



## **La historia clínica del parto o partograma: UNO DE LOS INSTRUMENTOS ÚTILES PARA DISMINUIR EL ERROR EN EL ACTO MÉDICO**

**BERNARDO AGUDELO JARAMILLO\***

Nacer es un proceso natural como cualquier otro, pero inherente al mismo se pueden presentar complicaciones, algunas de las cuales pueden ser previstas por el equipo asistencial pero otras escapan de la percepción del observador. Lo más importante en la atención de la gestante en trabajo de parto es identificar, en la medida de lo posible, todas aquellas circunstancias que pueden poner en riesgo al binomio materno-fetal durante este proceso. Bajo condiciones normales, es de esperar que el 80%-90% de las gestaciones terminen por la vía vaginal, sin embargo, la cesárea siempre será una opción para nacer así como otras intervenciones médicas dirigidas a controlar los riesgos materno-fetales y a controlar la desviación del comportamiento natural. Sin embargo, la buena y justificada intención médica puede verse ensombrecida por los eventos adversos.

Las decisiones médicas deben obedecer al análisis crítico de la información clínica de una situación en particular, que se debe resal-

---

\*Coordinador del Grupo Interdisciplinario de estudio del Síndrome Hipertensivo Asociado al Embarazo, GIE-SHAE  
Docente Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Facultad de Medicina Universidad de Antioquia



tar de manera objetiva en la historia del paciente. Esta evidencia de la práctica médica es tan válida como la evidencia suministrada por la investigación y finalmente el concepto del médico tratante será la decisión adecuada. El error es inherente a la acción humana, y este puede ser por omisión o por comisión. Pero, es necesario resaltar que el acto humano de un profesional es en principio bien intencionado, y que la acción siempre estará inmersa en un sistema o conjunto de procesos que la facilita o la dificulta. Recientemente, el análisis de los errores ocurridos en otras profesiones de alto riesgo ha permitido aplicar un modelo de control para identificar las condiciones que favorecen un evento adverso, como son: evaluar las deficiencias del sistema, las deficiencias de los equipos dispuestos para el trabajo, las dificultades en el medio ambiente, y los problemas inherentes al factor humano.

Por esto, es necesario insistir en la importancia de brindar atención con calidad al binomio materno-fetal en el proceso del trabajo de parto y parto, por medio de:

1. Asistencia oportuna y adecuada en la condición prehospitolaria
2. Vigilancia intra-hospitalaria permanente y con calidad.
3. Soporte técnico, científico y logístico suficientes según el nivel de atención.
4. Decisiones médicas soportadas por la evidencia clínica de la práctica médica y de la literatura científica.

La vigilancia cuidadosa del trabajo de parto, con registro esmerado del proceso, es una de las estrategias que contribuyen en la identificación y control de los riesgos, además de ser una forma alternativa para brindar acompañamiento y atención humanizada a la gestante. Por su parte, el registro objetivo y sistematizado del trabajo de parto es una fuente invaluable de análisis e información para evaluar la calidad, la pertinencia y la oportunidad de los servicios obstétricos. Hoy día, es una prueba legal en situaciones difíciles de la práctica médica, cuando el evento adverso ocurre y el acto médico es cuestionado.



## **REQUISITOS PARA LA VIGILANCIA CON CALIDAD DEL TRABAJO DE PARTO.**

En los países pobres con dificultades sociales, culturales y administrativas, los indicadores de la situación en salud sexual y reproductiva son preocupantes. La elevada mortalidad materna y perinatal, que supera 10 a 20 veces la que reflejan los países económicamente empoderados, refleja la deficiencia en los sistemas de salud, la inequidad en la atención en salud y la deficiencia del compromiso político con las clases sociales menos favorecidas. Esta situación ha llevado a organismos internacionales y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a proponer un plan de acción para controlar este flagelo. Las metas del milenio incluyen la atención con calidad del proceso reproductivo, proponiendo la asistencia hospitalaria del trabajo de parto y del parto, la capacitación del personal de salud principalmente a parteras y a la comunidad, el apoyo institucional, la práctica de estrategias exitosas y el desarrollo de investigación local y ajustada a las necesidades regionales.

Con el fin brindar al binomio materno-fetal una atención humanizada y con calidad, se propone satisfacer algunos elementos que contribuyen en la interpretación del proceso y facilitan la evaluación permanente, de tal forma que orientan la toma de decisiones acertadas, oportunas y con respaldo a partir de la experiencia. Ellos son:

1. Soportar la práctica clínica con los conocimientos fundamentales de la fisiología de la actividad contráctil uterina, la regulación neuro-inmuno-endocrina, los componentes anatómicos y fisiológicos comprometidos en el proceso del parto, e identificar las diferentes fases descritas del trabajo de parto, parto y recuperación.
2. Mantener una actitud vigilante y de acompañamiento al binomio materno-fetal.
3. Reconocer oportunamente las desviaciones del comportamiento del trabajo de parto, parto y recuperación, con el fin de actuar de



manera adecuada y pertinente según el nivel de atención.

4. Conocer y asimilar el instrumento de vigilancia clínica para este proceso, identificado como la historia clínica del parto o partograma.

## **ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO O PARTOGRAMA**

Considerando que los tres primeros elementos sean satisfechos, la elaboración de la historia clínica del parto, o partograma, debe hacer parte habitual de la actividad médica en todos los niveles de atención.

Cada evaluación clínica a la mujer en trabajo de parto debe incorporar cinco preguntas fundamentales:

1. ¿Como está la actividad uterina?
2. ¿Como es la relación entre pelvis ósea y los tejidos blandos que conforman el canal?
3. ¿Como es la relación del feto y sus características con el continente?
4. ¿Como está el ambiente fetal y su nivel de tolerancia al trabajo de parto?
5. ¿Cuál es la condición clínica de la mujer en trabajo de parto y el nivel de adaptación?

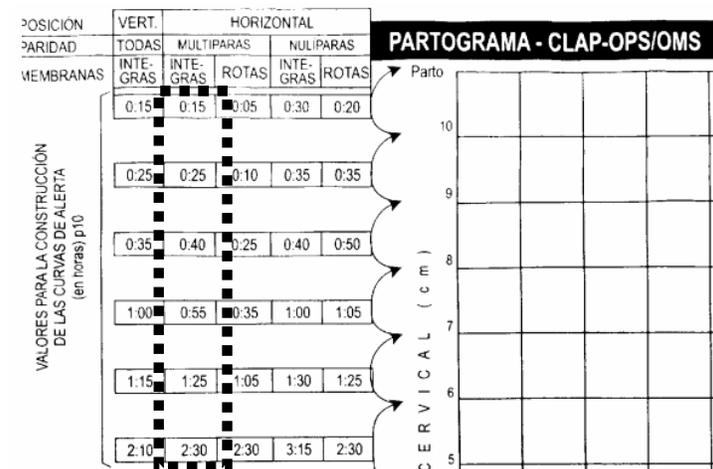
**Elementos de la historia clínica del parto, partograma:** la historia propuesta por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP/OPS-OMS) fue diseñada por el grupo del doctor Ricardo L Schwarcz y colaboradores. Esta incluye los siguientes elementos:

**1. Identificación:** en el extremo superior derecho aparece el nombre de la gestante, la fecha de atención y el número de la historia. Aquí inicia el proceso de calidad de la historia clínica



<b>S</b>	NOMBRES Y APELLIDOS										dia	mes	año	N° DE HISTORIA CLÍNICA									
													PLANOS										

**2. Tiempos de dilatación:** Esta tabla, ubicada en el extremo superior izquierdo, tiene los tiempos de dilatación cervical obtenidos de grandes estudios poblacionales, y organizados según las variables que modifican la dilatación, así: la posición vertical de la mujer en trabajo de parto, sea sentada o de pie, con respecto a la posición horizontal influye en el tiempo de dilatación si las membranas amnióticas están íntegras. Si la posición durante el trabajo de parto es en decúbito, o sea horizontal, influye si la gestante es multípara o es nulípara, y según el estado de las membranas. Cuando las membranas están rotas, la posición no influye pues la presentación se aplica más estrechamente al cervix e influye es la paridad. Los tiempos de dilatación se leen desde abajo hacia arriba, según las características que tenga la mujer y el predominio de su posición. En el ejemplo, la mujer multípara, con membranas íntegras en posición horizontal requiere 2:30 horas para pasar de 5 cm a 6 cm, luego 1.25, y así sucesivamente.





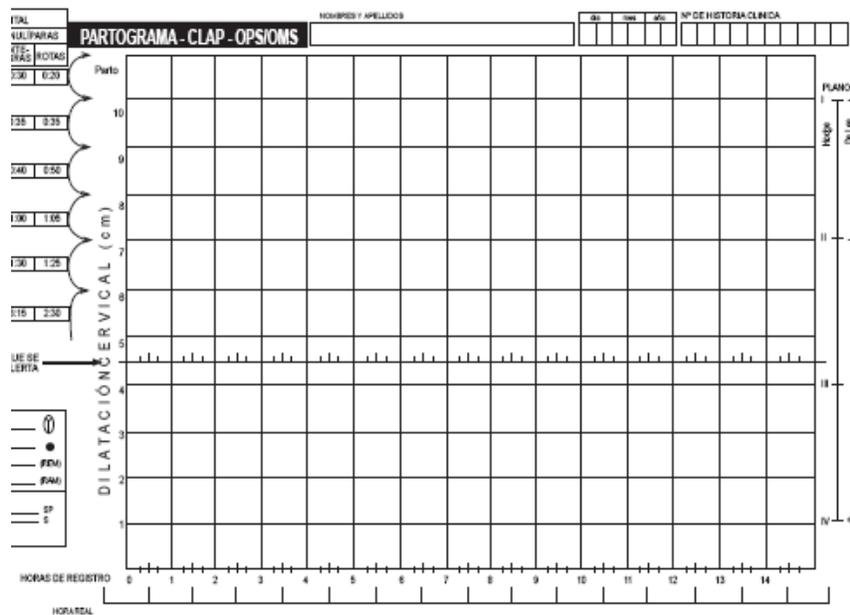
**3. Convenciones:** sugiere los elementos y siglas a utilizar para representar las condiciones en la elaboración del partograma, como: la ubicación de la estación, la dilatación cervical, la intensidad de la contracción, la localización del dolor, la frecuencia cardíaca fetal y la posición materna durante el trabajo de parto. Cada momento de dilatación en las curvas de la gestante y en la de alerta se indican con un punto, pero se deben diferenciar con el punteado de la línea de alerta. La cuadrícula del partograma es amplia y permite ubicar en cualquier lugar la información necesaria que sustente la evolución del trabajo de parto. Inclusive se debe registrar en este espacio cuando se aplica oxitócicos, cuando se realizan los monitoreos electrónicos al feto, las características del líquido amniótico, etcétera.

PLANO DE INICIO Y VARIAS DE POSICIÓN _____ ①	
DILATACIÓN CERVICAL _____ ●	
ROMPA ESPONTÁNEA MENI. _____ (FEM)	
ROMPA ARTIFICIAL MENI. _____ (FAM)	
<b>INTENSIDAD</b> Fuerte _____ +++ Normal _____ ++ Débil _____ +	<b>LOCALIZACIÓN</b> Suprapúbica _____ SP Sacra _____ S
<b>FRECUENCIA CARDÍACA FETAL</b> Débil tipo I (Desaceleración precoz) _____ Débil tipo II (Desaceleración tardía) _____ Débil variable (Desaceleración variable) _____ Menor: _____	<b>HORAS DE REGÍSTR</b>  <b>HORA REAL</b> _____ <b>HORA</b> _____
<b>POSICIÓN MATERNA</b> Lat. Derecha _____ UD Lat. Izquierda _____ UI Decub. _____ D Semiprótula _____ SD Sentada _____ S Parada o caminando _____ PC	<b>POSICIÓN MATERNA</b> _____ <b>TENSIÓN ARTERIAL</b> _____ <b>PULSO MATERNO</b> _____ <b>FRECUENCIA CARDÍACA FET</b> _____ <b>DURACIÓN CONTRACCIONES</b> _____ <b>FREC. CONTRACCIONES</b> _____ <b>COLOUR</b> Localiz. Ritmo. _____

SCHWABER, J. DACT. # 02.  
 MED. (C.O.)  
 P.O. Clínica M<sup>o</sup> HSA, 1997,  
 Montevideo, Uruguay



**4. Cuadrícula de la dilatación:** es la cuadrícula grande de 11 x 14 cm. En el eje vertical se registra la dilatación hasta 10 cm., y en el eje horizontal están las horas de registro del trabajo de parto, desde cero horas hasta catorce. A cada hora de registro le corresponde un espacio para la hora real, en el que se debe indicar la hora en que se inicia el registro de la dilatación, y luego las sucesivas, hora tras hora. Nótese que la línea horizontal, donde se encuentran las horas de registro, esta dividida cada una en segmentos de 15 minutos, así como la línea horizontal ubicada entre 4 y 5, llamada línea de base.



En el lado derecho de la tabla de dilatación aparece una barra vertical para registrar la estación en cada momento de la dilatación que esta sea identificada. Aunque utiliza los criterios de Hodge y de De Lee, se sugiere indicar sobre esta línea los valores en tercios a partir de cero, tal como se utiliza en nuestro sistema de medición de la estación (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)



5. **Tabla de evaluación clínica:** presenta las variables clínicas para evaluar la gestante en trabajo de parto, o también antes de iniciar el trabajo de parto mientras se evalúa por su condición clínica, por ejemplo en la paciente con síndrome hipertensivo que va a ser inducida, entre otros casos. Brinda la oportunidad de registra 16 evaluaciones identificadas desde la “a” hasta la “p”. Aunque los espacios de registro de la hora real y la hora de evaluación coinciden verticalmente, no tiene que existir coincidencia de estos tiempos. La hora real es independiente y esta definida por el tiempo cero de registro de la dilatación.

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: Lokaliz. Fines:																

## GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PARTO, PARTOGRAMA:

Friedman describió las diferentes fases del trabajo de parto en el cual describe tres: **fase latente**, es decir cuando comienza la modificación del cuello hasta los 3-4 cm, puede durar 18 a 24 horas; seguida de la **fase activa** que comienza en 3-4 cm, con óptima actividad contráctil y que conduce a la dilatación completa y al descenso de la cabeza hacia el estrecho inferior de la pelvis; y la última o **fase del expulsivo**, cuando se alcanza el introito vulvar y ocurre el nacimiento. Con base en esta información, Philpott (1972) y Studd (1973) propusieron la graficación de la etapa activa del trabajo de parto como herramienta clínica para la vigilancia del trabajo de parto, o partograma, con dos líneas arbitrarias de alerta y de acción ubicada dos y cuatro horas después del inicio del trabajo de parto activo. El grupo del CLAP adoptó esta propuesta, pero la modificó con la realización individual de la curva de alerta de acuerdo con las circunstancias de cada gestante, y es la que se presenta como la historia clínica del parto descrita.



La condición para iniciar el registro de la dilatación es la existencia de un trabajo de parto activo con una dilatación superior a 3 cm. Para efectos prácticos se propone iniciar el registro cuando la dilatación alcanza los cuatro centímetros (4 cm.), porque este momento es declarado como el punto de dilatación que mejor evidencia el trabajo de parto activo.

La evaluación de la dilatación se puede realizar cada hora, mientras la paciente sobrepasa la línea de base, siguiendo la propuesta aceptada universalmente que dice que las primíparas en trabajo de parto dilatan un centímetro por hora y las multíparas hasta 1,5-2,0 cms. Una vez la curva de dilatación cervical de la gestante sobrepasa los 4,5 cm., identificado como línea de base, se traza la “curva de alerta”, que es una guía soportada por el comportamiento clínico de cientos de mujeres en trabajo de parto, que ha sido respaldado con diversos estudios bien controlados. Esta curva define dos áreas de comportamiento en la dilatación, el área hacia la izquierda de la misma que corresponde al 90% de la población, y el área hacia la derecha de ella que corresponde al restante 10%. Por lo tanto, la curva de alerta corresponde al comportamiento entre los percentiles p90 y p10. El primer registro de dilatación debe estar siempre en la línea vertical del tiempo cero de registro, y la hora real que corresponde al momento en que se detecta esta dilatación se registra en los espacios de hora real, y se llenan todos los restantes en consecución horaria, así, si la hora cero del registro son las 15:30, los siguientes espacios de hora real deben ser 16:30, 17:30, 18:30, etc.

La curva se traza con los tiempos de dilatación que presenta la tabla superior izquierda. Cada columna pertenece a un perfil de población con características particulares que influyen en el proceso de dilatación como son la posición vertical en relación con la integridad de las membranas, y la posición horizontal en relación con la paridad. La curva se construye a partir del punto de intersección de la curva de dilatación de la paciente con la línea de base. Pero si la gestante es captada en trabajo de parto activo con dilatación superior a 4,5 cm.,



la curva de alerta se inicia en el punto de la dilatación donde inicia la curva del partograma, sea en 5, 6 o más. En esta situación se asume que la gestante que inicia la supervisión del partograma está evolucionando entre el p90 y el p10, pues es imposible definir como venía la progresión de la dilatación.

Cuando se traza una curva de alerta para las condiciones iniciales de la gestante, y la evolución del trabajo de parto demuestra que la curva de dilatación sobrepasa la curva de alerta, significa que la paciente ha pasado del 90% del comportamiento poblacional hacia el área del 10%. En este momento es necesario analizar objetivamente las condiciones de la gestante, con soporte en las cinco preguntas propuestas, y se procede a cambiar las condiciones iniciales de la gestante de acuerdo con el análisis, es decir: romper membranas si estas son íntegras, mejorar la actividad uterina si esta es anormal, detectar problemas no detectados anteriormente o que aparecen recientemente en el trabajo de parto como son los problemas del contenido (actitud, posición, etc), o del continente (distocia cervical, obstáculos no detectados inicialmente). Si se logra cambiar las variables de la condición en la gestante, se debe trazar una nueva curva de alerta con los valores de las nuevas variables, a partir del punto de dilatación donde se encuentra la paciente. Esta nueva curva quiere decir que a la gestante se le brinda una nueva oportunidad en el trabajo de parto bajo nuevas condiciones, o sea que se asume que ella está entre el p90 y el p10.

Si los cambios de las variables que caracterizan a la gestante cambian en el curso de la dilatación en el área del p90, la nueva curva de alerta se traza en la curva de alerta ya trazada y a nivel de la dilatación en la que se encuentra la gestante.

Cuando la curva de dilatación cervical se acerca progresivamente a la curva de alerta o la cruza, bien sea porque se estabiliza la dilatación o disminuye su ascenso, debe llamar la atención del personal asistente para evaluar las condiciones de la gestante y cambiar el rumbo del trabajo de parto. La curva de dilatación puede ubicarse hacia el



lado derecho de la curva de alerta, pero siempre y cuando el progreso sea paralelo a esta se puede permitir el trabajo de parto con vigilancia estricta. En este momento es importante corregir las potenciales alteraciones del proceso normal y asumir conductas médicas validadas como la analgesia peridural, el vaciamiento de la vejiga, el refuerzo de la actividad uterina con oxitócicos, la mejoría de las condiciones clínicas maternas y fetales. De lo contrario, permitir que la curva de dilatación cervical continúe avanzando en el tiempo hacia la derecha y sin progreso adecuado de la dilatación, es omitir el concepto de vigilancia materna y fetal, y permitir la aparición de riesgos sobre la salud fetal y costosas repercusiones en la gestante como la discapacidad causada al neonato o la muerte, y potenciales complicaciones maternas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Schwarz, RL, Diverges, CA, Diaz, AG, Fescina, RH. Schwarcz-Salas-Duverges. 5ª Ed., Ateneo, Buenos Aires. 1997. 621 p.

Schwarcz, RL. Publicación Científica del CLAP, N° 1153, 1987.

Studd, J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. Br Med J, 24 nov.:451-455. 1973

World Health Organization partograph in management of labour. WHO, Motherhood Programme. Lancet, 343:1399-1404. 1994