

Artículo de Revisión Bibliográfica

Partograma modificado de la OMS, correcto llenado como prevención de una Lex Praxis obstétrica**Modified WHO Partograph, correctly filled in as prevention of obstetric Lex Praxis**

Hugo Eduardo Carvajal Oviedo 1. Cinthia Rodríguez Chavarría 2.

Tatiana Camargo Padilla 3. Eva Janeth Flores Paxi 4.

José Francisco Pinto Reyes 5.

1. Magíster en Medicina Forense. Perito en Medicina Legal. Auditoria Médica y Valoración del Daño Corporal. Doctor © en Neurociencias Clínicas y Experimentales. Presidente de la Sociedad Boliviana de Ciencias Forenses- Filial Chuquisaca. Jefe de la Unidad de Servicios y Gestión de la Calidad del SEDES Chuquisaca. carvajaloviedo@gmail.com

2. Médico Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica. Ginecóloga de Caja de Salud CORDES Regional Sucre – Hospital Materno Infantil Poconas. cinthia_r81@hotmail.com

3. Médico Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Especialista en Gestión de Calidad y Auditoria Médica. Medico de Planta del Hospital Ginecobstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”. tcamargo806@gmail.com

4. Médico Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Medico de planta Hospital Obrero N° 9. Médico de Emergencias en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en Cobija- Pando. janeth_doc@hotmail.com

5. Médico Cirujano. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Medico de Planta del Hospital Ginecobstétrico y Neonatal “Dr. Jaime Sánchez Porcel”. joseprsucure@hotmail.com

RESUMEN

Ontogenéticamente, la forma de la pelvis femenina, a diferencia de la masculina, permite el pasaje del producto de la concepción a término, produciéndose la labor de parto; el parto eutócico, y así, la perpetuación de la especie. Este fenómeno existe desde que el hombre pobló la tierra, y cuyo proceso se ha ido controlando por mucho tiempo a través de la tradición oral. Luego, en todas las maternidades del mundo se realizaron anotaciones de las variables, hasta llegar a la confección de un moderno instrumento llamado PARTOGRAMA, que permite graficar toda la evolución del trabajo de parto, desde la dilatación de cérvix, descenso de la cabeza fetal y hasta todas las otras variables conexas a ella, como intensidad, frecuencia de las contracciones uterinas, frecuencia cardiaca fetal y materna, presión arterial, líquidos y

tratamientos administrados. Todo esto graficado en una sola hoja, que permite, de viso, darnos una idea cabal de lo que está ocurriendo con esa labor de parto.

Se describe la historia del partograma en el Hospital Regional Docente de Trujillo, desde su creación hasta la actualidad, y cuya difusión y correcta aplicación podría permitir, entre otras cosas, dos hechos importantes: 1. Disminuir la tasa de cesáreas; y 2. disminuir el sufrimiento fetal intraparto. Se describe la evolución del partograma, y en el último modelo de este, se pone de manifiesto la estrecha relación entre la Anatomía [útero (poder), feto (pasajero), pelvis (pasaje)], y la Fisiología (Fase latente, Fase activa primaria y Fase activa secundaria) cumpliendo a cabalidad la premisa: La función hace al órgano.

Palabras claves: Dilatación cervical. Labor disfuncional. Partograma. Parto vaginal. Vigilancia del Trabajo de Parto.

ABSTRACT

Ontogenetically, the shape of the female pelvis, unlike the male, allows the passage of the product of conception to term, producing labor; eutocic delivery, and thus, the perpetuation of the species. This phenomenon has existed since man populated the earth, and whose process has been controlled for a long time through oral tradition. Then, in all maternity wards in the world, annotations of the variables were made, until a modern instrument called PARTOGRAPH, which allows graphing the entire evolution of labor, from the dilation of the cervix, descent of the fetal head and to all other variables related to it, such as intensity, frequency of uterine contractions, fetal and maternal heart rate, blood pressure, fluids and treatments administered. All this graphed on a single sheet, which allows, visually, giving us a complete idea of what is happening with that labor.

The history of the partograph in the Trujillo Regional Teaching Hospital is described, from its creation to the present, and whose dissemination and correct application could allow, among other things, two important facts: 1. Reduce the rate of caesarean sections; and 2. reduce intrapartum fetal distress. The evolution of the partograph is described, and in the latest model of this, the close relationship between Anatomy [uterus (power), fetus (passenger), pelvis (passage)], and Physiology (latent phase, Phase active primary and active secondary phase) fully fulfills the premise: The function makes the organ.

Keywords: Cervical dilation. Dysfunctional labor. Partograph. Surveillance of Labor. Vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

Desafortunadamente, pese a los distintos recursos desarrollados por la ciencia médica a través de los años, persisten numerosos

fenómenos del trabajo de parto que la tecnología no ha podido explicar aún, por lo que la clínica es fundamental para discernir entre lo normal y lo anormal. Gracias al análisis realizado por Friedman en la década de los años 50 del siglo pasado, se efectuaron distintas divisiones del trabajo de parto, y se analizaron y realizaron intervenciones oportunas en el desarrollo del mismo.

Se estima que en países en vías de desarrollo ocurren poco más de 250.000 muertes maternas al año debido a complicaciones prevenibles que se producen durante el trabajo de parto, como la desproporción cefalopélvica, que se traduce en partos obstruidos, roturas maternas por anillos de contracción; o bien, secuelas graves como asfixia, daño cerebral, o hemorragia intraventricular en recién nacidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que los trastornos por paro o reducción de las contracciones en el trabajo de parto representan 8% mundial como causa de defunciones. Es por ello, que el Banco Mundial de la Salud, la Norma Oficial Mexicana y otros organismos internacionales propusieron el uso del partograma como una medida capaz de reducir en 50% las muertes maternas durante la década de los años 90. Representa una estrategia eficaz, simple de utilizar y un documento médico legal en Bolivia, que es indispensable usar en cualquier paciente que se encuentre en trabajo de parto.

DESARROLLO

1. Concepto

El partograma modificado de la OMS es un instrumento de representación gráfica, en un plano cartesiano, de la evolución de la dilatación del cérvix y del descenso de la presentación; siendo esta cefálica con producto de término en relación con el tiempo transcurrido de trabajo de parto para valorar el desarrollo del mismo. En Bolivia, es propuesto por R.M. N° 0496 del Ministerio de Salud, de uso obligatorio en todos los Centros Maternológicos de Bolivia.

2. Fines

- Proveer al personal médico un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
- Diagnosticar precozmente las desviaciones en la evolución del trabajo de parto, para disminuir la morbilidad materno neonatal.
- Prevenir o diagnosticar, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
- Reducir el índice de operación cesárea, la asfixia, y sus secuelas.

3. Ventajas

- Constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una intervención médica inmediata.
- Garantiza un seguimiento con alta calidad.
- Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.

4. Limitaciones

- Exploración cervical subjetiva y variable.
- Asume que la fase activa inicia a los 4 cm.
- Es solo un instrumento de registro.
- En ninguna parte dice que hacer.

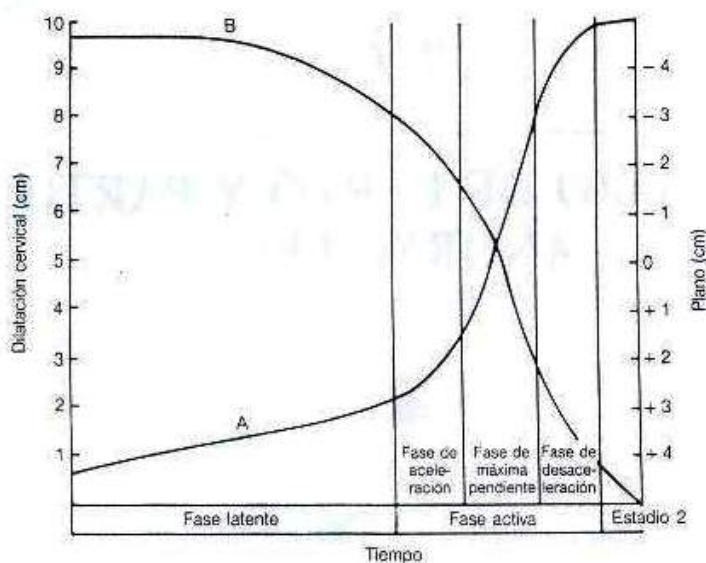
5. Uso

El partograma es un sistema de vigilancia con límites de alerta para prevenir el parto prolongado, nos sirve para interpretar su progreso y detectar desviaciones de la normalidad, que pueden poner en peligro la salud materna y fetal. Pone en expectación al servidor de salud y le permite adoptar conductas oportunas en casos de complicaciones.

El diseño puede variar, pero siempre incluye.

- Grafica de dilatación Vs. Tiempo.
- Grafica de Descenso Vs. Tiempo.
- Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Signos vitales Maternos.
- Medicamentos Utilizados.

Figura 1. Curva de Friedman



Fuente: Modificado de (1).

Permite:

- Evaluar el progreso del trabajo de parto con un vistazo.
- Identificar rápidamente los patrones de distocia.
- Conservar el registro único de la atención de la paciente.
- Eliminar notas clínicas en prosa.

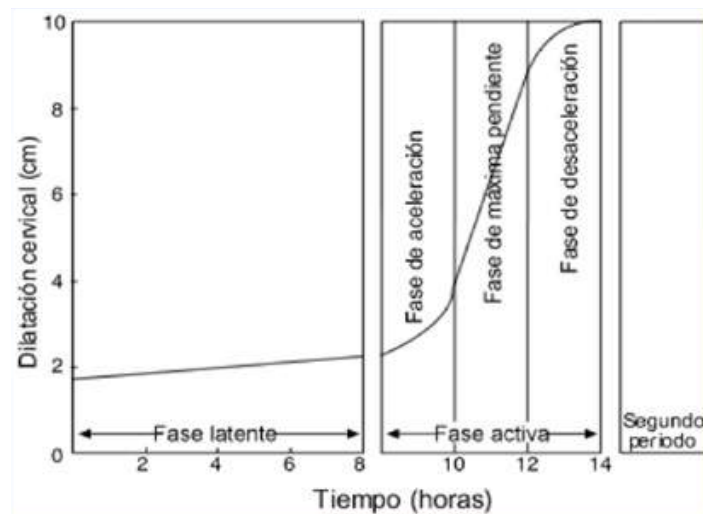
6. Trabajo de parto

En los últimos años, diversos estudios han puesto en entredicho la curva de trabajo de parto descrita por Friedman en el decenio de 1950 (2). En Estados Unidos, en 2010, el Consortium on Safe Labor (CSL) efectuó un estudio multicéntrico de la progresión del trabajo de parto en la

práctica obstétrica de nuestros tiempos (3). Los resultados mostraron que la tasa de dilatación cervical fue más lenta en comparación con la descrita por Friedman, sobre todo, entre los 4 y 6 cm (4).

Los autores propusieron que ese cambio en los patrones de dilatación puede atribuirse a los cambios en las características obstétricas generales, entre ellas la edad materna y la obesidad. En la actualidad, en términos generales, las mujeres se embarazan a una edad mayor y tienen un índice de masa corporal mayor en comparación con sus semejantes de la década de 1950 (5).

Figura 2. Relación entre la Dilatación Cervical con Tiempo



Fuente: Modificado de (1).

En la figura 2, se puede observar que donde realmente inicia el trabajo de parto es en la fase activa, en la cual se enfoca el uso del partograma. En este protocolo resulta de singular importancia definir las etapas del parto. Las diferentes definiciones del comienzo del parto se basan en el inicio de las contracciones uterinas según lo propuesto por Kilpatrick en 1989; por Chelmon en 1993; Friedman en 1954; y Gross MM, 2005; además de la evidencia de cambios cervicales propuesta por Chamberlain en 2001, o en ambos (6).

El parto se ha dividido en tres etapas:

a) Primera etapa o periodo de dilatación: en este periodo la maduración cervical y su posterior dilatación, se dan los fenómenos fisiológicos básicos. Comienza con el inicio del parto propiamente dicho y termina con la dilatación completa. A su vez, esta primera etapa, se ha subdividido en dos fases:

- **La Fase latente**, que comienza con el inicio del parto y se caracteriza por la presencia de contracciones variables en cuanto a intensidad y

duración, y se acompaña de borramiento cervical y progresión lenta o escasa de la dilatación hasta alcanzar los 2 cm (5).

• **La Fase activa**, que se caracteriza por el aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones y la rápida progresión de la dilatación. Puede ser definida teniendo en cuenta criterios exclusivos de dilatación cervical, desde los 4 a los 10 cm de dilatación (5). Cuando se llega a la dilatación completa, momento donde se inicia el segundo periodo expulsivo, se divide en:

- Fase de aceleración de 4-6cm
- Fase de pendiente máxima 6-8cm.
- Fase de desaceleración 9-10cm.

La duración del parto varía de mujer a mujer, está influenciada por el número de embarazos de la parturienta y su progreso no tiene por qué ser lineal. En el parto establecido, la mayoría de las mujeres nulíparas alcanza la segunda etapa del parto dentro de las primeras 18 horas y las multíparas en 12 horas sin intervenciones (Figura 2).

b) Segunda etapa o periodo expulsivo: en este periodo se produce la salida del feto fuera del claustro materno. Las definiciones de la segunda etapa del parto consideran que comienza con la dilatación cervical completa, y finaliza con

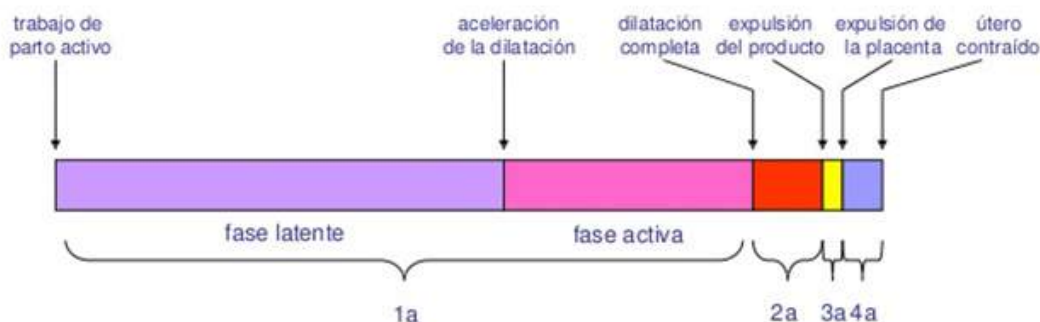
el nacimiento del feto. Algunas definiciones, tienen en cuenta el pujo materno, y consideran el comienzo del expulsivo cuando aparece la sensación del pujo materno con dilatación completa (6).

También se subdivide en dos fases, lo que resulta de singular importancia cuando una mujer llega a dilatación completa con la cabeza fetal relativamente alta en la pelvis sin necesidad de pujar o con anestesia epidural (7). Se llama Periodo expulsivo pasivo cuando hay dilatación completa del cuello, en ausencia de contracciones involuntarias de expulsivo (pujo); o Periodo expulsivo activo cuando:

- El feto es visible, o
- Existen contracciones de expulsivo en presencia de dilatación completa, o
- Pujos maternos en presencia de dilatación completa con ausencia de contracciones de expulsivo.

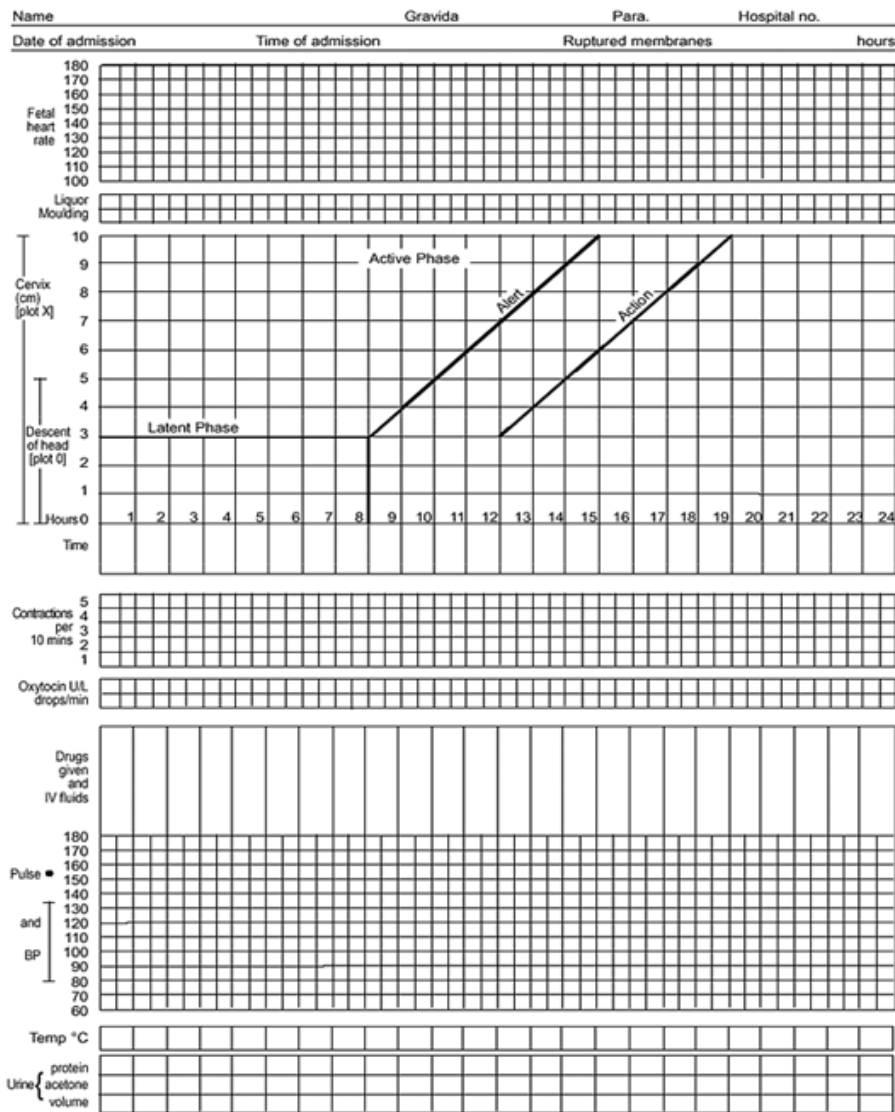
c) Tercera etapa o periodo de alumbramiento: es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta y membranas ovulares. El fenómeno fisiológico más importante es el desprendimiento de la placenta y la expulsión de la misma y de las membranas ovulares al exterior

Figura 3. Fases del trabajo de parto activo hasta el alumbramiento



Fuente: Modificado de (1).

Figura 4. Partograma modelo recomendado por la OMS



Source: WHO, used by permission

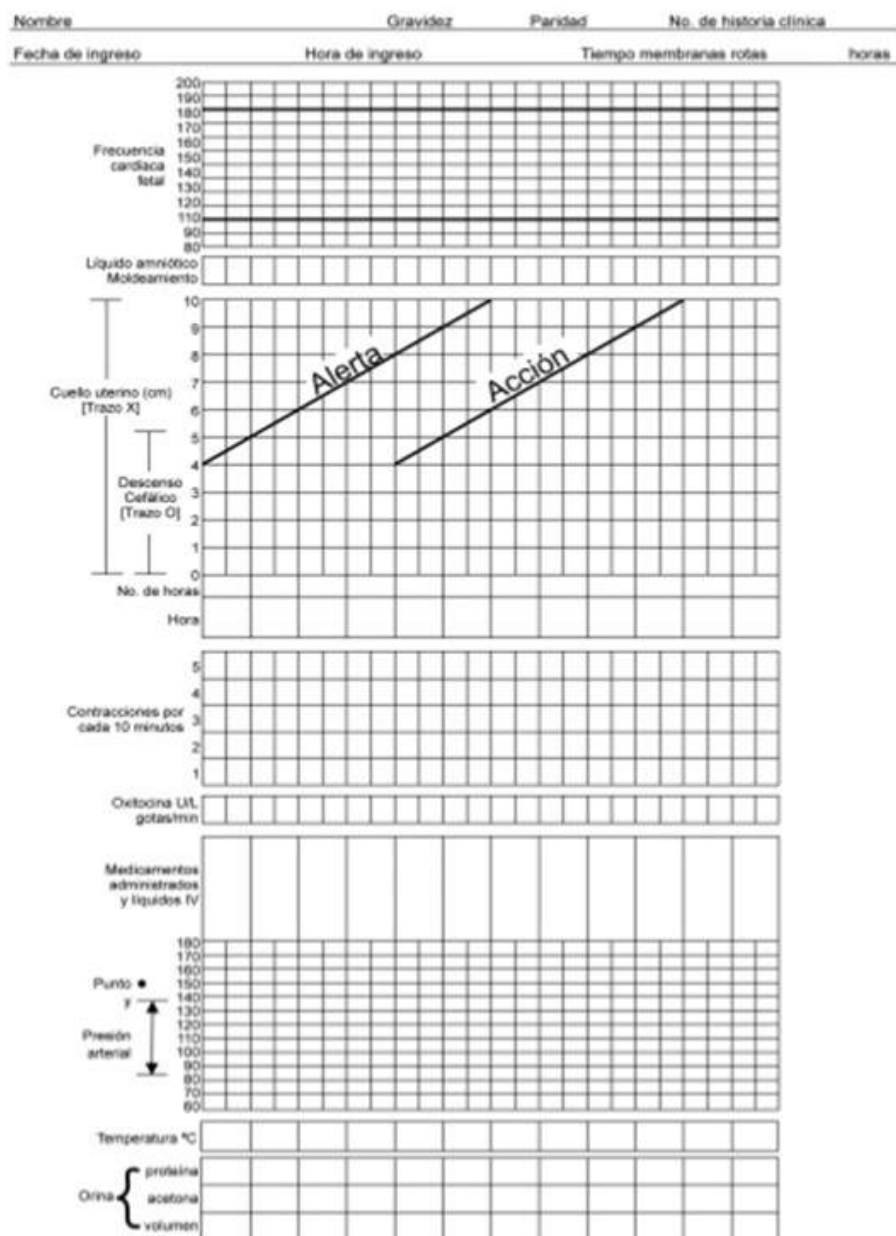
Fuente: (7).

8. Partograma modelo-estándar internacional- de la OMS, 1988

Este partograma se modificó eliminándose la

fase latente, y se inicia cuando el cuello uterino esta con 4 cm de dilatación.

Figura 5. Partograma modelo – estándar internacional



Fuente: Modificado de (7).

9. Llenado del partograma

Partiendo del registro de los datos generales de filiación, más los antecedentes ginecológicos y obstétricos que son de mucha importancia, se debe registrar:

- Dilatación cervical.
- Descenso de la cabeza fetal.
- Actividad uterina.
- Frecuencia cardiaca fetal.
- Membranas y líquido amniótico.
- Moldeamiento de la cabeza.
- Pulso, presión arterial y temperatura.
- Drogas y fluidos administrados.
- Dosis de oxitócica.
- Orina (volumen y presencia de sustancias).

10. Frecuencia cardíaca fetal

El control de la frecuencia cardíaca fetal debe de hacerse cada media hora, durante 1 minuto completo; siempre se debe registrar después de la contracción, o sea, con útero en reposo, ya que si se toma con útero contraído esta puede variar y se registra con este símbolo “ ”.

Los límites óptimos de la frecuencia cardíaca fetal oscilan entre 100 y 180 latidos por minuto, marcados en el casillero con línea continua gruesa.

11. Registro del líquido amniótico

Este registro se debe hacer en cada tacto vaginal para verificar el estado de las membranas, se usarán las casillas correspondientes utilizando las abreviaciones:

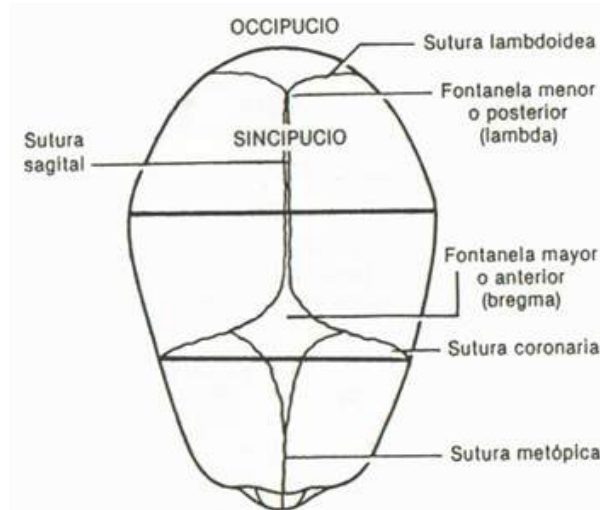
- I = Membranas intactas.
- R = Momento de la rotura de membranas.
- C = Membranas rotas, líquido claro.
- M = Líquido con meconio.
- S = Líquido con manchas de sangre.

12. Moldeamiento del cráneo

Mediante el tacto vaginal, se evalúa las características de la sutura sagital y de las fontanelas, y de cómo se amoldan los parietales con o sin contracción. Se realiza después del examen vaginal, se debe registrar también de con signos y números. Se debe tomar en cuenta para el registro:

- (-) suturas separadas.
- 1 suturas en aposición.
- 2 suturas superpuestas pero reducibles.
- 3 suturas superpuestas, pero no reducibles.

Figura 6. Diagrama para detectar el moldeamiento de cráneo



Fuente: (8).

13. Línea de alerta

Tomamos en cuenta lo que se llama trabajo de parto activo, o sea, cuando la dilatación cervical está en 4 cm hasta alcanzar los 10 cm, donde debería culminar el periodo expulsivo o parto en sí. En el partograma es la línea continua oblicua que limita el área de trabajo de parto normal, la dilatación cervical promedio se estima a 1 dilatación por hora.

14. Línea de acción

Es la línea que marca el límite permitido de duración de un trabajo de parto, es paralelo a la línea de alerta, está a 4 horas de la línea de alerta. Si en nuestro registro sobrepasa esta línea de acción, como su nombre lo dice, se debe realizar una acción correctora, conducción de parto o cesárea, significa que existe dificultades en el desarrollo del trabajo de parto. Mientras

el trabajo de parto se encuentre dentro del área de las líneas de alerta y acción consideramos un trabajo de parto adecuado.

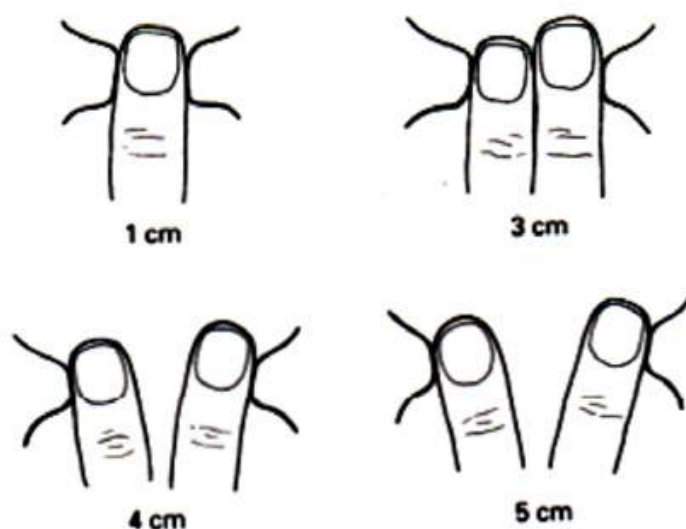
15. Dilatación del cuello uterino

Dijimos que el partograma se inicia en trabajo de parto activo o sea a partir de 4 cm de dilatación, su registro se debe hacer con una (X), y de acuerdo la escala en el gráfico, hasta llegar a dilatación completa o de 10 cm. Se traza un gráfico uniendo

las demarcaciones X, este nos dará una idea de la evolución del trabajo de parto (Figura 7).

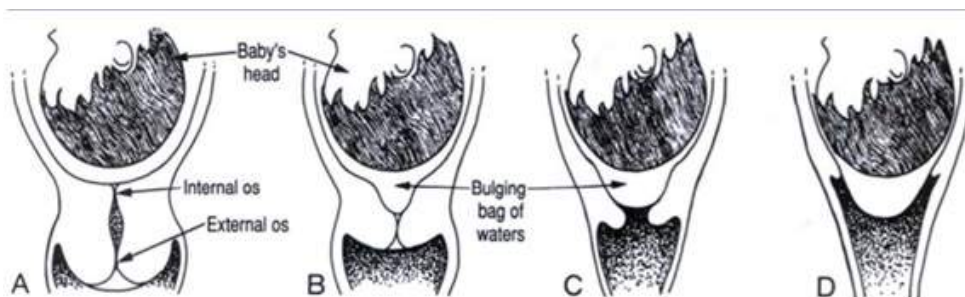
El partograma OMS considera que la velocidad de dilatación en un trabajo de parto normal se realiza a razón de 1 cm por hora, tanto en nulíparas como en multíparas. Las nulíparas primero borran y luego dilatan, sin embargo, las multíparas ambas van simultáneamente (Figura 8).

Figura 7. Dilatación cervical



Fuente: (8).

Figura 7. Dilatación cervical



Fuente: (1).

16. Descenso de la cabeza

El descenso de la cabeza en el partograma se desecha a los planos de Hodge, y se utiliza el sistema de los QUINTOS. Se hace por vía

abdominal, por palpación del abdomen dividiéndose en 5/5, a partir del borde superior del pubis, palpando el borde de la parte presentada en el caso de ser cefálica el vértice.

Figura 7. Dilatación cervical

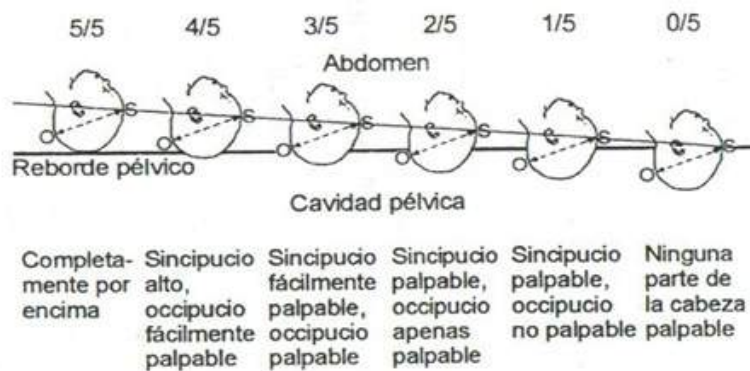


Fuente: (8).

Para mejor práctica, colocar la mano con los 5 dedos extendidos a partir del pubis. Los 5 dedos significan los 5/5, a medida que van descendiendo, se excluye dedo por dedo, así 4 dedos serán 4/5; 3/5; 2/5 y así sucesivamente.

Con esta técnica se evita los constantes tactos que de por sí son molestos para la paciente. En el partograma está marcado de 0 al 5 su registro se lo hace dibujando un punto.

Figura 9. Descenso de cabeza



Fuente: (8).

17. Consideraciones

Debemos considerar que palpar el sincipucio y el occipucio a través de la pared abdominal y la pared uterina es casi imposible, aunque la paciente tenga una pared abdominal

muy delgada. Por tanto, este es un tema eminentemente teórico y de docencia para tratar de explicar académicamente a qué altura de presentación se encuentra el polo cefálico.

Entonces, el encajamiento de la cabeza corresponde:

- 5/5 Completamente encima del pubis.
- 4/5 Sincipucio alto, occipucio se siente fácilmente.
- 3/5 Sincipucio se siente fácilmente, occipucio se siente.
- 2/5 Sincipucio se siente, occipucio casi se siente.
- 1/5 Sincipucio se siente, occipucio no se siente.
- 0/5 La cabeza no es palpable.

18. Horas de trabajo de parto

Se refiere al tiempo transcurrido del trabajo de parto hasta el parto, o sea, desde el trabajo de parto activo (4 cm) hasta el parto (10 cm). El trabajo de parto ideal debe ocurrir dentro de las primeras 6 a 8 h de iniciado el mismo, teniendo como tiempo máximo dentro del partograma 12 h. Ya que después de este tiempo, se consideraría trabajo de parto prolongado a pesar de las correcciones del mismo.

19. Contracciones uterinas

Los controles deben darse cada media hora, palpando plenamente el abdomen, identificando la intensidad duración y número de contracciones en 10 minutos. Su registro se hace de la siguiente forma:

- Contracciones leves, con una duración menor a 20 segundos (punteado).



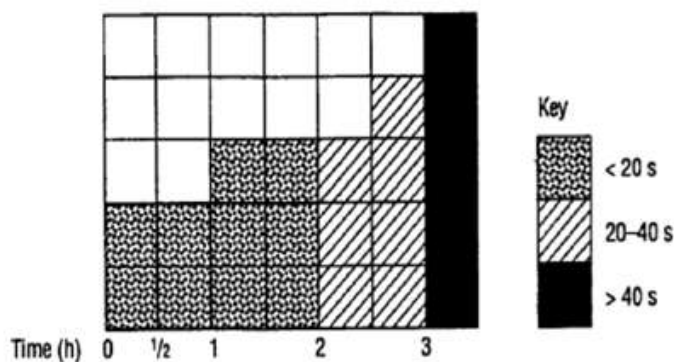
- Contracciones moderadas, con una duración entre 20 y 40 segundos (líneas diagonales).



- Contracciones intensas, con una duración mayor de 40 segundos (pinte todo el recuadro).



Figura 10. Gráfico de contracciones uterinas



Fuente: (8).

20. Uso de oxitocina y otros medicamentos

En el caso de tener la necesidad de utilizar un oxitócico u otro medicamento, existen las casillas correspondientes para registrarlas. Se registra la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos se debe indicar la dosis y vía de administración.

En la práctica clínica puede ser difícil identificar la causa precisa de un trabajo de parto lento. La

conducción del trabajo de parto es el proceso por el que se estimula el útero para aumentar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones después del inicio del trabajo de parto espontáneo. Se ha usado medicamentos frecuentemente para tratar un trabajo de parto prolongado en el que se ha determinado que las contracciones uterinas no son suficientemente fuertes, o que no están bien coordinadas como para dilatar el cérvix.

Tradicionalmente, la conducción del trabajo de parto se ha realizado utilizando una infusión de oxitocina intravenosa y/o con la ruptura artificial de las membranas amnióticas (amniotomía). El procedimiento busca abreviar el trabajo de parto para evitar complicaciones relacionadas con una prolongación indebida, y para evitar la cesárea (8).

Esta tabla contiene recomendaciones específicas tal como si fueran formuladas y aprobadas por los participantes de la consulta técnica de la OMS sobre la conducción del trabajo de parto.

Tabla 1. Tabla de recomendaciones

	Recomendación	Calidad de evidencia	Fuerza de la recomendación
Diagnóstico de retraso en la primera etapa del trabajo de parto.	1. Se recomienda el partograma de la fase activa con una línea de acción de 4 horas para monitoreo del avance del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	2. Se recomienda realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.	Muy baja	Débil
Prevención de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto.	3. No se recomienda aplicar un paquete de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Baja	Débil
	4. No se recomienda el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	5. No se recomienda el uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia epidural.	Baja	Débil
	6. No se recomienda el uso de amniotomía sola para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	7. No se recomienda el uso de antiespasmódicos para la prevención del retraso del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	8. No se recomienda el alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	9. No se recomienda el uso de líquidos intravenosos para abreviar la duración del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	10. Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda administrar líquidos por boca e ingerir alimentos durante el trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	11. Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en las mujeres de bajo riesgo.	Muy baja	Fuerte
	12. Se recomienda el acompañamiento continuo durante el trabajo de parto para mejorar sus resultados.	Moderada	Fuerte
	13. No se recomienda realizar enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte

Tratamiento de la prolongación de la primera etapa del trabajo de parto con conducción.	14. Se recomienda el uso de oxitocina sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	15. No se recomienda la conducción con oxitocina intravenosa hasta que no se haya confirmado la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	16. No se recomienda utilizar un esquema de inicio de oxitocina a altas dosis e incremento de la oxitocina para conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	17. No se recomienda el uso de misoprostol oral para la conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Fuerte
	18. No se recomienda el uso de amniotomía sola para el tratamiento de la prolongación del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
	19. Se recomienda el uso de amniotomía y oxitocina para el tratamiento de la prolongación confirmada del trabajo de parto.	Muy baja	Débil
Cuidados durante la conducción del trabajo de parto.	20. No se recomienda el uso de la tocodinamometría interna comparado con la tocodinamometría externa, con el fin de mejorar los resultados de una conducción del trabajo de parto.	Muy baja	Débil

Fuente: (7).

21. Pulso y presión arterial

El registro se puede hacer del pulso cada 30 min. Y la presión cada 3 horas, el registro se hace en el caso del pulso con un punto "●"

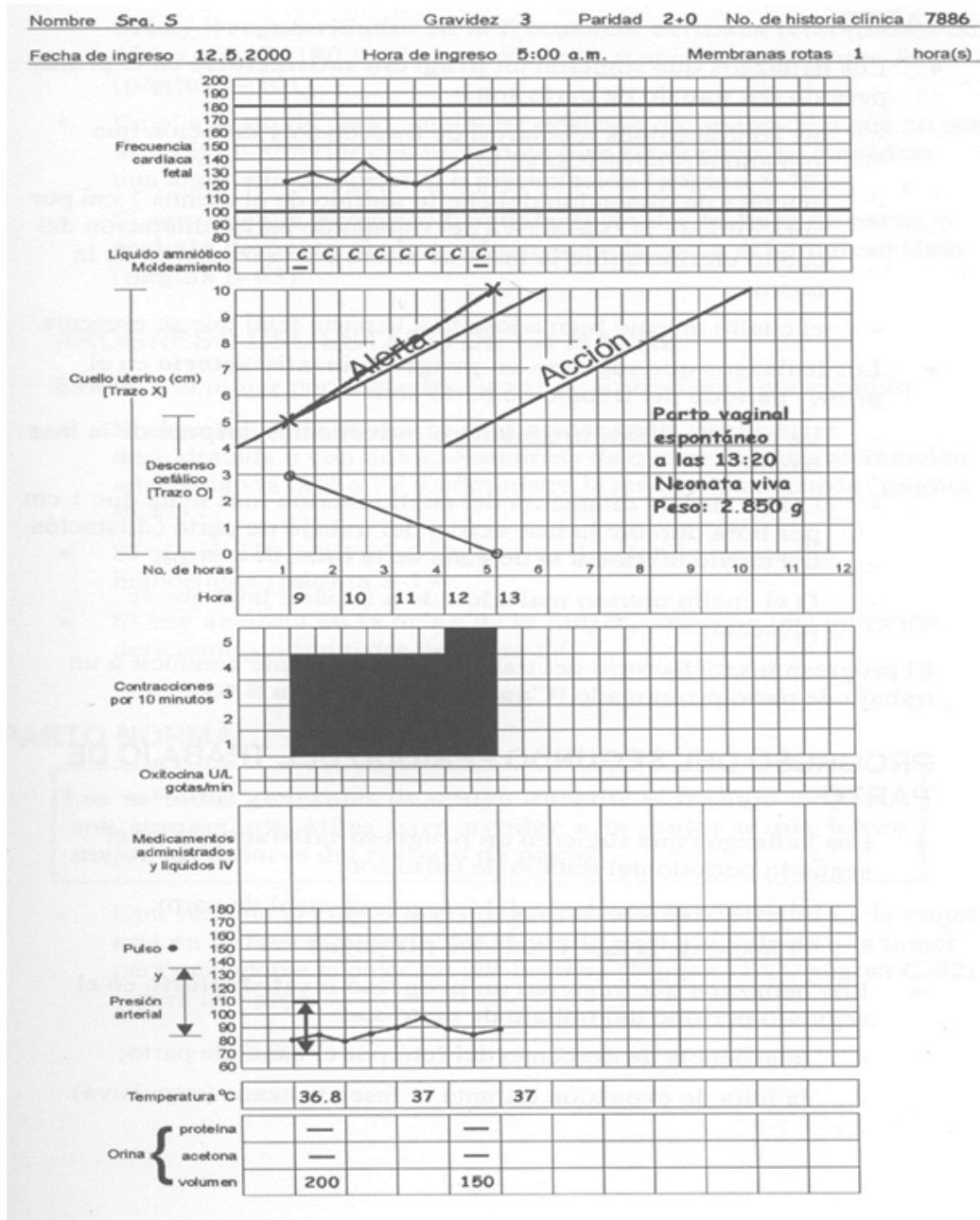
Y la presión con flechas marcando la PA MIN. Y LA PA MAX.



22. Temperatura, orina y otros datos

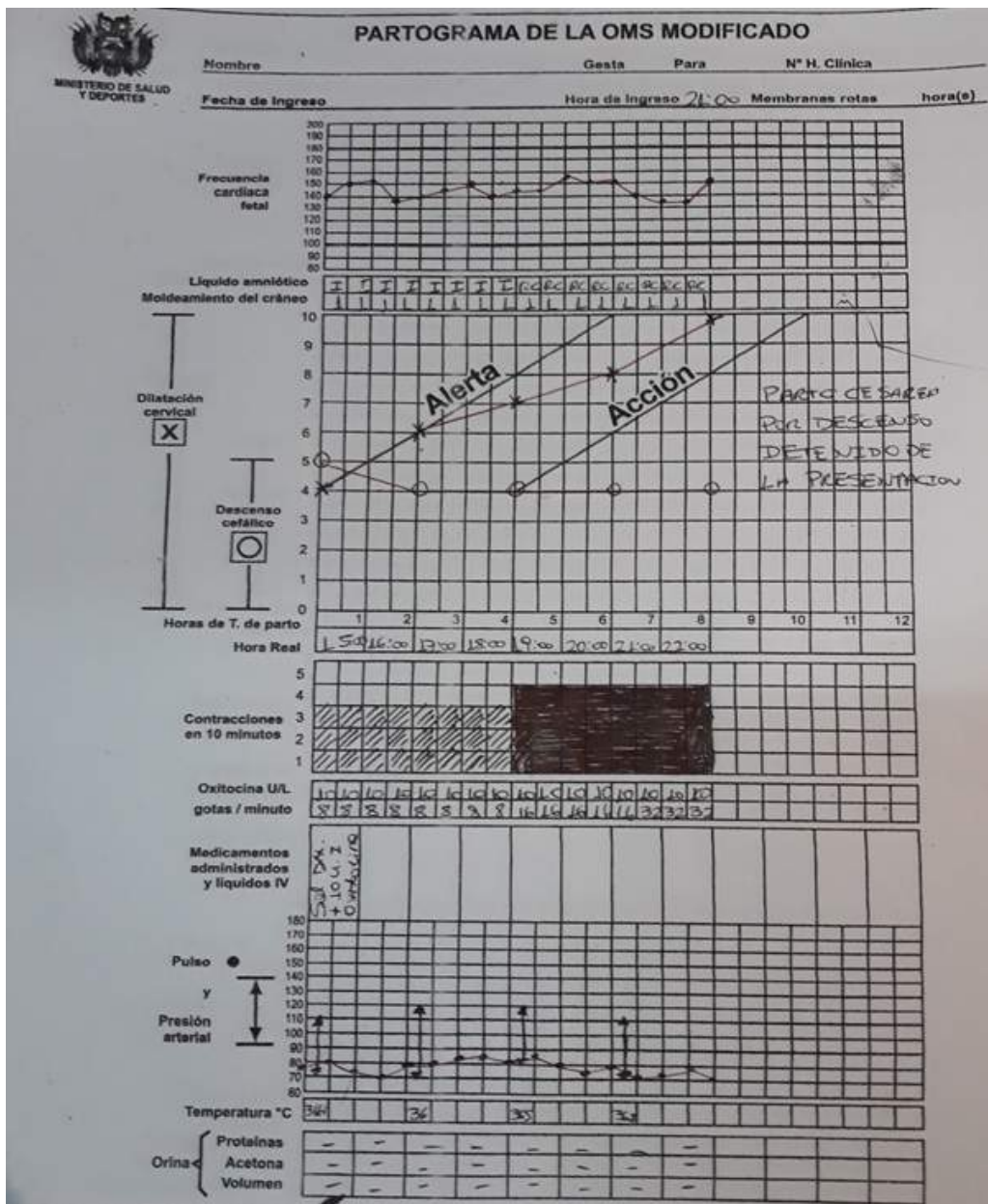
Su registro se hará cada 2 horas. En el caso de la toma de orina, se registrarán las características como las proteínas y acetonas. A la derecha de la línea de acción se debe registrar las características del parto en su culminación: si fue parto eutócico, distócico o cesárea.

Figura 11. Modelo de partograma lleno



Fuente: Elaboración propia. 2019.

Figura 11. Modelo de partograma lleno



Fuente: Elaboración propia. 2019.

CONCLUSIÓN

- Revisando todo lo anterior, se determina la importancia de realizar la correcta aplicación de este instrumento en el campo de la ginecología, debido a que el mismo conllevaría a un descenso en la tasa de cesáreas. De la misma manera, facilita el poder tomar acciones inmediatas cuando acontezca alguna complicación durante el trabajo de parto, por ende, disminuyendo la tasa de sufrimiento fetal intraparto.

- Estos dos hechos son de gran interés desde el punto de vista del problema médico-paciente que las maternidades cursan por dichas complicaciones; la cesárea por sí, con lleva bastantes posibles complicaciones, del mismo modo las secuelas del sufrimiento fetal intraparto, así como el óbito fetal.
- Disminuyendo ambas situaciones, se llegaría a establecer una mejoría en la calidad de atención a la población que acude a las maternidades

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang J , Troendle J, Yancey MK, et al. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(4):824-28. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.127142>
2. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol* 1955;6:567-89. <https://doi.org/10.1097/00006250-195512000-00001>
3. Cahill AG , Tuuli MG. Labor in 2013: the new frontier. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209(6): 531-34. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.04.016>
4. Kominiarek MA, Zhang J, VanVeldhuisen P, et al. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(3):244.e1-247.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.014>
5. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol* 1996;873:355-9. NE3. [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00423-8](https://doi.org/10.1016/0029-7844(95)00423-8)
6. Gross MM, Drobnic S, Keirse MJN. Influence of fixed and time-dependent factors on duration of normal first stage labor. *Birth* 2005;321:27-33 NE3. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00341.x>
7. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto www.who.int/reproductivehealth.
8. Ministerio de Salud. Guía sobre la atención al parto y al nacimiento normal en el SNS, 2010

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Dawood F. Dowswell T Quenby S. Intravenosa fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous. *Cochrane Database Syst. REV.* 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007715.pub2>

OPS/OMS. Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto 2015.

Rodríguez Isabel. Partograma Hospital Nacional de la Mujer. El Salvador 2016

Smith. CA. Levett KM CT, Crowther CA, Relaxation techniques for pain management in labor. *Cochrane Database Syst. REV.* 2011. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514>

Derechos de Autor (c) 2020 Hugo Eduardo Carvajal Oviedo; Cinthia Rodríguez Chavarría; Tatiana Camargo Padilla; Eva Janeth Flores Paxi; José Francisco Pinto Reyes.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)