



El Uso del Partograma y el Manejo Activo del Tercer Estadío del Parto son prácticas de atención materna neonatal seguras

El uso del **partograma** durante el trabajo de parto puede prevenir el sufrimiento y la muerte. El partograma es una herramienta en que se registra el progreso del trabajo de parto, especialmente la velocidad de la dilatación cervical, pero también la frecuencia cardíaca fetal, el moldeamiento y descenso de la cabeza fetal, las contracciones, las características del líquido amniótico y los signos vitales de la parturienta. Después de probarlo en estudios multicéntricos en el sureste asiático involucrando a 35,484 mujeres con resultados positivos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda su uso en todas las maternidades, tanto en las que tienen capacidad de manejar complicaciones como en aquellas que no la tienen, pero que pueden referir a las mujeres con complicaciones a servicios con mayor capacidad resolutive.

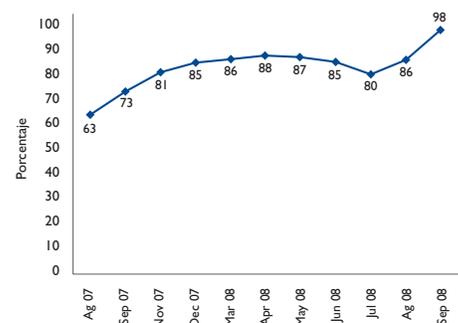
El partograma diferencia entre la fase latente del trabajo de parto (dilatación lenta de hasta 2 cm) y la fase activa, durante la cual el cérvix se dilata a por lo menos 1 cm por hora hasta alcanzar la dilatación completa de 10 cm. Así, el partograma es capaz de diferenciar claramente el progreso normal del progreso anormal del trabajo de parto e identificar a aquellas mujeres que muy probablemente requieren intervención.

De esta forma, los proveedores pueden incrementar el trabajo de parto con la administración de oxitocina (hormona que contrae el útero) o, en casos extremos de trabajo de parto prolongado u obstruido, practicar una cesárea.

En Guatemala, a través de la estrategia de **Promoción y Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales** (ProCONE), dos Centros de Atención Permanente (CAP), un Centro de Atención Integrada Materno Infantil (CAIMI) con atención de partos y dos hospitales de San Marcos introdujeron y monitorearon el uso del partograma en la atención de los partos. Equipos de Mejoramiento Continuo de la Calidad (EMCC) en estos servicios revisaron los partogramas de los partos ocurridos para verificar su correcto llenado y la toma de decisiones con base en ellos. Los resultados que se muestran en la figura 1 indican que, de agosto de 2007 a septiembre de 2008, el llenado correcto del partograma –de acuerdo a criterios seleccionados- mejoró de 63% a 98% en estos servicios, habiéndose mantenido arriba del 85% desde enero de 2008.

Las principales deficiencias encontradas inicialmente por los EMCC fue que el personal no sabía cómo llenar el

Figura 1. Tendencia en el cumplimiento de criterios de llenado correcto del partograma en cinco servicios con atención de partos en San Marcos 2007-08



partograma, lo llenaba inadecuado o incompletamente. Asimismo, por no ser utilizado regularmente, el abastecimiento de partogramas era deficiente. Para obtener la mejora presentada en la figura 1, en primer lugar los servicios se abastecieron de hojas de partograma, se capacitó al personal en el adecuado llenado del mismo, se colocó un afiche gigante del partograma en la sala de labor y partos, y se normó internamente la obligación de adjuntar el partograma a la ficha clínica de la paciente.

La hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad materna en todo el mundo y en Guatemala constituye el 53% del total de las muertes maternas¹, siendo su causa más común la atonía

¹ Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala, marzo 2003

Guatemala, septiembre de 2009

Esta publicación fue preparada para la revisión de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Su elaboración estuvo a cargo de USAID|Calidad en Salud bajo el contrato GHS-I-02-03-00029-00. Las opiniones de los autores de esta publicación no necesariamente reflejan las de USAID.

uterina. Se ha demostrado que el **manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP)** disminuye la hemorragia puerperal por atonía uterina en 60%, disminuye la incidencia de las pérdidas de sangre de un litro o más en el puerperio, la necesidad de transfusiones sanguíneas costosas y peligrosas y previene las complicaciones relacionadas con la hemorragia posparto.

El MATEP consiste en una serie de intervenciones orientadas a acelerar la expulsión de la placenta y prevenir la hemorragia posparto evitando la atonía uterina. Estas intervenciones consisten en:

1. La administración de 10 UI de oxitocina por vía intramuscular después del parto para prevenir la atonía uterina
2. Después de pinzar y cortar el cordón umbilical, la expulsión de la placenta aplicando simultáneamente tracción controlada del cordón y contracción del útero con la otra mano colocada justo encima del hueso pubiano de la madre
3. Masaje uterino a través del abdomen inmediatamente después de la expulsión de la placenta y cada 15 minutos durante las siguientes dos horas.

El MATEP puede realizarse junto con el contacto piel a piel con la madre, el pinzamiento del cordón en el momento óptimo y el comienzo temprano de la lactancia materna. Después del nacimiento y antes del MATEP, se seca al recién nacido con un paño seco y limpio y se coloca en posición prona sobre el abdomen de su madre cubierto con una frazada o trapo tibio y seco para evitar

la pérdida de calor. El pinzamiento del cordón se hace cuando la circulación placenta-fetal cesa y el cordón deja de latir (aproximadamente 3 minutos o más después del nacimiento).

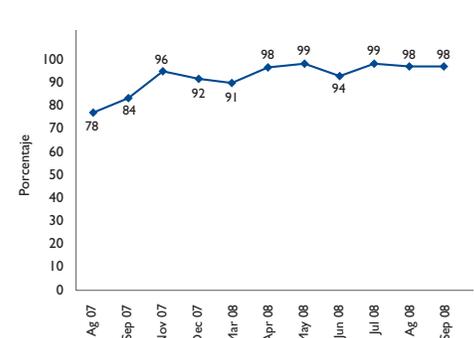


Los mismos EMCC de los servicios con atención de partos en San Marcos (dos CAP, un CAIMI y dos hospitales) implementaron el MATEP y revisaron los registros de su aplicación en la atención de los partos ocurridos, a través de los registros médicos. Las principales deficiencias que encontraron en la aplicación del MATEP fueron la variabilidad –o falta de estandarización– en la atención del parto en cada servicio y por distintos profesionales dentro del mismo servicio. Además, la realización de MATEP no se registraba y, por lo tanto, no se podía revisar. Finalmente, los servicios carecían de oxitocina en forma regular.

Para superar estas deficiencias, los EMCC de San Marcos capacitaron a todo el

personal en la aplicación del MATEP, crearon un sello que estamparon a un lado del partograma para el registro de su aplicación y el comité de farmacia del Área de Salud se comprometió a abastecer los servicios con oxitocina. Los resultados de estos cambios se presentan en la figura 2 y muestran que de agosto de 2007 a septiembre de 2008, el porcentaje de cumplimiento del MATEP mejoró en 20 puntos porcentuales, de 78% a 98%. Más aún, desde finales de 2007, el porcentaje se mantuvo por arriba del 90%.

Figura 2. Tendencia en el cumplimiento de criterios del manejo activo de la tercera etapa del parto (MATEP) en cinco servicios con atención de partos en San Marcos



Estas son dos herramientas producto de investigaciones clínicas y operativas que ayudaron a determinar los criterios más adecuados para controlar el trabajo de parto y manejar la hemorragia posparto y sus complicaciones, estableciendo las mejores “prácticas de atención basadas en evidencia”. Mediante la expansión de la experiencia de San Marcos, se intenta actualmente la incorporación de estos dos elementos –partograma y MATEP– en la atención de todos los partos en 17 establecimientos en Guatemala, lo cual contribuirá a mejorar la supervivencia y la calidad de vida de las madres y de los niños y niñas del país.