



# PARTOGRAMA

Código: HGDC-GA-GADT-GCTCO-FOR-LVPCS-001  
 Versión: 001  
 Página 1 de 2

Ministerio de Salud Pública  
 Hospital General Docente de Calderón

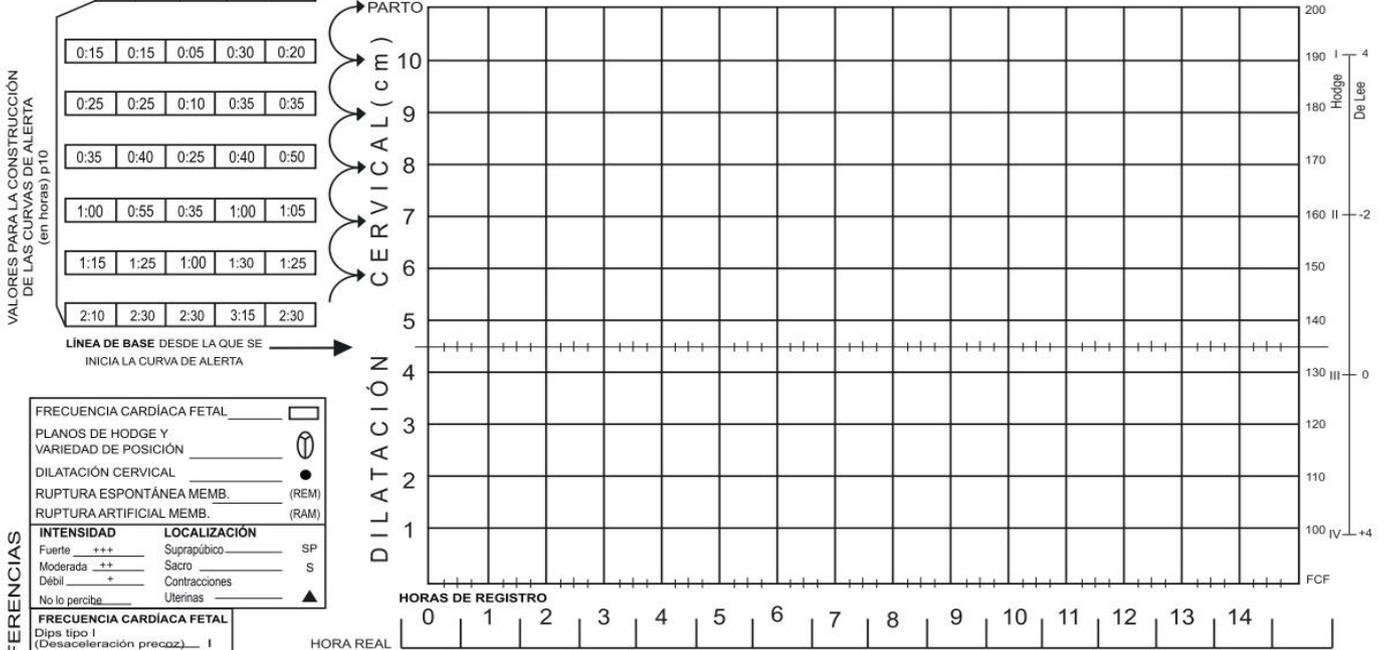
## PARTOGRAMA

POSICIÓN	VERT.	HORIZONTAL			
PARIDAD	TODAS	MULTÍPARAS	NULLÍPARAS		
MEMBRANAS	INTE-GRAS	INTE-GRAS	ROTAS	INTE-GRAS	ROTAS

C.C. / H.CU.

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

APELLIDO PATERNO  MATERNO  NOMBRES



VALORES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LAS CURVAS DE ALERTA (en horas) p10

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	2:30	2:30	3:15	2:30

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

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICIÓN

DILATACIÓN CERVICAL

RUPTURA ESPONTÁNEA MEMB. (REM)

RUPTURA ARTIFICIAL MEMB. (RAM)

INTENSIDAD LOCALIZACIÓN

Fuerte +++ Suprapúbico SP

Moderada ++ Sacro S

Débil + Contracciones

No lo percibe Uterinas

### REFERENCIAS

- FRECUENCIA CARDÍACA FETAL
- Dips tipo I (Desaceleración precoz) I
  - Dips tipo II (Desaceleración tardía) II
  - Dips variables (Desaceleración variable) V
  - Meconio M
- POSICIÓN MATERNA
- Lat. derecho LD
  - Lat. izquierdo LI
  - Dorsal D
  - Semisentada SS
  - Sentada S
  - Parada o caminado PC
- SCHWARZ, R., DIAZ A.G., NIETO, F. CLAP

HORA	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p
POSICIÓN MATERNA																
TENSIÓN ARTERIAL																
PULSO MATERNO																
FRECUENCIA CARDÍACA FETAL																
DURACIÓN CONTRACCIONES																
FREC. CONTRACCIONES																
DOLOR/Localiz./Intens																

PARTO EUTÓCICO	SI	NO
EN CASO DE DISTOCIA DEL TRABAJO DE PARTO, COLOCAR DIAGNÓSTICO	CIE-10:	
DIAGNÓSTICO:		
NOMBRE COMPLETO DEL ESPECIALISTA QUE ATENDIÓ EL PARTO	FIRMA Y SELLO	



**LISTA DE VERIFICACIÓN PARTO  
CEFALOVAGINAL SEGURO**

Código: HGDC-GA-GADT-GCTCO-FOR-LVPCS-001  
Versión: 001  
Página 2 de 2

Ministerio de Salud Pública  
Hospital General Docente de Calderón

Servicio: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ H.CL: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Lugar CQ \_\_\_\_\_ CO \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_

**EQUIPO /TEAM**

Ginecólogo: \_\_\_\_\_ Circulante: \_\_\_\_\_  
Ayudante \_\_\_\_\_ Sala Nro: \_\_\_\_\_  
Ayudante \_\_\_\_\_

Hora de:	Llegada a la sala:
	Salida de Sala:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Complicaciones \_\_\_\_\_

DETALLE	Nro. de DM AL INGRESO AL PARTO	Nro. de DM* AL FINAL PARTO NORMAL	OBSERVACIONES	FIRMA CIRCULANTE (ENFERMERIA) INICIAL	FIRMA CIRCULANTE (ENFERMERIA) TERMINA
GASAS					
COMPRESAS					
TAPÓN VAGINAL					
EVALUACIÓN DE ENFERMERIA					
NOVEDADES					

\* DM: Dispositivo Médico

**DATOS DE LOS PROFESIONALES RESPONSABLES**

NOMBRE COMPLETO CIRCULANTE INICIAL		NOMBRE COMPLETO CIRCULANTE TERMINA	
NOMBRE COMPLETO DEL ESPECIALISTA QUE ATENDIÓ EL PARTO		FIRMA Y SELLO	