

Trabajo de Parto Normal – Mecanismos

Comprender el parto normal es la base para reconocer y manejar sus complicaciones.

Redactor

Gonzalo Duré

- Médico Cirujano — Universidad Del Pacífico, 2019
- Especialización en Ginecología y Obstetricia — Universidad Nacional Del Este, 2025
- Especialización en Didáctica Superior Universitaria — Universidad Autónoma de Encarnación, 2023
- Pasantía de Salud Fetal — Hospital Regional Universitario de Málaga, España, 2023
- Especialización en Ecografía General, Obstétrica y Ginecológica — Universidad Nacional Del Este, 2025
- Tutor de la Residencia Médica en Ginecología y Obstetricia — Hospital Regional de Ciudad del Este / Universidad Nacional del Este, 2025
- Facilitador del Equipo Técnico Regional de Programas de Salud, 2025

Bibliografía

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, et al. Williams Obstetricia. 26.^a ed. McGraw-Hill; 2022.
2. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Manual Nacional de Normas de Patologías Obstétricas. Paraguay; 2018.

Definición y Diagnóstico de Trabajo de Parto

Proceso fisiológico de expulsión del feto, placenta y membranas. **Diagnóstico clínico:** contracciones regulares + modificaciones cervicales progresivas.

Criterio	Fase LATENTE	Fase ACTIVA (ACOG 2014)
Dilatación cervical	< 6 cm	≥ 6 cm
Contracciones	Irregulares → regulares	Regulares, cada 2-3 min, 45-60 seg
Duración máx. (Nulípara)	< 20 horas	< 12 h / ≥ 1 cm/h
Duración máx. (Multípara)	< 14 horas	< 6 h / ≥ 1 cm/h

⚠ Fase latente prolongada (>20h nulípara / >14h multípara) **NO es indicación de cesárea.**

Fase Latente

Inicio del trabajo de parto hasta los 6 cm de dilatación. Contracciones irregulares que se vuelven regulares.

Fase Activa

Desde los ≥ 6 cm hasta la dilatación completa. Velocidad mínima: **1 cm/hora** tanto en nulíparas como en multíparas.

Períodos del Parto y Tiempos Límite

Período	Fase	Nulípara	Múltipara	Alerta
1.º Dilatación	Latente (inicio → 6 cm)	< 20 h	< 14 h	Prolongada ≠ cesárea
1.º Dilatación	Activa (6 → 10 cm)	< 12 h	< 6 h	< 1 cm/h en 2 h = detención
2.º Expulsivo	Sin anestesia epidural	< 2 h	< 1 h	Prolongado → reevaluar
2.º Expulsivo	Con anestesia epidural	< 3 h	< 2 h	+1 h adicional permitida
3.º Alumbramiento	Expulsión placenta	< 30 min	< 30 min	> 30 min = retención → extracción manual

✓ Velocidad mínima

1 cm/h en fase activa tanto en nulíparas como en múltiparas.

✓ Detención del parto

Conducta: amniotomía + conducción con oxitocina.

✓ Antes de cesárea

Verificar ≥ 4 horas de contracciones adecuadas con oxitocina (MSPyBS 2018).

Los 7 Movimientos Cardinales del Parto

⚠ El **DESCENSO** es continuo y ocurre **DURANTE TODOS** los demás movimientos — no es un paso aislado.

1. Encajamiento

Diámetro biparietal cruza el estrecho superior. Nulíparas: semanas antes. Multíparas: durante el parto. Plano 0 De Lee = espinas isquiáticas.

2. Descenso

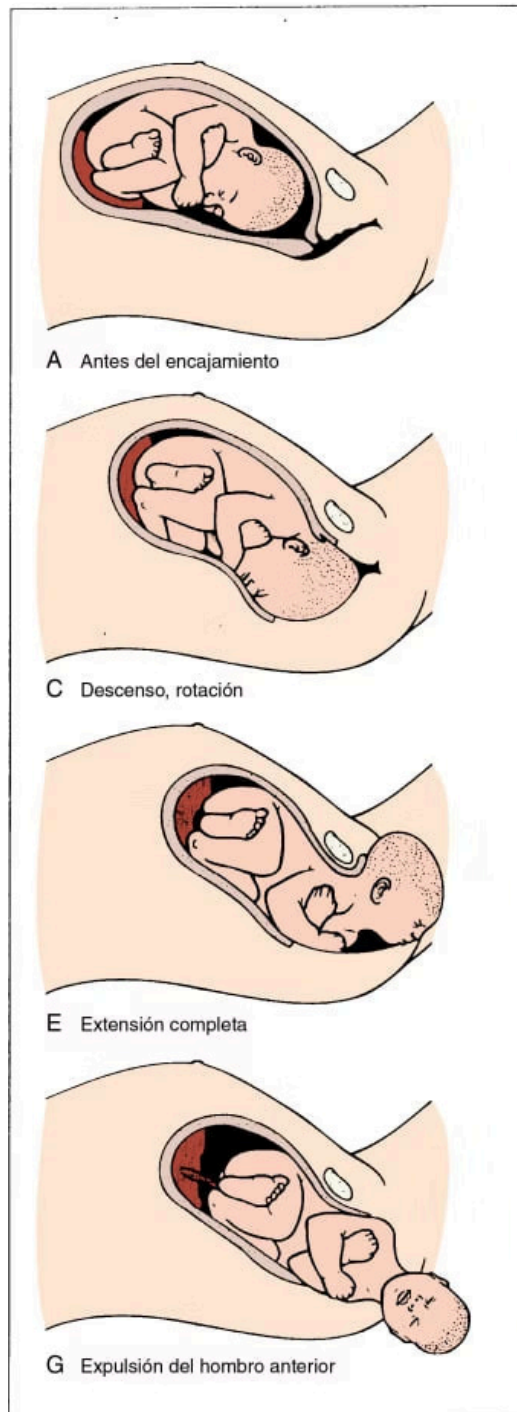
Progresión continua por el canal. Condición para que ocurran todos los demás. Único movimiento que ocurre SIEMPRE.

3. Flexión

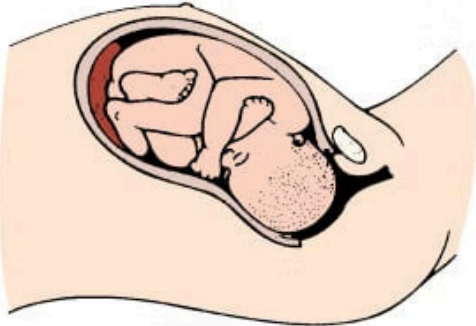
Barbilla al tórax. Reduce diámetro: occipitofrontal (11.5 cm) → suboccípitobregmático (9.5 cm). Flexión = menor diámetro = facilita el parto.

4. Rotación Interna

Occipucio rota → sínfisis del pubis. Posición OA (occipitoanterior). OP persistente = trabajo de parto prolongado.



Los 7 Movimientos Cardinales del Parto



B Encajamiento, flexión, descenso



D Rotación completa, extensión temprana



F Restitución



H Expulsión del hombro posterior

5. Extensión

Cabeza se deflexiona bajo la sínfisis. Orden de salida: frente → nariz → boca → mentón. Sin extensión → riesgo de desgarro perineal.

6. Restitución

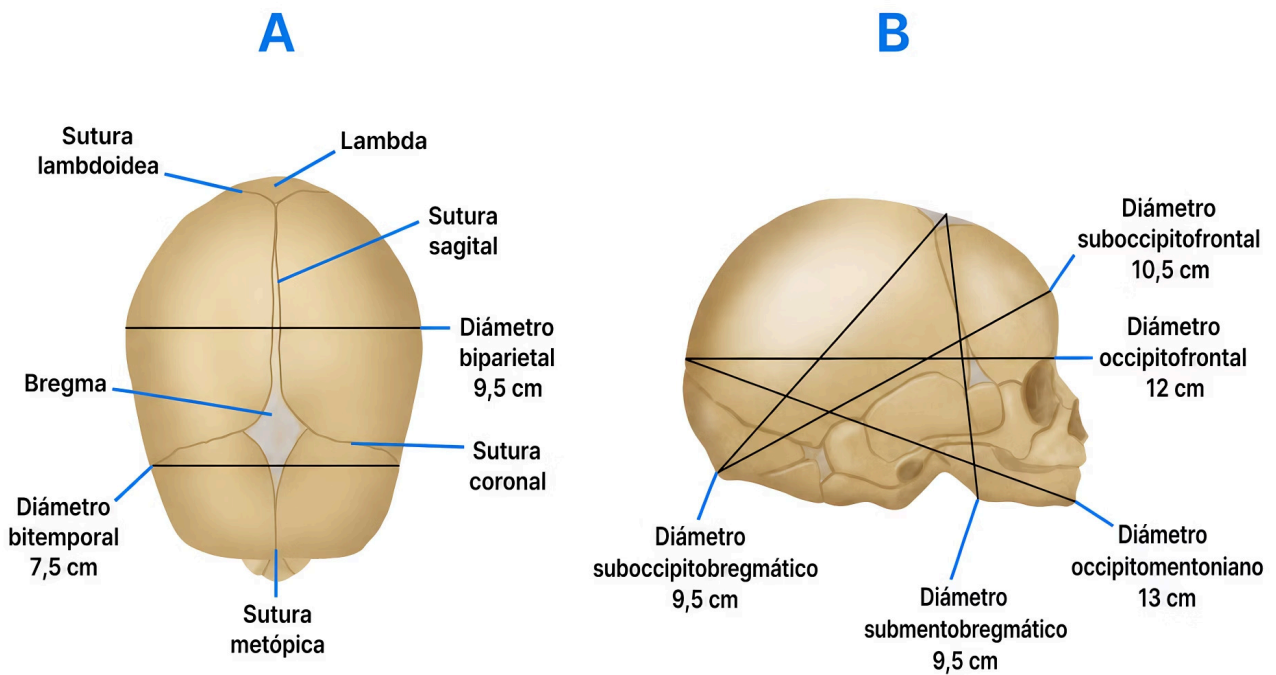
Cabeza se realinea con los hombros (45°). Movimiento pasivo, espontáneo. ≠ Rotación externa. Son movimientos distintos.

7. Rotación Externa

Hombros completan rotación interna. Hombro anterior sale bajo la sínfisis. Si hombros no descienden → distocia de hombros.

Diámetros Cefálicos

Diámetro	Situación	Medida	Nota
Suboccípitobregmático	Flexión máxima	9.5 cm	EL MÁS FAVORABLE
Occipitofrontal	Cabeza deflexionada	11.5 cm	—
Occipitomentoniano	Presentación de cara	13.5 cm	EL MAYOR
Biparietal	Diámetro transverso máximo	9.5 cm	—
Submentobregmático	Cara mentoanterior	9.5 cm	



Cráneo fetal

Índice de Bishop y Fisiopatología

Índice de Bishop

Parámetro	0	1	2	3
Dilatación (cm)	Cerrado	1-2	3-4	≥ 5
Borramiento (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Plano De Lee	-3	-2	-1/0	+1/+2
Consistencia	Firme	Medio	Blando	—
Posición	Posterior	Media	Anterior	—

≥ 8

Muy favorable → alta probabilidad de éxito en inducción.

≥ 6

Favorable → proceder con inducción.

< 6

Desfavorable → maduración cervical previa (misoprostol / dinoprostona).

Triple Gradiente Descendente

Dirección

Inicio en marcapasos (cuerno uterino) → propagación caudal. Si falla: contracción descoordinada → distocia.

Intensidad

Mayor en el fondo, menor en el segmento inferior. Si falla: sin descenso fetal → parto detenido.

Duración

Contracción más larga en el fondo que en el cuello. Si falla: segmento inferior no se dilata.

Regulación Hormonal

Hormona/Factor	Rol	Para el examen
Progesterona	Suprime contractilidad durante el embarazo	Su caída activa el parto
Estrógenos	Aumentan receptores de oxitocina y prostaglandinas	Sensibilizan el miometrio
Oxitocina	Estimula contracciones uterinas	Base de la inducción farmacológica
Prostaglandinas E2/F2α	Maduración cervical + contracciones	Base del misoprostol y dinoprostona
CRH placentaria	Aumenta al final → activa eje HPA fetal	Señal de inicio del parto a término

Clínica, Manejo y Protocolo MSPyBS 2018

Signos de Desprendimiento Placentario

Signo	Maniobra	Interpretación
KÜSTNER ★	Comprimir segmento uterino: cordón NO retrocede	Placenta desprendida
SCHROEDER	Útero sube y se lateraliza	Placenta en segmento inferior
STRASSMAN	Percutir fondo: cordón no transmite onda	Placenta desprendida
Alargamiento del cordón	Cordón visible en vulva se alarga	Descenso placentario activo

Desgarros Perineales

Grado	Estructuras	Manejo
I	Piel y mucosa vaginal	Sutura simple
II	Piel + mucosa + músculo perineal (sin esfínter)	Sutura por planos
IIIa	Esfínter anal externo < 50%	Sutura específica de esfínter
IIIb	Esfínter anal externo > 50%	Sutura específica de esfínter
IIIc	Esfínter externo + interno	Sutura de ambos esfínteres
IV	Esfínteres + mucosa rectal	Reparación quirúrgica completa

Alumbramiento Activo – Protocolo MSPyBS

Prioridad	Fármaco	Dosis y observaciones
1.ª LÍNEA	OXITOCINA	10 UI IM tras el nacimiento. Si IV: 5 UI EV diluido lento. NUNCA en bolo EV.
Alternativa	CARBETOCINA	100 mcg EV bolo único (≥ 1 min). Especialmente en cesárea.
Sin OXT	ERGOMETRINA	0.2 mg IM o EV lento. CONTRAINDICADA: HTA, preeclampsia, cardiopatía.
Sin inyectables	MISOPROSTOL	800 mcg SL (tratamiento de atonía). No es primera línea preventiva.

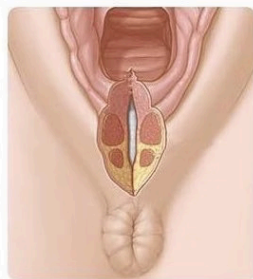
⚠️ **MASAJE UTERINO SOSTENIDO: NO se recomienda** como prevención de HPP en mujeres que ya recibieron oxitocina profiláctica (MSPyBS 2018 / OMS). Sí está indicado si el útero está ATÓNICO.

Clasificación de desgarros perineales por Sultan



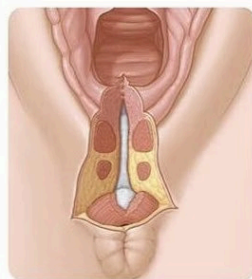
Grado I

Solo daño en piel.



Grado II

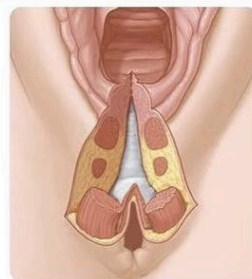
Daño a músculos perineales, sin daño a esfínter anal.



Grado III

Daño a esfínter anal externo.

- 3 a: Afectación < 50%.
- 3 b: Afectación > 50%.
- 3 c: Desgarro de esfínter anal interno.



Grado IV

Daño al perineo involucrando esfínter anal completo y del epitelio anal.

Distocia de Hombros – Secuencia de Maniobras

1

1. McRoberts

Flexión máxima de muslos sobre abdomen materno. Primera maniobra.

2

2. Presión Suprapúbica

Presión SUPRAPÚBICA (nunca en fondo). Desplaza hombro anterior.

3

3. Rubin II

Presión sobre hombro posterior del feto hacia el pecho fetal.

4

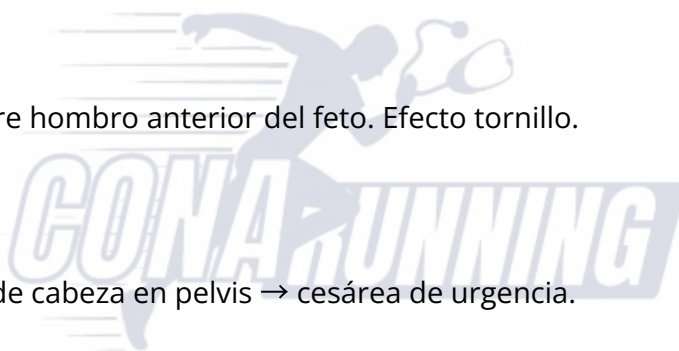
4. Woods

Presión sobre hombro anterior del feto. Efecto tornillo.

5

5. Zavanelli

Reposición de cabeza en pelvis → cesárea de urgencia.



Complicaciones

Complicaciones y Conducta Inmediata

Complicación	Criterio diagnóstico	Conducta inmediata
Detención fase activa	< 1 cm/h en 2 h con contracciones regulares	Amniotomía + oxitocina. Cesárea solo tras 4 h con oxitocina sin respuesta.
2.º período prolongado	Nulípara > 2 h (sin EDA) / > 3 h (con EDA). Múltipara > 1 h / > 2 h.	Reevaluar presentación y posición. Parto instrumental o cesárea.
Alumbramiento prolongado	> 30 min sin expulsión placentaria con sangrado	Extracción manual bajo anestesia (nivel II-III).
Distocia de hombros	Hombro anterior impactado tras salida de la cabeza	McRoberts → presión suprapúbica → Rubin → Woods → Zavanelli.
HPP	≥ 500 mL (vaginal) / ≥ 1000 mL (cesárea)	Oxitocina + masaje si atónico + identificar causa (4T: Tono, Trauma, Tejido, Trombina).

⚡ Datos Ultra-Rápidos

- Trabajo de parto ACTIVO = **≥ 6 cm** (no 4 cm).
- Descenso: único movimiento **CONTINUO**, ocurre durante todos los demás.
- Flexión = diámetro suboccípitobregmático **9.5 cm** (el más favorable).
- Rotación interna → posición OA. **OP persistente = parto prolongado.**
- **Restitución ≠ Rotación externa**, son movimientos DIFERENTES.
- Bishop ≥ 6 = favorable. Bishop ≥ 8 = muy favorable. Bishop < 6 = madurar.
- Küstner: comprimir segmento → cordón no retrocede = **placenta desprendida.**
- Alumbramiento: > 30 min = retención → **extracción manual.**
- Oxitocina 10 UI IM = primera línea HPP. Carbetocina 100 mcg EV = alternativa.
- Triple gradiente: inicio en cuerno → propagación caudal → mayor intensidad en fondo.

✗ Errores Frecuentes en el Examen

Decir que la fase activa comienza a **4 cm** → **INCORRECTO** (es **6 cm**).

Confundir **restitución con rotación externa** → son dos movimientos distintos.

Decir que el descenso es solo un paso → es **continuo durante TODOS** los movimientos.

Indicar **cesárea por fase latente prolongada** → la fase latente **NO** es indicación de cesárea.

Masaje uterino sostenido como rutina post-parto → **NO recomendado** si hubo oxitocina profiláctica.

Usar **ergometrina en paciente hipertensa** o con preeclampsia → **CONTRAINDICADA.**

Presión en el **FONDO** en distocia de hombros → nunca en fondo (encaja más el hombro y puede romper útero).

Decir que el período expulsivo máximo en nulípara es **2 h sin diferenciar** si hay o no anestesia epidural.