron en cesáreas. Descubriendo que la principal causa del alto índice de cesáreas la falta de apego a los protocolos, coincidiendo con Juárez, lo que genera como resultado procesos de inducciones fallidos, ya sea por la toma de decisiones tardía o un mal manejo del medicamento.<sup>14</sup>

## **Resolución de la fase latente prolongada**

Nápoles, en 2012, señala que, con la finalidad de reducir las tasas de morbilidad materno infantil, se ha venido trabajando en diversos planes para intentar reducir éstas, llegando a la conclusión de que la mejor manera de poder lograrlo depende de dos fases, donde la primera etapa consiste en brindar todas las capacitaciones y charlas a la grávida, para que pueda estar atenta en el momento exacto que comience su trabajo de parto, de esta manera tendremos una hora específica y más real para poder determinar, de manera precoz, una posible fase latente prolongada y por ende poder reaccionar a tiempo, y la segunda manera es la hospitalización de la embarazada, para su correcto monitoreo y manejo clínico, medicamentoso o quirúrgico.<sup>13</sup>

Dos años más tarde (2014), el mismo autor, teniendo en cuenta que el modelo de Friedman daba como manifiesto un tiempo de la fase latente mayor al que realmente se observaba en la práctica médica diaria, y que por dicho motivo las complicaciones obstétricas tenían una alta tasa de prevalencia. Todo esto provocó la necesidad de mantener una actitud expectante y de alerta ante estas situaciones; por lo cual, se agregó un procedimiento que consistía técnicamente en utilizar oxitocina en la fase latente una vez transcurridas 8 horas y, además, de eso añadió la ruptura de membranas de manera artificial a las 8 hora después de haber iniciado la conducción. Estos procedimientos tenían el fin de ayudar a prevenir una fase latente prolongada y sus complicaciones; a este método se lo conoce como TARAT (tratamiento activo con rotura artificial de membrana tardía)<sup>2</sup>

En el año 2015, Molina manifiesta que el hecho de sostener una mala relación médico-paciente podría ser un factor para prolongar la fase latente; ya que, la grávida puede someterse a altos niveles de estrés, los cuales desencadenan la liberación de catecolaminas y vasoconstrictores, que van a producir una disminución del flujo sanguíneo hacia el útero y, por ende, un descenso en el aporte de oxígeno. Estas alteraciones, sumadas a la pobre oxigenación, podrían provocar una alteración en la madre o el feto e incluso existe la posibilidad que esto provoque la muerte del feto. Para evitar este tipo de situaciones, Rubio recomienda aplicar un trato más humanista y apoyo emocional de parte

de la familia y el personal de salud, para tratar de disminuir los niveles de estrés y por ende mejorar la circulación útero placentaria para mejorar el proceso del trabajo de parto.<sup>24</sup>

Incluso el Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP), en 2015, indica que las mujeres que durante el parto poseen un apoyo continuo médico y familiar tienen mayores probabilidades de tener un parto vaginal sin complicaciones; por ende menos posibilidades de recibir analgesia regional, de exponerse a un parto vaginal instrumental y que su parto se realice por cesárea.<sup>19</sup>

Juárez, en 2018, en un estudio retrospectivo de 112 historias clínicas en el Hospital de Lima, señala que cuando la fase latente se prolonga se debe iniciar con el proceso de conducción que se aplica a las 8 horas después de haber iniciado el trabajo de parto con oxitocina, realizan una dilución de “10 UI de ésta en 1000 cc de cloruro de sodio al 9% o, bien, iniciar la infusión con 4 mUI (8 gotas por minuto) y aumentar 4 mUI cada 15 minutos hasta que se establezca una actividad uterina adecuada del trabajo de parto (3 contracciones cada 10 minutos de 40 segundos de duración o hasta alcanzar 30 mUI por minuto)”; sin embargo, el estudio reveló la mala utilización de la oxitocina, existiendo un 30% de paciente que sin ser necesario fueron sometidas a este medicamento, teniendo en cuenta que pudo existir una hiperestimulación del útero.<sup>22</sup>

Patrick Naveen Sargunam, en 2019, en su artículo realizado en Malasia entre 2015 y 2017, señala que teniendo en consideración que presentaron 5.000 entradas por año y lo que llama la atención en éste es el alto índice de cesáreas, llegando a alcanzar un 30% cada año. Por este motivo, Naveen señala que la fase latente prolongada debe considerarse desde un punto de vista anormal y que no es necesario esperar mucho tiempo cuando se note una dirección horizontal de la línea del trabajo de parto para tomar una decisión. La inducción podría utilizarse después de transcurrir 8 horas de no presentar cambios en el cérvix y no es necesario adoptar una posición expectante; ya que, entre mayor sea el tiempo de espera, más grave podrían llegar a ser las complicaciones.<sup>25</sup>

## **CONCLUSIÓN.**

Una vez realizado el estudio y análisis de varios artículos científicos, he llegado a la conclusión que:

- La presencia varios postulados en contra del estudio de Friedman, se debió precisamente a las diferencias presentadas en la población de muestra para realizar cada uno de los estudios. Estas variables a considerar eran la edad de la madre, la obesidad, etnia, talla y hábitos. Por lo tanto, el modelo más apropiado para nuestra región es el presentado por OPS/OMS (CLAP).

- La evolución de la curva del trabajo de parto ha sido el conjunto de esfuerzos de varios estudios y organizaciones para reducir los índices de morbimortalidad, reuniendo, en una sola herramienta, todas las variables necesarias para poder llevar a cabo el control del trabajo de parto y que permita la toma precoz de decisiones.

## Bibliografía

1. Moreno A, Celis C, Posadas A, Martínez L, Villafán L. Descripción de la curva de trabajo de parto en un hospital de tercer nivel de atención. *Ginecol Obstet Mex.* 2018; 86(6): p. 368 - 373.
2. Nápoles D, Montes de Oca A, Couto D. Tratamiento activo con oxitocina y rotura artificial tardía de membranas en la distocia de fase latente del trabajo de parto. *MEDISAN.* 2014; 18(11).
3. Friedman E. The graphic analysis of labor. Department of Obstetrics and Gynecology, College of Physicians and SuT[Jeons, Columbia University, and the Sloane Hospital for Women, Columbia-Presbyterian Medical Center. 1954; 68(6).
4. Philpott S. CERVICOGRAPHS IN THE MANAGEMENT OF LABOUR IN PRIMIGRAVIDAE. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Commonwealth.* 1972; 79: p. 592-598.
5. Mazza M, Vallejo C, Gonzales M. Mortalidad materna: análisis de las tres demoras. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2012; 72(4): p. :233-248.
6. Organización Mundial de la Salud O. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. En: *Investigación DdsRe*, editor. Ginebra; 2015 p. 1 - 6.
7. SOCIAL MDSYP. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Nagusia EJAZ, editor. España; 2010.
8. Molinari L, Shiguiyama A. El partograma: historia y su uso en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 1973 – 2008. *Horizonte Medico.* 2012; 12(1): p. 39 - 49.
9. Ecuador MdSPd. Boletín Nacimientos por Césarea. Quito: MSP, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud Coordinación General de Planificació.
10. Napoles D. Nuevo protocolo diagnóstico y terapéutico en la distocia de fase latente del trabajo de parto. Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad de Medicina. 2008;; p. 210.
11. Rodríguez E. Obstetricia moderna/Patología del parto y puerperio.
12. Ministerio de Salud y Protección Social C. Definición del trabajo de parto. Colombia.; Minsalud..

13. Nápoles D, Couto D, Montes de Oca A. Modalidades terapéuticas en la fase latente prolongada del trabajo de parto. *Medisan*. 2012; 16(5): p. 363 - 652.
14. Alvarez S. Demoras en mortalidad materna en el departamento de Santander 2012 a 2015. *Rev. Salud Pública*. 2018; 26(6): p. 699-706.
15. López F, Toffolón N, Campos J, Veiga M, Giménez M, Cáceres D. Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo..
16. Carvajal J, Ralph C. *Manual de Ginecología y Obstetricia*. VIII ed.; 2017.
17. Wong C, McCarthy R, Sullivan J, Scavone B, Gerber S, Yaghmour E. Early Compared With Late Neuraxial Analgesia in Nulliparous Labor Induction. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. 2009; 113(5): p. 1-9.
18. Ramírez C, Tovar L, Rivera R. Analgesia neuroaxial precoz y facilitación del trabajo de parto. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2015; 38(4): p. 245-248.
19. Ecuador MdSPd. Atención del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Guía de Práctica Clínica. Quito:, Dirección Nacional de Normatización.1.
20. Da Silva I, Santana R. Using the Bologna score to assess normal delivery healthcare. *Journal of School of Nursing USP*. 2016; 50(5): p. 741 - 748.
21. Mendoza R, Meade P. Cambiando la curva de Friedman. *Flasog*. 2018; 2: p. 6 - 10.
22. Juárez P. Amenazas a la seguridad de la paciente por la conducción del parto con oxitocina. Experiencia en un hospital público de Lima, Perú. *Ginecol Obstet Mex*. 2018; 86(5): p. 313-318.
23. Brhlikova P, Jeffery P, Priti G, Khurana S. Intrapartum Oxytocin (Mis)use in South Asia. *Journal of Health Studies*. 2009.
24. Molina I, Rubio L, Roca A, Jimenez MDIFM, Sirgo A. ANSIEDAD Y MIEDOS DE LAS GESTANTES ANTE EL PARTO: LA IMPORTANCIA DE SU DETECCIÓN. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015; 13: p. 17 - 32.
25. Naveen P, Mei L, Chiong P, Vallikkannu N, Noor M, Nureena S, et al. Induction of labor compared to expectant management in term nulliparas with a latent phase of labor of more than 8 hours: a randomized trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019; 19(493): p. 1 - 8.