

Registro Gráfico del Curso Clínico del Parto

Por

Dr. José M^o Antillón Montealegre Dr. Rafael A. Briceño Briones
Dr. Enrique Chaves Villalobos

INTRODUCCION

Basados en los numerosos y brillantes estudios realizados en el Servicio de Fisiología Obstétrica de la Facultad de Medicina de Montevideo, Uruguay (1-2-3-4-5-6-7-9-10-11), hemos querido ofrecer nuestra contribución al desarrollo del IV CONGRESO CENTRO-AMERICANO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, exponiendo a la consideración de ustedes este trabajo.

En colaboración con los Dres. Roberto Caldeyro-Barcia y Juan José Poseiro, se elaboró en el Instituto Materno Infantil Carit, una hoja que nos permitiera seguir paso a paso todos los fenómenos que de manera gradual y progresiva, se van sucediendo durante los dos primeros períodos del parto, de una manera gráfica y bajo un mismo horario, basados únicamente en la observación clínica de la paciente, sin necesidad de recurrir a ningún aparato especial, con la intención de que sea de utilidad en la práctica obstétrica diaria de cualquier institución, no importa cuán retirada se encuentre ni la cuantía de su equipo.

Desde un punto de vista académico, la escuela uruguaya ha estudiado a fondo y ha dejado claramente establecida la medida de la contractilidad uterina, por medio del registro de la presión del líquido amniótico (o presión intrauterina). De esta manera, analizan el tono, la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas, obteniendo un registro exacto de la actividad uterina (1-2-3-4-5-7-9-10-11).

Por razones fáciles de comprender, este procedimiento no puede ser aplicado de rutina en la práctica obstétrica diaria. En nuestro trabajo, siguiendo los conceptos de la escuela uruguaya, pero basado en el aspecto puramente clínico, hemos sustituido la intensidad de las contracciones por la duración clínica de las mis-

mas (8), obteniendo un dato no tan exacto como aquel registrado electrónicamente, pero sí más funcional y lo bastante aproximado, como para formarnos una idea de la calidad de cada contracción.

Como se va a demostrar en el curso de la exposición, las ventajas que ofrece el registro gráfico del curso clínico del parto, redundan en beneficio de la madre y del feto, a quienes ofrece la máxima seguridad.

DESCRIPCION DE LA HOJA EMPLEADA

La hoja acondicionada para elaborar el registro gráfico del curso clínico del parto que nosotros ocupamos, es de papel grueso, de una longitud de 17" por 13 $\frac{1}{4}$ " de ancho.

Ocupando la parte central, se encuentra un espacio cuadrículado de aproximadamente 12" de largo por 7" de ancho, dividido de la siguiente manera:

- I) En sentido horizontal, en 10 espacios de 1 $\frac{1}{4}$ " cada uno, con los cuales se representa el tiempo en horas. Cada uno de ellos a su vez se subdivide en 6 espacios que vendrían a representar 10 minutos de tiempo cada uno.
- II) En sentido vertical, en 36 subdivisiones que se numeran de 5 en 5 a partir del número 15 hasta el 190 en sentido ascendente, en las que se anotan la duración clínica de la contracción en segundos, frecuencia cardíaca fetal expresada en latidos por minutos y T. A. de la paciente, si se cree conveniente llevarla registrada.

Cuadrículada de esta manera la parte central de la hoja, presenta otras subdivisiones a izquierda, y a derecha, hacia arriba y hacia abajo de este cuadro central, así:

- 1) *Hacia la izquierda:* Tiene 7 divisiones numeradas del 1 al 7 en sentido ascendente, abarcando cada una de ellas 4 subdivisiones en sentido vertical. En ellas se anota la frecuencia de las contracciones.
- 2) *Hacia la derecha:* Presenta 10 divisiones numeradas del 0 al 10 en sentido ascendente, abarcando cada una de ellas 2 subdivisiones en sentido vertical, que representan la dilatación cervical en centímetros de diámetro.
Más a la derecha, se encuentran otras divisiones numeradas del 1 al 4 en sentido ascendente, cada una de las cua-

les abarca 6 subdivisiones en sentido vertical. Entre ellas se anota la altura de la parte que se presenta del feto, siguiendo la escala de Hodge.

- 3) **Hacia arriba:** Presenta 4 espacios:
 - a) En el primero se anota la posición en que se encuentra acostada la paciente. Para tal fin, se divide en 3 apartados que corresponden a los decúbitos lateral izquierdo, dorsal y lateral derecho. Cada cuadrado representa 10 minutos de tiempo.
 - b) En el segundo se apuntan los medicamentos administrados. Solamente se encuentra dividido por las prolongaciones de las líneas verticales que representan el tiempo en horas.
 - c) En el tercero, se inscriben las milimaduras de ocitocina que cada minuto recibe la paciente. Se numeran de abajo hacia arriba 1-2-4-8-16 y 32. En sentido horizontal, cada cuadrado representa 10 minutos de tiempo.
 - d) Este cuarto espacio, está representado por una línea horizontal, anotándose en su lado izquierdo el nombre de la paciente y en el derecho el número de historia clínica que le corresponde.
- 4) **Hacia abajo:** Se encuentran 4 líneas horizontales numeradas del 0 al 3 en sentido descendente las cuales tienen una longitud igual a la correspondiente del cuadro central. En ellas se lleva anotado el grado de borramiento que va sufriendo el cuello conforme evoluciona el trabajo de parto, representado por la longitud cervical.

En el reverso de la hoja, se encuentran los datos de la paciente, edad, **antecedentes obstétricos:** gravidez, paridad, calidad de partos anteriores, abortos y prematuros, así como hijos vivos y fallecidos. Complicaciones en partos anteriores.

Más abajo, los datos relacionados con el **embarazo actual:** exámenes de laboratorio, datos pelvigráficos, índice céfalo-pélvico y perímetros cefálicos tanto radiográfico como real.

Temperatura, pulso, T. A. y respiraciones, al iniciar el trabajo de parto. Hora de inicio de la labor y hora de inicio del control gráfico del curso clínico del parto. Fecha y hora del parto, duración clínica del mismo. Tipo de parto: Espontáneo, inducido, conducido, distócico. Caracteres del producto: sexo, peso, talla,

condición al nacer. Complicaciones (si las hubo). Administración de sangre y líquidos. Observaciones. Finalmente, nombre de la persona que controló y asistió al parto.

TECNICA EMPLEADA PARA REGISTRAR GRAFICAMENTE EL TRABAJO DE PARTO

El objeto que se persigue al llevar un registro gráfico del curso clínico del parto, es el de perpetuar paso a paso cada uno de los diferentes fenómenos que se van sucediendo de manera gradual pero progresiva, desde que se inicia el trabajo de parto hasta que nace el producto de la concepción. Por lo tanto, lo deseado es que la gráfica sea un reflejo fiel de lo que ha sucedido. Para lograr este objeto, es absolutamente necesario instalarse a la par de la paciente y llevar la anotación lo más exacta posible, de todos los datos que se desean registrar, siguiendo un método por nosotros establecido.

Para que los diversos registros no se confundan, es necesario emplear diferente color para cada uno, así:

Dilatación cervical: lápiz negro.

Plano de Hodge: lápiz rojo.

Frecuencia de las contracciones: lápiz azul.

Duración clínica de las contracciones: lápiz verde.

Frecuencia cardíaca fetal: tinta negra, con trazado fino.

Grado de borramiento o longitud del cuello: tinta negra, trazo fino.

Al iniciar la gráfica, se graba un punto de color correspondiente en la hora y el sitio preciso de la hoja, en lo referente a latido fetal, dilatación cervical, plano de Hodge, frecuencia y duración clínica de las contracciones. El grado de borramiento del cuello se representará con una línea vertical de una longitud proporcional a la longitud del mismo; así, al haber borramiento completo, se presentará con un punto. El decúbito que mantiene la paciente, se representa con una X en el cuadro que le corresponde. Todos los fenómenos se registran a la misma hora. Al progresar el trabajo de parto, continuamos las anotaciones de la siguiente manera:

Latido fetal: Se anota con un punto cada 20 minutos, los cuales se unirán por medio de una línea trazada con regla, (12).

Frecuencia y duración de las contracciones: Por frecuencia se entiende el número de contracciones por cada 10 minutos. Como consecuencia de las variaciones dentro de cierto límite que ex-

perimentan estos 2 fenómenos, tenemos que valernos de cifras promedio para poder registrarlas de manera gráfica. El método que seguimos es el siguiente: en una hoja en blanco, se trazan 5 líneas verticales, las cuales dejarán entre ellas 4 columnas. En la primera se anota la hora del inicio clínico de la contracción; en la segunda, la hora del fin de la misma; en la tercera la duración de esa contracción, estableciendo la diferencia de tiempo entre el principio y el fin de la contracción. De esa manera, se van anotando hacia abajo los datos de todas las contracciones, sin perder una sola, hasta completar un espacio de tiempo de 30 minutos. Se cuentan el número de contracciones habidas en ese período y se hace el cálculo para obtener el promedio en 10 minutos en cuanto a frecuencia. Luego se suman todos los valores de duración anotados en la tercera columna, cuyo resultado se divide entre el número de contracciones y obtenemos así el promedio de duración clínica de las contracciones. En la cuarta columna, se anotan los promedios de frecuencia y duración, que luego serán registrados en la hora correspondiente de la hoja del registro gráfico. Un ejemplo es más demostrativo:

INICIO	FINAL	DURACION	PROMEDIOS
4: 1:30	4: 2: 5	45"	
4: 4:25	4: 4:55	30"	
4: 7:10	4: 7:50	40"	
4:11:00	4:11:35	35"	
4:14:40	4:15:10	30"	
4:18:45	4:19:15	30"	Frecuencia: 3
4:21:55	4:22:30	35"	Duración: 34 4"
4:24:35	4:25:15	40"	
4:27:05	4:27:35	30"	
		310"	

Total: 9 contracciones en 30 minutos = 3 por cada 10 minutos.
Duración: 310: 9 = 34.4".

Las anotaciones correspondientes a frecuencia y duración de las contracciones, las anotamos cada 30 minutos, por medio de puntos que luego se unen por medio de líneas.

Con respecto a la dilatación cervical y plano de Hodge en que se encuentra la parte que se presenta, no hay dificultad para registrarlas en el sitio correspondiente. Estas las hacemos cada hora, para no tener que abusar del tacto vaginal. Avanzado el trabajo de parto, sobre todo en la segunda mitad del primer período y más aún, durante el segundo período del parto, todos los controles deben ser hechos con más frecuencia puesto que todos los

fenómenos se suceden con mayor rapidez, máxime si se trata de una paciente de paridad elevada o con antecedentes de partos rápidos anteriores.

La ruptura de membranas se anota con las iniciales RE o RA, según si ésta ha sido espontáneo o artificial, las cuales se rodean de un círculo de cuya parte inferior se desprende una flecha para indicar la hora exacta en que ocurrió la ruptura, así:
RE RA

Los medicamentos administrados, así como la dosis y la vía empleada, se subrayan para luego trazar una flecha vertical que indique la hora de su administración. En este mismo espacio destinado a los medicamentos, acostumbramos anotar también cualquier otro dato referente al estado de la paciente o del feto, como excitación, vómitos, expulsión de meconio, disnea, náuseas, irregularidad cardíaca fetal, dolor sobre cicatriz de cesárea anterior, etc. Así, queda registrada la hora exacta de su aparición.

En aquellos casos en los cuales es necesario emplear sustancias con propiedades ocitócicas, procedemos de la siguiente manera: en el espacio correspondiente a la administración de medicamentos, se anota el nombre del ocitócico usado, la cantidad del mismo y proporción del diluyente de manera abreviada; luego se subraya y por medio de una flecha vertical, se indica la hora en que se comenzó a administrar, así: Pitocin (o Syntocinón) 5u: 1000cc. El diluyente que siempre usamos es la solución de dextrosa isotónica y la vía de administración E. V. Nunca usamos el ocitócico sin diluir, ni por vía I. M. Para regular la dosis más o menos exacta que la paciente recibe por minuto, tenemos que recurrir al inexacto método de considerar por cada 20 gotas, 1 cc. Por ejemplo, usando la solución de 5 unidades del ocitócico en 1000 cc. de dextrosa isotónica, obtendremos aproximadamente 5 miliunidades por cada 20 gotas administradas, o lo que es igual, 1 mU por cada 4 gotas. Si queremos inducir o conducir la labor de la paciente con 2 mU por minuto, es necesario regular la venoclisis a 8 gotas por minuto. La dosis de ocitocina así administrada, se anota por medio de una X en el cuadrado correspondiente de la hoja del registro gráfico.

Finalmente, el nacimiento de la criatura lo indicamos con el signo correspondiente al sexo situado a la hora del parto.

CONCLUSIONES

1. Se presenta un trabajo de registro gráfico del curso clínico del parto en una hoja adecuada.

2. Mediante este control se logra visualizar a una hora determinada, el curso de todos los fenómenos que se están sucediendo durante los dos primeros períodos del parto, en el binomio feto - madre.
 3. Los fenómenos del parto a registrar son: frecuencia de las contracciones expresada por número de contracciones por cada 10 minutos; duración clínica de las mismas en segundos; frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto; dilatación cervical en centímetros de diámetro; estación de la presentación, según los planos de Hodge; grado de borramiento del cuello uterino. Además, se pueden registrar decúbito de la paciente, los medicamentos administrados y la dosis de ocitocina expresada en mU. por minuto.
 4. Para facilidad del registro, desde el punto de vista clínico, se sustituye la intensidad de la contracción por la duración clínica de la misma, expresada en segundos.
 5. El registro gráfico nos permite conducir el trabajo de parto dentro de un horario determinado.
 6. Para la distinción clara de los distintos fenómenos a registrar, se recomienda el uso de lápices de colores para anotar las diferentes líneas y puntos.
 7. El registro gráfico nos permite conducir el trabajo de parto bajo lineamientos ideales para evitar riesgos feto-maternos.
 8. Cualquier anormalidad materna o fetal que se llegara a presentar, es notada y corregida de inmediato.
 9. El registro gráfico no es complicado, debiendo ser un fiel reflejo del curso clínico del parto, para lo que se necesita de la contribución de una persona capaz, paciente, empeñosa y con gran dedicación al arte obstétrico.
 10. Dadas las múltiples ventajas que el registro gráfico le ofrece al médico, a la madre y al feto, recomendamos su uso como ideal, en todas las instituciones donde se practique la obstetricia.
-

BIBLIOGRAFIA

1. H. ALVAREZ and L. A. CIBILS. Uterine work during labor induced with oxytocin. Symposium on oxytocin, Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay, 1959.
2. R. CALDEYRO-GARCIA, J. J. POSEIRO, H. ALVAREZ and P. POST. The Action of Chlorpromazine on uterine contractility and arterial pressure in normal and toxemic pregnant women American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 75, N° 5, Pages 1088-1095, May. 1958.
3. R. CALDEYRO-BARCIA, Y. SICA BLANCO, J. I. POSEIRO, V. GONZALEZ PANIZZA, C. MENDEZ-BAUER, C. FIELITZ, H. ALVAREZ, S. V. POSE and C. H. HENDRICKS. A quantitative study of the action of synthetic oxytocin on the pregnant human uterus. The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics. Vol. 121, N° 1, Pág. 18-31. Septiembre 1957.
4. R. CALDEYRO-BARCIA and JOSE A. SERENO. The reactivity of the human uterus to oxytocin throughout pregnancy. Symposium on oxytocin, Faculty of Medicine. Montevideo, Uruguay, 1959.
5. R. CALDEYRO-GARCIA and SERAFIN V. POSE. Measurements of uterine response to oxytocin at different gestational ages in normal and abnormal conditions. Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay, 1959 Free Communication Presented at the II World Congress of the International Federation of Gynecology and Obstetrics, Montreal, June 22-28, 1958.
6. R. CALDEYRO-BARCIA and JUAN J. POSEIRO. Fetal and Maternal dangers due to misuse of oxytocine. Faculty of Medicine. Montevideo. Uruguay. Free communication. Presented at the II World Congress of the International Federation of Gynecology and Obstetrics, Montreal. June 22 - 28, 1958.
7. R. CALDEYRO-BARCIA, H. ALVAREZ, J. I. POSEIRO, S. V. POSE, L. CIBILS, Y. SICA BLANCO, M. A. CARBALLO, C. MENDEZ-BAUER, V. H. GONZALEZ PANIZZA y C. FIELITS. Juicio crítico y resultados de la Inducción y Conducción del parto. Memoria del II Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología celebrado en México en junio de 1958.
8. EASTMAN. Obstetricia de Williams, 2ª Edición en español, Pág. 326-341.
9. NORIEGA GUERRA, CIBILS L. A., H. ALVAREZ, J. J. POSEIRO, S. V. POSE, Y. SICA-BLANCO, C. MENDEZ, BAUER, C. FIELITS, V. H. GONZALEZ PANIZZA y CALDEYRO-BARCIA. Efecto de los cambios de posición de la parturienta sobre la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas. Anales de la Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay. Tomo 44, N° 3 - 4. 1959. Págs. 383 - 392.
10. S. V. POSE and C. FIELITS. The effects of progesterone on the response of the pregnant human uterus to oxytocin. Symposium on oxytocin. Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay, 1959.
11. J. J. POSEIRO and L. NORIEGA GUERRA. Dose response relationships in uterine effects of oxytocin infusion. Symposium on oxytocin, Faculty of Medicine, Montevideo, Uruguay, 1959.
12. TERAN VALLS y BRICEÑO BRIONES. Sufrimiento Fetal. Su valoración Clínica. El Médico de Centro América y Panamá, año 5, N° 1.