

Impacto del partograma en la atención del trabajo de parto

Xiomara González de Ch., Omaira Abouassi, Alvaro Vargas, Félix Barrios, Guillermina Salazar de D.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Departamento Clínico Integral de la Costa, Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo.

Dirección electrónica: xiogon@hotmail.com

Teléfono: 0241-8420461

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la utilidad del partograma en el resultado del parto y de la morbimortalidad materna y fetal. Es un estudio retrospectivo comparativo donde se analizaron 2495 historias de pacientes ingresadas entre Enero a Junio de 1995 en la maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, de Puerto Cabello, tomando 806 historias de pacientes ingresadas por trabajo de parto a quienes se les realizó partograma. Se evaluaron los resultados del parto, presencia de distocias, vía de resolución, puntuación de Apgar al nacer y la mortalidad materna y fetal comparándose a un grupo histórico de control de 1128 pacientes ingresadas entre Enero a Junio de 1992 en trabajo de parto, para esa fecha no se realizaba partograma. En ambos grupos la frecuencia de partos vaginales fue bastante semejante, pero los neonatos del grupo estudio presentaron mejor puntuación de Apgar. En éste, la incidencia de distocia intraparto fue de 136 casos(17%), 121 (89%) se resolvieron por vía vaginal y 15 (11%) por cesáreas mientras en el grupo control de 182(16%) trabajos de parto distócicos 145 (80%) se resolvieron por vía vaginal y 37 (20%) por cesárea con peor resultado neonatal, se obtuvo una tasa de mortalidad fetal en el grupo estudio de 2,5 por 1000 y en el grupo control de 3,5 por 100 nacimientos, además de 1 caso de dehiscencia de cicatriz y 1 rotura uterina con muerte materna. Concluyéndose que la aplicación del partograma demuestra su utilidad en la *atención del trabajo de parto en la identificación oportuna de anomalías.*

Palabras claves: partograma, trabajo de parto, vigilancia del trabajo de parto.

ABSTRACT

Impact of the Partograph on the Management of Labor.

The objective of this report was to assess the value of the partograph in labor outcomes, and in maternal and fetal morbidity and mortality. A retrospective comparative study was carried out on 2495 patients in labor admitted into the maternity service of “Dr. Prince Lara” Hospital, Puerto Cabello, Venezuela, between January and July 1995, using 809 files of patients in labor on whom the partograph had been used. Delivery outcome, abnormal labor, type of delivery, Apgar score at 1 minute, as well as maternal and fetal mortality were analyzed and compared with a historical control group of 1128 patients in labor admitted between January and July 1992, on whom the partograph had not been used.

Frequencies of vaginal births were similar in both groups, but in the study group the newborn had better Apgar scores. In the study group, 136 (17%) of the cases had abnormal deliveries, 121 (89%) had vaginal deliveries, and 15 (11%) required cesarean section. In the control group, 182 (16%) cases had abnormal labor, 145 (80%) vaginal delivery, and in 37 (20%) C-section was performed with worse newborn conditions. Fetal mortality rate of the study group was 2.5 deaths/1000 births, and 3.5 deaths/1000 births for the control group, plus one case of scar undoing and another case of uterine rupture with maternal death. In conclusion, the partograph is a useful tool in the management of labor for it allows timely identification of abnormalities.

Key words: partograph, labor, management of labor.

INTRODUCCIÓN

Una inquietud a nivel mundial es disminuir los problemas inherentes al parto y de esta manera reducir las complicaciones maternas y feto-neonatales. Esto ha obligado a prestar más atención en la vigilancia del trabajo de parto en todos sus períodos y una forma sencilla es la vigilancia en forma gráfica, donde se relaciona el tiempo de dilatación cervical con el descenso de la presentación (1).

Se han desarrollado múltiples formatos para la vigilancia gráfica del trabajo de parto (2-4). En nuestra institución en 1993 se introdujo en forma piloto el modelo de Partograma con líneas y/o curvas de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) (2) con modificaciones de Orta Vásquez (5) adaptadas a nuestro medio y diseñando la Plantilla Partograma CLAP (6,7), y a partir de 1994 se incluye este instrumento de vigilancia del trabajo de parto dentro de la historia clínica de atención materna.

De ahí nuestro interés en evaluar la utilidad del Partograma como herramienta de vigilancia del trabajo de parto, en el diagnóstico de los partos distócicos y por ende, en la reducción de la morbimortalidad perinatal y materna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo comparativo, donde se evaluaron 2495 nacimientos ocurridos entre Enero a Junio de 1994, tomándose 806 historias de pacientes con embarazos simples, feto vivo sin malformaciones congénitas, ingresadas en trabajo de parto, con dilatación menor de seis centímetros a quienes se les había realizado Partograma según instructivo (6). Se analizaron los resultados del parto, en relación a distocias intraparto, vía de resolución, condiciones del recién nacido a través de la puntuación de Apgar al nacer y la mortalidad intraparto, comparándose a los resultados obtenidos de un grupo histórico de control constituidos por 1128 historias de pacientes ingresadas en el mismo periodo de meses (Enero-Junio) de 1992 con iguales características al ingreso en sala de parto; para esa fecha no se utilizaba partograma para la vigilancia del trabajo de parto.

Los resultados se presentan en tablas de propósito especial analizando los mismos con valores absolutos y relativos; se utilizó la prueba de la z para la comparación de las proporciones de las variables estudiadas, tomando una $p < 0.05$ para la significancia estadística (8).

Aspectos relevantes del llenado del partograma

El llenado sólo se realiza una vez que la paciente ingrese a sala de parto, cuando se diagnostique la situación de trabajo de parto. El partograma consta de dos cuadrículas, en la superior, se traza la curva de dilatación cervical, la de descenso de la presentación y la de alerta, ésta última constituirá la base para diagnosticar cuando el caso comienza a desviarse de la normalidad. El trazado de la curva de alerta depende de varios parámetros (paridad, posición materna, bolsa de las aguas íntegras o no) lo cual dará a 5 tipos de patrones. En el eje más izquierdo de las ordenadas se representa la escala para la dilatación cervical (desde 0 al parto) y para la frecuencia de las contracciones (0 a 10) donde cada cuadrado representa 1 cm de dilatación o 1 contracción por 10 minutos. En el eje más derecho de las ordenadas se representa la escala para la frecuencia cardiaca fetal (100 a 190) y con sentido descendente en números romanos los planos paralelos de Hodge. En el eje de las abscisas se representa las horas de trabajo de parto. La cuadrícula inferior está diagramada para siete evaluaciones completas relacionadas a hora de la evaluación, médico responsable, tensión arterial, posición materna, tono uterino, duración y frecuencia de las contracciones uterinas y observaciones.

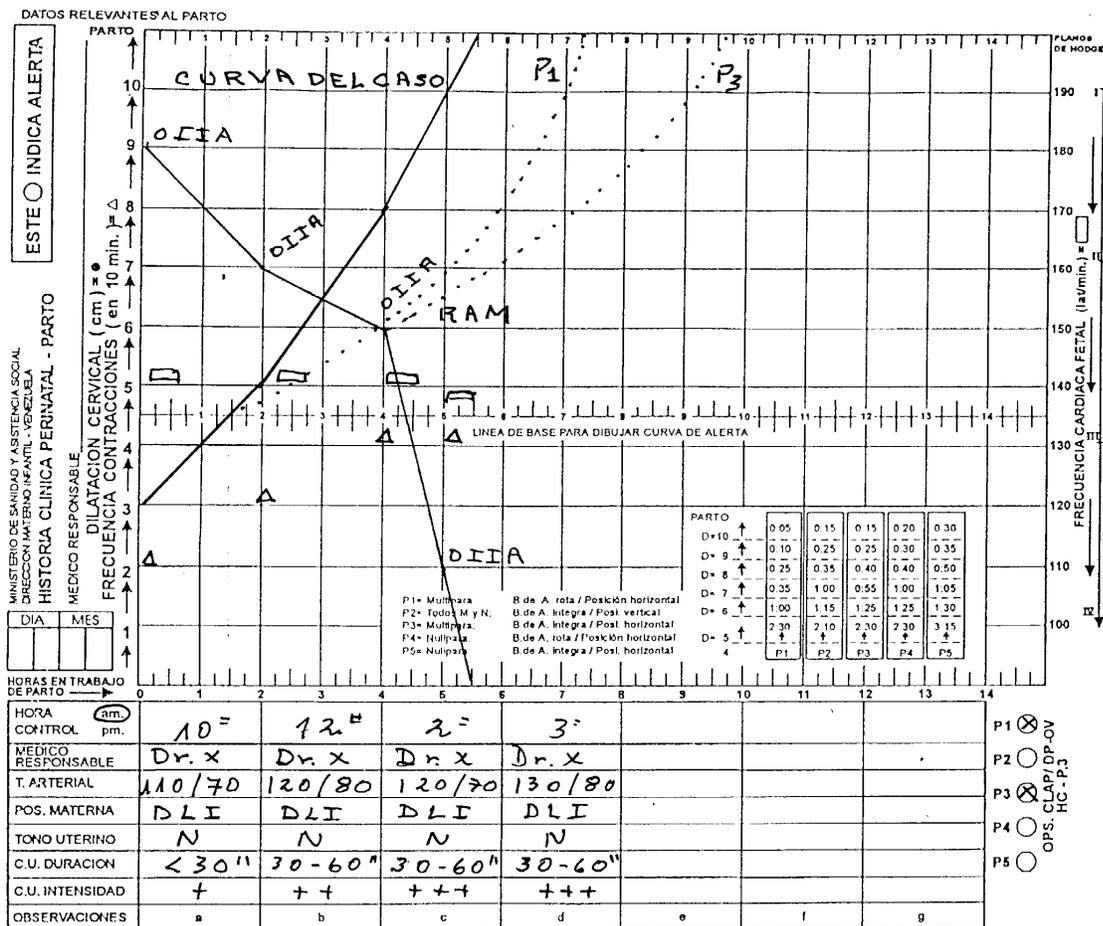


Figura 1. Se representa el llenado del partograma de una paciente con patrón P3 (múltipara, bolsa de agua íntegras, posición horizontal) que al ser practicada la ruptura artificial de membranas (RAM) pasa a P1 (múltipara, bolsa de agua rotas, posición horizontal). El registro

de las variables es normal, presentando parto 5 horas y 15 minutos de su ingreso a sala de parto. OIIA = occípito-ílica-izquierda-anterior, DLI = decúbito lateral izquierdo, N = normal.

RESULTADOS

En la tabla 1 encontramos los datos relevantes relacionados al parto entre el grupo estudio y grupo histórico de control; en ambos grupo se encontró una proporción bastante semejante de partos por vía vaginal, pero las condiciones de los recién nacidos en base a la puntuación de Apgar fueron diferentes.

Tabla 1 RESULTADOS DEL PARTO

	Grupo Estudio N = 806	Grupo Control N = 1128	p
Parto vaginal	791 (98%)	1091 (97%)	NS
Apgar $\geq 7^{*+}$	762 (97%)	857 (79%)	S
Apgar $< 7^{*+}$	27 (3%)	232 (21%)	S
Muerte fetal	2 (0, 25%)	3 (0,27%)	NS
Dehiscencia de cicatriz	0	1	-

No se incluyen las muertes fetales ; S: Diferencia significativa por prueba de la z para comparación de proporciones con $p < 0,05$

En el grupo estudio el 97% de los recién nacidos que nacieron por vía vaginal (excluyéndose las dos muertes fetales) tuvieron una puntuación de Apgar ≥ 7 y 3% presentaron una puntuación de Apgar < 7 puntos mientras que en el grupo control el 79% de los neonatos que nacieron por vía vaginal (excluyéndose las tres muertes fetales) presentaron una puntuación de Apgar al nacer ≥ 7 puntos y 21% $<$ de 7 puntos, dando diferencia significativa al realizar la prueba de proporciones, ya que el valor de z calculado dio mayor que el valor de $z_{0,05}$ (1,96). En el grupo control hubo una dehiscencia de cicatriz anterior con resultado materno fetal satisfactorio.

En la tabla 2 se observa los resultados relacionados a los casos que presentaron distocia intraparto, la vía de resolución y las condiciones de los neonatos

TABLA 2 RESULTADOS DE LOS TRABAJOS DE PARTOS CON DISTOCIAS

	Grupo estudio N = 136	Grupo control N =182	p
Partos vaginales	121 (89%)	145 (80%)	S
Apgar $\geq 7^{*+}$	110 (92%)	119 (84%)	S
Apgar $< 7^{*+}$	9 (8%)	23 (16%)	S
Muerte fetal	2	3	NS
Cesáreas	15 (11%)	37 (20%)	S
Apgar $\geq 7^{*+}$	13 (87%)	29 (81%)	NS
Apgar $< 7^{*+}$	2 (13%)	7 (19%)	NS
Muerte fetal	0	1	-
Muerte materna	0	1	-

**No se incluyen las muertes fetales ; S: Diferencia significativa por prueba de la z para comparación de proporciones con $p < 0,05$*

En la muestra a quienes se les practicó partograma se presentaron 136 casos de distocias intraparto (17%), 121 casos (89%) se resolvieron por vía vaginal y 15 casos (11%) por cesáreas, encontrándose diferencias entre vía vaginal y los resueltos por cesárea, ya que la z calculada fue 2 y 2,19 respectivamente, siendo mayor a la $x_{0,05}$ (1,96).

Aquellos que tuvieron parto vaginal, 110 (92%) neonatos nacieron en buenas condiciones y 9 (8%) nacieron deprimidos, en base al Apgar. En el grupo donde no se aplicó partograma se presentaron distocias intraparto en 182 casos (17%), en 145 casos (80%) se resolvieron por vía vaginal y en 37 casos (20%) por cesárea. En relación a los nacidos por vía vaginal, 119 neonatos (84%) tuvieron Apgar ≥ 7 y 23 neonatos (16%) con Apgar < 7 . La comparación entre las condiciones de los recién nacidos por vía vaginal fue estadísticamente significativa, ya que la z calculada fue mayor que el valor de $z_{0,05}$ (1,96)

En relación a los casos con partos distócicos resueltos por cesárea, las condiciones de los neonatos en base a la puntuación de Apgar fueron los siguientes: 13 casos (87%) de la muestra estudio nacieron en buenas condiciones y 2 (8%) deprimidos; en el grupo control 29 (81%) nacieron en buenas condiciones y 7 (19%) nacieron deprimidos, no se alcanzó significancia estadística.

Con relación a las muertes intraparto, se presentaron 2 en el grupo estudio, correspondiente a partos distócicos (de descenso), con circulares de cordón irreductibles. En el grupo control

hubo en total 4 muertes 3 muertes por hipoxia intraparto que nacieron por vía vaginal y 1 caso se presentó una ruptura uterina en una paciente que al llegar a dilatación completa presentó shock hipovolémico, con muerte materna y del producto en el acto operatorio. Dando una tasa de mortalidad fetal para el grupo de estudio de 2,5 por 1000 nacidos vivos, y para el grupo control fue de 3,5 por 1000 nacidos vivos.

COMENTARIOS

El éxito del trabajo de parto se basa en términos de resultados. La desproporción céfalo-pélvica es la distocia más frecuente, conllevando en un 20-50% la detención secundaria de la dilatación cervical, anomalías en el descenso, etc., produciendo trabajos de partos prolongados, con hipoxia intraparto, cansancio materno y riesgo de infección tanto materna como fetal (1,2)

En los últimos años la frecuencia de cesáreas ha ido aumentando paulatinamente y una de sus primeras indicaciones es la distocia intraparto (9,10), de ahí, la necesidad de diagnosticar precozmente esta patología a fin de aplicar un tratamiento oportuno y obtener un buen resultado materno y perinatal.

En un trabajo multicéntrico patrocinado por la OMS (11) donde evaluaron el manejo y el resultado del parto en pacientes a quienes se les practicó partograma, encontraron una reducción de trabajos de partos prolongados, disminución de la necesidad de uso de oxitócicos, igualmente el número de cesáreas de emergencia y las muertes fetales disminuyeron significativamente, concluyendo que el partograma es un método válido y aceptable y de bajo costo en la vigilancia del trabajo de parto.

En nuestro estudio se consiguió, tanto en los partos vaginales con o sin distocias, mejores condiciones neonatales, tal vez determinado por el diagnóstico precoz de cualquier anomalía que conllevan a un tratamiento inmediato. Igualmente la resolución por cesárea fue menor en el grupo a quienes se les realizó partograma con mejores resultados en las condiciones neonatales en contraposición al grupo control, tal vez motivado a que la resolución obstétrica se haga tardía probablemente por diagnóstico inadecuado con las consecuencias negativas para el producto de la concepción.

La MF intraparto en el grupo control fue de 3,5 por 1000 NV en contraste a 2,5 por 1000 NV en el grupo estudio e igualmente la ausencia de rotura uterina y de mortalidad materna en el grupo estudio nos habla de la utilidad del partograma en el manejo obstétrico.

En conclusión el uso del partograma como herramienta para el control del trabajo de parto nos permitiría detectar tempranamente cualquier alteración del trabajo de parto y determinar verdaderamente la presencia o no de distocias intraparto dejando el carácter subjetivo del diagnóstico.

De tal manera que el partograma constituye un recurso eficaz en la atención del trabajo de parto tanto a nivel hospitalario como a nivel primario, ya que, permite detectar precozmente cualquier anomalía en el mismo permitiendo la referencia oportuna.

El partograma debe constituirse en una herramienta básica en la atención materna e incluirse en el pensum a nivel de pregrado.

En conclusión, la aplicación del partograma demuestra su utilidad en la atención del trabajo de parto en la identificación oportuna de anomalías.

“Una imagen vale más que mil palabras”

AGRADECIMIENTO Al personal del Departamento de Historia Médicas del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara” por su desinteresado esfuerzo y ayuda en la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheen P, Hayashi R. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: líneas de alerta y acción. Clin Obstet Ginecol 1987, **1**:31-38.
2. Arias F. **Trabajo de parto y partos anormales.** en Arias F: Guía práctica para el embarazo y el parto de alto riesgo. 2ª edición, Mosby/Doyma Libros, España, Pág. 395-423, 1994.
3. Schwarcz R, Díaz A G, Nieto F.: Partograma con curvas de alerta: guía para la vigilancia del parto. Salud Perinatal. Boletín del CLAP-OPS/OMS, **2** (8):93-96, 1987.
4. Drouin P, Nash BT, Nkounawa F. The value of the partogramme in the management of labor. Obstet Gynecol 1979, **53**(6):741-745.
5. Orta Vásquez JR, Orta-Burgazzi JR, Bardía-Deu R. El partograma y su influencia en la mortalidad perinatal. En Conferencia Nacional sobre historia clínica Perinatal. Dirección Materno Infantil, SAS, Caracas, Venezuela, 22-24, 1991.
6. Departamento de Perinatología, Dirección Materno-Infantil, MSAS: Instructivo para el llenado del partograma. 1991.
7. Orta-Vásquez JR. Vigilancia Gráfica del Trabajo de Parto y Plantilla con Curva de Alerta. Trabajo de Ascenso, Universidad de Oriente, Departamento de Obstetricia y Ginecología, 1995.
8. Fabre E, Carrera JM, Monleón J, Navarrete L. **Investigación Clínica en Perinatología.** Masón, S.A. España, 1ª Edición, 1998.
9. López G, Rivas M, Méndez N, Bracho de López C, Bentivegna G, Di Terlizzi M. Operación cesárea en la Maternidad del Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”. Puerto Cabello. 1984-1993
10. Molina R, Mármol de Maneiro L, Sánchez J. Cesárea: tendencia en frecuencias e indicaciones. Rev Obstet Ginecol Venez 1995;**55**:65-70.
11. World Health Organization (WHO). World Health Organization partograph in management of labour. Lancet 1994 **343**:1399-1405.