Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú.
Vea una copia de esta licencia en
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/

Universidad Nacional de San Martín

TARAPOTO

FACULTAD DE OBSTETRICIA

"Curva de Trabajo de Parto y sus Alteraciones. Hospital de Apoyo II Integrado IPSS — TARAPOTO 1989 - 1991"

Universidad Nacional de San Martín
DECANATO
Facultad de Obstetricia

PRESENTADO POR :

Bach. Obst. Ana Maribel Becerril Iberico

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE :

OBSTETRIZ

TARAPOTO—PERU

1992

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS-TARAPOTO. 1989 - 1991

TESISTA: ANA MARIBEL BECERRIL IBERICO.

JURADO CALIFICADOR

.....
DR. NESTOR ESTACIO PINO.
PRESIDENTE

.....
DR. RAMIRO SANCHEZ TEJADA.
MIEMBRO

.....
OBST. MARINA HUAMANTUMBA P.
MIEMBRO

.....
DR. AUGUSTO R. LLONTOP REATEGUI
ASESOR

.....
OBST. LEOCADIA SALAS P.
ASESOR

A mi madre y hermanos, qiuenes inculcaron en mi el espíritu del estudio y la superación, con su apoyo moral y económico contribuyeron para ser una profesional.

A mi esposo y a mi hija **VANESSA CAROLINA**, quienes lucharon indesmayablemente al lado mío para vencer obstáculos y continuar adelante.

ANA MARIBEL

AGRADECIMIENTO

A mis asesores, quienes hicieron posible la culminación de esta Tesis.

A todo el personal de estadística, archivo y a la dirección del Hospital de Apoyo II Integrado IPSS Tarapoto, por la facilidades prestadas para la realización del presente trabajo.

A mis docentes y personal asistencial del Hospital por sus brillantres enseñanzas durante mis años de estudio.

LA AUTORA

I N D I C E

pag.

I. INTRODUCCION 1

II. OBJETIVOS 6

III. MATERIALES Y METODOS 7

IV. DISCUSION Y RESULTADOS..... 11

V. CONCLUSIONES 31

VI. RECOMENDACIONES..... 33

VII. RESUMEN..... 34

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 36

ANEXOS..... 39

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES EN EL HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO

1989-1991

TESISTA: BACH. ANA MARIBEL BECERRIL IBERICO

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL EN OBSTETRICIA

ASESORES: DR. AUGUSTO R. LLONTOP REATEGUI.

OBST. LEOCADIA SALAS PILLACA.

TARAPOTO - PERU

1992

I. INTRODUCCION

La meta reconocida y objetiva de la asistencia Obstétrica es alcanzar los resultados óptimos del embarazo, tanto para la madre como para el producto. Es posible identificar en las embarazadas antes y durante el parto, muchas de las características de alto riesgo que permiten disminuir la morbimortalidad materna perinatal (7).

El empleo de un método gráfico sencillo y práctico para evaluar la progresión del parto, ha permitido al obstetra identificar el surgimiento de algunos tipos de alteraciones que imponen al feto un riesgo mayor y con esta información el obstetra podrá orientarse en cuanto a programas terapeúticos (6) que tienen como fin aminorar tal riesgo, o incluso eliminarlo, motivo por el cual hemos adoptado el partograma propuesto por Hurtado (8,9) que a pesar de sus ventajas tan evidentes, en nuestro medio aún no ha sido utilizado en forma sistemática.

Considerando que el trabajo de parto se define como el proceso mediante el cual el útero grávido expulsa al feto (14) dependiendo necesariamente de la sincronica auto regulación de 4 factores: móvil o feto, canal o vía, fuerza o motor y tiempo o duración (12) siendo éste último el ente de nuestra investigación que nos llevará a determinar una gráfica patrón.

La idea de analizar esquemáticamente el trabajo de parto no es nueva, Calkins (1) en 1941, interelacionando la intensidad de las contracciones con la blandura y borramiento cervical y el grado de encajamiento de la presentación, elaboró unas tablas que permiten predecir la duración del período de dilatación.

Koller, citado por Hurtado (8,9), describe su partograma, un eje de coordenadas en donde la hora cero (0) esta representado por el instante en que se produce la ruptura de las membranas ovulares. Así mismo recomendó comparar la dilatación cervical con el tamaño de monedas en la palma de la mano, inculcando su uso para vigilar y conducir los partos dentro de límites considerados favorables (8,9).

Friedman (4,5,6,7) elaboró un nuevo método gráfico: un eje de coordenadas, trazado en papel cuadriculado, en donde la abscisa representa el tiempo en horas y en la ordenada la dilatación cervical en centímetros. La hora cero (0) del trabajo de parto se refiere al momento en que la paciente siente contracciones en forma regular. Obtiene una curva sigmoidea de la dilatación cervical en el tiempo, y somete al análisis estadístico a cada uno de sus segmentos componentes (4,5) más tarde establece pautas para el manejo del trabajo de parto y el modo de detectar las anormalidades de la curva (6,7).

En 1985 Morozovsky, analiza los periodos de dilatación y expulsivo logrando determinar curvas que representan el progreso de la dilatación cervical media y las diferencias de los tiempos promedios entre nulíparas y multiparas (13).

En el Perú en trabajos preliminares, se ha podido confirmar y reproducir esta curva de trabajo de parto por parte de Hurtado Koo en Lima (1971-1972)(8,9), Fernandez de Molinari en Trujillo 1974 (3) y por parte de J. S. Lopez en Trujillo (1982) (10); quienes observaron algunas modificaciones y coincidencias con las realizada por Friedman (6) y Henricks (23).

López (10), encuentra que las principales anormalidades son: Labor de parto prolongado, fase latente prolongada, fase activa retardada, fase activa estacionada, expulsivo prolongado, con valores que difieren muy poco de lo encontrado por Hurtado (8,9).

Stoll y Tager citados por Psychrembel (16) encontrarón que la duración normal del trabajo de parto en primiparas es de 12-18 horas y en multíparas de 8-12 horas valores que difieren significativamente de los encontrados por otros (3,8,9,10) investigadores en el Perú.

En 1987 el CLAP (17) sostiene que el partograma es un instrumento que facilita la rápida evaluación de la marcha del parto y tiene por lo tanto, mucho valor para la docencia y supervisión en la asistencia obstétricas; reportan que la dilatación hasta los 4-5 cm. ocupa los 2/3 del tiempo total del trabajo de parto y la dilatación restante ocupa 1/3 del tiempo. Para establecer la curva patrón normales, analizarón previamente algunas caracteristicas de la población estudiada que pudiesen influir en la evolución de la dilatación así subdividierón la muestra según la paridad, la posición matena durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Sus resultados se encuentra reportados en el anexo 1 para 1/3 del tiempo total del trabajo de parto (17).

Como se podrá apreciar, la posibilidad de aplicación de éste método gráfico, originalmente diseñado para el seguimiento de la paciente en forma individual, hoy en la actualidad permite el control de grandes masas de parturientas.

Entonces con la premisa de que el material humano nuestro es diferente al de otros lugares, es posible que encontremos algunas diferencias ya que los factores nutricionales, raciales y socio-económicos son capaces de modificar la pelvis ósea (3) y ejercer influencia en otros elementos que intervienen en la labor del parto (12).

En este estudio, con el análisis de los casos señalaremos los partogramas promedio, que consideraremos, definitivos, característicos de la parturienta de nuestro medio.

II. OBJETIVOS

Determinar el tiempo promedio del trabajo de parto utilizando la curva propuesta por Hurtado.

b. Demostrar que es un instrumento muy útil en la vigilancia materno fetal.

c. Describir las principales alteraciones que se presenta en el trabajo de parto e identificar los factores causales.

III. MATERIALES Y METODOS

El presente estudio es un trabajo de análisis estadístico con recolección retrospectiva de datos.

1. REQUISITOS PARA LA RECOLECCION DE MATERIALES

a. Material para obtener la curva promedio de trabajo de parto:

Se revisarón un total de 5038 Historias Clínicas de parturientas atendidas en el servicio de maternidad del Hospital de Apoyo II Integrado-IPSS Tarapoto, desde el año 1989 hasta 1991 ingresando al grupo de estudio las Historias Clínicas que cumplieron los siguientes criterios de inclusión:

- Dilatación menor o igual a 3cm.
- Gestación con o sin RPM, sin hemorragias del tercer trimestre.
- Gestación a término, con o sin toxemia.
- Presentación cefálica, embarazo simple.
- Trabajo de parto espontáneo, inducido o estimulado.
- Pacientes que tengan controles seriados de dilatación cervical.

Se obtuvo 1171 registros, 533 correspondiente a nuliparas y 638 a multíparas, con las cuales se reelaboró y se obtuvo la curva de trabajo de parto y los valores promedio característicos de las parturientas nuliparas y multíparas de nuestro medio.

b. Selección de los casos con curva de trabajo de parto anormales:

Se revisarón las Historias Clínicas de cesáreas primarias ejecutadas en este mismo periodo de tiempo por razones obvias se consideraron todas aquellas que se realizaron en pleno trabajo de parto que por una u otra razón se haya interrumpido, además que estuvierón dentro de nuestros criterios de inclusión anteriormente descrito.

De 206 cesáreas primarias se obtuvieron por los motivos expuestos 48 hojas de trabajo de parto que aunados a los casos patológicos sumaron un total de 235 hojas de trabajo de parto disfuncional, correspondiendo 159 a nulíparas y 76 a multíparas, conforman juntas 1406 las cuales llegarón a ser nuestra muestra.

2. CRITERIOS SEÑALADOS POR HURTADO LOPEZ Y FRIEDMAN PARA LA LECTURA DE CADA CURVA DE TRABAJO DE PARTO (9,10,6)

a. Hora cero (0) o inicio de trabajo de parto:

Hora que señala la paciente la aparición de contracciones uterinas dolorosas, que aumentan progresivamente en intensidad y frecuencia.

b. Fase Latente:

Es el primer momento del trabajo de parto que se inicia con la hora cero (0) y se caracteriza por que la dilatación cervical progresa lentamente y su expresión gráfica es una línea casi horizontal.

c. Sub fase de aceleración:

Comienza a partir en que la dilatación se hace más rápida; la línea que representa en el eje coordenadas se angula y se eleva, diferenciándose de la correspondiente a la fase latente.

d. Sub fase de máxima aceleración:

Comienza en el momento en que la dilatación progresa a máxima velocidad, se expresa por una línea que asciende casi en sentido vertical.

e. Sub fase de desacerelación:

La dilatación pierde velocidad y la curva declina levemente hasta terminar en dilatación completa.

f. Fase activa:

Es la suma de las sub fases de aceleración, máxima aceleración y desaceleración.

g. Primer período:

Es la suma de la fase latente más la fase activa.

h. Segundo período:

Es el conocido período expulsivo, comienza cuando se produce la dilatación completa y termina con la salida del feto.

Universidad Nacional de San Marcos
DECANATO
Facultad de Obstetricia

ADICIONALMENTE:

Cuando no se logra vizualizar los segmentos correspondientes a la sub fase de aceleración y/o désaceleración, que usualmente son fugaces, su valor es cero (0) centimetros y de hecho se encuentran incluídas en la sub fase de máxima aceleración (9,10).

Los datos sobre el tiempo empleado se consignan en horas y fracción decimal para facilitar los cálculos estadísticos.

En caso de las pacientes cesareadas, muchas de la curvas de trabajo de parto se presentan truncadas, la lectura se realiza de acuerdo a los criterios establecidos hasta el momento en que se interrumpe el trabajo y el estudio de la anormalidad se realiza en este fragmento de curva.

3. <u>CRITERIOS PARA EL ANALISIS ESTADISTICO</u>

Se ha utilizado diferentes pruebas estadísticas: promedio, desviación standar, límites estadísticos, la pruba T y el Chi cuadrado (11,20).

IV. DISCUSION Y RESULTADOS

La población de nuestras parturientas estuvo concentrada en su mayor porcentaje en el grupo de 20 a 34 años (74%). En adolescentes alcanzó un 21% y las añosas un 5 por ciento.

CUADRO Nº 1
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: CARACTERISTICAS DE LAS PARTURIENTAS EN ESTUDIO. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS	NULIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD MATERNA						
≤ 19 años	249	36	41	6	290	21
20-34 años	443	64	596	83	1039	74
≥ 35 años	-	-	77	11	77	5
EDAD PROMEDIO	21.27 ± 3.9		26.99 ± 5.3		24.36 ± 5.1	
PESO RECIEN NACIDO						
Menor de 2500 gr.	33	5	47	6	80	5
2500-3800 gr.	631	91	593	83	1224	87
Mayor 3800 gr.	28	4	84	11	112	8
MORBILIDAD ANTEPARTO						
Toxemia	64	9	25	4	89	6
R.P.M.	119	17	109	15	228	16
Post-data Vs post-madurez	49	7	62	9	111	8
R.P.M.+Toxemia	14	2	16	2	30	2
Otros (ITU, fiebre anemia)	24	3	39	5	53	4

R.P.M. = Rotura Prematura de membrana
I.T.U. = Infección del Tracto Urinario

La edad promedio de nuestras parturientas es de 24.36, con una desviación standar de 5.1; los rangos en nulíparas es 12 a 34 años y en multíparas de 16 a 45, con estos resultados podemos afirmar que en nuestro medio tenemos parturientas en edades muy extremas consideradas como alto riesgo según Cifuentes (2) y Niswander (14).

Resultados que son discretamente diferentes a los encontrados por Hurtado quien reporta 20.9 años como promedio para la nulípara y 28.9 años para la multípara (9).

De igual manera los recien nacidos con peso normal (2500-3800 grs.) ocupan el mayor porcentaje, los extremos son valores inferiores a los reportados por Hurtado (9).

Si observamos la morbilidad anteparto el 36% de las pacientes acuden con alguna patología previa al parto y en sus variantes nos encontramos que la toxemia es más frecuente en nulíparas que en multíparas.

CUADRO Nº 2
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: FRECUENCIA CON QUE SE OBSERVARON LOS DIFERENTES SEGMENTOS. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991.

S E G M E N T O	NULIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FASE LATENTE	497	93	570	89	1064	91
FASE ACTIVA						
Sub fase acelerac.	373	70	425	67	798	68
Sub fase max.acel.	533	100	638	100	1171	100
Sub fase desaceler.	361	68	380	60	741	63
FASE EXPULSIVA	455	85	447	78	902	77

En el presente cuadro se presentan la frecuencias con que se observaron las fases y sub fases de la curva de trabajo de parto así por ejemplo; la fase latente de labor de parto se observó en el 93% de la nulíparas y 89% de las multíparas con un promedio entre ambos del 91%; valor similar a lo reportado por Hurtado y López (Tabla A).

Como se verá la sub fase de máxima aceleración se ha logrado observar en un 100% de las pacientes, lo que realza la importancia que desempeña esta sub fase durante el trabajo de parto, valores similares nos reportan Hurtado y López (Tabla A).

Pero si observamos la fase de Expulsivo nuestro estudio revela un 85% para nulíparas y 78% para multíparas lo que demuestra que en nuestra multíparas esta fase es más fugaz, tal como se lo afirman las diferentes literaturas (15), como promedio total tenemos 77%, valor muy inferior a lo reportado por Hurtado (9) y López (10) (Tabla A).

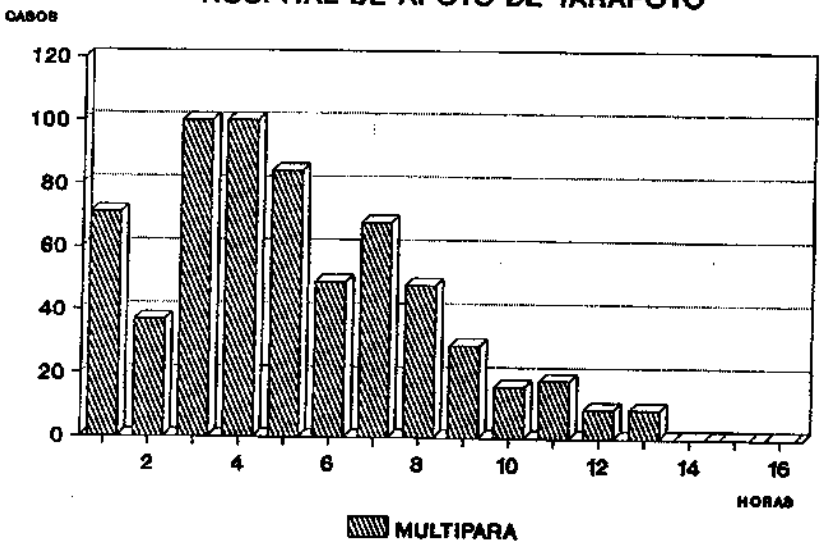
Aducimos que estos resultados se deben al tamaño de la muestra con que se trabajó.

TABLA A
PORCENTAJES DE OBSERVACION DE LAS FASES Y SUB FASES DEL TRABAJO DE PARTO SEGUN DIFERENTES INVESTIGADORES

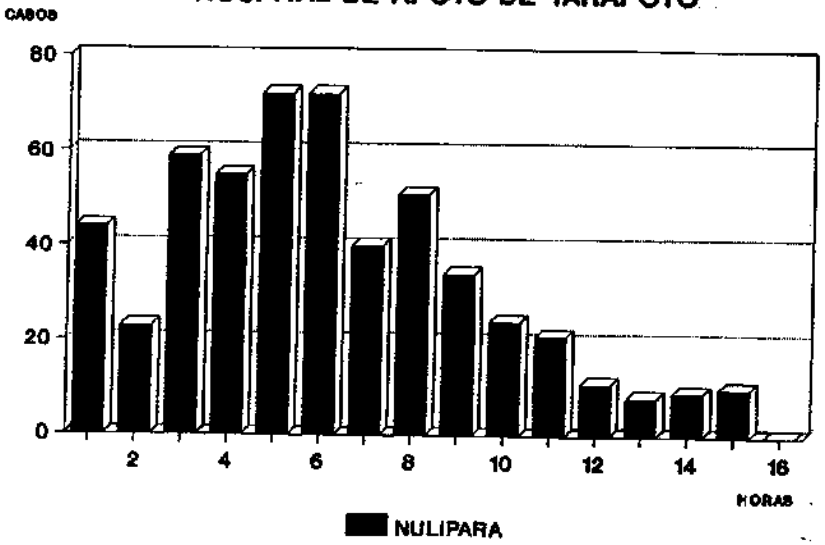
	HURTADO %	LOPEZ %	ESTUDIO %
FASE LATENTE	96	96	91
FASE ACTIVA			
Sub fase aceleración	93.2	84	68
Sub fase Máx.aceler.	100	98	100
Sub fae desacelerac.	22.4	76.5	63
FASE EXPULSIVA	99.7	99.5	77

A continuación observaremos los gráficos de la curva de distribución de la nulípara y multípara según el tipo de fase de labor de parto.

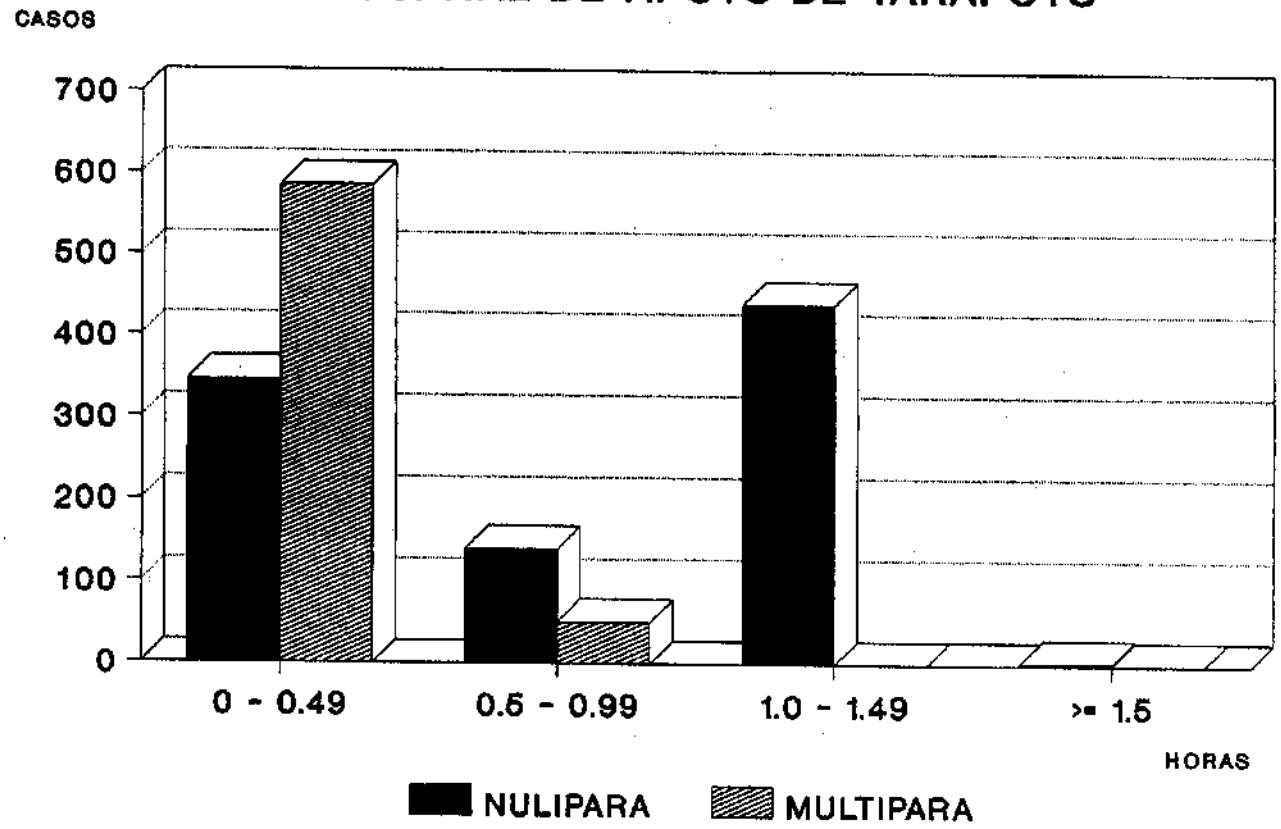
CURVA DE TRABAJO DE PARTO: FASE LATENTE
HOSPITAL DE APOYO DE TARAPOTO



CURVA DE TRABAJO DE PARTO: FASE LATENTE
HOSPITAL DE APOYO DE TARAPOTO



CURVA DE TRABAJO DE PARTO: EXPULSIVO
HOSPITAL DE APOYO DE TARAPOTO



CUADRO Nº 3
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: VALORES PROMEDIO DE LOS DIFERENTES SEGMENTOS. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991

CURVA A: NULIPARAS					
SEGMENTOS	CM	PROMED (h)	DS (h)	RANGO (h)	LIMITE EST.(h)
Fase Latente	0.0-2.10	5.48	3.39	0.0-14.83	12.3
Fase Activa	2.11-10.0	5.09	2.67	0.50-25.	10.2
S.F.Acelerac.	2.11-3.17	2.16	2.17	0.0-23.00	6.5
S.F.Máx.Acel.	3.18-8.99	2.52	1.72	0.4-12.67	6.0
S.F.Desaceler	9.00-10.0	0.45	0.54	0.0-4.50	1.5
Fase expulsiv		0.43	0.33	0.01-1.85	1.1
CURVA B: MULTIPARAS					
Fase Latente	0.0-2.16	4.46	2.92	0.0-12.83	10.3
Fase activa	2.17-10.0	4.03	2.27	0.06-13.58	8.6
S.F.Acelerac.	2.17-3.18	1.69	1.77	0.0-11.17	5.2
S.F.Máx.Acel.	3.19-9.14	2.04	1.36	0.08-10.00	4.8
S.F.Desacele.	9.15-10.0	0.29	0.44	0.0-4.58	1.2
Fas.Expulsiva	---------	0.22	0.17	0.02-1.85	0.6

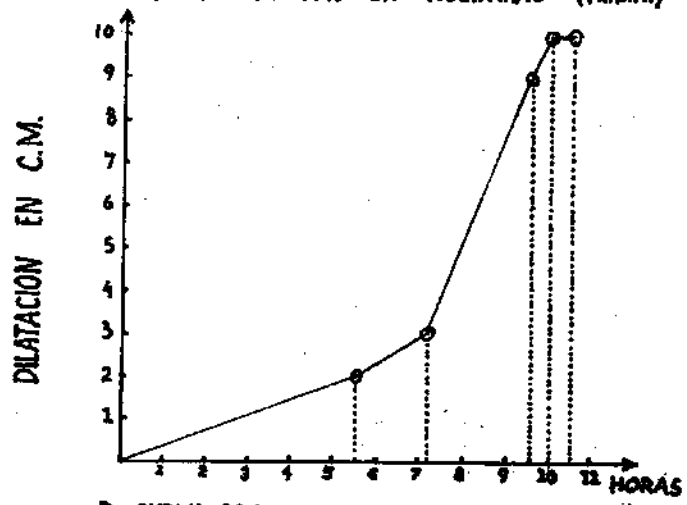
El presente cuadro nos muestra los promedios de las fases y sub fases de la curva de trabajo de parto que dan como resultado nuestra respectiva curva.-GRAFICO 2

Como vemos nuestras nuliparas desarrollan una Fase Latente de labor de parto de 5.48 horas con una desviación standar ± 3.39 una Fase Activa de 5.09 horas ± 2.67 y un expulsivo de 0.43 horas ± 0.33.

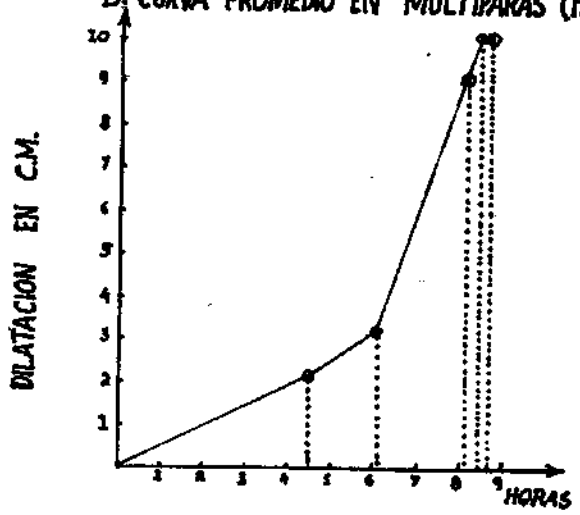
Mientras que las multiparas desarrollaron una Fase Latente de labor de parto de 4.46 horas ± 292 y una Fase Activa de 4.03 horas ± 2.27 horas y un expulsivo de 0.22 horas ± 0.17.

GRAFICO Nº 2

A: CURVA PROMEDIO EN NULIPARAS (H.P.I.T.)



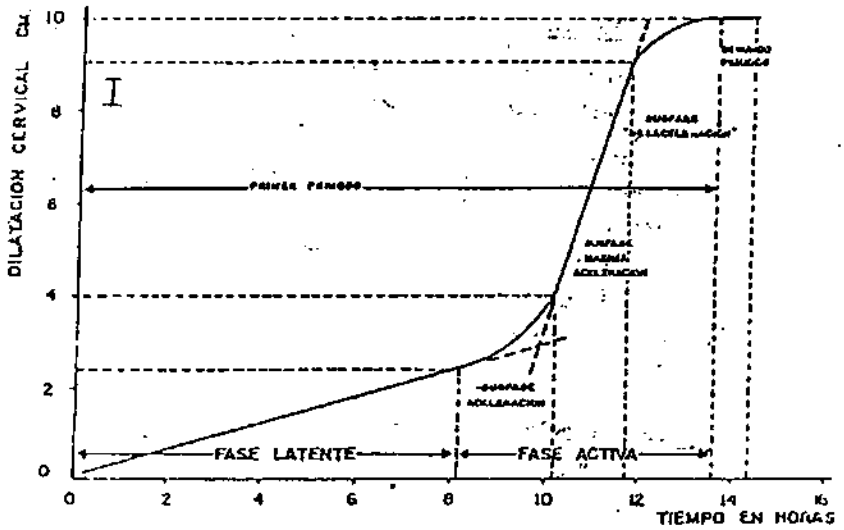
B: CURVA PROMEDIO EN MULTIPARAS (H.A.I.T.)

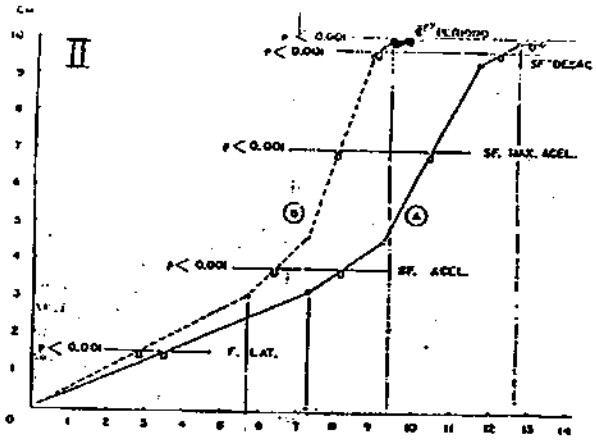


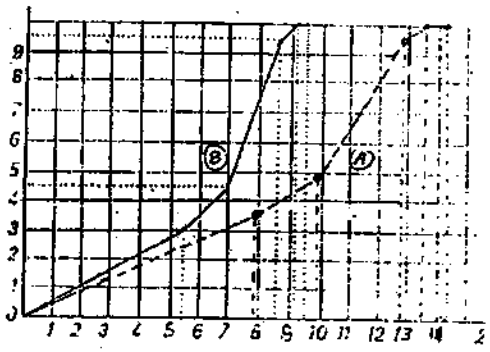
COMPARACION DE LAS CURVAS DE TRABAJO DE PARTO

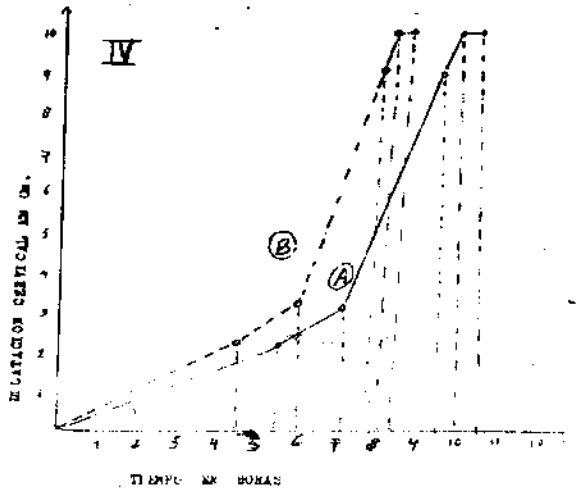
(A) CURVA DE LAS NULIPARAS PROMEDIO

(B) CURVA DE LAS MULTIPARAS PROMEDIO









LEYENDA SEGUN AUTORES:

I .- FRIEDMAN

II .- HURTADO

III .- LOPEZ

IV .- ESTUDIO

Lo que demuestra que entre nulíparas y multíparas existe una diferencia significativa.

Si a éstos datos obtenidos lo comparamos con la de otros autores, observamos mayor diferencia.

Así por ejemplo en nulíparas en la Fase Latente de labor de parto existe una diferencia de 3.12 horas y 1.83 horas menor que los reportados por Friedman y Hurtado (5,6,8,9) respectivamente; 2.49 horas más corta que López (10) y un promedio igual a Fernandez (3) TABLA B.

TABLA B
VALOR PROMEDIO DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO DE DIFERENTES AUTORES (PROMEDIO HORA)

AUTOR	FRIEDMAN	HURTADO	FERNANDEZ	LOPEZ	ESTUDIO
A:NULIPARAS	500	500	42	100	533
Fase Latente	8.6	7.31	5.5	7.97	5.48
Fase Activa	5.8	5.35	10.5	5.80	5.09
S.F. Acelera.	——	1.92	——	1.82	2.16
S.F.Mx.Acele.	——	2.44	——	2.91	2.52
S.F.Desacel.	——	0.99	——	1.07	0.45
1er periodo	14.40	12.66	16.0	13.77	10.57
Limite Estac.	20.6	23.9	21.0	22.61	21.81
2º periodo	——	0.61	——	0.45	0.43
Limite Estac.	——	2.0	——	0.89	1.1
B:MULTIPARAS	500	500	78	100	638
Fase Latente	5.3	5.68	5.3	5.43	4.46
Fase Activa	2.2	3.66	8.8	3.72	4.03
S.F. Acelera.	——	1.58	——	1.57	1.69
S.F. Mx.Acel.	——	1.68	——	1.64	2.04
S.F.Desacel.	——	0.40	——	0.51	0.29
1er periodo	7.5	9.34	14.1	9.15	8.49
Limite Estac.	13.6	20.7	20.3	17.41	17.9
2º periodo	——	0.32	——	0.34	0.22
Limite Estac.	——	1.2	——	0.70	0.6

La única explicación razonable para estos hallazgos es que la mentalidad, así como las costumbres distinta de nuestras parturientas desempeñan algún papel. Sin olvidar porsupuesto el leve matiz personal que involucra la "lectura" de cada una de las curvas de trabajo de parto.

Con estos resultados confirma nuestra sospecha, que nuestras parturientas tienen valores diferentes a la de otros lugares (3,8) en su curva de trabajo de parto y a través de este estudio se contará con valores promedios propios de nuestra población hospitalaria.

El cuadro 4 nos muestra las principales disfunciones del trabajo de parto como veremos tenemos un total de 235 hojas de trabajo de parto disfuncional de las cuales 159 corresponden a nulíparas y 76 a multíparas. La proporción es de 2.1 nulíparas por cada multíparas; lo que refleja la ya conocida preponderancia de problemas en el trabajo de parto que presentan las nulíparas (17) en este mismo cuadro detallamos la distribución de estas anormalidades.

CUADRO Nº 4
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS PRINCIPALES DISFUNCIONES DETECTADAS EN LAS PARTURIENTAS. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991

DISFUNCIONES	NULIPARAS		MULTIPARAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total	159	100	76	100	235	100
Fas.Latent.prolong.	50	31	29	38	79	34
Fas.Activa retardada	39	24	13	17	52	22
Fas.Act.estacionada	25	16	11	14	36	15
Expulsivo prolongado	12	8	18	24	30	13
Disfunción combinada	33	21	5	7	38	16

En los porcentajes de trabajo de parto disfuncional la fase latente prolongada y la fase activa retardada, juntos suman más del 50 por ciento. Así el grupo que presentó disfunción combinada con mayor proporción corresponde a nulíparas.

Todos estos valores encontrados son diferentes a Hurtado (9); no encontramos justificación para nuestros hallazgos.

CUADRO Nº 5
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: CRITERIOS DIAGNOSTCOS DE LAS PRINCIPALES DISFUNCIONES. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991

DISFUNCIONES	NULIPARAS	MULTIPARAS
FASE LAT.PROLONGADA (Duración)	> 12.30'	> 10.30
FASE ACT.RETARDADDA (Velocid. dilatac.)	< 0.9cm./h	< 1.2cm/h
FASE ACT.ESTACIONADA (No progresión)	> 2.0h	> 2.0h
EXPULSIVO PROLONGADO (Duración)	> 1.20'	> 0.40'

Nos muestra los criteros diagnósticos encontrados en las principales disfunciones del trabajo de parto.

Como vemos nuestro valores de acuerdo a los límites estacionarios son discretamente diferentes los reportados por Hurtado y López (9,10) TABLA C.

Sostenemos que estos criterios diagnósticos expuestos en este cuadro deben servir como base para la adecuada asistencia obstétrica de la parturienta dado a las condiciones y al material humano con que se cuenta en nuestro hospital. Así se estará reduciendo el índice de morbi-mortalidad perinatal.

TABLA C
CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN LAS DISFUNCIONES DEL TRABAJO DE PARTO ESTABLECIDO POR DIFERENTES AUTORES

DISFUNCIO-NES	HURTADO		LOPEZ		ESTUDIO	
	N	M	N	M	N	M
F.LAT.PROL. (duración)	>17.0h	>15.0h	>15.0h	>17.0h	>12.30'	>10.30'
F.ACT.RET. (Veloc.dil)	<0.8c/h	<1.0h	<0.77c/h	<0.77	<0.9cm/h	<1.2c/h
F.ACT.EST. (No prog .)	>2.0h	>2.0h	2.0h	2.0h	>2.0h	>2.0h
EXP.PROL. (duración)	>2.0h	>1.2h	>0.89h	>0.78h	>1.20'	>0.40'

N= Nulípara M= Multipara

ESTUDIO DE LA FASE LATENTE PROLONGADA

Para una mejor didáctica hemos visto por conveniente realizar las discusiones para cada tipo de trabajo de parto disfuncional lo que presentamos a continuación. De acuerdo a nuestros límites estacionarios aquellas pacientes que desarrollan una fase latente mayor de 12 horas con 30 minutos para la nulípara y 10 horas con 30 minutos para la multípara estará considerada como fase latente prolongada.

Un grupo de 79 pacientes de nuestra serie presentaron este tipo de alteración representando el 34% del total de trabajo de parto disfuncional, cifra inferior al reporte de Hurtado quien muestra 5.8 (9).

CUADRO Nº 6
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: DATOS CO-OBSTETRICOS DETECTADOS EN LAS PARTURIENTAS CON FASE LATENTE PROLONGADA. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991

DATOS OBSTETRICOS	NULIPARAS N=50		MULTIPAR. N=29	
	Nº	%	Nº	%
PROBABLE CAUSA				
Peso R.N. >3800gs.	4	8	7	24
Mala presentación O.T.P.	-	-	1	3
D-F-P	2	4	2	7
TIPO PARTO				
Eutocico	35	70	25	86
Cesárea	15	30	4	14
USO OCITOCICOS				
Si	14	28	4	14
No	36	72	25	86

O.T.P. = occipito transverso persistente
D.F.P. = desproporción feto-pélvica

En este cuadro el peso del recién nacido mayor de 3800grs. desempeña un factor condicionante con mayor proporción en el grupo de multíparas. La distocia de presentación (O.T.P) y la desproporción feto pélvica no muestran cifras significativas. Si observamos el tipo de parto el mayor porcentaje de pacientes tuvieron parto normal, refleja esto el deficiente manejo obstétrico que se tuvo con éstas pacientes, lo comprobamos luego con el uso de occitócicos que a pesar de haber sido detectado fase latente prolongada no se usarón; más aún si tenemos en cuenta la evaluación de la dinámica uterina en nuestro medio es muy subjetiva. Usando occitócicos en todas las pacientes con esta disfunción, se podría aseverar que la hipodinamia es un factor condicionante.

ESTUDIO DE LA FASE ACTIVA RETARDADA

La velocidad de dilatación promedio en las nulíparas tomando la sub fase de máxima aceleración como representativa de la fase activa, es de 2.31 cm/h y su límite mínimo resulta 0.85 cm/h si comparamos con Hurtado nos encontramos con cifras superiores y nos muestra una velocidad promedio de 1.97 cm/h y un límite mínimo de 0.75cm/h.

En las multíparas el promedio es de 2.9 cm/h y su límite de 1.2 cm/h mientras que Hurtado encontró 2.40 cm/h y como límite mínimo de 0.97 cm/h. En la fase activa por ende, una velocidad de dilatación menor de 0.9 cm/h en las nulíparas y de 1.2 cm/h en multíparas, constituye evidencia suficiente para catalogarla como fase activa retardada.

De nuestro grupo de trabajo de parto disfuncional hubieron 52 pacientes que hicieron este tipo de anormalidad, 39 nulíparas y 13 multíparas.

CUADRO Nº 7
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: DATOS OBSTETRICOS DETECTADOS EN LAS PARTURIENTAS CON FASE ACTIVA RETARDADA. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991
(N=52)

DATOS OBSTETRICOS	NULIPARAS N=39		MULTIPAR. N=13	
	Nº	%	Nº	%
PROBABLE CAUSA				
Peso R.N. > 3800gs.	3	7	3	23
Mala presentación O.P.P.	2	5	-	-
TIPO DE PARTO				
Eutocico	37	95	13	100
Cesárea	2	5	-	-
USO OCITOCICOS				
Si	5	13	-	-
No	34	87	13	100

O.P = occipito posterior

Si observamos el cuadro # 7 el peso del recién nacido mayor 3800grs. ocupa un porcentaje elevado sobre todo en multíparas (23%), mientras que las variedades de presentación no son significativas.

En cuanto a cesáreas primarias sólo se tuvo dos casos que respresentan el 5% para el grupo de nulíparas los demás cursaron con parto normal.
También con esta patología hubo deficiente manejo en la mayoría no se usó occitócicos lo que refleja que en nuestro hospital no existe una conducta activa con aquellas pacientes que desarrollan trabajo de parto disfuncional.

ESTUDIO SOBRE FASE ACTIVA ESTACIONADA

El mínimo criterio diagnóstico para esta entidad, se establecen cuando no se aprecia ningún progreso de la diltación en por lo menos 2 horas de intervalo esto de acuerdo a Hurtado, Friedman, Fernandez y López (12,8,6,13) documentado por dos o mas exámenes vaginales.

De nuestro grupo 36 paciente, 25 nulíparas y 11 multíparas presentaron este tipo de disfunción.

CUADRO Nº 8
CURVA DE TRÁBAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: DATOS OBSTETRICOS DETECTADOS EN LAS PARTURIENTAS CON FASE ACTIVA ESTACIONADA. HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991
(N=36)

DATOS OBSTETRICOS	NULIPARAS N=25		MULTIPAR. N=11	
	Nº	%	Nº	%
PROBABLE CAUSA				
Peso R.N. ≥ 3800 grs.	1	4	3	27
Mala presentación (O.P.P)	1	4	1	9
D.F.P	2	8	1	9
TIPO PARTO				
Eutocico	13	52	8	73
Cesárea	12	48	3	27
USO OCCITOCICOS				
Si	11	44	6	55
No	14	56	5	45

Si observamos este cuadro, veremos que los porcentajes de bebés con más de 3800 gs. para el grupo de multíparas es significativo en 27% mientras que Hurtado encuentra un porcentaje superior para 2 grupos (12).

Ello se muestra acorde con los porcentajes de las desproporción feto pélvica encontrados 8% para nulíparas y 9% para multíparas valores muy inferiores a los reportados por Hurtado quien nos muestra 34.3% y 40% repectivamente.

La variedad de presentación Occipito Posterior Persistente nos muestra cifras significativas.

En cuanto a las cesáreas primarias existe un alto porcentaje para el grupo de nulíparas, en las multíparas se ve justificada por el porcentaje de recién nacido con peso de 3800grs.

De acuerdo al uso de occitócicos en más del 50% de los dos grupos no se ha utilizado occitocina, de haberse hecho los índices de cesáreas hubiesen disminuido.

ESTUDIO DEL PERIODO EXPULSIVO PROLONGADO

De acuerdo a nuestros límites estacionarios se considera como período expulsivo prolongado a aquellas pacientes que experimenten un tiempo mayor de 1 hora con 20 miutos para las nulíparas y mayor de 40 minutos y para las multíparas.

Un total de 30 pacientes : 12 nulíparas y 18 multíparas presentaron esta patología.

CUADRO Nº 9
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: DATOS OBSTETRICOS DETECTADOS EN LAS PARTURIENTAS CON EXPULSIVO PROLONGADO.HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991
(N=30)

DATOS OBSTETRICOS	NULIPARAS N=12		MULTIPAR. N=18	
	Nº	%	Nº	%
PROBABLE CAUSA				
Peso R.N. ≥ 3800GRS.	-	-	4	22
Mala present. (OT. y OPP)	1	8	1	6
D.F.P.	2	17	3	17
TIPO PARTO				
Eutocico	10	83	16	89
Cesárea	2	17	1	5.5
Instrumentado	-	-	1	5.5
USO OCITOCICOS				
Si	2	17	1	6
No	10	83	17	94

O.T = occípito transverso

En esta patología el peso del R.N. mayor de 3800gs. para el grupo de las nulíparas no se ha detectado ningún caso, en cambio para multíparas ocupa un porcentaje alto de 22 por ciento.

Los casos de Desproporción Feto Pélvica ocupan un 17% cifras inferiores a las reportadas por Hurtado (12).

De acuerdo al tipo de parto el que prima en mayor porcentaje son los partos eutócicos, en el grupo de multíparas se tuvo 1 caso de parto instrumentado (Forceps bajo). En el uso de occitócicos existe mayor porcentaje

de pacientes en las que no se usó lo que refleja al igual que en las otras variedades la deficiente asistencia de las parturientas que conllevó a mostrar un alto porcentaje de niños deprimidos en nulíparas.

ESTUDIO DE LAS ALTERACIONES CON DISFUNCION COMBINADA

Se refiere a la presentación sucesiva de dos o más disfunciones. En nuestro grupo 38 pacientes presentaron este tipo de alteración siendo 33 nulíparas y 5 multíparas.

CUADRO Nº 10
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES: DATOS OBSTETRICOS DETECTADOS EN LAS PARTURIENTAS CON DISFUNCION COMBINADA.HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO IPSS TARAPOTO 1989-1991
(N=38)

DATOS OBSTETRICOS	NULIPARAS N=33		MULTIPAR. N= 5	
	Nº	%	Nº	%
PROBABLE CAUSA				
Peso R.N. > 3800gs.	3	9	-	-
Mala present. OTP y OPP	3	9	1	20
D.F.P.	3	9	1	20
TIPO DE PARTO				
Eutocico	24	73	3	60
Cesárea	8	24	1	20
Instrumentado	1	3	1	20
USO OCCITOCICOS				
Si	17	52	1	20
No	16	48	4	80

El peso del R.N. en esta variedad no recobra importancia muy diferente a lo encontrado por Hurtado quien dá un porcentaje de 16.6 por ciento (12).

Las presentaciones en occípito transverso y occipito posterior persistente entre 9% para nulíparas y 20% para multíparas valor poco significativo si comparamos con Hurtado quien encuentra 33.3% y 34.4% respectivamente.

Al igual que la desproporción fetopélvica ocupa un 9% para multíparas mientras que Hurtado encuentra 35.2% y 18.2 por ciento para nulíparas y multíparas respectivamente.

Consecuentemente las cesáreas primarias ocupan 24% en las nulíparas y 20% para las multíparas valor inferior a la de Hurtado quien muestra 44.4% y 30.3% respectivamente (12) además se encontro 1 caso para cada grupo de parto instrumentado.

En cuanto al uso de occitócicos pra el grupo de nulíparas los 2 porcentajes son similares mientras que en multíparas solo se usó en 1 caso.

No encontramos una razón para este hallazgo pensamos que el tratamiento que Hurtado dió a sus datos es un factor que condiciona sus cifras, ya que en nuestro trabajo de parto se clasificó las patologías de acuerdo a los valores diagnósticos encontrado por Hurtado (12).

Si observamos las disfunciones en forma conjunta, nos damos cuenta que no tenemos un factor significativo que condiciona un trabajo de parto disfuncional, por lo que sostenemos que en las parturientas de nuestro estudio la principal patología fue la hipodinamia, coincidiendo con los reportados por el CLAP (21) quien sostiene como segunda causa de trabajo de parto prolongado a la hipodinamia y del expulsivo prolongado como primera causa lo que comprobamos con la asistencia obstétrica que se tuvo con estas pacientes, si observamos el uso de occitocinas en conjunto un 74% a pesar de la patología existente no se usó occitócicos lo que demuestra que en nuestra población hospitalaria existen deficiencias en la asistencia obstétrica.

CUADRO Nº 11
CURVA DE TRABAJO DE PARTO Y SUS ALTERACIONES:
DETECCION DE PATOLOGIA SEGUN PARTOGRAMA HOSPITAL DE APOYO II INTEGRADO TARAPOTO 1989-1991.

DETECT. DE PATOLOGIA	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
Partograma Moderno	199	85	36	15
Partograma Clásico	55	23	180	77

En este cuadro observamos la detección de las patologías según los partogramas.

El partograma moderno esta propuesto por nosotros (anexo 2), como veremos es un gráfico que en un 85% detectó las patologías, mientras que el partograma clásico (de las Historias Clínicas revisadas) solamente detectó patología en un 23%, cifras que demuestran que nuestro partograma propuesto es completo y muy útil en la vigilancia gráfica del trabajo de parto.

Mientras que el partograma clásico de las Historias Clínicas es obsoleto y resalta el deficiente manejo que se tiene con las parturientas por no contar con un medio que nos ayude a detectar patología, por las razones expuestas que nuestro estudio propone la utilización de un partograma completo y sencillo, ya que los diferentes investigadores (21,22) reportan que la mejor manera para la vigilancia del trabajo de parto es a través de un gráfico.

V. CONCLUSIONES

1. Los valores promedio de la curva de trabajo de parto de nuestra población hospitalaria difieren significativamente de los establecidos por otros autores.

2. La comparación de la curva de trabajo de parto normal promedio de las nulíparas y multíparas revela que existen diferencias entre ambos. Siendo las nulíparas más propensas a presentar trabajo de parto disfuncional.

3. Las principales anormalidades o disfunciones en el trabajo de parto son:

   Labor de parto prolongado: Cuando transcurren 21.8 horas o más (nulípara) o 17.9 horas o más (multíparas).

   Fase latente prolongada: La duración es mayor de 12 horas y 30 minutos (nulíparas) y 10 horas con 30 minutos (multíparas).

   Fase activa retardada: Cuando la velocidad de dilatación es de 0.9 cm/h o más (nulíparas) ó 1.2 cm/h o menos (multíparas).

   Fase activa estacionada: Cuando se detiene el progreso en un intervalo de 2 horas o más (nulíparas y multíparas).

Expulsivo prolongado: Cuando transcurre 1 hora con 20 minutos (nulíparas) y 40 minutos o más en (multíparas) sin que se produzca la salida del feto.

4. No se han apreciado factores predominantes en la producción de las disfunciones del trabajo de parto.

5. El partograma planteado constituye un método sumamente práctico y sencillo.

VI. RECOMENDACIONES

1. Incorporar el partograma propuesto por Hurtado en las Historias Clínicas de nuestro Hospital.

2. Incorporar la Historia Clínica perinatológica en la vigilancia de las parturientas.

3. Organizar un manual de procedimientos para las distintas patologías que sirvan como normas para tratar a todas las parturientas.

4. Unificar criterios en cuanto a la valoración de la dilatación que se realicen en números enteros.

5. Sugerir la captación de profesionales en obstetricia para el manejo adecuado de las parturientas.

VII. RESUMEN

Se realizó el análisis estadístico de 1406 Historias Clínicas: 1171 correspondientes a parto normal y 235 a partos disfuncionales, seleccionadas según criterios de inclusión, el análisis se realizó en el servicio de archivo del Hospital de Apoyo-Tarapoto correspondiente a parturientas atendidas en el servicio de maternidad desde 1989 - 1991. Los cuales nos han permitido obtener los valores promedios de la curva de trabajo de parto.

Los promedios obtenidos difieren significativamente de los establecidos por otros autores, se piensa que el estado nutricional, el umbral doloroso, la mentalidad y las costumbres distintas de nuestras parturientas desmpeñan algún papel.

Se ha logrado determinar los siguientes tipos de disfunción de acuerdo a los criterios establecidos por Hurtado: Fase latente prolongada, Fase activa retardada, Fase activa estacionada y Expulsivo prolongado con valores también diferentes; no se ha encontrado un factor determinante que condicione éstas disfunciones, pero si se ha demostrado que en nuestro hospital existe deficiencia en la asistencia Obstétrica.

Se presenta un modelo de hoja de trabajo de parto que puede ser aceptado para su uso en los distintos servicios de obstetricia y finalmente se recalca la importancia del método gráfico en la vigilancia del trabajo de parto por su sencillez, objetividad y facilidades para la docencia e investigación.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CALKINS, L.A. Second Tage of labor the descont pase AM.J. Obst. Ginec. 48-798. 1944.
2. CIFUENTES, R. Obstetricia de Alto Riesgo. Edit Talleres Gráficos. 2da Edición. Cali Colomb 1988.
3. FERNANDEZ MOLINARI L. La curva de Friedm Utilización en nuestro medio, trabajo habilitación. Universidad Nacional de Trujil 1970
4. FRIEDMAN, E.A. The graphic analisis of labor. A. Obst. Ginec. 68:1568. 1954
5. FRIEDMAN, E. A. Primigravidad labor: graphicostatistical análisis. Obstet. Ginec. 6:567. 1965.
6. FRIEDMAN. E. A. Labor in Multípara A: Graphicostatistical analysis. Obstec. Ginec. 8:69. 1956.
7. FRIEDMAN. E.A. La curva de evolución del trabajo de parto. Escuela Medicina Harvard Hospital Bach Massachusets Edition 2 Appleton century crofts Mew York 1978.
8. HURTADO, K. H. Otros. Curva de trabajo de parto normal en mujeres Peruanas. Ginec. y Obst. 17:173 Lima 1971.

9. HURTADO, K. H. Curva de trabajo de parto y sus anormalidades. (Estudio clínico estadístico). Tesis Doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1972

10. LOPEZ, J. S. Partograma normal: Su interpretación en nuestro medio. Trabajo de habilitación. Universidad Nacional de Trujillo 1982.

11. NAISEL, L. Probabilidad y estadístca. Fondo educativo interamericano S.A. Colombia. 110. 1973

12. MONGRUT, A. Trabajo de Obstetricia. Edit. S.A. Perú. Edición Tomo I. 1974

13. MOROZOVSKY, J. y Otros. Curva para evaluar el progreso del trabajo de parto. Obstc. Ginecol. latino am: 42(1/0) 40-9. 1985 tab.

14. NISWANDER, K. Manual de Obstetricia Diagnóstico y tratamiento. Editorial Espiral S. A. Segunda Edición. pp:505 Perú 1989.

15. PRITCHAR, J.A. y Col Willians Obstetricia. Edit.Salvat S.A. Tercera Edición. Barcelona España. pp:900 1986.

16. PSCHIREMBEL, W. Obstetricia Practica. Edit. Interamericana S.A. Cuarta Edición. pp:414 España 1985

17. SCHWARCZ,R. y Col. Obstetricia. Edit. Ateneo S.A. Cuarta Edición. pp:608 Argentina 1986.

18. SCHWARCZ, R., Díaz A. G y NIETO F. salu
perinatal.Vol.2 # 8 CLAP-OPS/OMS pp:93-96 1987.

19. SARA H.J. Kilpatrick. características of normal
labor.Despart of Obstetrics Vol.74. Nº 1 1989.

20. SPIEGEL, M. R. Estadística. Edit. Mc Grawun Hil
México 1980.

21. Resumen temas libres del VII Congreso Peruano
Obstetricia y Ginecología. Arequipa-Perú 19

22. Resumen temas libres del XI Congreso Peruano
Obstetricia y Ginecología. Trujillo-Perú 1

23. Revista Diagnóstico, Vigilancia gráfica de trabajo d
parto línea alerta y acción. Nº 6 558 1981.

24. Archivos estadísticos del Hospital de Apoyo II
Integrado IPSS Tarapoto.

A N E X O # 01

CURVA PROPUESTO POR EL CLAP (Centro Latinoamericano de perina tologia).

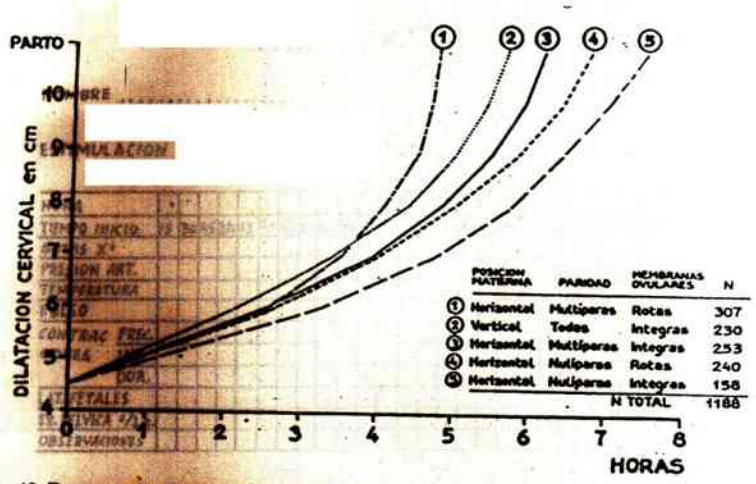


Fig. 48 Patrones de dilatación cervical en función del tiempo (P10).

OCITOCINA
DROGAS
P. ARTERIAL
FECHA HORA A.M. P.M.

TIEMPO	INICIO
DIL.	EST.
10	FIST.
9	-4
8	-3
7	-2
6	-1
5	-0
4	+1
3	+2
2	+3
1	+4

P.G.F.
CONTRAC CIONES FREC. INT. DUR.
V. PRESENTACION
BORRAMIENTO
MEMBRANAS
MECONIO
SANGRADO
MOLDEABLES

ANEXO Nº 02

PARTOGRAMA

NOMBRE ..... H.C. | | | | | | |

ESTIMULACION MOTIVO .....

HORA																																				
TIEMPO INICIO	15	30	45	2h	15	30	45	3h	15	30	45	3h	05	30	45	4h	15	30	45	5h	15	30	45	6h	15	30	45	7h	15	30	45	8h
GOTAS X'																																
PRESION ART.																																
TEMPERATURA																																
PULSO																																
CONTRAC CIONES FREC.																																
CONTRAC CIONES INT.																																
CONTRAC CIONES DUR.																																
LAT. FETALES																																
EX. PELVICA c/2 h.																																
OBSERVACIONES																																

OCITOCINA																														
DROGAS																														
P. ARTERIAL																														
FECHA HORA	A.M. P.M.																													
TIEMPO	INICIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
DIL. 10	EST. FLOT.																													
9	-4																													
8	-3																													
7	-2																													
6	-1																													
5	-0																													
4	+1																													
3	+2																													
2	+3																													
1	+4																													
F.C.F																														
CONTRAC CIONES FREC.																														
CONTRAC CIONES INT.																														
CONTRAC CIONES DUR.																														
V. PRESENTACION																														
BORRAMIENTO																														
MEMBRANAS																														
MECONIO																														
SANGRADO																														
INICIALES																														