

RECOMENDACIÓN FEBRERO 2008 DOCUMENTACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

La mayoría de las demandas en obstetricia se fundamentan en daños atribuidos a un mal manejo de circunstancias ocurridas durante el trabajo de parto. Lamentablemente, los peritos de NOBLE en esta especialidad continúan observando deficiencias notorias en la documentación de esta etapa, dificultándose la defensa de casos generalmente millonarios cuando hay daño neurológico al recién nacido.

Es muy común que los motivos de las decisiones médicas no se encuentren explicitadas en la historia clínica, por ej: "Se decide cesárea ". ¿Por qué se llegó a esta indicación? ¿a qué hora se decidió la conducta? ¿cuánto se tardó desde la toma de decisión?

Observan también nuestros especialistas que en muchos casos se realizan estudios complementarios (monitoreo, ecografía) o se administran drogas (ocitóticos, hipotensores) sin que se consigne en forma clara en la historia clínica sus motivos, la hora de realización y los resultados obtenidos. La pobre documentación de estos hechos dificulta la defensa y juega en contra de la presunción de inocencia del médico actuante.

Independientemente del formato elegido por el profesional, **recomendamos fuertemente la utilización del partograma y de las curvas de alerta en nuestras instituciones aseguradas.** El control gráfico del trabajo de parto es la forma más adecuada de vigilar este fenómeno complejo ya que el tacto aislado y estático no brinda la visión de conjunto demostrable por una curva. No es de extrañar que la confección de este registro sea considerada por muchos legistas el estándar esperable de un médico prudente, diligente y perito.

Adjuntamos el partograma modelo del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) en donde se incluyen valores de progresión preestablecidos para diferentes condiciones maternas y obstétricas garantizando un sistema de trabajo más fácil y seguro.

¿Cada cuánto debe documentarse? Si bien no existe un consenso sobre la frecuencia con que deben llevarse las anotaciones, algunos autores sostienen que deberían consignarse cada hora durante la primera parte del trabajo de parto, cada 30 minutos en la segunda mitad y cada 15 minutos en el período expulsivo considerando esta frecuencia como la mínima indispensable que debe constar en la historia clínica. Independientemente de esta norma general, el obstetra no debería restringirse a estos intervalos ante eventos imprevistos que modifiquen el desarrollo normal del trabajo de parto.

Posición	Vertical		Horizontal			
Paridad	Todas		Multiparas		Nulliparas	
Membr.	Integras	Rotas	Integras	Rotas	Integras	Rotas
	0,15	0,15	0,05	0,30	0,20	
	0,25	0,25	0,10	0,35	0,35	
	0,35	0,40	0,25	0,40	0,50	
	1,00	0,55	0,35	1,00	1,05	
	1,15	1,25	1,00	1,30	1,25	
	2,10	2,20	2,30	2,15	2,30	

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p 10

LÍNEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

Plano de Hodge y Vainidad de posición

Dilatación cervical

Rotura espontánea membr... REM

Rotura artificial membrans... RAM

DOLOR

INTENSIDAD

Fuerte... +++

Normal... ++

Débil... +

LOCALIZACIÓN

Suprapúbica... SP

Sacro... S

OBSERVACIONES

Mecánico... M

Dp I... I

Dp II... II

Dp variable... V

POSICIÓN MATERNA

Lateral derecha... LD

Lateral izquierda... LI

Dorsal... D

Semisentada... SS

Sentada... S

Parada o caminando... PC

APellido y NOMBRE

N° HISTORIA CLÍNICA

PARTOGRAMA - CLAP - OPSOMS

Parto

DILATACION CERVICAL (CM)

HORAS DE TRABAJO DE PARTO

HORA REAL

POSICION MATERNA

TENSION ARTERIAL

PULSO

FREC. CARDIACA FETAL

DUR. CONTRACCIONES

FREC. CONTRACCIONES

DOLOR / LOCALIZACION

OBSERVACIONES