

TRABAJO DE PARTO

Bibliografía: Williams Obstetrics, 26.^a edición. McGraw-Hill.

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es el proceso fisiológico mediante el cual el útero expulsa al feto, la placenta y las membranas fuera de la cavidad uterina. Implica una coordinada interacción entre factores uterinos, cervicales y fetales, con contracciones rítmicas que culminan en el nacimiento.

El Williams define el inicio del parto como el punto en que las contracciones uterinas producen cambios cervicales progresivos (borramiento y dilatación), y su término con la expulsión de la placenta.



FISIOLOGÍA DEL TRABAJO DE PARTO: Iniciación del parto

El inicio del parto depende de la interacción entre señales fetales, placentarias y maternas:

Factor	Rol fisiológico
Feto	Aumento del cortisol fetal y maduración pulmonar estimulan la producción de prostaglandinas
Placenta	Incremento de CRH placentaria, que favorece contractilidad uterina
Miometrio	Aumento de receptores de oxitocina y gap junctions (conexinas)
Progesterona	Disminuye su efecto inhibidor ("withdrawal funcional")
Estrógenos	Estimulan síntesis de prostaglandinas y receptores de oxitocina

El resultado es la transición del miometrio quiescente a un estado contráctil coordinado.

Componentes del parto: "las tres P"

Poderes

(contracciones uterinas): fuerza, frecuencia y duración.

Pasaje

(pelvis y canal blando): dimensiones pélvicas, tejidos blandos.

Pasajero

(feto): tamaño, posición, presentación, actitud.

El equilibrio entre estos tres determina la evolución y el éxito del parto.

FASES Y ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO

Fase preparto (pródromos)

- Contracciones irregulares ("de Braxton Hicks").
- Reblandecimiento y borramiento cervical.
- Descenso parcial de la presentación ("encajamiento").

Etapas del trabajo de parto

Etapa	Descripción	Duración promedio
Primera etapa	Desde el inicio del trabajo de parto hasta dilatación cervical completa (10 cm)	Primíparas: 12-14 h / Multíparas: 6-8 h
Segunda etapa	Desde dilatación completa hasta el nacimiento del feto	Primíparas: <3 h / Multíparas: <2 h
Tercera etapa	Desde el nacimiento hasta la expulsión de la placenta	5-30 min

Fases de la primera etapa

Fase latente

- Dilatación lenta hasta 4-6 cm.
- Contracciones leves y espaciadas.
- Puede durar 6-8 h (primíparas).

Fase activa

- Dilatación rápida (1-2 cm/h en primíparas).
- Contracciones intensas y regulares (cada 2-3 min, 40-60 s).
- Inicia alrededor de los 6 cm de dilatación (según Williams 26º).

La fase activa se caracteriza por progresión cervical constante y predecible.

MECANISMOS DEL TRABAJO DE PARTO

Mecanismos del descenso fetal

El Williams describe **siete movimientos cardinales** que realiza el feto para atravesar el canal de parto:

01

Encajamiento

Paso del diámetro biparietal del feto a través del estrecho superior.

02

Descenso

Movimiento progresivo hacia el piso pélvico.

03

Flexión

El mentón fetal se aproxima al tórax, reduciendo el diámetro cefálico.

04

Rotación interna

Giro de la cabeza para que el occipucio se dirija hacia la síntesis pública.

05

Extensión

La cabeza se extiende al pasar bajo la síntesis pública durante el parto.

06

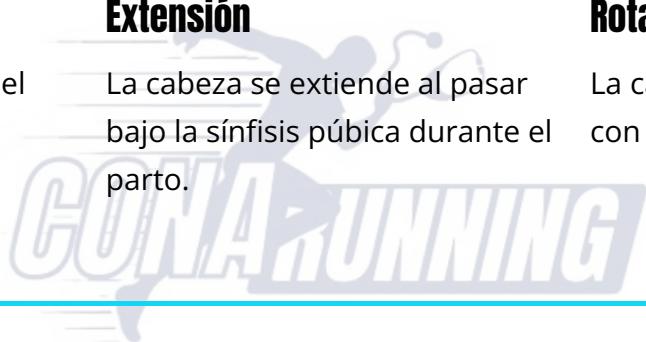
Rotación externa (restitución)

La cabeza gira para alinearse con los hombros.

07

Expulsión

Nacimiento completo del cuerpo fetal.



EVALUACIÓN CLÍNICA

Contracciones uterinas

Frecuencia

cada 2-3 min.

Duración

40-90 segundos.

Intensidad

30-60 mmHg (monitoría tocodinámica).

Progresión del parto

Se mide mediante dilatación cervical (cm) y descenso fetal (estaciones de De Lee):

- De -5 (alta) a +5 (en el periné).
- La curva de Friedman (y su actualización por Zhang) ayuda a evaluar la progresión normal.

Bolsa amniótica

- Evaluar integridad y color del líquido.
- La ruptura espontánea o artificial puede acelerar el progreso.

MANEJO DEL TRABAJO DE PARTO: Cuidados iniciales



Confirmar trabajo de parto verdadero

(contracciones + cambios cervicales).



Monitoreo fetal basal

(FCF 110–160 lpm).



Canalización venosa

y control de signos vitales.



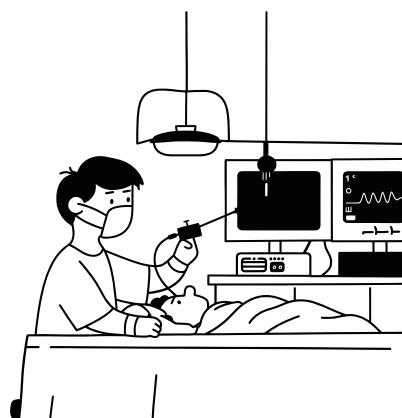
Evitar ayuno prolongado

hidratación adecuada.



Acompañamiento continuo

reduce cesáreas y analgesia.



Conducta en las tres etapas del parto



Primera etapa

- Vigilancia del progreso cada 2-4 horas.
- Permitir deambulación y posición cómoda.
- Monitoreo fetal intermitente o continuo según riesgo.
- Analgesia epidural: segura y efectiva cuando hay dilatación >4 cm.

Segunda etapa

- Indicar pujos coordinados con contracciones.
- Controlar FCF cada 5 min.
- Episiotomía solo si hay indicación obstétrica (distocia, macrosomía).
- Recepción fetal con controlcefálico (maniobra de Ritgen modificada).

Tercera etapa

Manejo activo del alumbramiento:

- Administración profiláctica de oxitocina 10 UI IM tras el nacimiento.
- Tracción controlada del cordón (maniobra de Brandt-Andrews).
- Masaje uterino inmediato tras la salida de la placenta.
- Reduce la hemorragia posparto hasta un 60 %.



Verificar integridad placentaria y membranas.

MONITOREO FETAL DURANTE EL PARTO

Categoría I

FCF normal (110–160 lpm, variabilidad moderada).

Categoría II

Indeterminada (taquicardia, desaceleraciones variables).

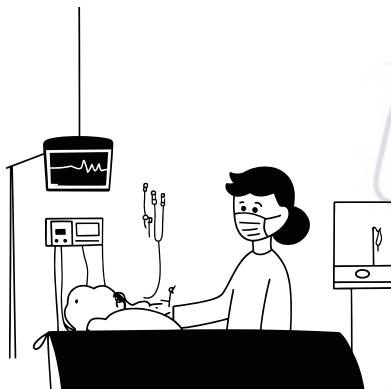
Categoría III

Anormal → requiere intervención inmediata (bradicardia sostenida, pérdida de variabilidad).

Métodos:

Auscultación intermitente

(bajo riesgo).



Monitoreo electrónico continuo

(alto riesgo).

COMPLICACIONES INTRAPARTO

Tipo	Ejemplo	Conducta
Distocia de dilatación	Fase activa prolongada o detenida	Oxitocina, ruptura de membranas, cesárea
Distocia de descenso	Desproporcióncefalopélvica	Cesárea
Sufrimiento fetal agudo	Bradicardia, desaceleraciones tardías	Reanimación intrauterina o parto inmediato
Hemorragia posparto	Atonía uterina	Uterotónicos, masaje, control quirúrgico

FINALIZACIÓN DEL PARTO

El éxito del trabajo de parto depende de la coordinación uterina adecuada, proporción fetopélvica normal y asistencia obstétrica oportuna. Tras la expulsión placentaria, deben evaluarse:

- **Tono uterino.**
- **Integridad del canal del parto.**
- **Hemorragia.**
- **Revisión completa del periné.**

PUNTOS CLAVE SEGÚN

El trabajo de parto se inicia por señales fetoplacentarias (CRH, prostaglandinas, cortisol).

La fase activa comienza a los 6 cm de dilatación.

Los movimientos cardinales del parto son esenciales para el descenso fetal.

El manejo activo del alumbramiento previene la hemorragia posparto.

La monitorización fetal es clave para detectar sufrimiento intrauterino precoz.

La oxitocina es el fármaco uterotónico de elección.

Toda prolongación del parto debe evaluarse por "las tres P": poderes, pasaje y pasajero.

Referencia oficial: Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Williams Obstetrics. 26th ed. McGraw-Hill Education