

## EL PARTOGRAMA Y LAS DESVIACIONES DEL TRABAJO DE PARTO

Dr. Danilo Nápoles Méndez,<sup>1</sup> Dra. Amelia Emilia Bajuelo Páez,<sup>2</sup> Dra. María del Socorro Téllez Córdova<sup>2</sup> y Dra. Dayana Couto Núñez<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Esta revisión bibliográfica persigue divulgar el uso del partograma y profundizar en su conocimiento. Describe los objetivos, el modelo gráfico estándar para la elaboración de las curvas del parto y, entre otros aspectos, las ventajas de la utilización universal de este valioso instrumento que permite seguir la evolución del trabajo de parto.**

Descriptores: PARTO; TRABAJO DE PARTO; PARTOGRAMA; MATERNIDADES  
Límites: HUMANO, FEMENINO

El parto marca el fin de la gestación y su duración normal es uno de los temas más debatidos, por la dificultad para precisar su comienzo y la enorme variabilidad que se observa en su proceso. Se considera un acto fisiológico, puesto que constituye la forma natural de reproducción de la especie humana; sin embargo, como suelen producirse complicaciones materno-fetales, que pueden ser mortales para madre e hijo, se decidió abandonar la ancestral costumbre de parir en el domicilio para hacerlo en las maternidades.<sup>1</sup>

En el trabajo de parto normal se observan: borramiento y dilatación del cuello, progreso y altura de la presentación, así como su variedad; estado de salud fetal y actividad uterina en evolución habitual, pero pueden presentarse muchas circunstancias adversas que conduzcan a la operación cesárea en mujeres que sufren agotamiento e infección, con altas tasas de morbilidad y mortalidad de los pro-

ductos, mucho más elevadas mientras más prolongado sea el trabajo de parto. La cesárea se ha introducido como una alternativa general para dar solución a todo parto difícil, lo cual ha condicionado que una cuarta parte de los nacimientos tenga lugar por esta vía.<sup>1, 2</sup>

Se ha estimado que anualmente mueren más de un cuarto de millón de embarazadas en países en vías de desarrollo, una determinada proporción de ellas durante el trabajo de parto prolongado, asociado a la desproporción cefalopélvica, que provoca partos obstruidos, deshidratación materna, rotura uterina y sequeles en la madre, así como asfixia, daño cerebral, infección y muerte en los recién nacidos.<sup>3</sup>

El parto obstruido representa 8 % de las defunciones en el orbe y un problema de salud que puede ser diagnosticado precozmente y tratado de forma adecuada.

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Auxiliar

<sup>2</sup> Especialistas de I Grado en Obstetricia y Ginecología

El Banco Mundial copatrocina el partograma para una maternidad segura y por su iniciativa se trazó el objetivo de reducir en 50 % las muertes maternas en la primera mitad de la década de los 90; para ello, uno de los métodos que permitiría disminuir la alta incidencia de mortalidad maternoperinatal en naciones en vías de desarrollo, sería el partograma: un medio visual para evaluar el parto normal, que actúa como un sistema de advertencia temprana.<sup>4-6</sup>

Desde 1954, Friedman estableció el concepto de análisis gráfico del trabajo de parto y definió los patrones normales a través del análisis de miles de curvas de trabajo de partos individuales.

Se reconoce internacionalmente que el mejor método para vigilar al proceso dinámico del trabajo de parto es el gráfico; por medio del partograma se retoma el concepto de cuidado personalizado o individualizado de la mujer en dicho trabajo, relegado por el uso de las técnicas de avanzada en la obstetricia moderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), además de crear guías para su utilización, ha producido un formato estándar de partograma, que ha venido aplicando en Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los ensayos han confirmado su efectividad, bajo costo y factibilidad.

El método gráfico transforma la conducta clínica intuitiva en ciencia predictiva. Por tal razón nos propusimos describir la evolución histórica del partograma, sus ventajas, objetivos y aplicación clínica, con vista a divulgar y ampliar su uso, pues a pesar de ser empleado en algunos países, se ha extendido muy poco a otras regiones.<sup>3, 7-12</sup>

## DESARROLLO

Existen más de 200 tipos de partogramas, basados fundamentalmente en los de Friedman, Philpott y Schwarcz, que han sido adoptados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco

Mundial y la Organización Mundial de la Salud; estos últimos a través del Programa para una Maternidad Segura y para crear el modelo de la OMS de aplicación en países en vías de desarrollo.<sup>3, 4</sup>

## Concepto

Partograma es el registro gráfico de la evolución del trabajo de parto, tomando en cuenta la dilatación cervical y la altura de la presentación en función del tiempo.

## Objetivos del partograma

1. Disminuir la morbilidad y mortalidad maternoperinatal mediante el diagnóstico precoz de las desviaciones en la evolución del trabajo de parto y parto.
2. Proveer a parteras, personal médico y paramédico de un instrumento económico y asequible, de uso universal, para el seguimiento adecuado del trabajo de parto.
3. Prevenir o diagnosticar, o ambos, el trabajo de parto prolongado para garantizar una intervención médica oportuna.
4. Reducir el índice de operaciones cesáreas y la asfixia, así como sus secuelas.<sup>2-9, 13-20</sup>

## Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto (figura 1)

Los diferentes tipos de partogramas utilizan como modelo un papel cuadriculado para la construcción de curvas del parto, lo cual puede realizarse fácilmente e incorporarse a la historia clínica. El patrón incluye: una escala vertical a la izquierda, numerada del 1 al 10, que representa los centímetros de dilatación cervical; una horizontal, que indica las horas transcurridas en el trabajo de parto; y otra vertical, pero a la derecha, que mide la altura de la presentación y está numerada en orden descendente, ya sea por encima o por debajo de las espinas ciáticas (planos de De Lee o Hodge, o ambos).<sup>2-8</sup>

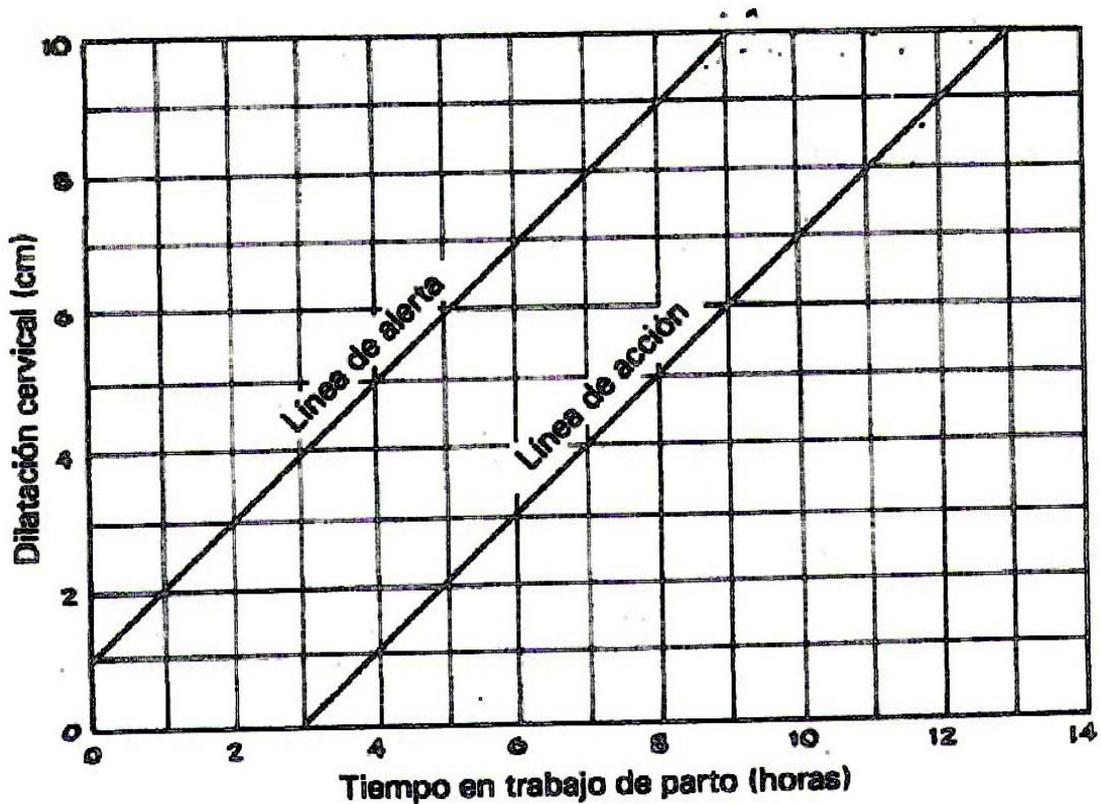


Figura 1. Modelo gráfico estándar para la elaboración de curvas de parto

### El parto y la evolución histórica del partograma

En 1954, Friedman estableció el concepto de *análisis gráfico del trabajo de parto*, para lo cual planteó una curva normal de dilatación sigmoidea y de descenso hiperbólico. Dividió el período de dilatación en 2 fases: la latente y la activa del trabajo de parto. La primera puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en multíparas, pero con 6,4 y 4,8 horas como promedio, respectivamente; aquí las contracciones siguen un patrón regular,

aunque de baja intensidad y duración, con dilatación cervical muy lenta, por lo que su trazo y la curva son casi planos. El autor trató a estas pacientes con Mederol y posteriormente utilizó oxitocina (tratamiento convencional) en las que persistían en fase latente prolongada.

La fase latente del trabajo de parto ha sido definida de muy variadas formas, pero la tendencia actual es reducir el tiempo en que debe considerarse como prolongada, teniendo en cuenta que la relación de esta con los resultados maternoperinatales ejerce una influencia desfavorable.

### Fase latente prolongada

	Múltipara	Nulípara
<b>Friedman, 1954</b>	20 horas	14 horas
Promedio	4,8 horas	6,4 horas
<b>Friedman y Sachtleben, 1972</b>	14 horas	20 horas

Promedio	5,3 horas	8,6 horas
<b>Dexeus</b>	10 horas	15 horas

**En nuestro medio: 8 horas (independientemente de la paridad)**

En el Hospital Ginecoobstétrico Docente Sur de Santiago de Cuba se realizó un estudio de caracterización de la fase latente durante un quinquenio en 2 300 gestantes, donde se demostró que 90 % de ellas pasaban a la fase activa antes de las 8 horas, por lo cual se consideró la fase latente como prolongada a partir de las 8 horas de evolución sin pasar a la fase activa. Este grupo de embarazadas formó parte de un estudio multicéntrico, donde se aplicó el tratamiento activo no invasivo (TANI) con el uso de misoprostol en dosis de 25 µg cada 6 horas: 2 dosis en multíparas y 3 en nulíparas (**esquema**). El citado medicamento actuaría sobre la resistencia cervical, considerada la causa principal de fase latente prolongada (tratamiento de base etiológica). Con esta terapéutica hemos reducido en 50 % el tiempo en que las pacientes en fase latente prolongada pasan a la fase activa, de modo que comparado con el método convencional han disminuido la incidencia de distocia en fase activa y el indicador cesárea, así como mejorado notablemente los resultados maternoperinatales.

Otro esquema es el considerado por la OMS, donde se propone que después de prolongarse la fase latente por más de 8 horas, se utilicen oxitocina y amniotomía; pero si en las próximas 8 horas no se alcanza la fase activa, debe procederse a la operación cesárea (tratamiento activo invasivo) (TAI).<sup>21-26</sup>

En la fase activa es notorio el cambio en la representación gráfica, debido a que la velocidad de la dilatación se acelera de forma aguda y la curva del trabajo de parto se inclina aún más. Esta fase concluye con la dilatación completa y se subdivide en 3 etapas: aceleración, pendiente máxima y desaceleración, cada una con una duración promedio de 2 horas y con base de distribución sobre los percentiles 5-95. La velocidad de la dilatación debe exceder 1,2 cm. por hora en nulíparas y 1,5 cm por hora en multíparas.

La etapa de aceleración es corta y variable, pero importante para definir el resultado final del trabajo de parto; cuando esta se torna lenta, indica que el parto será prolongado. La pendiente máxima permite forjarse una clara

idea sobre la eficacia de la fuerza de las contracciones para dilatar el cuello, dado que en ella ocurre la parte principal de la dilatación cervical. La desaceleración comprende la etapa de la fase final del primer período del parto para dar paso al segundo y refleja la relación feto-pélvica; sin embargo, para alcanzar la dilatación completa resulta indispensable que el cuello se retraiga alrededor de la parte fetal presentada y tenga una pendiente poco pronunciada.

En el período de descenso con distribución basada en los percentiles 5-95 de Friedman, la velocidad de descenso debe ser mayor de 1 cm. por hora en nulíparas y 2 cm por hora en multíparas; durante la fase latente y la aceleración de la dilatación no desciende la presentación fetal o es muy ligera. El descenso en general se inicia en la etapa de pendiente máxima y va haciéndose prácticamente lineal hasta que la presentación llega al periné.

En 1972, Philpott y Castle propusieron líneas de alerta y acción en el seguimiento de la fase activa del trabajo de parto, a fin de ayudar a parteras a vigilar en regiones remotas de África y decidir cuándo trasladar a sus pacientes al hospital.

La línea de alerta une puntos que presentan un centímetro de dilatación en el momento de ingreso y la dilatación completa (10 cm.) 9 horas después. La línea de acción se traza paralela a la de alerta, pero a 4 horas de distancia; si la curva cruza la línea de alerta, indica a la partera la posibilidad de un trabajo de parto anormal y, por tanto, el concurso de un médico (**figura 2**).<sup>2,3</sup>

En 1984, De Ross y Hayashi recomendaron gráficos con 3 líneas: la de trabajo de parto mínimo, la de alerta y la de acción, paralelas y con 2 horas de diferencia cada una. Si el trabajo de parto sigue la línea de trabajo de parto mínimo, se permite la evolución del parto; si cruza la línea de alerta, ha de valorarse la utilidad del trabajo de parto, el potencial de desproporción cefalopélvica (DCP) y la necesidad de estimulación con oxitocina; pero si atraviesa la línea de acción debe decidirse entre administrar oxitocina y tratar una DCP.<sup>2</sup>

En 1998 Schwarcz, Díaz y Nieto describieron una guía para la vigilancia del parto, a través de un partograma con curvas de alerta que fueron desarrolladas por el CLAP-OPS/OMS en 1 888 partos con bajo riesgo de inicio y terminación espontánea, sin medica-

ción y con la evolución normal de sus recién nacidos. Las curvas de alerta consideran en su percentil 10 la evolución de la dilatación cervical para diferentes condiciones maternas y obstétricas.

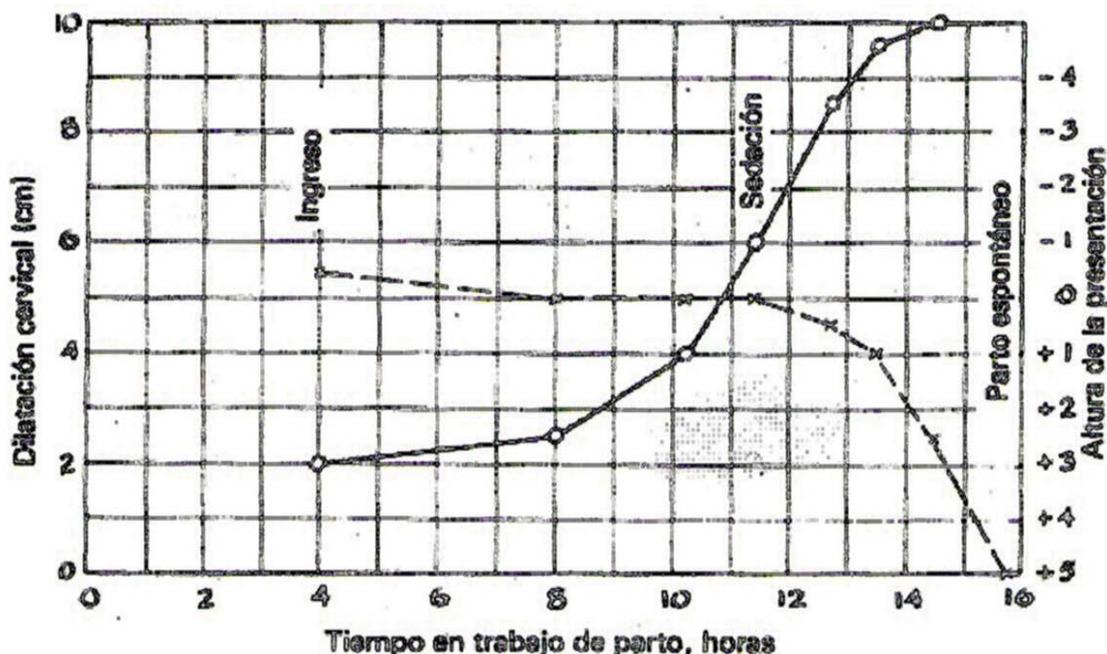


Figura 2. Líneas de alerta y acción

Las variables utilizadas fueron: paridad (nulípara sin parto previo, y múltipara con uno o más partos previos), posición materna (vertical: sentada, parada o caminando y horizontal: en cama) y estado de integridad de las membranas (perforadas o íntegras). De la combinación de estas variables se derivan 5 curvas de alerta diferentes, que parten de los 4 a 5 cm de dilatación, donde se trazará la línea de base.

Desde el inicio se dibujará la curva de alerta que mejor se corresponda con el caso; pero al producirse un cambio en las condiciones obstétricas, se trazará una curva de acuerdo con ello.

La curva comenzará a delinearse a partir del punto en que cruce la línea de base; y si ha superado esta dilatación, a partir del eje vertical izquierdo, según sea la dilatación ocurrida.

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en que cada uno de los 5 grupos mencionados

incrementa la dilatación: de 4 - 5 a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 cm al parto. En la gestante pueden darse 3 situaciones:

1. El ingreso temprano: antes de los 4-5 cm de dilatación.
2. Las condiciones cambiantes: varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto.
3. El ingreso tardío: ingresa con dilatación superior a los 4-5 cm.<sup>17</sup>

Entre 1988 y 1991, en el centro universitario Karachi de Pakistán, Khan y Risvi utilizaron un modelo de partograma como predictor de rotura de la cicatriz uterina en pacientes con antecedentes de cesárea segmentaria baja, que tuvieron un trabajo de parto espontáneo, para lo cual usaron el mismo modelo en papel cuadriculado, dividido en 5 zonas de tiempo: A (área a la izquierda de la línea de alerta), B (de 0 a 1 hora después de la línea de alerta), C (de 1 a 2 horas después de la línea de alerta), D (de 2 a 3 horas después de la línea de alerta), E y F (más de 3 horas después de la

línea de alerta). Para la línea de acción se definieron 2 tiempos: hasta 2 horas después de la línea de alerta y más de 2 horas de la línea de alerta (zonas D y F).

Dos y 3 horas después de la línea de alerta, las zonas tuvieron una sensibilidad de 71 y 43 % en ese orden, y una especificidad de 78 y 96 %, respectivamente, en la predicción de la rotura de la cicatriz uterina, de forma que la línea de acción en esta zona de tiempo probablemente ayudaría a reducir la posibilidad de rotura sin un aumento inaceptable de la proporción de operaciones cesáreas.<sup>15</sup>

En 1993, Ferrás *et al*<sup>27</sup> realizaron un estudio multicéntrico en gestantes brasileñas, que incluyó tomar curvas de 1 382 parturientas con bajo riesgo, ingresadas en 9 hospitales públicos y con dilatación igual o inferior a 4 cm, a partir de lo cual concluyeron que sus patrones de curva no diferían de los descritos en embarazadas de otros países.

Van Dessel *et al*,<sup>18</sup> del Instituto de Obstetricia y Ginecología de Róterdam, publicaron en 1994 un artículo sobre la dinámica cervical durante el primer período del parto a través de mediciones ultrasonográficas de la dilatación cervical en nulíparas y multíparas con parto espontáneo e inducción con oxitocina en una muestra de 62 pacientes, donde daban pruebas de que la velocidad de dilatación y el trabajo miometral fue menor en multíparas que en nulíparas; resultados que contradecían los de Friedman.

En 1995, Lauri *et al*<sup>28</sup> decidieron comprobar la hipótesis de que la distocia de hombro debía sospecharse con el partograma, de manera que utilizaron retrospectivamente 52 nacimientos con distocia de hombros, pareados con igual número de consecutivos, y demostraron que el trabajo de parto prolongado no constituye un factor de riesgo para la distocia de hombro.

En Ginebra, un grupo de especialistas que desarrolló el modelo de la OMS, después de recopilar todos los trabajos editados acerca del partograma y seleccionarlos, extrajeron las mejores características de cada uno, y luego de simplificarlas, determinaron que la fase activa del trabajo de parto comienza con 3 cm de dilatación cervical, la fase latente no debe durar más 8 horas y la dilatación cervical en fase activa no ha de ser menor de 1 cm por hora; tiempo límite entre el "enlentecimiento" del trabajo de parto y la necesidad de intervención a

las 4 horas por el compromiso fetal o materno para evitar intervenciones innecesarias, a lo cual se añade la indicación de diferentes exámenes vaginales (se recomienda uno cada 4 horas).

Si las parteras y demás personal que sigue el trabajo de parto, afrontan dificultades para elaborar el partograma, deben usar uno con líneas impresas, eliminando el exceso de aquellas que puedan ser causa de una posterior confusión.<sup>3, 5, 8, 10 -13</sup>

La línea de alerta se dibuja a partir de los 3 cm después de las 8 horas del período de latencia y la de acción 4 horas después. En la zona de la derecha de la línea de alerta se extrema la vigilancia y en la línea de acción se sitúa el punto crítico de las decisiones que debieron ser tomadas.<sup>3, 5, 8, 10 - 13</sup>

### Ventajas del partograma

1. Disminuye la morbilidad y mortalidad maternoperinatal, pues constituye un sistema de alerta precoz ante situaciones que requieren una actuación médica inmediata o la remisión a centros especializados, o ambas condiciones.
2. Garantiza un seguimiento con alta calidad.
3. Evita la prolongación del trabajo de parto y las consecuencias que de ello se derivan.
4. Es capaz de explicar en parte las bajas proporciones de cesárea en algunos hospitales y la reducción del "intervencionismo" obstétrico.
5. En el seguimiento del trabajo de parto con cicatriz uterina predice precozmente la rotura uterina.
6. Facilita archivar y computar los datos.
7. Constituye un método de lenguaje universal.
8. Es económico y asequible.<sup>2 -9, 15, 20, 29 - 33</sup>

### Resultados del uso del partograma (primera prueba clínica a gran escala en 1990), aplicado en más de 35 000 pacientes del llamado Tercer Mundo

Disminuye:

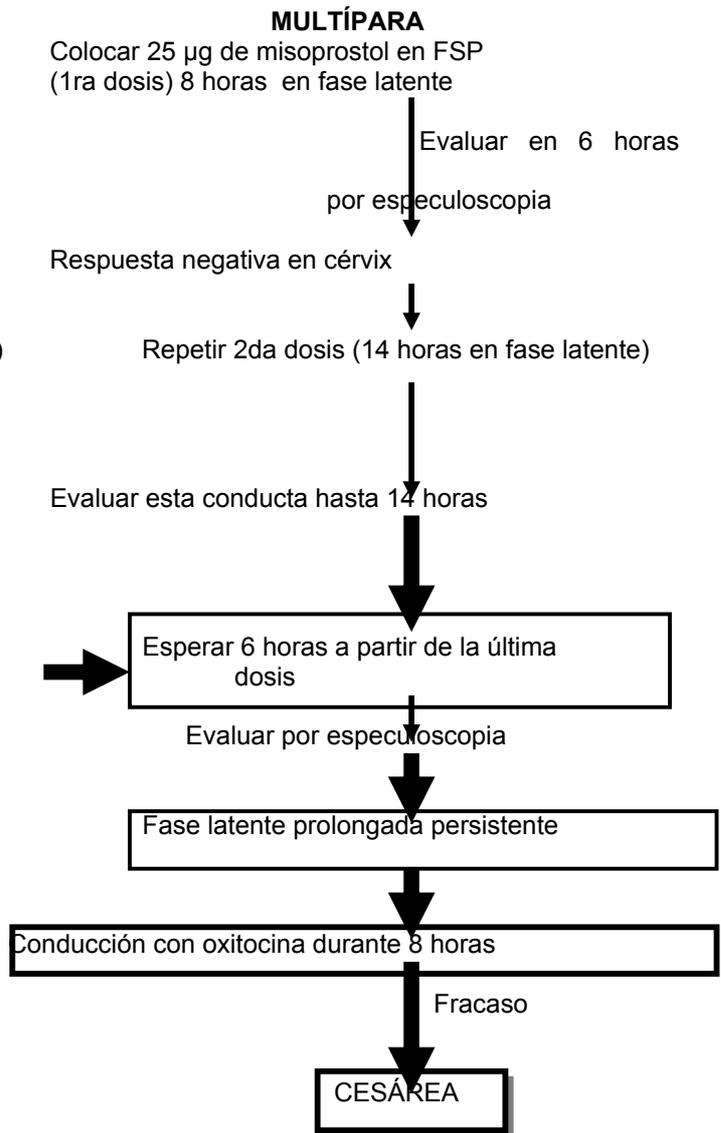
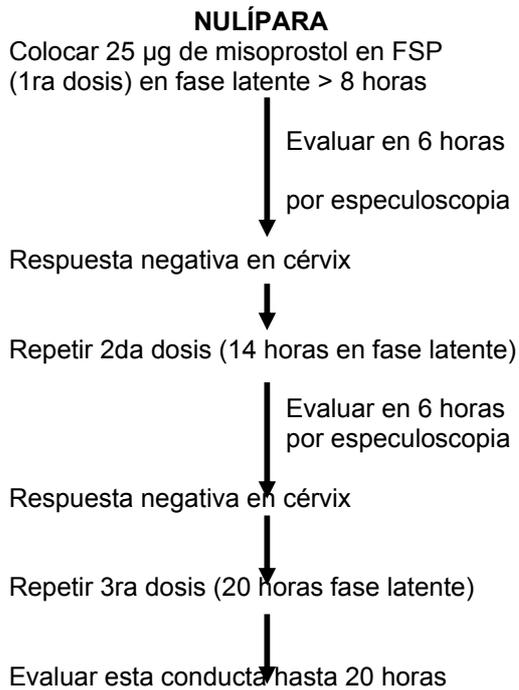
1. El uso de oxitocina en 56 %.
2. El trabajo de parto con tiempo mayor de 18 horas en 49 %.
3. El índice de sepsis posparto en 73 %.
4. El empleo de fórceps en 30 %.
5. La ejecución de operación cesárea por sospecha DCP en 75 %.

## ESQUEMA

### FASE LATENTE > 8 HORAS (TANI)

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN

1. Fase latente pasadas 8 horas
2. Feto único
3. Presentación cefálica
4. Peso  $\leq 4\ 000$  gramos
5. Ausencia de cicatriz uterina
6. Ausencia de hiperdinamia



## ABSTRACT

### The Labor Diagram And The Deviations During Labor

This bibliographical review is intended to disclose the use of the labor diagram and to deepen in the knowledge about it. The work describes the objectives, the standard graphic pattern for the elaboration of the labor curves and, among other aspects, the advantages of the universal use of this valuable instrument that allows to follow the evolution of labor.

Subject headings: DELIVERY; LABOR; PARTOGRAM; HOSPITALS, MATERNITY  
Limits: HUMAN, FEMALE

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Botella Llusia J, Clavero Núñez JA. El parto normal I – II. En su: Tratado de ginecología. 14 ed. Barcelona: Diaz de Santos, 1993:201 – 38.
2. Sheen PW, Hayashi RH. Vigilancia gráfica del trabajo de parto: Líneas de alerta y de acción. Clin Obstet Ginecol (México) 1987;1:31– 8.
3. World Health Organization: Preventing prolonged labor t: a practical guide I. Geneva, WHO/FHE/MSH/93.8, 1994.
4. Tinker A, Koblinsky MA. Hacia una maternidad segura. Washington, DC:OPS, 1994:202S [Documento para discusión del Banco Mundial].
5. World Health Organization: Preventing prolonged labor t: a practical guide IV. Geneva, WHO/FHE/MSH/ 93.11, 1994.
6. De Groof D, Vangeenderhuysen C, Juncker T, Favi RA. Impact of the introduction of a partograma on maternal and perinatal mortality. Study performed in a maternity clinic in Niameny. Niger Ann Soc Belg Med Trop 1995; 75 (4):321 – 30.
7. Walraven GE. WHO partograph [Letter] Lancet 1994; 344 (8922):617.
8. Lenox CE, Kwast BE, Farley TM. Breech labor on the WHO partograph. Int J Gynecol Obstet 1998; 62 (2):117 – 27.
9. Souberbille BE, O'Brien ME. Use of WHO partogram in developing countries [Letter]. Lancet 1994; 344 (8916): 193.
10. World Health Organization. Preventing prolonged labour t: a practical guide II. Geneva, WHO/FHE/MSH/ 93.9, 1994.
11. ----. Preventing prolonged labour t: a practical guide III. Geneva, WHO/FHE/MSH/ 93.10, 1994.
12. Theron GB. Effect of maternal care of perinatal education programme on the ability of midwives to interpret antenatal cards and partograma. J Perinatal 1999;19 (Pt 1):432 – 5.
13. Umezulike AC, Onah HE, Okaro JM. Use of the partograph among medical personel in Enugu; Nigeria. Int J Gynecol Obstet 1999;65 (2):203 - 5.
14. Cuadros B, Octavio JM. Introducción del trabajo de parto: Valoración de la curva de alerta en el control de su evolución. Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa. UNAS 1995: 87.
15. Klan KS; Rizvi A. The partograph in test management of labor following cesarean section. Int J Gynecol Obstet 1995; 50 (2):151 – 7.
16. Seffah J D, Amaniampong K, Wilson JD . The use of the partograph in monitoring labor in a prior caesarean section [Carta]. Int J Gynecol Obstet 1994; 45 (3): 281.
17. Schwarcz R, Díaz A, Nieto F. Guía para la vigilancia del parto: partograma con curvas de alerta. CLAP 1990; 1153: 12. (Publicación científica)
18. Van Dessel HJ, Frijns JH, Kok FT, Wallenburg HC. Ultrasound assessment of cervical dynamics during the first stage of labor. Eur J Obstet Gynecol Repord Biol 1994; 53 (2):123-7.
19. Lannox C. Active management of labour. WHO partograma helps [Letter]. BJM 1994;15:309 (6960): 1016-7.
20. Kirubakaran R, Deepak KA. A partogram to reduced maternal and infant morbidity and mortality. Natl Med J India 1997; 10 (3):152-3.

21. Sizer AR, Evans J, Baile SM, Wiener J. A second – stage partogram. *Obstet Gynecol* 2000; 96 (5 Pt 1):678-83.
22. Progreso insatisfactorio del trabajo de parto. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. *Guía para obstetras y médicos*. [s.l.]: [s.n.], 2002: 563-74.
23. Dujardin B, De Schampheleire I, Kulker R, Bailer J. The partograph: is it worth including the latent phase? *Trop Doct* 1995; 25 (1):43-4.
24. Wacker J, Ute B, Kyelem D, Bastert G: The latent phase: no obstacle for the use of partograms. *Trop Doct* 1998; 28 (2):120-1.
25. Maghoma J, Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *J Obstet Gynecol* 2002; 22(1):16-9.
26. Impey L, Hobson J, O'herlihy C. Graphic analysis of actively managed labor, prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous labor at term. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183 (2):438-43.
27. Ferrás EM, Albuquerque ZP, Kahale S, Bordignon MR, Athias SP, Zugaib M. Estudio multicéntrico para construcción de curvas de dilatación cervical en función del tiempo, en gestantes brasileñas. *Rev Bra Ginecol Obstet* 1993; 15 (6). 298-303.
28. Lurie Curie S, Levy R, Ben-Arie A, Hayay Z. Shoulder Dystocia: could it be deduced from the labor partogram. *Am J Perinatol* 1995;12 (1):61-2.
29. Acciones para un parto seguro. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2000.
30. Danford M. Tratado de obstetricia y ginecología. Barcelona: McGraw Hill, 2000:457-76.
31. Marpeau L, sergent F, Manson F, Verspyck E, Eurin D. Mechanisms of the stagnation of the dilatation in phase active. *Gynecol Obstet Fert* 2002; 30 (4): 282-5.
32. Karimu AL, Ayoade G, Nwebube NJ. Arrest of descent in second stage of labor secondary to macrosomia: a case report. *J Obstet Gynecol Can* 2003; 25 (8):668-70.
33. Gurewitsch E D, Diament P, Fong J, Huang G H, Poportzer A, Weinstein D, Chervenak FA. The labor curve of the grand multipara: does progress of labor continue to improve with additional childbearing? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186 (6):1331-8.

*Dr. Danilo Nápoles Méndez. Lico Bergues nr 13 entre Barnada y Paraíso, Santiago de Cuba*  
*E-mail: danilon@mediras.scu.sld.cu*

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Nápoles Méndez D, Bajuelo Páez AE, Téllez Córdova M del C, Couto Núñez D. El partograma y las desviaciones del trabajo de parto [artículo en línea]. *MEDISAN* 2004;8(4). <[http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8\\_4\\_04/san07404.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm)> [consulta: fecha de acceso].