

Universidad Particular de Iquitos

FACULTAD DE OBSTETRICIA

Carrera Profesional de Obstetricia

TITULO

"Curva de Trabajo de Parto en 'Nulíparas Loretanas' atendidas
en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos
de Agosto a Octubre 1996 "

TESIS

Para Optar el Título Profesional de:

Licenciado en Obstetricia

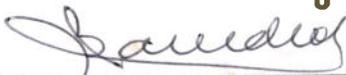
Presentado por :

Bach. Obst. Lucía Consuelo Vela Vacalla

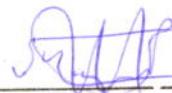
IQUITOS - PERU

1997

JURADO



Dr. Jaime Zamudio Zelada



Dr. Víctor Noriega Reátegui

Obst. Rosa Lupuche Ipanaque

BIBLIOTECA-UPI

DEDICATORIA

A mis esforzados padres por el gran amor, apoyo y confianza que me brindaron en el transcurso de mi formación y por ser lo mejor que me dió la vida

AGRADECIMIENTO

Expreso mi profunda gratitud a las siguientes personas :

- A mis padres José y Laureen y hermanos, quienes me brindaron el apoyo económico y espiritual.
- Al Dr. Hamilton Pezo V. por la ayuda y los conocimientos aportados a la preparación de este trabajo.
- A las numerosas contribuciones de los doctores :
 - * Dr. Javier Aramburu G.
 - * Dr. Javier Vargas H.
 - * Dr. Ricardo Chávez Ch.
 - * Dr. Javier Vásquez V.
- También agradezco a la Universidad y a los Docentes de la Facultad.

INDICE

	PÁG.
- INTRODUCCIÓN	1
I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Descripción de la Situación Problemática y Antecedentes	2
1.2 Formulación del Problema	3
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	5
II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	6
2.1 Marco Teórico	6
2.2 Definición de Términos Básicos	15
III HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE	17
3.1 Variable de Estudio	17
3.2 Definición Operacional de la Variable	17
3.3 Hipótesis	18
IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	19
4.1 Identificación del Método de Investigación	19
4.2 Población y Muestra	19
4.3 Instrumentos de Recolección de Datos	20
IV RESULTADOS	22
" DISCUSION	31
- CONCLUSIONES	34
- RECOMENDACIONES	35
- BIBLIOGRAFÍA	36
- ANEXOS	

INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS

	PAG.
- GRAFICA No 01 : CURVA DE TRABAJO DE PARTO EN NULIPARAS. FRIEDMAN	8
- TABLA No 1 : RESULTADO DE EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO. FRIEDMAN	9
- GRAFICA No 02 : CURVA DE DILATACION DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA	10
- GRAFICA No 03 : LINEAS DE ALERTA Y ACCION DE PHILPOTT Y CASTLE	13
- TABLA No 2 : PATRONES DE DILATACION CERVICAL DEL CLAP PARA LA CONSTRUCCION DE LA CURVA DE ALERTA	14
- TABLA No 3 : DISTRIBUCION DE LA PARIDAD POR GRUPOS ETAREOS	22
- TABLA No 4 : EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL TRABAJO DE PARTO	23
- TABLA No 5 : RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS DE ACUERDO AL GRADO DE DILATACION	24
- TABLA No 6 : DILATACION ALCANZADA AL MOMENTO DE INICIAR LA FASE ACTIVA	25
- TABLA No 7 : FRECUENCIA DE DILATACION POR CM. UTILIZADOS PARA LA ELABORACION DE LA CURVA DE TRABAJO DE PARTO	26
- TABLA No 8 : VALORES DE LOS PERIODOS Y FASES DEL TRABAJO DE PARTO EN NULIPARAS	27
- TABLA No 9 : VALORES COMPARATIVOS DEL PRIMER Y SEGUNDO PERIODO EN TRES ESTUDIOS	28
- TABLA No 10 : VALORES PERCENTILES 25 Y 75% DE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO POR CENTIMETROS DE DILATACION Y DEL SEGUNDO PERIODO	29
- GRAFICA No 04 : CURVA DE TRABAJO DE PARTO EN NULIPARAS LORETANAS	30

INTRODUCCIÓN

La curva de Trabajo de Parto, es un patrón importante, porque a través de ello (graficado en el Partograma), podremos diagnosticar a tiempo una distocia, y de esa manera trataremos de disminuir la Morbi-Mortalidad Materno - Perinatal.

Esta curva se hizo más relevante después que Friedman en 1955 hiciera una Curva de Parto para Nulíparas y en 1978 para Nulíparas y Múltiparas, tras recoger y estudiar miles de partogramas por computadora (4).

Posteriormente, en años recientes el Centro Latinoamericano de Perinatología (11) propone, luego de la evaluación de casi 1,200 partos normales, Curva de Trabajo de Parto para cada caso de parturientas en posición vertical u horizontal (nulíparas y múltiparas), con membranas rotas e íntegras), siendo la Curva de Trabajo de Parto, variable para cada caso.

Es importante anotar, que las únicas características Clínicas de la parturienta, útiles en la evaluación de la progresión del trabajo de parto, son la dilatación cervical y el descenso fetal (4),

De la observación de la Curva de Trabajo de Parto en nuestro medio estudiaremos si el comportamiento de la Curva en Nulíparas Loretanas siguen las reglas y tiempos mencionados, según Friedman, y según el Centro Latinoamericano de Perinatología.

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Descripción de la Situación Problemática y Antecedentes

Según los estudios realizados por Friedman, llegó a la conclusión de que todo Trabajo de Parto con las evaluaciones permanentes, se podría determinar el momento en que un parto eutócico se vuelva distócico. Es así que actualmente se conoce como Curva de Trabajo de Parto en el cual se determina las pautas para la terminación de un parto eutócico.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios antes descritos, creo necesario comparar los valores de la Curva de Trabajo de Parto, con los resultados que obtuve de la aplicación de dicha curva en las mujeres nulíparas que se atendieron en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos durante los meses de Agosto a Octubre 1996.

Mediante este estudio, traté de contribuir a la disminución de la Morbi-Mortalidad Materno-Perinatal, las cuales se encuentran altos índices las mismas que podrían disminuirse con la aplicación correcta de la Curva de Trabajo de Parto.

1.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el comportamiento de la Curva de Trabajo de Parto en Parturientas Nulíparas de origen Loretañas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos durante los meses de Agosto a Octubre 1996?

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Determinar la Curva de Trabajo de Parto en Parturientas Nulíparas de origen Loretanos atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos.

1.3.2 Específicos

Determinar la Curva de Trabajo de Parto en Parturientas Nulíparas de origen Loretanos determinando el tiempo de duración de los períodos y fases del Trabajo de Parto.

Determinar los parámetros para la elaboración de la curva de alerta en parturientas nulíparas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos.

1.4 Justificación

Sabemos que las Mujeres Loretananas, en especial las Primigestas no acuden al Control Pre-Natal, constituyendo por lo tanto Embarazos y Partos de alto riesgo, la gran mayoría provienen de lugares con escasos recursos económicos y además presentan un alto grado de analfabetismo.

En el Perú, una de las causas de la elevada tasa de Mortalidad Materna se refieren básicamente a las interurrencias del Trabajo de Parto, las cuales ascienden a 280 por 100, 000 nacidos vivos y una tasa de Mortalidad Perinatal de 30 por 1,000 nacidos vivos, tasas éstas de las más altas de Latinoamérica y del mundo.

Debemos también tener en cuenta que el Trabajo de Parto se halla sometido a variaciones por factores ambientales, culturales, anatómicos y otros factores aún no determinados, que por cierto son distintas en la mujer loreтана en relación con otras ciudades.

Según observaciones de especialistas, refieren que las Nullíparas Loretananas son las que con mayor frecuencia presentan problemas en el Trabajo de Parto, se hace pues necesario determinar las características de la Curva de Trabajo de Parto y obtener valores que sirvan de parámetros en la elaboración de la Curva de Alerta en nuestra región a fin de detectar con mayor exactitud y precisión una alteración (enlentecimiento o aceleración) del Trabajo de Parto lo que nos servirá para detectar posibles distocias, cumpliéndose de ésta manera con el objetivo de disminuir la Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal.

II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Marco Teórico

El trabajo de parto es la secuencia coordinada y eficaz de contracciones uterinas involuntarias que dan por resultado la incorporación y dilatación del cuello uterino, que culmina con la expulsión del producto de la concepción.

Para algunos autores (12) el parto inicia cuando la dilatación va más allá de 2 cm. Según Friedman es el momento en que se inician las contracciones uterinas regulares (4,5); cuyo concepto utilizó para elaborar las Curvas de Trabajo de Parto de sus estudios.

Así mismo, Friedman (18) inscribió en un eje de coordenadas, trazado en un papel cuadrículado, múltiples observaciones aisladas de la dilatación cervical. En dichos ejes la abscisa representa el tiempo en horas y la ordenada la dilatación cervical en centímetros; finalmente obtuvo una curva sigmoidea de la dilatación cervical en el tiempo y sometió al análisis estadístico cada uno de sus segmentos componentes.

En realidad no existe un límite neto entre el pre-parto y el parto, sino una transición gradual y progresiva, tanto en las características de las contracciones uterinas como en los cambios que ocurren en el segmento inferior y cuello uterino (12).

Por tanto no es fácil ubicar con precisión el inicio y el final de la fase latente, sin embargo, el inicio de la fase activa es notorio en las gráficas trazadas del programa (4).

El parto concluye con la expulsión de la placenta, iniciándose el puerperio inmediato.

De acuerdo a Friedman, el Trabajo de Parto se divide en tres periodos (9):

1º PERIODO DE DILATACIÓN:

Borramiento y dilatación del cuello uterino, va de 1 a 10 centímetros.

a) Fase Latente

b) Fase Activa:

- Subfase de Aceleración
- Subfase de Aceleración Máxima
- Subfase de Desaceleración.

2º PERÍODO EXPULSIVO:

Expulsión del feto, desde el término del período de dilatación hasta la expulsión total del feto.

3° ALUMBRAMIENTO:

Salida de los anexos fetales. La Fase Latente se considera hasta existir una dilatación cervical de 2.8 a 3 cm. (8), siendo esta fase sensible a anestesia y analgesia; sin embargo, la fase activa no es sensible a dichas drogas.

Al parecer la mejor manera de determinar el final de la fase latente o el inicio de la fase activa es por medio de la observación de la Curva de Trabajo de Parto.

Según los datos de Friedman, en la fase de pendiente máxima, la velocidad de dilatación normalmente excede 1.2 cm/h en la Nullípara y de 1.5 cm/h en la Multípara (4).

Algunos autores (4), refieren que la incorporación de la fase latente en la duración total del Trabajo de Parto, da una impresión errónea del trabajo uterino participante y no permite hacer la comparación crítica de trabajos de parto. Por ello las valoraciones de la duración total de dicho trabajo carecen de significado.

No obstante, Friedman, piensa que pasar por alto las proporciones iniciales del Trabajo de Parto significará despreciar pruebas importantes existentes o inminentes.

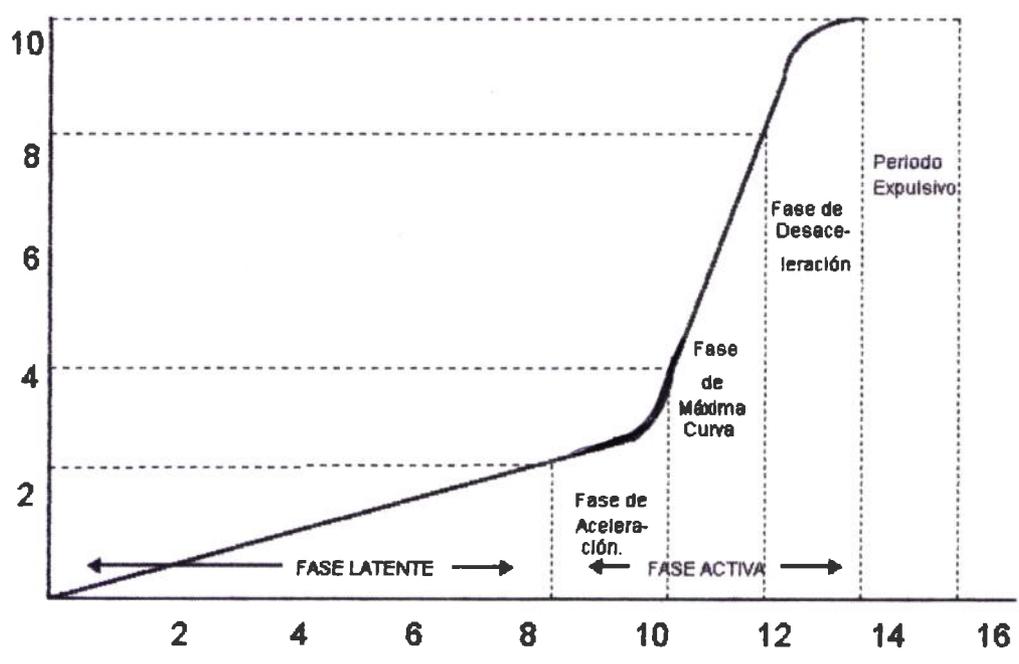
Precisamente las curvas de alerta del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) parten de un punto intermedio entre 4 y 5 cm. (12) de dilatación, relegando importancia a la fase latente.

De hecho, tanto los estudios de Friedman y los de CLAP se basan en trabajos de parto eutócicos, en pelvis ginecoides. Se considera pelvis ginecoide (1) la que cumple con las siguientes características:

1. Diámetro transversal más amplio del estrecho superior: 12 cm
2. Diámetro anteroposterior del estrecho inferior : 11 cm
3. Paredes laterales : Rectas
4. Pelvis anterior : Amplias
5. Escotadura sacroclática : Media
6. Inclínación del sacro : Media
7. Espinas ciáticas : No promin.
8. Arco suprapúblico : Amplio
9. Diámetro transversal del estrecho inferior : 10 cm
10. Estructura ósea : Media

GRAFICA No. 01

**CURVA DE TRABAJO DE PARTO EN NULIPARAS
FRIEDMAN**



Ref. Friedman. E. Primigravid labor a graphi Statistical analysis. Obstet gynecol 1,965, 6:567.

TABLA No. 1

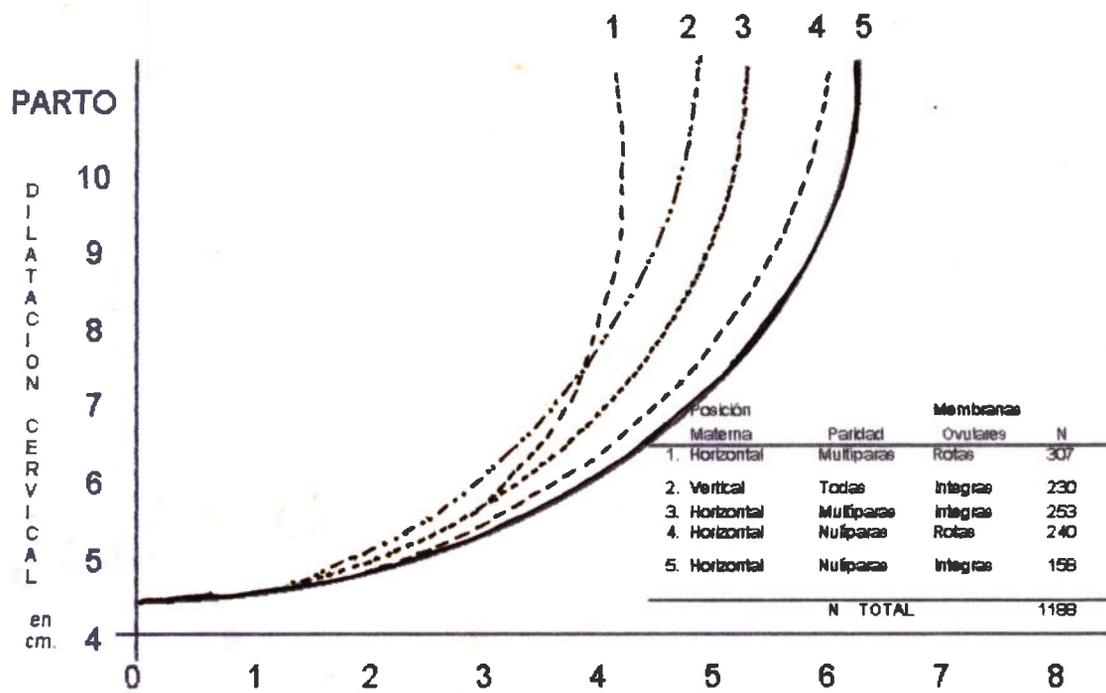
**FRIEDMAN OBTUVO LOS SIGUIENTES RESULTADOS
DE EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO**

GRUPO	FASE LATENT (hrs)	FASE ACTIV (hrs)	DILAT MAXIM (cm/h)	DESA- CELE (hrs)	DESCENSO MAXIMO (cm/h)	SEGUNDO PERIODO (hrs)
NULIPARAS						
MEDIA	6,4	4,6	3,0	0,84	3,3	1,1
DS	5,1	3,6	1,9	1,0	2,3	0,8
LIMITE	20,1	11,7	1,2	2,7	0,96	2,9
MULTIPARAS						
MEDIA	4,8	2,4	5,7	0,36	6,6	0,39
DS	4,9	2,2	5,7	0,3	4,0	0,3
LIMITE	13,6	5,2	1,5	0,86	2,1	1,1

De Friedman EA. dir Labor : clinical evaluation and management 2da. ed.
New York : Appleton-Century-Crofts-Crofts, 1,978.

GRAFICA No. 02

CURVAS DE DILATACION CERVICAL DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGIA



Ref. Publicación CLAP No. 1153.

LÍNEAS DE ALERTA Y ACCIÓN

Philpott y Castle (19,20) propusieron líneas de alerta y acción en el tratamiento de la fase activa del trabajo de parto, para ayudar a las parteras a vigilarla en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital. En una Gráfica patrón en papel cuadriculado trazaron una línea recta de alerta para las pacientes primigestas que llegaron al hospital con 3 cm. de dilatación o más. La línea de alerta une puntos que representan 1 cm. de dilatación en el momento cero (Ingreso) y dilatación completa (10 cm.) 9 horas después, a una velocidad de 1 cm./h. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a cuatro horas de distancia.

Si el progreso del trabajo de parto es menor de 1 cm/h. su curva cruza la línea de alerta e indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal. En ese momento debe hacerse una interconsulta o trasladar a la paciente a una unidad central para una mejor evaluación y tratamiento de las contracciones uterinas y de una posible desproporción cefalopélica. Si después de otras cuatro horas se cruza la línea de acción, se requiere de un tratamiento definitivo. En África se demostró la eficacia de este sistema con mejores evoluciones perinatales y menor morbilidad materna (20).

CURVA DE ALERTA DEL CLAP

Consiste en una Gráfica que permite evaluar el progreso del parto en un caso individual. Marca un límite extremo (percentil 10) de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo y permite alertar precozmente la posibilidad de distocia, - cuando la curva se torna lenta - permitiendo corregir la anomalía oportunamente o referir el caso a un nivel superior (21).

La curva se Grafica desde la dilatación obtenida en el primer examen (hora 0), marcándose sucesivamente la dilatación que ocurre en cada examen. Al momento de cruzar la línea de los 4-5 cm., inmediatamente se dibuja la curva de alerta del trabajo de parto. Para tal efecto, en el cuadrante superior izquierdo de la Gráfica existe una tabla con el tiempo más lento - en horas y minutos - necesario para alcanzar el progreso de la dilatación de 4-5 cm a 6 cm, de 6 a 7 cm, de 7 a 8 cm, de 8 a 9 cm, de 9 a 10 cm y de 10 cm al parto. En dicha tabla se observa que la velocidad varía de acuerdo a si la parturienta está en posición vertical (más rápida) o en horizontal, si es múltipara (más rápida) o nulípara y si tiene membranas íntegras (menos rápida) o rotas. De acuerdo a las características que presenta la gestante en trabajo de parto, se obtienen los valores de tiempo para cada centímetro de dilatación y se los coloca como puntos en la Gráfica, para luego construir la curva de alerta al unir dichos puntos.

Construida la curva, se prosigue con la evolución del parto y se colocan los hallazgos clínicos de acuerdo al tiempo transcurrido y a la dilatación cervical encontrada.

Si la curva real evoluciona hacia la izquierda de la curva de alerta, se considera que el progreso es normal. Pero, si la curva de progreso está hacia la derecha de la curva de alerta, la curva es lenta y debe determinarse la posibilidad de distocia, evaluándose las condiciones maternas fetales y la compatibilidad fetopélica.

GRAFICA No. 03

**LINEAS DE ALERTA Y ACCION DE PHILPOTT
Y CASTLE**

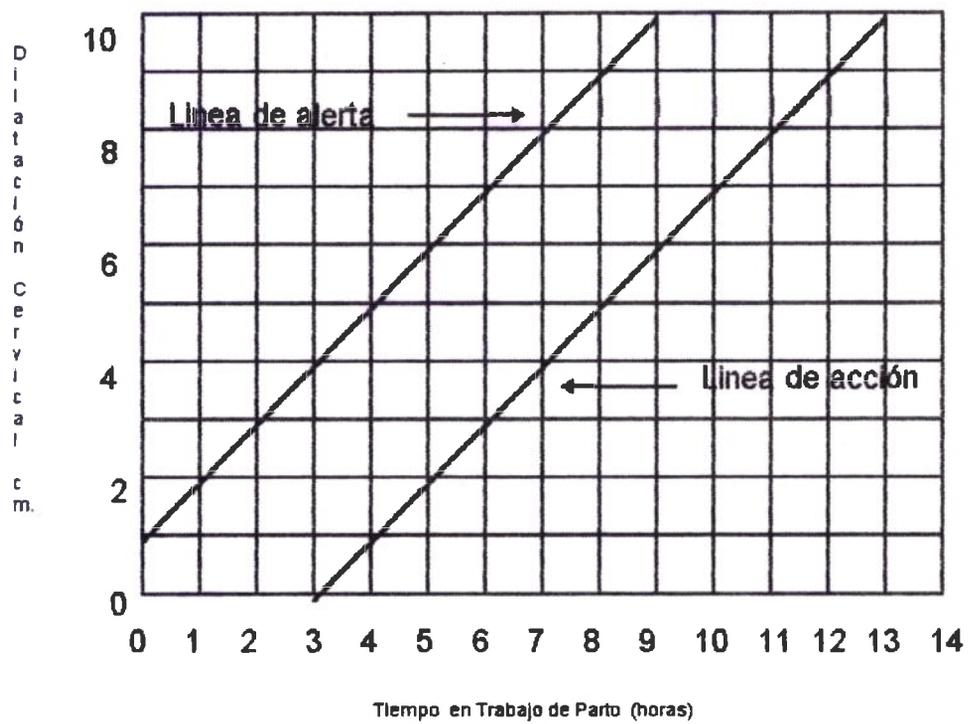
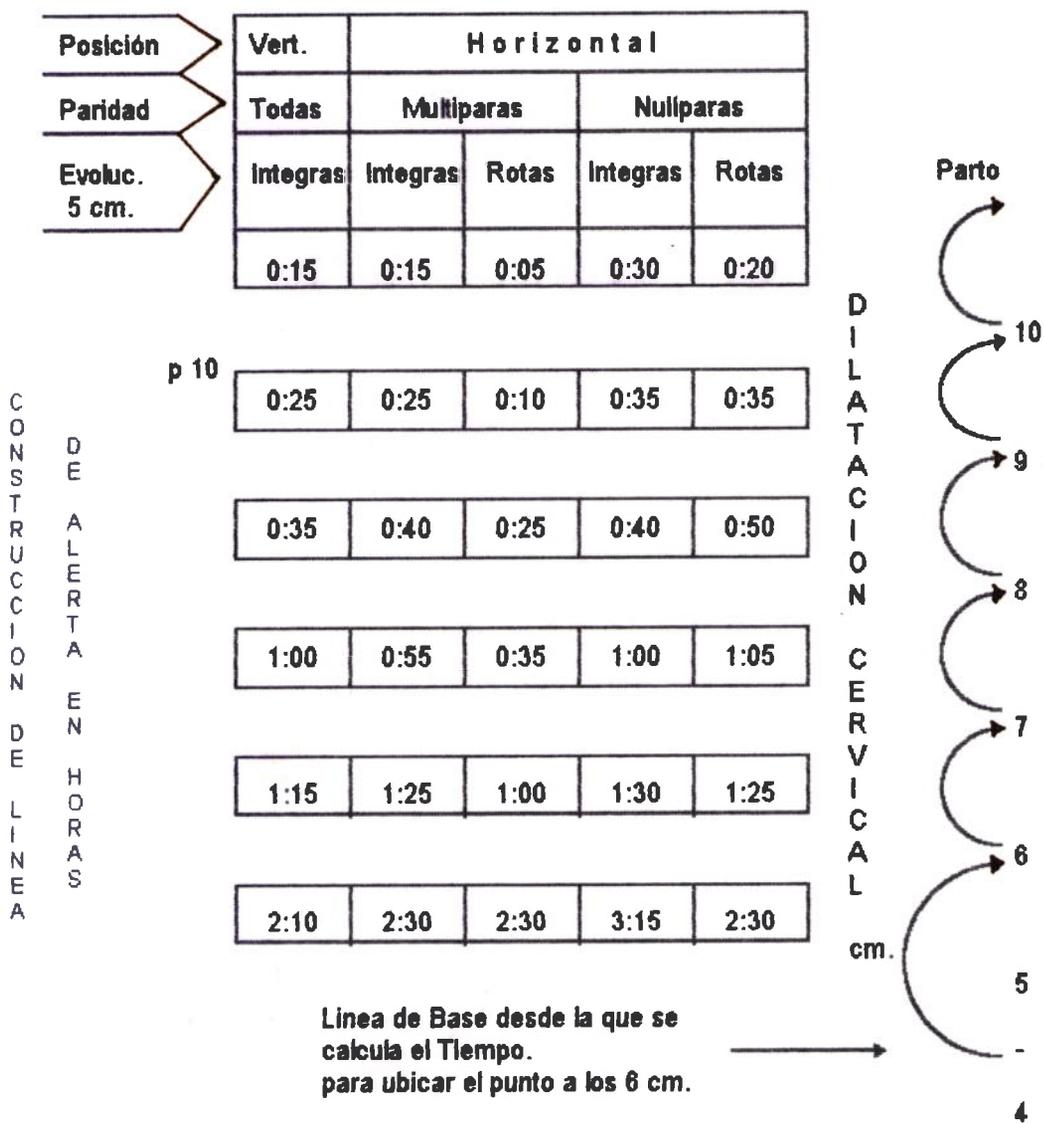


TABLA No. 2

**PATRONES DE DILATACION CERVICAL DEL CLAP
PARA LA CONSTRUCCION DE LA CURVA DE ALERTA**



2.2 Definición de Términos Básicos

- **Parturienta:** Paciente en trabajo de parto
- **Nulípara:** Gestante que nunca ha parido un RN con un peso mayor de 500 gr. , con una gestación mayor de 20 semanas
- **Trabajo de Parto:** Es el proceso que mediante las contracciones y la dilatación, el útero grávido expulsa un feto con un peso mayor de 500 gr o mayor de 20 semanas de gestación.
- **Fase Latente:** Es la primera etapa del primer período del trabajo de parto, desde su inicio (contracciones regulares) hasta el ascenso de la curva de dilatación. Su forma es casi aplanada.
- **Fase Activa:** Es la segunda etapa del primer período del trabajo de parto, es muy notorio debido a que la velocidad de dilatación cervical cambia de manera aguda y la curva de trabajo de parto se inclina más (vertical). Termina cuando alcanza la dilatación completa.
- **Curva de Trabajo de Parto:** Es la representación gráfica de la dilatación del cuello uterino y el descenso de la presentación en relación al tiempo de evolución desde el inicio de las contracciones uterinas regulares hasta el final del período expulsivo.
- **Partograma con Curva de Alerta:** Es una gráfica que permite evaluar el progreso del parto en un caso individual, marcando un límite extremo (percentil 10), de la evolución de la dilatación cervical en función del tiempo, permitiendo alertar precozmente la posibilidad de distocia y corregir la anomalía oportunamente o referir el caso a un nivel de referencia.
- **Parto Eutócico:** Es el parto por vía vaginal sin ningún tipo de alteraciones y con un feto en occípito ilíaco anterior.
- **Parto Distócico:** Es el parto difícil que se caracteriza por un proceso anormalmente lento de trabajo de parto. Es la consecuencia de cuatro anomalías diferentes que pueden darse solos o combinados: Anomalías de las fuerzas de expulsión, anomalías de presentación, anomalías de la pelvis ósea materna, anomalías del canal del parto.
- **Desproporción Fetopélvica:** Es la disparidad entre el tamaño de la pelvis materna y el de la cabeza fetal que impide el parto vaginal, independientemente de que la cabeza fetal presente o no unos diámetros óseos óptimos.

- **Malposición Fetal:** Es la relación de una posición dada de la presentación fetal con la porción transversa o posterior de la pelvis materna.
- **Enfermedades Concomitantes:** Son aquellas enfermedades que se manifiestan en el transcurso de la gestación y muchas veces hasta el trabajo de parto. Estas pueden ser: Infección del tracto urinario, malaria, hipertención arterial y otros.

III HIPÓTESIS Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE

3.1 Variable de Estudio

La variable a usar en el presente trabajo es la denominada Variable Dependiente: "Curva de Trabajo de Parto".

3.2 Definición Operacional de la Variable

Variable Dependiente

Curva de Trabajo de Parto

Indicador

Número de horas de la duración del Trabajo de Parto.

3.3 Hipótesis

Hipótesis General

"La duración total del Trabajo de Parto en las Nulíparas Loretananas atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos tiene un tiempo de duración menor al registrado en otros lugares".

Hipótesis Específicas

- a) **La duración de la Fase Latente del Trabajo de Parto en Nulíparas Loretananas, tiene menor tiempo de duración al registrado en otros lugares.**
- b) **La duración de la Fase Activa del Trabajo de Parto en Nulíparas Loretananas, tiene menor tiempo de duración al registrado en otros lugares.**

IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Identificación del Método de Investigación

El presente estudio toma una población de Parturientas Nulíparas que ingresan al servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos, escogiéndose una muestra que incluye solamente a pacientes en Trabajo de Parto Eutócico y sin manipulación farmacológica.

El presente es un estudio no experimental prospectivo.

4.2 Población y Muestra

El universo comprende TODAS las Parturientas Nulíparas que ingresaron al Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos durante los meses de Agosto a Octubre de 1996.

La MUESTRA está conformada por las parturientas elegidas según los criterios de Inclusión y Exclusión que ingresaron al Servicio de Maternidad del Hospital Apoyo Iquitos - durante el período de estudio.

Criterios de Inclusión

- Embarazo entre las 37 y 41 semanas de gestación por fecha de última menstruación.
- Producto de 2,500 a 4,000 gr, valorado mediante el ponderado fetal.
- Parturientas de 15 a 49 años de edad.
- Dilatación al ingreso menor de 4cm.
- Pelvis compatible.
- Loretanas naturales y procedentes de Loreto.

Criterios de Exclusión

- Desproporción fetopélvico
- Malposición o malpresentación fetal
- Trabajo de parto distócico, que requiera estimulación o aplicación de la maniobra de Kristeller.
- Parturientas con dilatación mayor de 4cm.
- Multiparas.
- Parto múltiple.
- Parturientas tratadas con sedación importante, anestesia regional y oxitocina, o que hayan usado infusiones de cualquier tipo.
- Sometidas a intervención cesárea o cirugía del órgano uterino.
- Ruptura prematura y Ruptura artificial de membranas.
- Cerclaje cervical

- Parturientas con enfermedades concomitantes conocida de alterar la dinámica uterina.

4.3 Instrumentos de Recolección de Datos

Técnica e Instrumentos

Técnicas

- Entrevista y llenado del formato.
- Evaluación de la Pelmis por tacto vaginal.
- Medición al tacto la dilatación del cuello uterino y comprobación frecuente de dichas medidas en circunferencias recortadas en triplay.
- Llenado de datos del tacto vaginal en un cuadro incluido dentro del formato y construcción del partograma.

PARÁMETROS PARA LA ELABORACIÓN DE CADA CURVA DE TRABAJO DE PARTO

a) Inicio de Trabajo de Parto (Hora Cero)

Se toma el tiempo u hora en que la paciente indica la aparición de contracciones uterinas dolorosas, las cuales aumentan en intensidad y frecuencia.

b) Fase Latente

Se inicia en la hora cero, es el primer momento de Trabajo de Parto, en esta fase la dilatación cervical progresa lentamente y su trazo en la gráfica es una línea casi horizontal.

c) Fase Activa

Inicia cuando la dilatación se hace rápida (3 a 4cm de dilatación). La línea que lo representa es en el eje de las coordenadas, se eleva, diferenciándose así de la fase latente, Esta curva se continua con una línea que asciende verticalmente, para finalmente perder velocidad y volverse casi horizontal.

d) Primer Período

Suma de las dos fases: Activa (c) más Latente (b)

e) **Segundo Período**

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

Instrumentos

- Formatos de elaboración de Partogramas.
- Encuesta
- Circunferencias de 1 a 10 cm. de Diámetro elaborado en triplay para verificación de medidas.

Procedimiento de Recolección de Datos

- Llenado de la Historia Clínica del Servicio de Obstetricia del Hospital Apoyo Iquitos, luego de ello se seleccionó las que ingresaron al estudio.
- Se programó sobre el uso previo de anestesia, analgesia, oxitocina o infusiones de cualquier tipo con fines de Exclusión.
- Se procedió luego al examen obstétrico de ingreso para evaluar pelvis, detectar distocias o dilatación cervical mayor de 4 cm.
- Llenado de muestra.
- Se registrarán los datos en el formato del Partograma, los tactos vaginales los cuales se realizarán cada 120 minutos o 2 horas hasta 4 cm. de dilatación cervical. Luego cada 60 ó 30 minutos hasta completar los 10 cm. No se excedieron más de 6 tactos vaginales.
- Se controló el tiempo de cada Período de Trabajo de Parto.
- Se procedió a la elaboración de Curva de Trabajo de parto.

Teniendo los datos estadísticos del año 1995 en el Hospital Apoyo Iquitos, durante este período se atendieron un total de 2,611 partos de los cuales 786 fueron partos eutócicos en primíparas algunas de ellas presentando algunas alteraciones durante el Trabajo de Parto.

En el presente trabajo nuestra muestra es de 167 partos eutócicos en nulíparas que aproximadamente tenemos el 21% del total de partos del año anterior, lo cual nos da como resultado una muestra significativa.

Protección de los Derechos Humanos

En el presente estudio realizado no se atentó contra los Derechos Humanos, considerando que los procedimientos empleados con los paciente fueron necesarios y se realizan rutinariamente en el trabajo de parto.

V RESULTADOS

El estudio se realizó con 167 nulíparas seleccionadas.

65.9% de mujeres realizaron el trabajo de parto en posición de pié y el 34.1% en posición horizontal. Para el estudio se tomaron a todas las parturientas.

TABLA No 3

**DISTRIBUCION DE LA PARIDAD
POR GRUPOS ETAREOS**

GRUPOS ETAREOS	NULIPARAS	
	Nº	%
15 - 19	100	59.88
20 - 24	57	34.13
25 - 29	07	4.19
30 - 34	03	1.80
35 a más	00	0.00
TOTAL	167	100.00

Este cuadro nos muestra que las nulíparas de 15 a 24 años de edad hacen un total de 94.01% , del cual el 59.88% corresponden al grupo de 15 a 19 años y un total de 34.13% al grupo de 20 a 24 años de edad.

El grupo de 25 a 34 años de edad hacen un total de 5.99%, del cual el 14.19% corresponden al grupo de 30 a 34 años de edad.

El grupo de 35 años a más edad no fué ocupado por las nulíparas ya que en esta edad la gran mayoría de parturientas son múltiparas.

TABLA No 4

**EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL
TRABAJO DE PARTO**

EDAD GESTACIONAL (sem)	NULIPARAS	
	Nº	%
37	25	14.9
38	38	22.8
39	52	31.1
40	38	22.8
41	14	8.4
TOTAL	167	100.0

Este cuadro nos muestra los datos respecto a la edad gestacional por fecha de última menstruación (FUM) y encontramos la mayor cantidad de partos entre las 38 y 40 semanas de gestación con un total de 76.7% del cual el 22.8% se encuentra a las 38 semanas, el 22.8% a las 40 semanas y el grupo más grande se encuentra a las 39 semanas de gestación con un 31.1%.

TABLA No 5

**RUPTURA ESPONTANEA DE MEMBRANAS DE
ACUERDO AL GRADO DE DILATACION**

DILATACION CERVICAL (cm)	NULIPARAS	
	Nº	%
3	04	2.4
4	03	1.8
5	02	1.2
6	07	4.2
7	17	10.2
8	26	15.6
9	43	25.7
10	65	38.9
TOTAL	167	100.0

La ruptura de membranas en forma espontánea se produjo a los 10 cm de dilatación en 38.9%, seguidamente a los 9 cm un 25.7%, en 8 cm un 15.6% y en 7 cm un 10.2%. El resto se halla distribuido entre los 3 y 6 cm de dilatación en un total de 9.6%, sin diferencias notables. El promedio es de 8.6 cm.

TABLA No 6

**DILATACION ALCANZADA AL MOMENTO
DE INICIAR LA FASE ACTIVA**

DILATACION (cm)	NULIPARAS	
	Nº	%
2	40	23.95
3	61	36.53
4	32	19.16
5	18	10.78
6	04	2.39
7	12	7.19
TOTAL	167	100.00

Este cuadro nos indica la dilatación alcanzada al iniciar la fase activa de contracciones regulares encontrándose una dilatación entre 2 y 5 cm de 90.42%. El promedio alcanzado es de 3, 5 cm.

TABLA No 7

**FRECUENCIA DE DILATACION POR CENTIMETROS
UTILIZADOS PARA LA ELABORACION DE LA
CURVA DE TRABAJO DE PARTO**

SEGMENTO (cm)	Nº GESTANTE
2 - 3	50
3 - 4	94
4 - 5	102
5 - 6	105
6 - 7	104
7 - 8	105
8 - 9	145
9 - 10	167

Este cuadro nos muestra la cantidad de parturientas tomadas según el grado de dilatación, en relación al inicio de la fase activa, para la construcción de la curva de trabajo de parto. Sólo tomamos 50 nulíparas de 2 - 3 cm de dilatación, a partir de 3 cm de dilatación se tomaron más de 94 casos.

TABLA No 8

**VALORES DE LOS PERIODOS Y FASES DEL TRABAJO
DE PARTO EN NULIPARAS**

NULIPARAS	FASE LATENTE	FASE ACTIVA	PRIMER PERIODO	SEGUNDO PERIODO	TERCER PERIODO	TIEMPO TOTAL
MEDIA	6:38	4:44	11:22	0:17	0:13	11:51
DS	3:11	2:34	4:20	0:16	0:09	4:21
LIM. MAX.	23:00	11:10	34:01	2:30	0:35	34:30
LIM. MIN.	1:30	1:00	3:58	0:02	0:00	4:13

Clave: El tiempo de fases y periodos está dado en horas y minutos separados por dos puntos (:)

En este cuadro se puede observar una fase latente promedio de 6:38 horas con un tiempo mínimo de 1:30 horas y el tiempo más prolongado de 23 horas.

Así mismo podemos observar que la fase activa alcanzó un promedio de 4:44 horas, representando el tiempo más corto de 1 hora y el más prolongado de 11:10 horas.

Como consecuencia de las fases, el primer periodo obtuvo una media de 11:22 horas con el tiempo mínimo de 3:58 horas y el tiempo máximo de 34:01 horas.

El segundo periodo alcanzó una media de 17 minutos con un tiempo mínimo de 2 minutos y un tiempo máximo de 2:30 horas.

El tercer periodo promedia 13 minutos, con un tiempo mínimo de 0 minutos y un máximo de 35 minutos.

El tiempo total promedio fué de 11:51 horas, el tiempo mínimo fué ocupado por 3 nulíparas con 4:13 horas y el tiempo máximo por 1 nulípara con 34:30 horas.

TABLA No 9

VALORES COMPARATIVOS DEL PRIMER Y SEGUNDO PERIODO EN TRES ESTUDIOS

FASES Y PERIODOS	NULIPARAS
FASE LATENTE E. Fiedman H. Hurtado Estudio	 6:24 6:13 6:38
FASE ACTIVA E. Friedman H. Hurtado Estudio	 4:36 4:26 4:44
PRIMER PERIODO E. Friedman H. Hurtado Estudio	 11:00 10:39 11:22
SEGUNDO PERIODO E. Friedman H. Hurtado Estudio	 1:06 0:28 0:17

El tiempo está dado en horas y minutos separados por dos puntos (:)

Este cuadro hace una comparación entre los valores encontrados para el primer y segundo periodo entre E.A. Friedman, H. Hurtado y el presente estudio.

TABLA No 10

**VALORES PERCENTILES 25 Y 75% DE LA
FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO
POR CM DE DILATACION Y DEL SEGUNDO PERIODO**

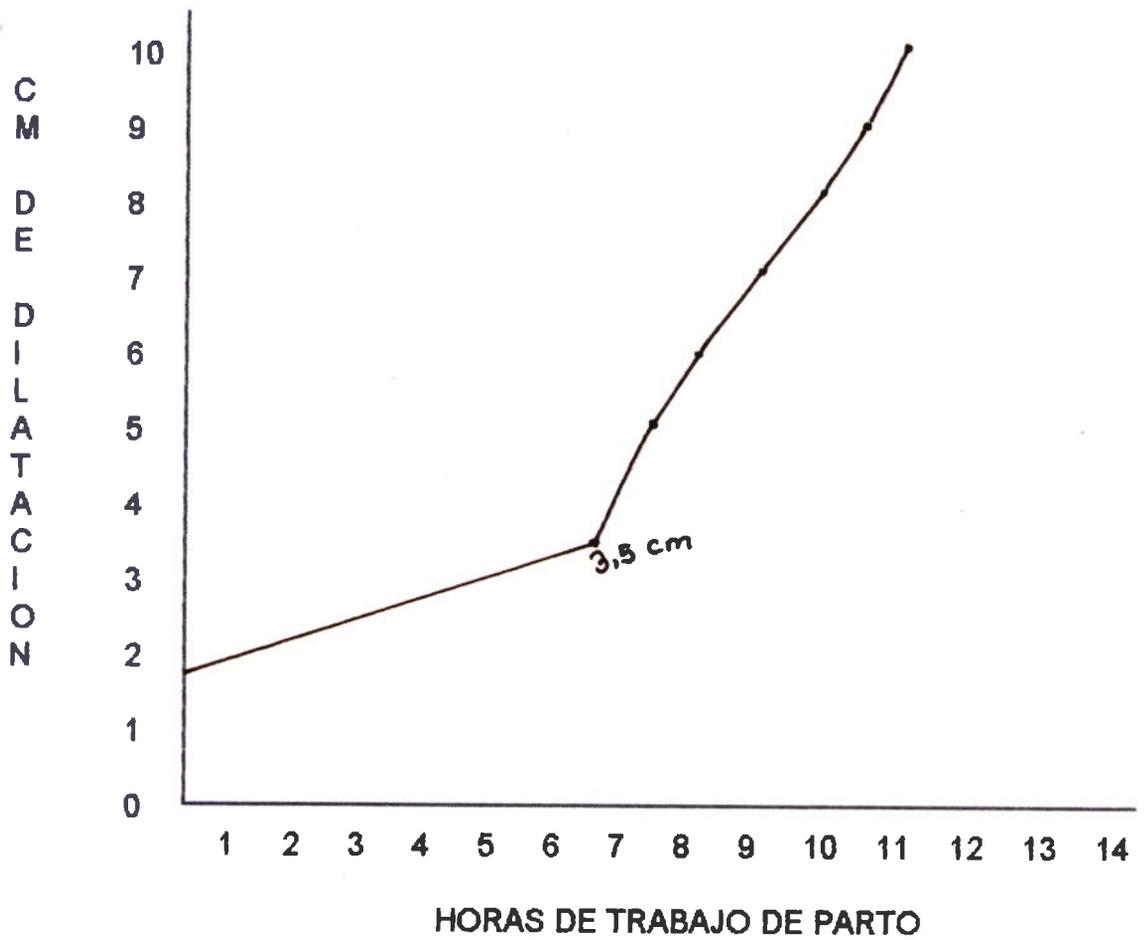
DILATACION (cm)	NULIPARAS	
	P 25	P 75
3 - 4	1:00	2:30
4 - 5	0:30	1:05
5 - 6	0:20	1:00
6 - 7	0:20	0:55
7 - 8	0:15	1:00
8 - 9	0:12	0:30
9 - 10	0:10	0:30
II PERIODO	0:09	0:20

Los percentiles están dados en horas y minutos, separados por dos puntos (:)

Este cuadro aporta los valores y percentiles 25 y 75% de la fase activa del trabajo de parto por cada centímetro de dilatación para asignar valores para la construcción de la curva de alerta.

GRAFICA No 04

CURVA DE TRABAJO DE PARTO
EN NULIPARAS LORETANAS



DISCUSION

El estudio se realizó en el Hospital Apoyo Iquitos.

El universo constituye el total de parturientas que acudieron a este hospital entre el 16 de Agosto y el 31 de Octubre; constituyendo la muestra seleccionada de 167 nulíparas.

En relación a la edad de las parturientas seleccionadas (cuadro No 3), en las nulíparas se observa un porcentaje de 94.01% el grupo constituido entre los 15 y 24 años de edad, a lo que el estudio de Hurtado Koo en el Hospital General Base Cayetano Heredia, refiere que sus parturientas eran también más jóvenes en relación a los estudios de Friedman en Anglosajones. Así mismo encontramos aún, una mayor concentración en el grupo de 15 a 19 años de edad que constituye el 59.88% del total de nulíparas, determinando así, que la población de nulíparas se halla conformado en su mayoría por mujeres muy jóvenes, que se halla justificado por el hecho de la costumbre de la región, de constituir hogares a edades tempranas.

La edad gestacional (cuadro No 4) por fecha de última menstruación (FUM) en el momento del parto fluctúa en mayor proporción entre las 38 y 40 semanas, de las que el 31.1% se encuentra a las 39 semanas; si trazamos una curva de distribución entre las 37 y 41 semanas que considera el estudio, se formará un trazo en forma de campana con el acmé a las 39 semanas y las alas a sus costados con una diferencia insignificante, lo que es estadísticamente esperable. Estos rangos se hallan dentro de los límites de edades gestacionales normales en el momento del parto.

El cuadro No 5 nos muestra la ruptura de membranas promedio siendo el 8,6 cm. El mayor porcentaje de rupturas de membranas ocurrió a los 10 cm. Precisamente cuando el desarrollo del parto es normal la bolsa de las aguas se rompe generalmente al final del periodo de dilatación (12).

La dilatación a la cual empieza la fase activa (cuadro No 6) en nuestro estudio, es en promedio de 3,5 cm; encontrándose dentro del rango descrito por varios autores, quienes refieren que este segmento inicia entre los 3 y 4 cm, lo que denota similitud con nuestros hallazgos. El trabajo realizado por Zimmer (16), en 1951 hace referencia que el trabajo de parto se acelera a partir de los 3 a 4 cm, sin hacer diferencia entre nulíparas y multíparas.

El cuadro No 7, nos muestra la cantidad de parturientas tomadas a partir de los 2 cm de dilatación, pero sólo aquellas que estuvieron en la fase activa, de tal manera que el promedio fuera el encontrado con datos de este segmento sin arrastrar la fase latente.

El cuadro No 8 indica los valores de las fases y periodos del trabajo de parto en nulíparas. En la fase latente encontramos un promedio de 6:38 horas, así mismo en la fase activa un tiempo promedio de 4:44 horas; en consecuencia el primer periodo presenta 11:21 horas en promedio.

El segundo periodo de nuestro estudio alcanzó una media con un tiempo de 17 minutos.

El tercer periodo presenta un promedio de 13 minutos.

El promedio total encontrado es de 11:51 horas.

Hasta éste momento, hemos usado las mismas pautas y cálculos que usó Friedman y H. Hurtado con la finalidad de obtener datos comparativos entre las curvas del trabajo de parto promedio, propuestos por estos autores y las obtenidas en éste estudio.

Las diferencias encontradas revelaron (cuadro No 9) lo siguiente: nuestras nulíparas tienen una fase latente de 14 minutos mayor que Friedman y 25 minutos mayor que Hurtado, una fase activa ligeramente más larga que el de Friedman y Hurtado; siendo de Friedman 8 minutos menor y 18 minutos el de Hurtado. Un segundo periodo menor al de Friedman con una diferencia de 58 minutos y menor al de Hurtado con 20 minutos de diferencia.

No tenemos una explicación razonable para estos hallazgos, pero es de suponer que el grado de nutrición, el tipo de pelvis, edad, umbral doloroso, grado cultural y costumbres distintas en nuestra población influyan de alguna manera en nuestros hallazgos; lo que merece otros estudios, a fin de aclarar la importancia de estos factores.

El segundo periodo, más corto en relación a los otros estudios descritos podría deberse al tipo de manejo de trabajo de parto, sin dejar de considerar las características propias de la mujer loretana.

La gráfica No 04, nos muestra que la fase activa empieza con 3,5 cm de dilatación después de 6:38 horas de fase latente. No es posible observar en detalle las subfases de la fase activa.

En todo caso, en la curva trazada de los estudios realizados por el CLAP (11), tampoco se logra objetivar con claridad las subfases de la fase activa.

A partir del inicio de la fase activa observamos que la curva se inclina llegando hasta los 9 cm, para hacer una ligera casi imperceptible declinación que consideramos como subfase de desaceleración, que no presenta la horizontalidad que encuentran los estudios de Friedman y Hurtado. Así mismo fueron pocas las curvas individuales en las cuales se pudo observar éste detalle.

En cambio los estudios realizados por el CLAP en cinco grupos de parturientas encuentran curvas parecidas a las nuestras de tal manera, que tampoco se puede visualizar la subfase de desaceleración, siendo la última porción de la curva continuación prácticamente invariable del resto del segmento de la subfase de aceleración máxima.

Respecto a los patrones encontrados para la construcción de la Curva de Alerta, usamos los valores percentilo 25, a diferencia del CLAP que usa los parámetros percentilo 10.

Estos valores encontrados, comparados con los encontrados por el CLAP, manifiestan un tiempo mucho menor a cada centímetro de dilatación ; siendo algo semejante solamente en el segundo periodo.

Nuestra hipótesis no llega a cumplirse a la luz de los resultados encontrados, por lo que volvemos a hacer referencia con respecto al uso de infusiones regionales probablemente oxtócicos usados por la mayoría de parturientas, para acelerar el parto, que quizás nos den la apariencia falsa de que el trabajo de parto en la mujer loreтана emplea un tiempo menor que el de otros lugares.

CONCLUSIONES

- 1.- Es posible distinguir con claridad las fases latente y activa del primer periodo, durante la evolución del trabajo de parto.
- 2.- En la curva de trabajo de parto en la mujer loretana, no se objetiva claramente la subfase de desaceleración.
- 3.- El primer periodo con sus fases latente y activa, es más prolongada en la mujer loretana en condiciones ideales del trabajo de parto, en comparación con los estudios de Friedman en norteamericanas y Hurtado en el Hospital General Base Cayetano Heredia, mientras que el segundo periodo es más corto en loretanas.
- 4.- Las mujeres loretanas realizan el trabajo de parto en posición vertical en un 65.9% y en posición horizontal en un 34.1% exceptuando el periodo expulsivo que todas lo hacen en decúbito dorsal.
- 5.- Los parámetros percentilo 25, para la construcción de la curva de alerta son menores en relación a los encontrados (con percentilo 10) por el CLAP.

RECOMENDACIONES

- 1.- En lo posible realizar la Ruptura artificial de membranas (RAM) cuando el caso lo requiera, a fin de que el trabajo de parto evolucione en forma natural.
- 2.- Realizar trabajos de investigación, tomando una muestra que incluya el total de parturientas que ingresan a los servicios de maternidad de los Hospitales de Salud de Iquitos e intentar detectar los límites de anormalidad obstétrica en la evolución del trabajo de parto.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENSON, C. Ralph y Martín R. Pernoll. Diagnóstico y Tratamiento GinecoObstétricos. 5ta. Edición. Editorial El Manual Moderno. México DF. 1989.
2. COBO, E. Correlación entre la Duración Clínica y la de las Contracciones Uterinas en el Parto Humano. Colombia 1984 Id.CDR14/25325.
3. CLÍNICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Prescripciones durante el Embarazo, vol. 2, 1986. Editorial Interamericana, 1986.
4. CLÍNICAS OBSTÉTRICAS Y GINECOLÓGICAS. Distocias. Embarazo Ectópico. Vol 1/1987. Editorial Interamericana. Capítulo Vigilancia Gráfica del Trabajo de Parto. Línea de Alerta y Acción. pp 31-38
5. GREENHILL, JP. Emmanuel A. Friedman. obstetricia. Editorial Interamericana. México 1977.
6. MOROZOVKY, Jacobo; Ana María Babini y otros, Curvas para Progreso del Trabajo de Parto. México 1985.
7. NISWANDER, Kennet R. Manual de Obstetricia. 3ra. edición. Editorial Labor S.A. Barcelona 1989.
8. PACHECO ROMERO, José. Manual de Obstetricia. 3ra. edición. Lima Perú. 1993.
9. PRITCHARD. Jack A.: Paul Macdonald y Normann F. Gant. Obstetricia de Williams. 3ra. edición. Salvat Editores S.A. España 1986.
10. RED PERUANA DE PERINATOLOGÍA. Salud Materna y Perinatal. Lima 1990.
11. RED PERUANA DE PERINATOLOGÍA. SOCIEDAD PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Salud Materna y Perinatal. Experiencia y estrategias. II Jornada Nacional de Salud Materna y Perinatal, Noviembre 1,991. Lima 1992.
12. SCHWARCZ, Ricardo; Carlos A. Duverges y otros obstetricia 4ta. Edición. Editorial el Ateneo. Buenos Aires 1986.
13. SILVA. Joao: Luís Pinto E. El Trabajo de Parto de Pacientes Adolescentes. Brasil 1986. Id. CDR/37839.

14. HURTADO KOO. Hilario: Curva de Trabajo de Parto y sus Anormalidades. TESIS DOCTORAL. Lima Perú 1972. UPCH.
15. HURTADO KOO. H. A. Velasco y col. Curva de Trabajo de Parto Normal en mujeres Peruanas. Rev. Ginecología y Obstetricia. 17:173.1951
16. ZIMMER. K. Die Mutermundseroeffnung bei den and Managemen in wegzelt-Diagram. Arch Gynaek. 179:35.1951.
17. FRIEDMAN, E.A. Labor Clínica Evaluación and Manangement. Appleton-Century-Crofts. División of Meredith Publishing Company. N. York 1967.
18. FRIEDMAN E.A. The Graphic Anallsys of labor. Amer. J. obstet. Gynec. 68:1568, 1954.
19. PHILPOTT R.H. Cervicographs in the Manangement of Labor in Primigravidae: Y The Aler Line for Detectin Abbnormal Labour. Br. J. Obstet. Gynecol 1972, 79:592
20. PHILPOTT R.H. Castle W. M. Cervicographs in the manangement of Labour in Primigravidae: II. The Acción Line and Treatment of Abnormal Labour. Br. J. obstet. Gynecol. 1972:79:599.
21. Publicación Científica CLAP N° 1203. Enero 1990.

FICHA

Nombre

Edad (años) Peso (kg) Talla (cm)
Fecha Ingreso Hora Ingreso

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

G P

FUM FPP
EG AU

POSICIÓN DE LA PARTURIENTA

De pie, en movimiento ()
Decúbito dorsal ()

FETO

Posición
Presentación
Situación
P.F.
Peso RN

CUADRO DE DATOS

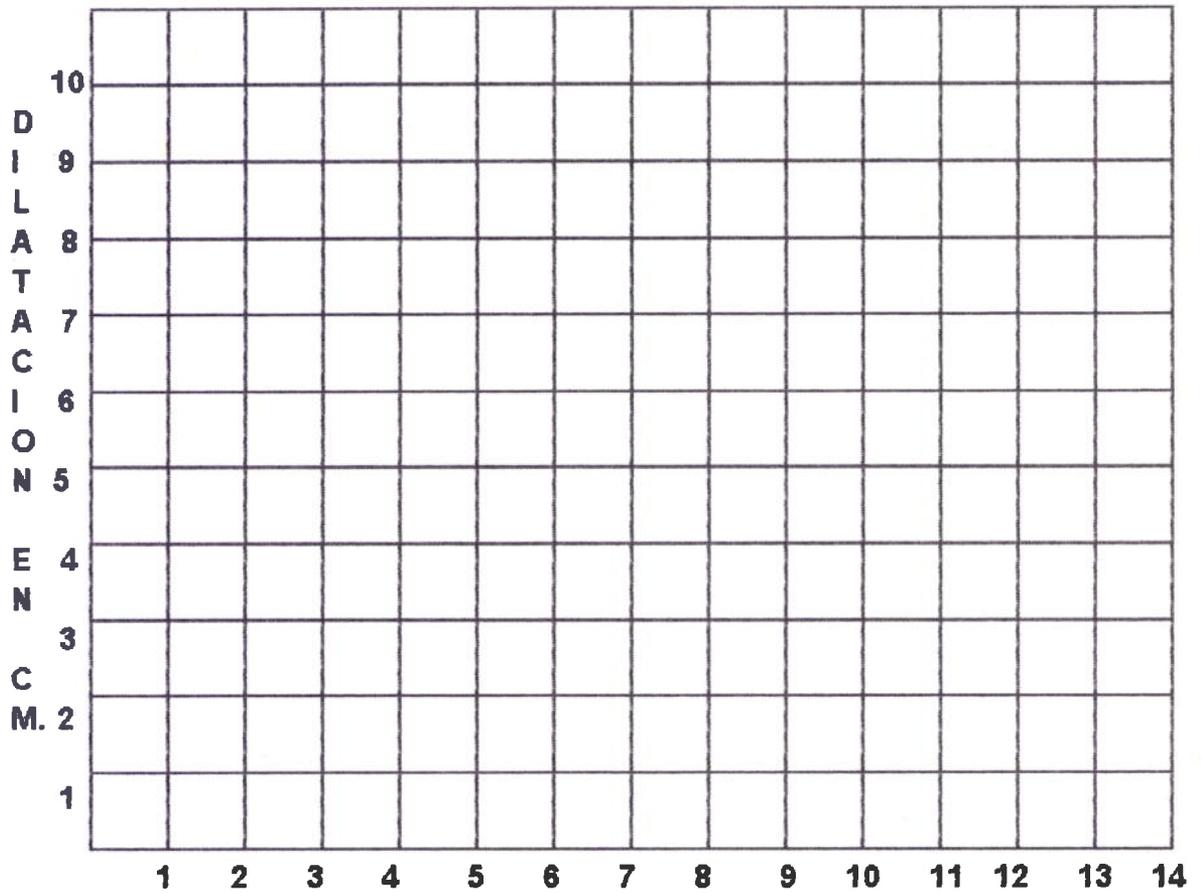
Hora y fecha de inicio de las contracciones regulares
.....

FECHA
HORA
DROGAS ADM
INCORPORAC.
DILATACIÓN
AP
VAR DE POSI.
FCF
MEMBRANAS
FIRMA

Tiempo del periodo expulsivo
Hora de Inicio Hora Final

Tiempo del Periodo de Alumbramiento
Hora Final

PARTOGRAMA



HORAS DE TRABAJO DE PARTO

TIEMPO DE :

fase latente :

fase activa :

Segundo periodo :

Tercer periodo :

