

Guía



Vigilancia del trabajo de parto con el partograma del CLAP/SMR – OPS/OMS



Gobernador de Antioquia

Anibal Gaviria Correa

Secretario Seccional de Salud de Antioquia

Carlos Mario Montoya Serna

Autor corporativo

Nacer Centro Asociado al CLAP/SMR - OPS/OMS de la Universidad de Antioquia

Autores de la guía

Bernardo Agudelo Jaramillo
Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Santiago Faciolince Pérez

Comité técnico-científico

Gladis Adriana Vélez Álvarez
Joaquín Guillermo Gómez Dávila
Santiago Ignacio Faciolince Pérez

Diseño y diagramación

Alexander Rojas Moreno

Vigencia

Valida hasta agosto del 2010 o hasta que se indique lo contrario

Medellín septiembre de 2007

Justificación

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 pobres. Es así como cada segundo ocurren cientos de partos en el mundo, de los cuales el 80% serán vaginales y el 20% cesáreas, y en cada grupo habrá un número no despreciable de madres y bebés con riesgo de enfermar o de morir como consecuencia de complicaciones durante el trabajo de parto y parto. En Antioquia, durante los años 2004-2006, el 80% de las muertes maternas ocurrieron en el posparto, la mitad en las primeras 24 horas y el 48% de las muertes perinatales ocurrieron durante o después del 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 competente.

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.

Adicionalmente a lo ya mencionado existe un concepto básico que siempre se debe tener en cuenta es que toda gestación, parto y puerperio conllevan un riesgo intrínseco, haya o no factores de riesgo asociados.

Población objeto

Todas las mujeres gestantes en fase activa del trabajo de parto.

Definición de términos

Partograma: es el formato para el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto.

Trabajo de parto activo: presencia de contracciones uterinas efectivas que produzcan borramiento, dilatación del cuello uterino.

Vigilancia materna y fetal: cuidado continuo provisto durante el trabajo de parto para la identificación oportuna de la aparición de riesgos o complicaciones.

Línea de base: es la línea a partir de la cual se inicia la construcción de las curvas de alerta.

Curva de dilatación: es la línea que muestra la evolución de la dilatación del cuello uterino para una paciente determinada.

Curva de alerta: es la línea que se construye al inicio del trabajo de parto activo, según tiempos definidos por las condiciones maternas específicas y que al ser cruzada por la curva de dilatación obliga la reevaluación integral del binomio madre – hijo para la toma de nuevas decisiones que permitan un desarrollo adecuado del parto. La curva de alerta representa 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 dicha curva o en contraposición, solo el 10% de las mujeres se demorarán más del tiempo estipulado por la línea de alerta para el nacimiento y por lo tanto en este grupo estarán las mujeres que tendrán una mayor probabilidad de presentar distocias.

Características de la atención

Objetivos

General:

Proveer de una herramienta al equipo de salud para la vigilancia y registro de la atención con calidad del trabajo de parto y parto.

Específicos:

- Identificar la viabilidad del parto por vía vaginal durante el seguimiento del trabajo de parto para decidir el nivel de complejidad de la atención.
- Identificar factores de riesgo que puedan incidir negativamente el resultado materno y perinatal para intervenirlos en forma preventiva.
- Facilitar la vigilancia del trabajo de parto de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes.
- Servir de fuente de información clínica y epidemiológica en el proceso de vigilancia de la atención del parto.

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, clínicos, psicológicos, sociales y culturales, 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 durante el trabajo de parto. El médico debe garantizar, con su juicio clínico, que el parto vaginal es factible, y por 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. Hospitalizar y canalizar vena con catéter # 16. En vista de los resultados epidemiológicos en nuestro departamento, en donde la hemorragia posparto es la primera causa de morbi-mortalidad materna, se hace esta recomendación como medida preventiva.

3. 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 mas, que equivale a sentir el útero bien firme), y la duración mínima (endurecimiento del útero durante mínimo 30 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 ayuda 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.
- e. 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.

- f. Evaluación fetal y del ambiente intrauterino: la madre y el feto vivos y sanos son las razones fundamentales 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 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 diligenciamiento del partograma con sus novedades es la mejor herramienta para propiciar un resultado materno y perinatal óptimo.
- g. Evaluación del bienestar materno: el seguimiento de la gestante, no solamente como "continente" del feto, es de suma importancia para el resultado final del proceso de gestación, parto y puerperio. Por tanto la evaluación de los signos vitales maternos también hace parte fundamental de la evaluación del trabajo de parto, generando una visión integral del proceso de atención del parto, ya que en la práctica es imposible separar el seguimiento materno del fetal.

Diligenciamiento de la historia clínica del parto o partograma

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

1. 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.
2. 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, los cambios de posición materna, la estación fetal, la variedad de posición de la cabeza fetal, y algunas otras novedades.
3. Presenta una tabla independiente para el registro de las condiciones clínicas durante el trabajo de parto como la posición materna, la presión arterial, el pulso, la frecuencia cardíaca fetal, la duración de las contracciones, la frecuencia y la localización del dolor. Este registro facilita la identificación de anomalías como: frecuencia cardíaca fetal (FCF) menor a 120 latidos por minuto ó mayor a 160 latidos por minuto; cifras tensionales maternas elevadas: mayores o iguales a 140/90, o bajas (de acuerdo a la presión arterial previa); las variaciones en el pulso materno, entre otros aspectos.
4. Es dinámico y fácil de interpretar, 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 ésta se acerca a la línea de alerta o la sobrepasa.
5. Facilita el trabajo de las instituciones que atienden un volumen grande de pacientes, pues con una sola mirada se puede determinar 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 y difíciles de encontrar.

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 registradas en esta tabla, no tienen que coincidir necesariamente 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).

Las pacientes de bajo riesgo se deben evaluar, como mínimo, cada 30 minutos y las de alto riesgo cada 15 minutos o con mayor frecuencia si se considera pertinente. Estas evaluaciones deben incluir la evaluación de la FCF, posición materna, pulso materno, calidad de la actividad uterina (duración, frecuencia e intensidad de las contracciones) y localización del dolor.

3. En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del mismo. 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 gráfica 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 4-5 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 o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente. El ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una paciente multipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).
- b.** 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 el siguiente que esté por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. En el gráfico 9 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 integra.

9. Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a.** Emplee la línea del extremo derecho del partograma identificada como “planos”. Usted puede emplear los planos de Hodge o los de DeLee. Si usted usa la clasificación por tercios de pelvis, divida en tres partes iguales la porción de la línea por encima y por debajo del cero, así quedaran los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero. (ver gráfica 10)
- b.** Emplee el icono denominado “planos de Hodge y variedad de posición” para graficar el descenso de la presentación fetal. (ver gráfico 11)

La interpretación de la curva de descenso se debe hacer teniendo en cuenta que la mayor parte del progreso de esta se da en la fase pelviana de la dilatación; es decir después de 7 – 8 centímetros de dilatación. Por tanto si después de llegar a dicha dilatación no hay descenso adecuado de la presentación se deben reevaluar todos los parámetros descritos en el numeral 3 (Requisitos para la atención con calidad del binomio madre-hijo durante el trabajo de parto y parto, página 4) para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.



POSICIÓN VERT. HORIZONTAL

PARIDAD TODAS MULTÍPARAS

MEMBRANAS INTE. INTE. ROTAS INT. ROTAS

NOMBRES Y APELLIDOS

Nº DE HISTORIA CLÍNICA

GR. MES AÑO

PARTOGRAMA - CLAP - OPS/OMS

VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

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

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

PLANOS DE HODGE Y SAREIDATZ DE POSICIÓN	<input type="checkbox"/>
DILATACIÓN CERVICAL	<input type="checkbox"/>
NOTURIA ESPONTÁNEAMENTE (VEM)	<input type="checkbox"/>
NOTURIA ATENCIONAL MENTE (VAM)	<input type="checkbox"/>
INTENSIDAD	SP Simples: <input type="checkbox"/> Doble: <input type="checkbox"/>
LOCALIZACIÓN	SP Suprapúbica: <input type="checkbox"/> Básica: <input type="checkbox"/>

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

Base (be)

(En latidos por minuto)

Base tipo I

(Desviación de la base)

Base variable

(Desviación variable)

Métese

POSICIÓN MATERNA

Lit. Supino L0

Lit. Jovancas L1

Dorsal D

Sentada S

Servada S

Prone e inclinada PC

SCHWABER, SNC A.G.
 NETO (CLAP)
 Pasa Química Nº 1153, 1961,
 Montevideo, Uruguay

DILATACIÓN CERVICAL (cm)

HORAS DE REGISTRO

HORA/FEA

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR LOCALIZ. INTEN. FE.																

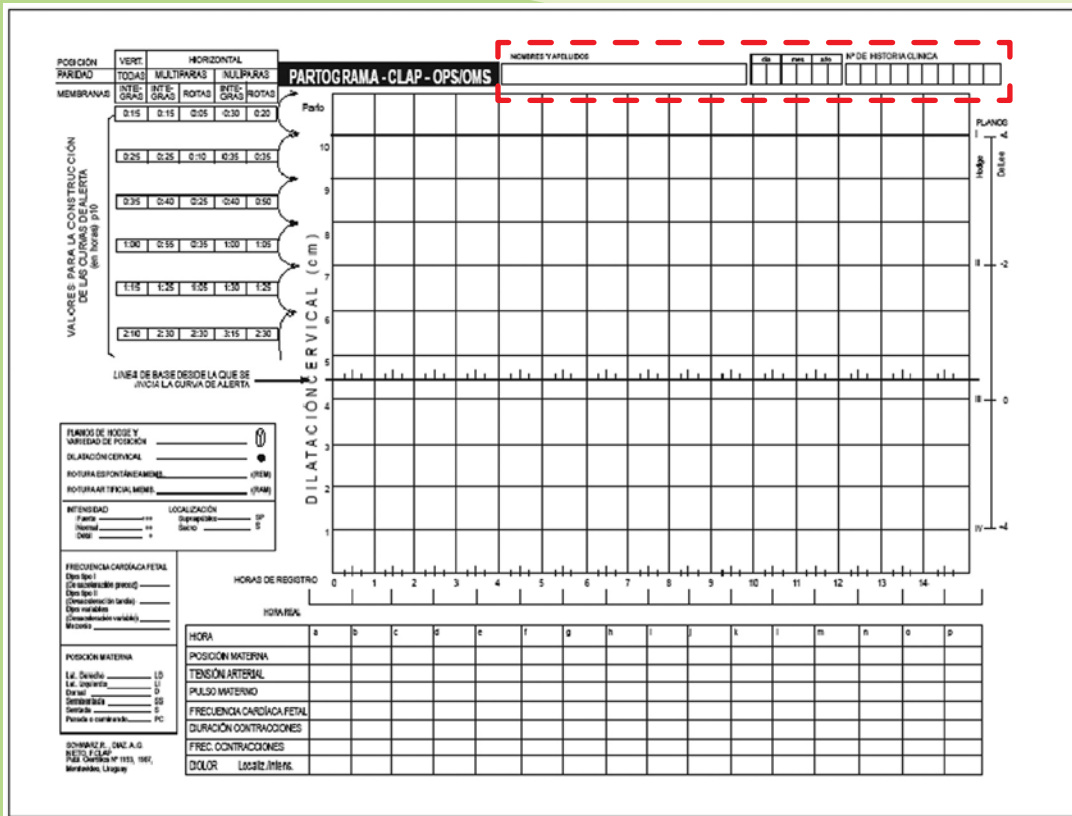


Gráfico 1. Identificación de la historia clínica del trabajo de parto, "partograma".

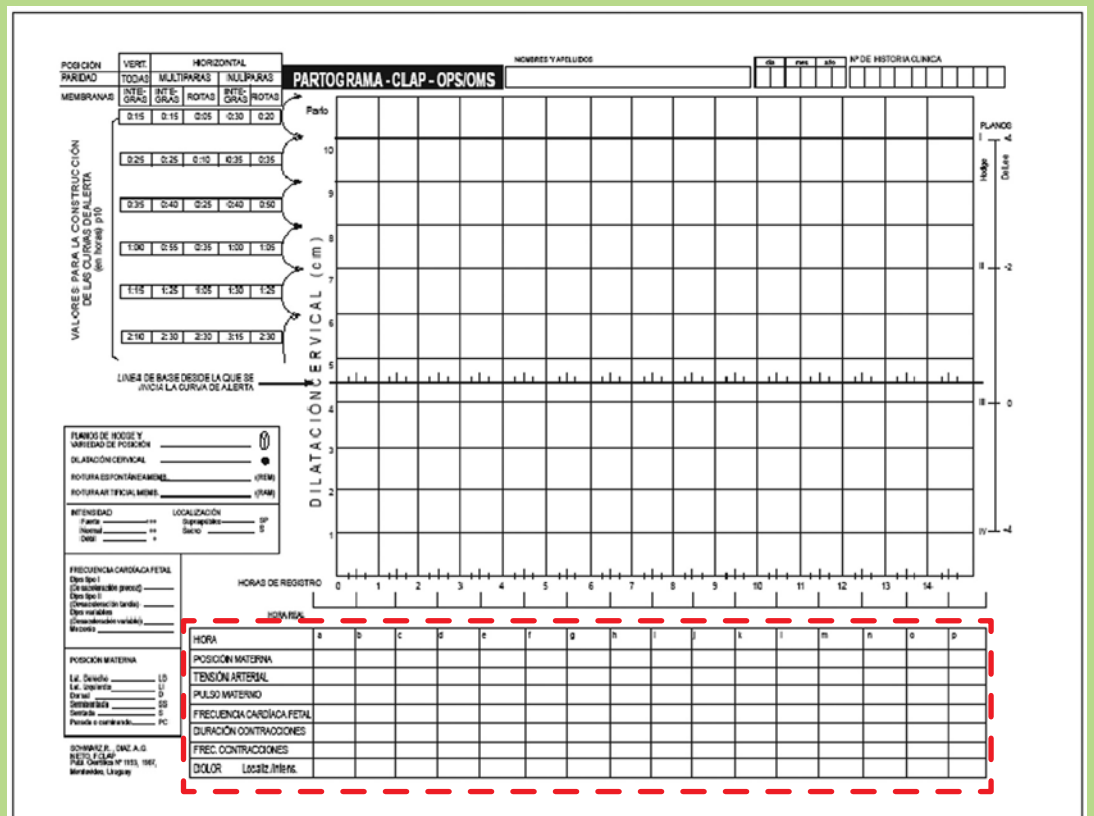


Gráfico 2. Vigilancia clínica del trabajo de parto.

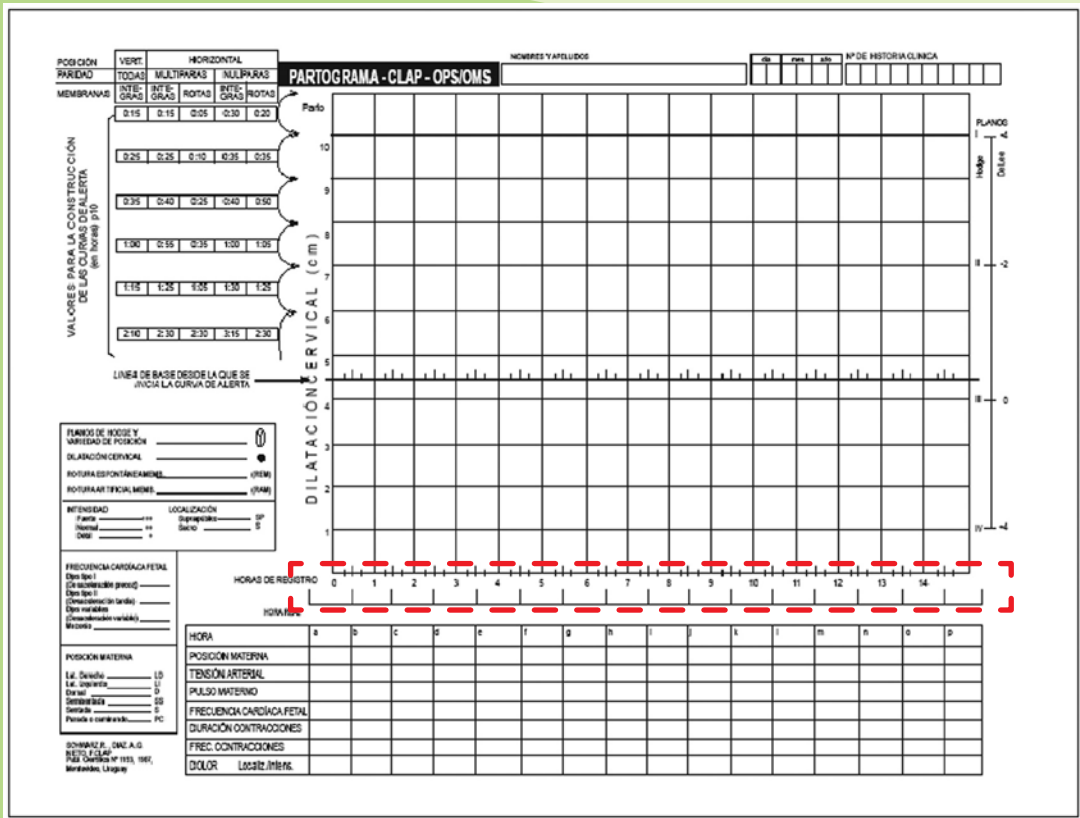
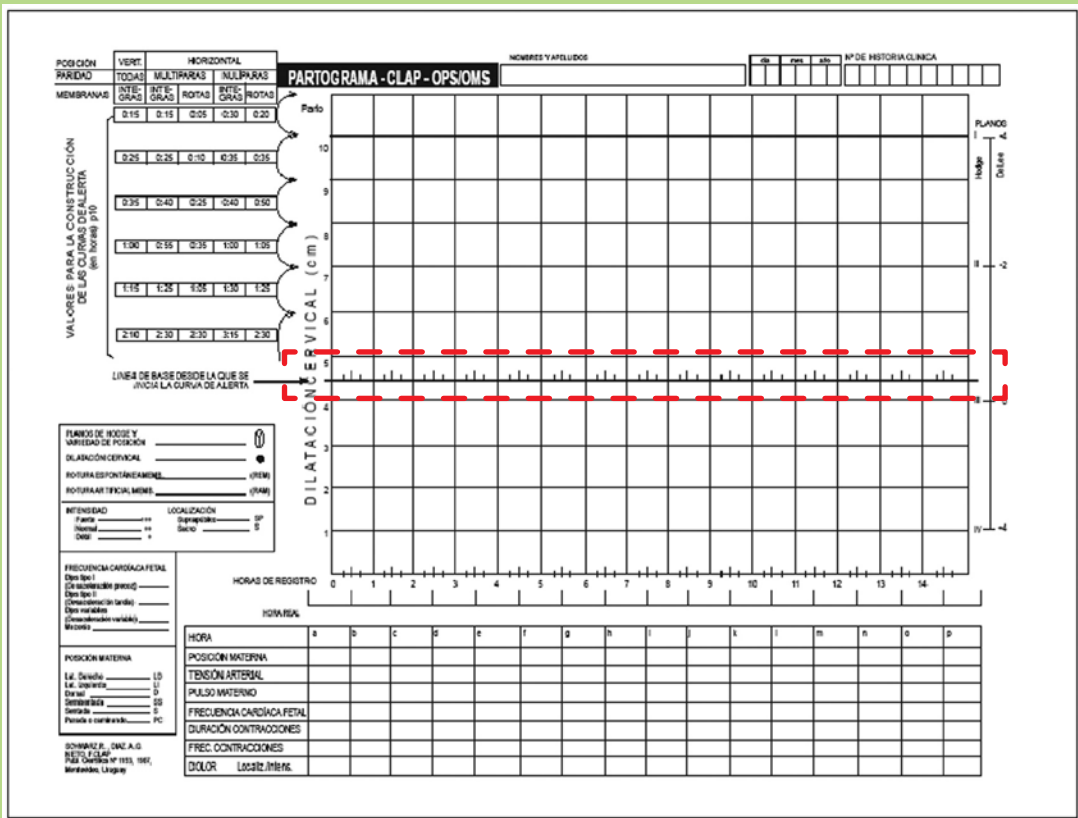


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro Gráfico del partograma.



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

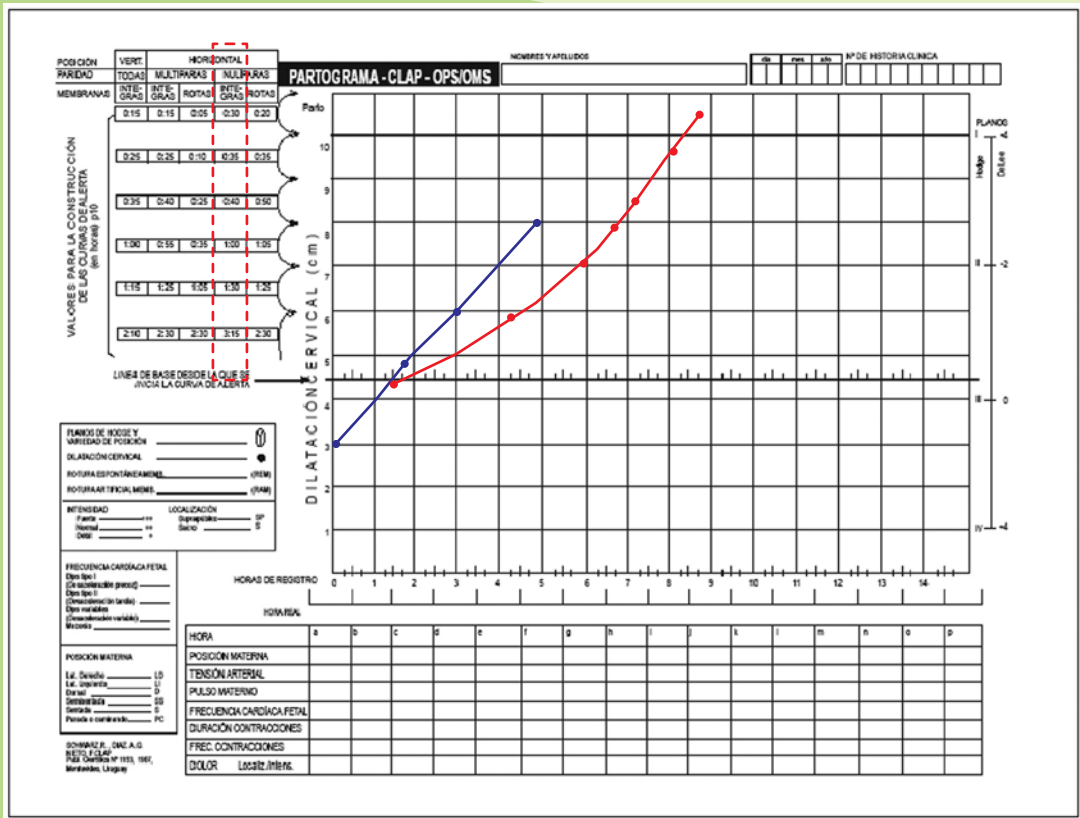


Gráfico 9 Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.

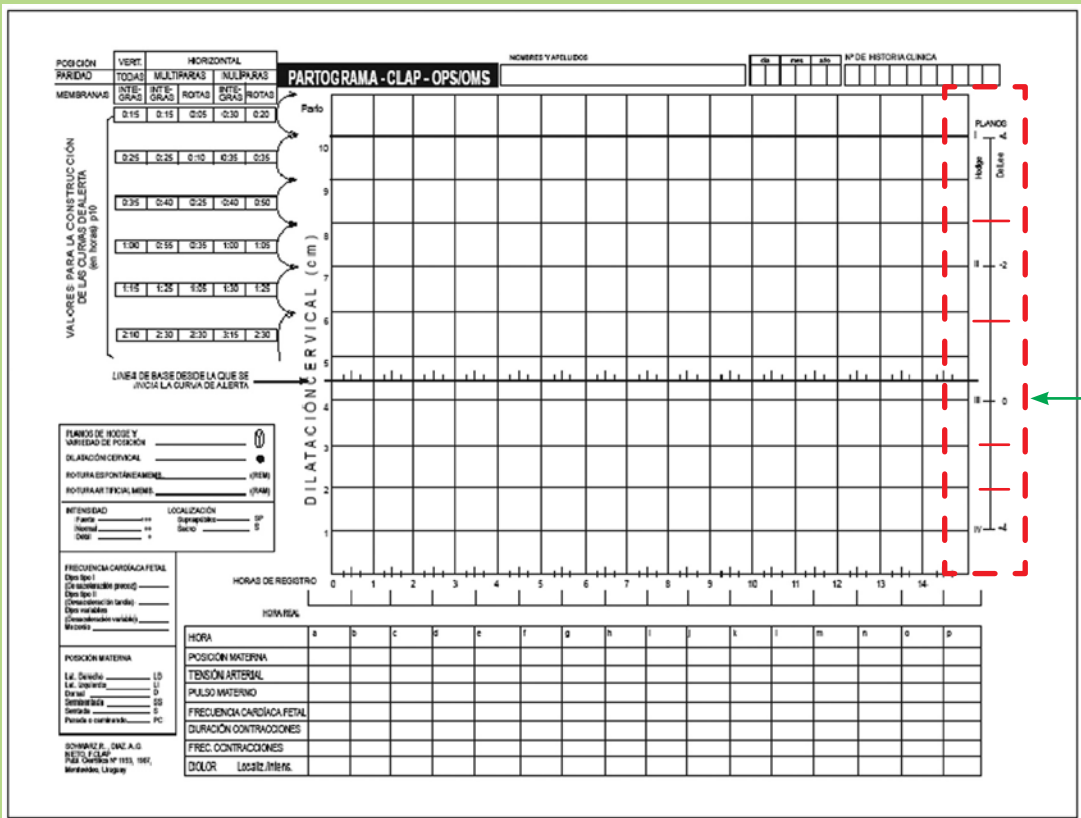


Gráfico 10. Clasificación por tercios del plano de la pelvis.

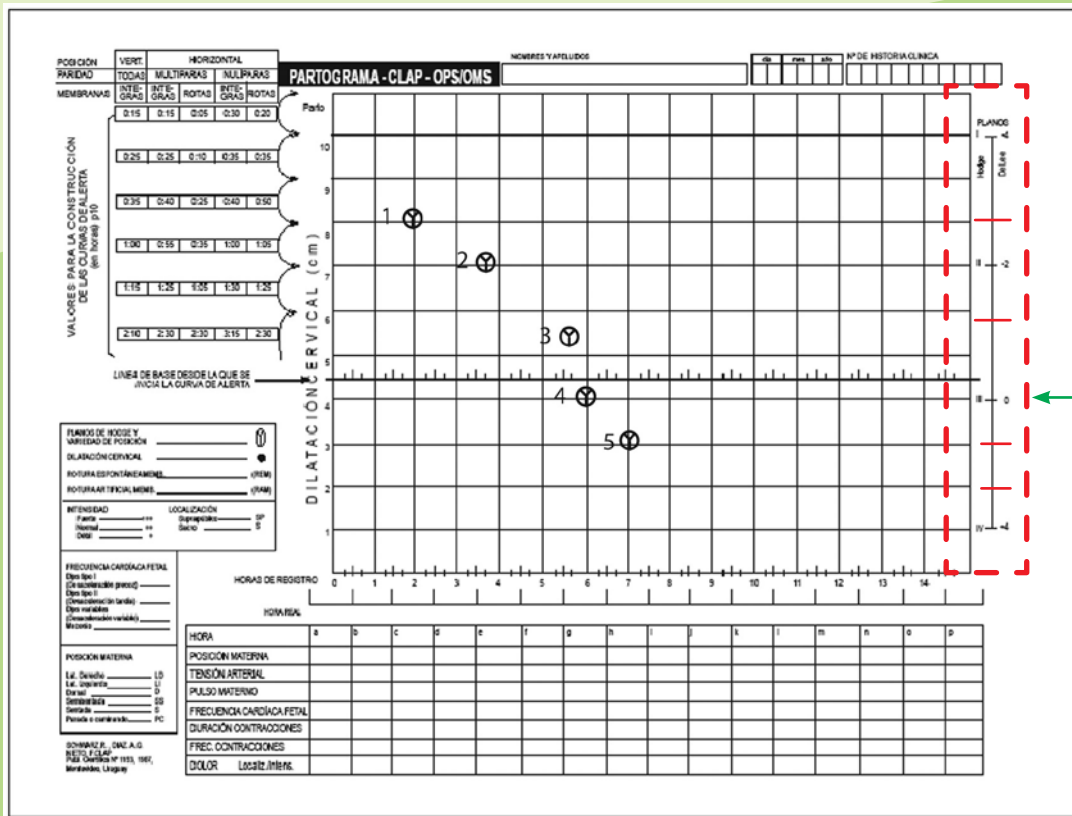


Gráfico 11. la variedad de posición 1, 2 y 3 son una occisito-anterior izquierda y estaciones de -3, -2 y -1, los numerales 4 y 5 muestran la rotación hacia la occipito-púbica y estaciones de 0 y +1 usando los planos de DeLee.

Bibliografía

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

Organización Mundial de la Salud. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: guía para obstetrices y médicos. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

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

Schwarz R, Díaz AG, Nieto F, CLAP. Publ Científica No 1321.2 - 1995, Montevideo, Uruguay.

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

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

