

# 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).

|                                  |                   |  |  |     |     |     |                        |  |  |  |
|----------------------------------|-------------------|--|--|-----|-----|-----|------------------------|--|--|--|
| <b>PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS</b> | NOMBRE Y APELLIDO |  |  | día | mes | año | N° DE HISTORIA CLINICA |  |  |  |
|                                  |                   |  |  |     |     |     |                        |  |  |  |

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

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 de cada columna de esta tabla no tienen concordancia estricta con las horas consignadas en la tabla del partograma (ver gráfico 4), pues por cada vez que se evalúa la paciente no debe realizarse un tacto vaginal.

Esta parte del partograma debe ser diligenciada cada vez que se evalué la paciente por cualquier miembro del equipo de sala de parto (Interno, Residente, Especialista, Licenciada en enfermería).

| HORA                      | a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| POSICION MATERNA          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| TENSION ARTERIAL          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| PULSO MATERNO             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FRECUENCIA CARDIACA FETAL |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| DURACION CONTRACCIONES    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| FREC. CONTRACCIONES       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| DOLOR / Localiz./Intens.  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Gráfico 2. Vigilancia clínica del trabajo de parto

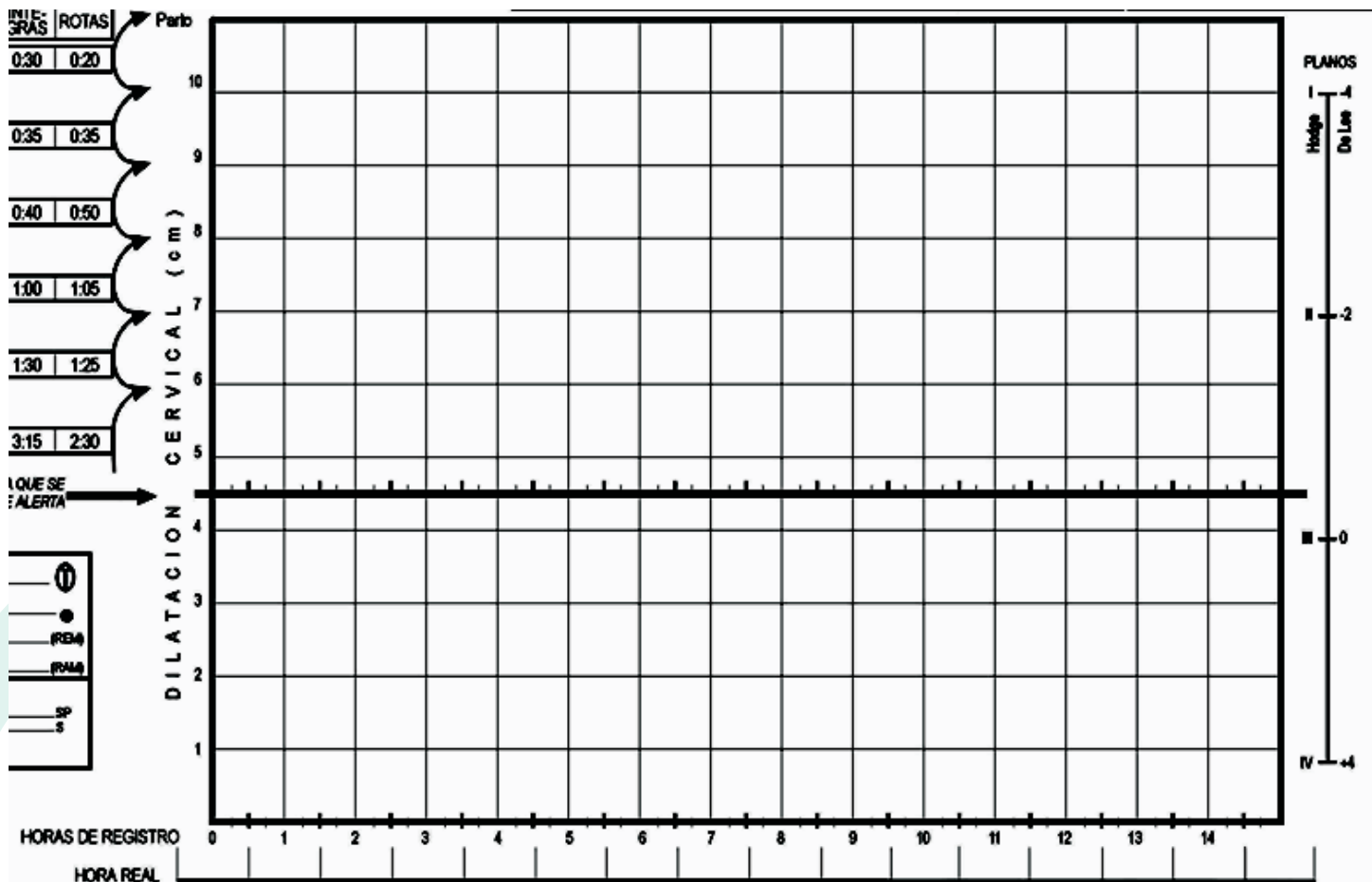


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

3. En la parte inferior izquierda del partograma (ver gráfico 3), se encuentran las convenciones propuestas para el diligenciamiento del partograma. 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 cardíaca 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 gráficos 2 y 4).

○

|   |  |   |
|---|--|---|
| REFERENCIAS   | PLANOS DE HODGE Y<br>VARIEDAD DE POSICION _____                    |   |
|   | DILATACION CERVICAL _____ ●  |   |
|   | ROTURA ESPONTANEA MEMB. _____ (REM)                                |   |
|   | ROTURA ARTIFICIAL MEMB. _____ (RAM)                                |   |
|   | INTENSIDAD<br>Fuerte _____ +++<br>Normal _____ ++<br>Débil _____ + | LOCALIZACION<br>Suprapúbico _____ SP<br>Sacro _____ S |
| FRECUCENCIA CARDIACA FETAL<br>Dips tipo I<br>(Desceleración precoz) _____ I<br>Dips tipo II<br>(Desceleración tardia) _____ II<br>Dips variables<br>(Desceleración variable) _____ V<br>Meconio _____ M |  |   |
| POSICION MATERNA<br>Lat. derecho _____ LD<br>Lat. izquierdo _____ LI<br>Dorsal _____ D<br>Semisentada _____ SS<br>Sentada _____ S<br>Parada o caminando _____ PC  |  |   |

Gráfico 3. Convenciones para diligenciar el partograma.

4. En la parte superior derecha se gráfica 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 3-4 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, lo que puede llevar a tomar decisiones inadecuadas.**

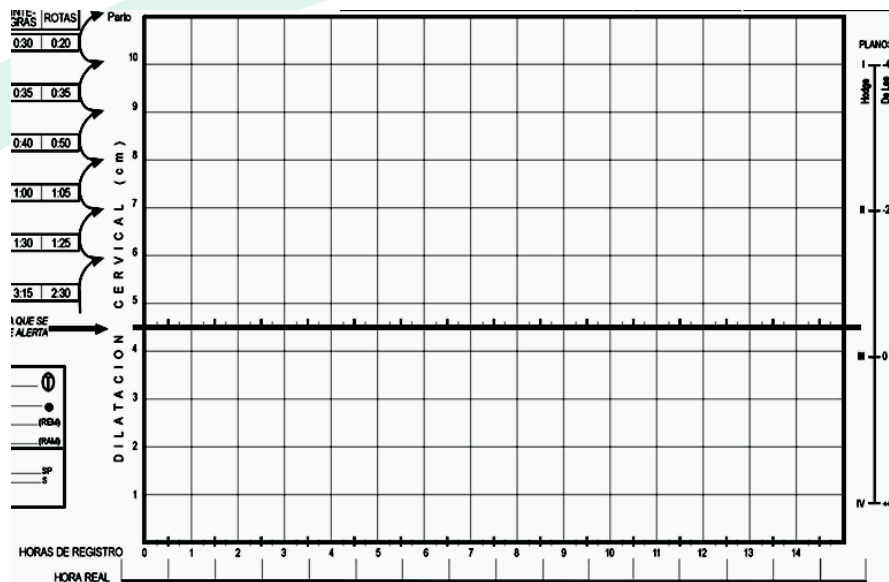


Gráfico 4. Tabla para graficar la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

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.

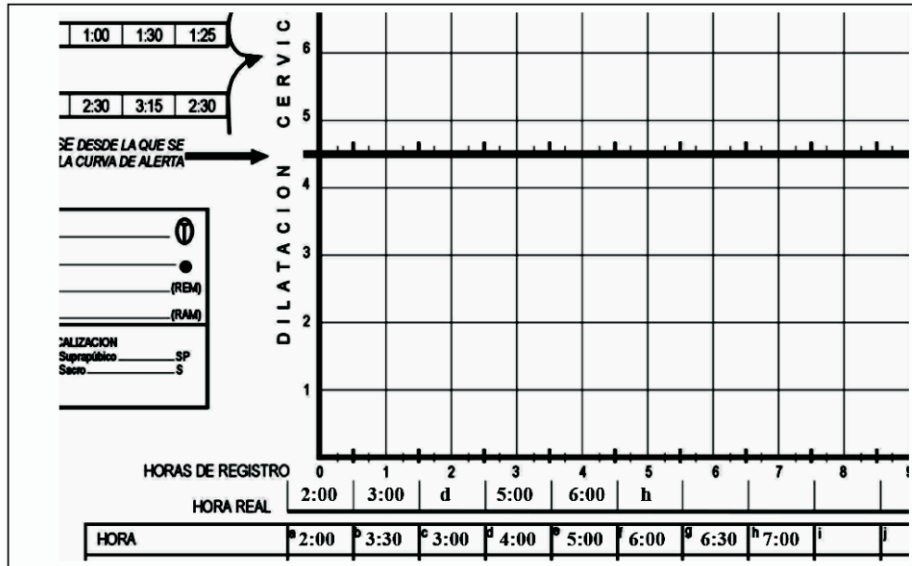


Gráfico 5. Horas de evaluación clínica y del registro grafico del partograma

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).

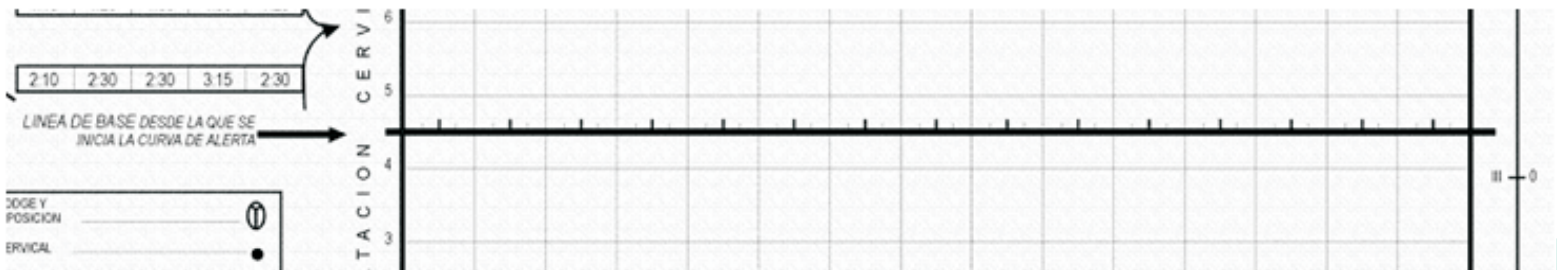


Gráfico 6. Línea de base a partir de la cual se inician las curvas de alarma.

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 multipara, 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).

| MEMBRANAS | VERT.     |           | HORIZONTAL |           |       | PARTO |
|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-------|-------|
|           | TODAS     |           | MULTIPARAS | NULIPARAS |       |       |
|           | INTE-GRAS | INTE-GRAS | ROTAS      | INTE-GRAS | ROTAS |       |
|           | 0.15      | 0.15      | 0.05       | 0.30      | 0.20  | Parto |
|           | 0.25      | 0.25      | 0.10       | 0.35      | 0.35  | 10    |
|           | 0.35      | 0.40      | 0.25       | 0.40      | 0.50  | 9     |
|           | 1.00      | 0.55      | 0.35       | 1.00      | 1.05  | 8     |
|           | 1.15      | 1.25      | 1.00       | 1.30      | 1.25  | 7     |
|           | 2.10      | 2.30      | 2.30       | 3.15      | 2.30  | 6     |
|           |           |           |            |           |       | 5     |

Gráfico 7. Tiempos y características de las pacientes para construir las curvas de alerta.

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: **iniciar la curva de alerta en la línea de base.**

b) Si la paciente ingresa en 6 cm, de dilatación o más iniciar la curva de alerta en el punto que indica la dilatación correspondiente.

El siguiente ejemplo muestra como se construyen las curvas de alarma para una paciente múltipara con membranas rotas que ingresa en 5 cm de dilatación y otra que ingresa en 6 cm (ver gráfico 8).

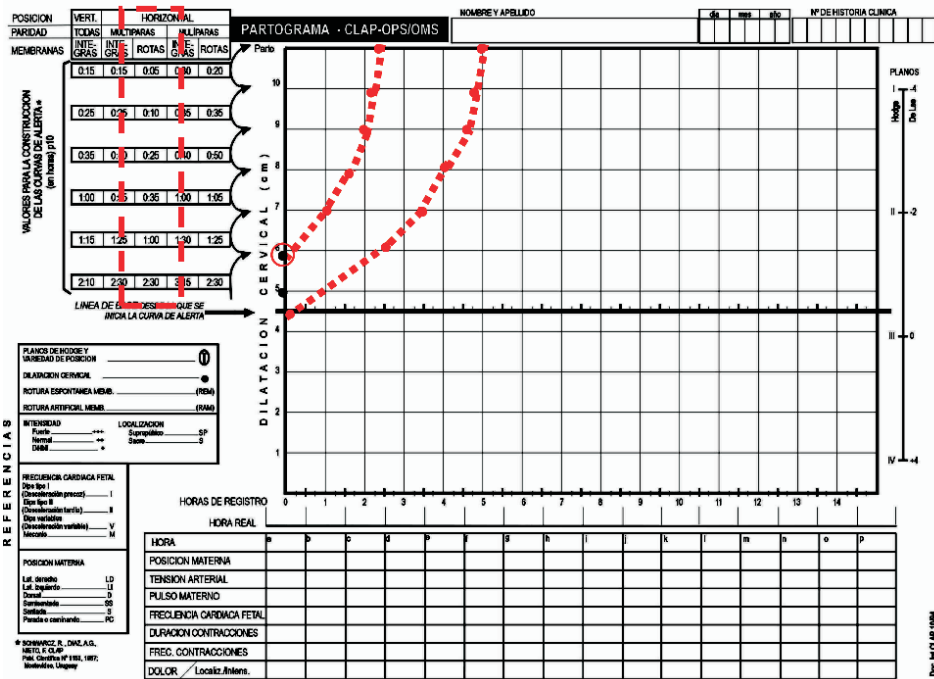


Gráfico 8: construcción curvas de alarma cuando la paciente ingresa en 5 y 6 de dilatación.

c) Si 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 la siguiente que este por encima de la misma y construir la curva de alerta desde el punto donde la línea recta intercepta la línea de base. 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 núlpara con membranas íntegras.

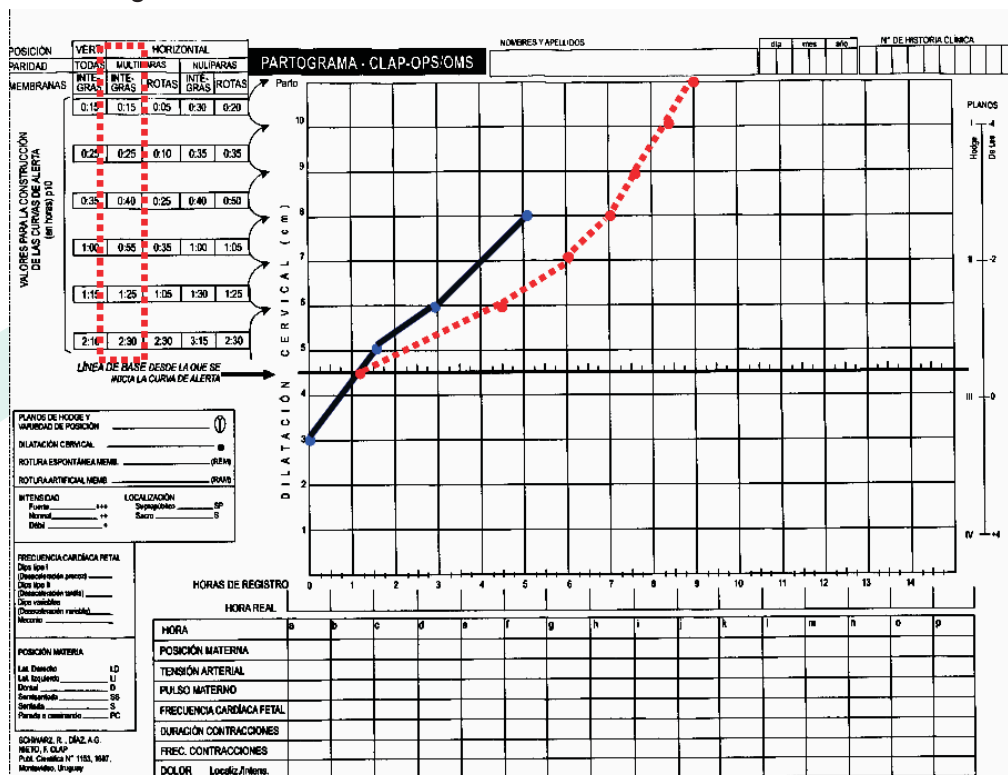
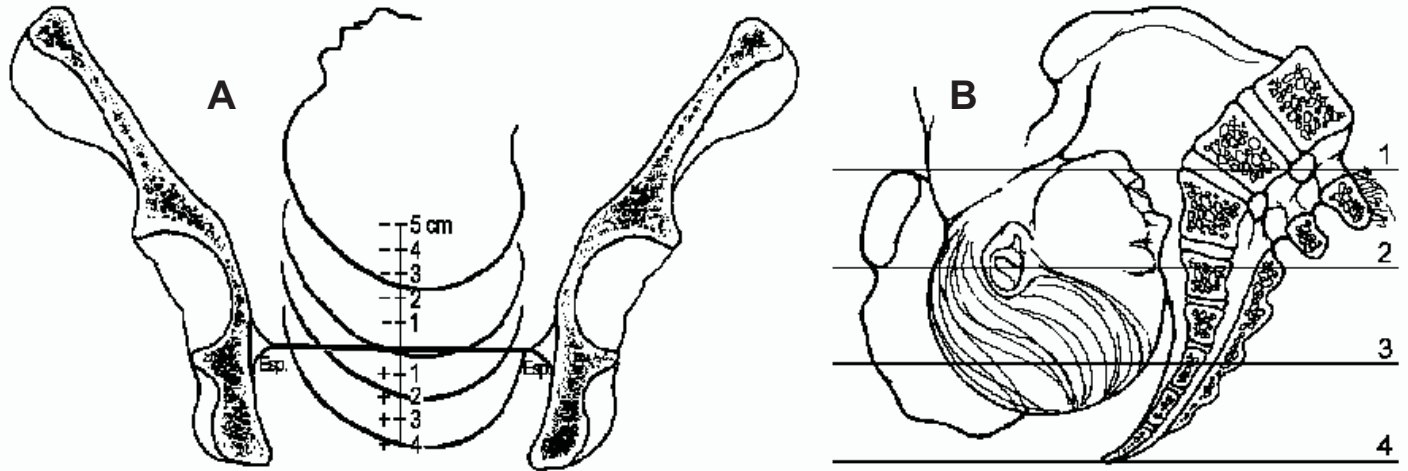


Gráfico 9. Construcción de la curva de alerta en los casos donde se inicia el registro gráfico por debajo de la línea de base.

9. Para construir la curva de descenso de la presentación (estación) se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:  
**a.** Recordar que durante el trabajo de parto, la estimación del descenso de la presentación se evalúa bien por los planos de DeLee (Gráfico 10-A), o bien, por los planos de Hodge (Gráfico 10-B).

En el primero, cuando el punto más declive de la presentación está a nivel del plano de las espinas ciáticas se considera que el descenso o la estación está encajada, o en el plano (0) cero; si esta por encima de las espinas se considera que está en estación negativa (-) y si esta por debajo está en estación positiva (+), calificando con número del 1 al 5 el grado del descenso, como a tantos centímetros se encuentre la presentación por encima o bien por debajo del plano interespinoso.

El primer plano de Hodge se encuentra a nivel del plano de la línea supra pública, el segundo plano a nivel de la línea del borde inferior de la sínfisis, el tercer plano a nivel de la línea interespinosa y el cuarto grado o profundante encajar a nivel del plano de la porción inferior del coxis.



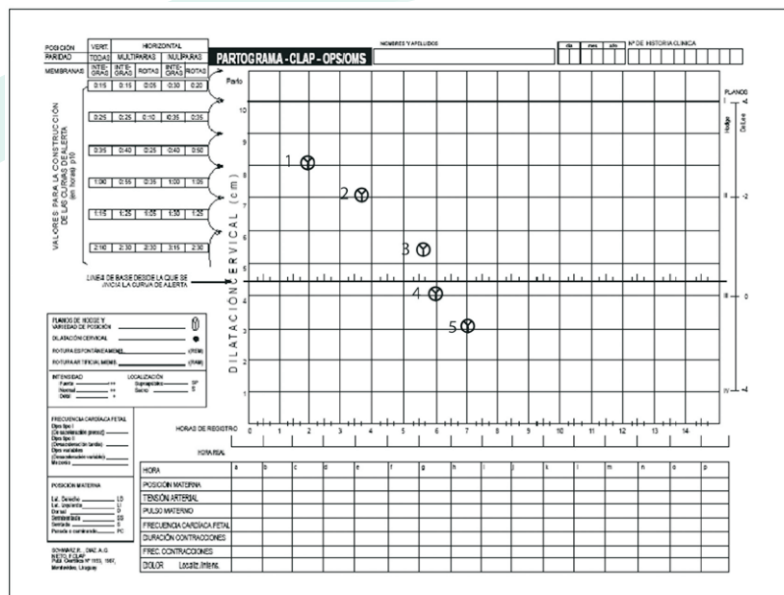
**Gráfico 10: Evaluación del descenso de la cabeza fetal mediante el examen vaginal por los planos de DeLee y de Hodge; la estación 0 (Cero) de los planos de DeLee ó Tercer plano de Hodge corresponden cuando el punto declive de la presentación esta a nivel de las espinas ciáticas.**

**b.** 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 quedarán los planos de -1, -2 y -3 por encima del cero y de +1, +2 y +3 por debajo del cero. (Ver gráfica 10)

**c.** Emplee el icono denominado “planos de Hodge o por los planos de DeLee, y la 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 para tomar decisiones oportunas y pertinentes tales como ruptura de membranas, verificación y rotación de la presentación o cesárea.



**Gráfico 11: Construcción de la curva del descenso relacionándola con la variedad al posición.**

### 10. Condiciones cambiantes durante el trabajo de parto

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura 12 muestra el caso de una múltipara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegra. Ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs. con 4 cm de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm. La gráfica de la dilatación cortó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso.

Debido que a los 7 cm las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una múltipara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas. El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa a nivel de los 7 cm, en que se constató la rotura de las membranas. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

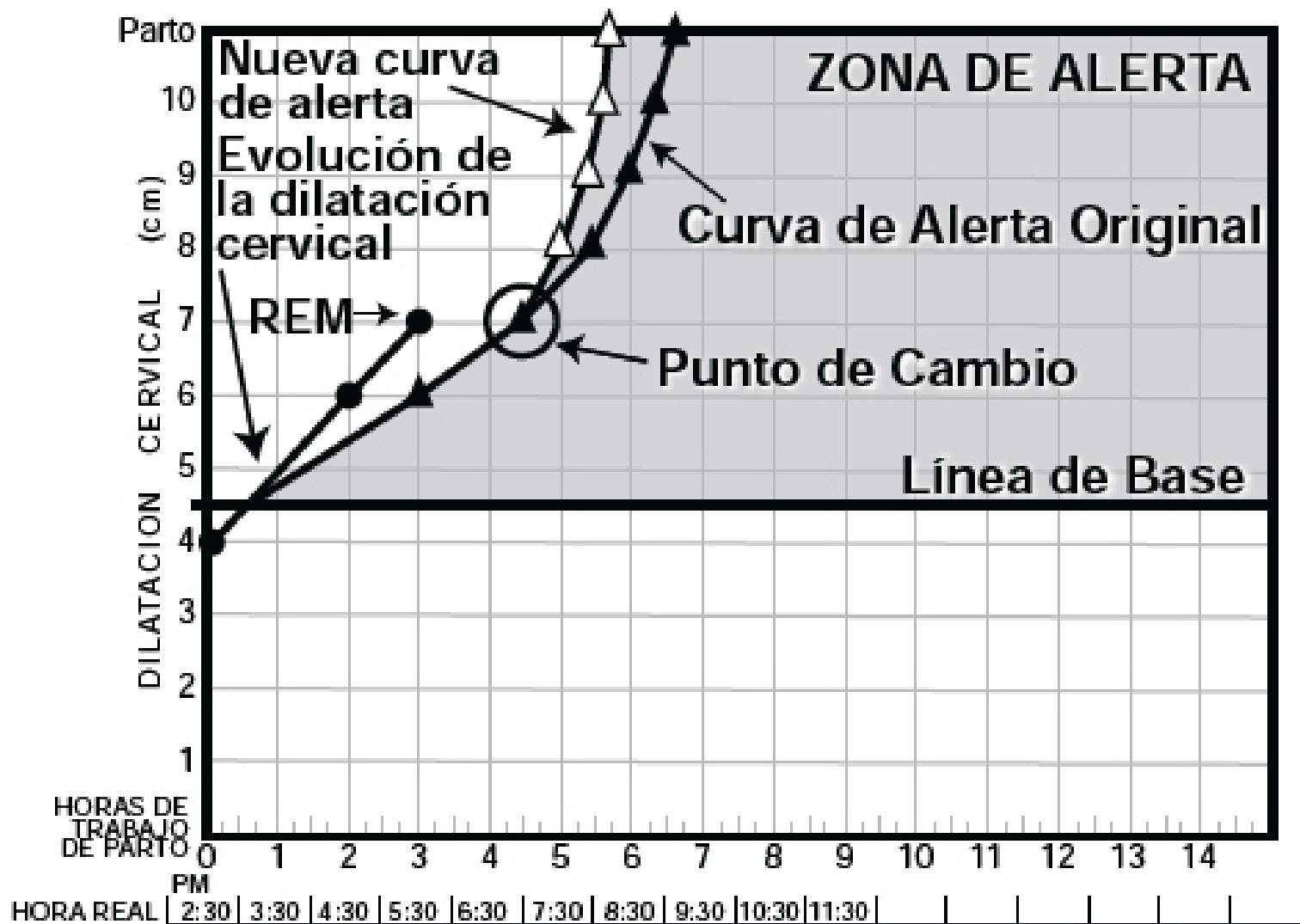


Gráfico 12: Gráfica que representa el área de la zona de alerta y la elaboración de una nueva curva de alerta cuando se presenta condiciones que cambian el progreso de la misma.