



XXXIII Curso de actualización

Ginecología y obstetricia

2025



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

Parámetros del trabajo de parto normal: ¿cuándo intervenir?

Diana Carolina Oróstegui Pinilla

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Docente - Facultad de Medicina - Universidad de Antioquia

Ginecología y obstetricia

2025



Aunque el proceso del nacimiento es per se un proceso que apareció con la humanidad hace miles de años, es aún el inicio del trabajo de parto una de las definiciones más difíciles, si no la más, de esclarecer dentro del transcurso del nacer.

A pesar del avance en el conocimiento del proceso fisiológico del trabajo de parto, este es aún un evento que se diagnostica y se acompaña desde los hallazgos clínicos, como principales determinantes al momento de definir intervenciones médicas, en desconocimiento sobre los procesos bioquímicos y mecánicos que con relativa frecuencia no son proporcionales a los síntomas y signos de cada mujer.

Es importante reconocer que el punto de partida para múltiples estudios y protocolos alrededor del trabajo de parto, a lo largo de la historia de la obstetricia, han sido los trabajos de Friedman en los años 50, primer y principal avance en el entendimiento del trabajo de parto y su progresión; al admitir que previo a sus estudios la vigilancia del trabajo de parto se basaba en la experiencia y los conceptos propios de cada médico o partera, lo que lo hacía un proceso inexacto y no reproducible.

A raíz de trabajos más recientes se han generado controversias de los conceptos alrededor del trabajo de parto, dentro los principales está el momento de su inicio, así como la duración de sus fases, lo que ha llevado a interpretaciones variables de las desviaciones de la normalidad y con ello a tasas heterogéneas de intervencionismo, en algunos casos prevenible.

A continuación, expondremos las definiciones actualmente aceptadas por las guías de práctica clínica y bajo las cuales sugerimos regir la praxis de nuestro lector, esto hasta nueva evidencia.

Etapas y fases del trabajo de parto

- **Primera etapa:** esta inicia, clínicamente, con las contracciones uterinas que conllevan a modificaciones del cérvix y termina cuando se alcanza la dilatación cervical completa; subdivida en dos fases, de las cuales la primera es la denominada fase latente, seguida de una fase activa.
- **Segunda etapa:** también denominada expulsivo, periodo en que se completa el descenso y se da el paso del feto por el canal vaginal.

- **Tercera etapa:** Ocurre posterior al nacimiento del producto y constituye el lapso en el cual ocurre el alumbramiento.

Es fundamental tener claridad acerca de la definición de cada una de las fases de la primera etapa del trabajo de parto, principalmente del punto a partir del cual se considera que la mujer transita de la fase latente a la activa, ya que la admisión hospitalaria temprana y/o inoportuna aumenta el riesgo de intervencionismo innecesario, así como de desenlaces adversos prevenibles como compromiso del bienestar fetal, tasa de cesárea o bajo APGAR al nacer.

El mecanismo disparador del trabajo de parto es aún incierto, se tiene conocimiento acerca de algunos factores contribuyentes al inicio de este, sin embargo, aún no es claro cuál de todos es el que desencadena la cascada de reacciones que promueven el inicio de la actividad uterina efectiva y con ella los cambios cervicales, ni un orden predecible en el que se presentan dichos disparadores; es por esto que para definir el inicio del trabajo de parto el clínico se ve obligado a continuar basado en hallazgos medibles y estandarizables; para fines prácticos se considera que el inicio del trabajo de parto se da cuando se presentan contracciones regulares asociadas a cambios cervicales como acortamiento, reblandecimiento y dilatación no mayor de 5 cm; esta es la definición de fase latente, la cual es independiente de la estación, el estado de las membranas y la paridad de la mujer.

La fase activa inicia, teóricamente, en el momento en que la mujer alcanza la dilatación cervical de 6 cm, independiente de la dinámica uterina que presente en el momento; sin embargo, en la práctica no es claro el momento en que esta transición sucede en cada mujer, ya que la evaluación de la dilatación se da rutinariamente sólo bajo protocolos de investigación, en mujeres que se encuentran en inducción de trabajo de parto por alguna morbilidad o en el momento en que está acude a los servicios sanitarios a solicitar atención, por lo que es imposible de establecer el momento exacto de la transición de la fase latente a la activa, paso de 5 a 6 cm de dilatación, así como el tiempo entre esta y la primera valoración médica.

Si bien el descenso no es un determinante del inicio y menos de la progresión de la primera etapa del trabajo de parto, es este un fenómeno que, en general, se presenta paralelo a la progresión de los cambios cervicales, lo que hace factible que se presente tanto en la fase latente como activa. El descenso se describe como lento o inclusive nulo durante la primera

Parámetros del trabajo de parto normal: ¿cuándo intervenir?

etapa del trabajo de parto al aumentar su progresión junto con la dilatación, para presentar un retraso justo cuando la mujer inicia la segunda etapa o el expulsivo, fenómeno explicado por la resistencia que encuentra la presentación en el piso de la pelvis; a pesar de reconocer este patrón en el descenso de la presentación fetal, la definición en su detención es unánime para todas las fases del trabajo de parto.

Las definiciones iniciales del trabajo de parto y su velocidad de progresión fueron dadas por los estudios de Friedman y refrendadas posteriormente por el partograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los cuales el trabajo de parto activo iniciaba en los 3 cm de dilatación y progresaba hasta la dilatación completa (10 cm) en un promedio de duración de 2,5 horas; sin embargo, recientemente Zang et al. han publicado una serie de estudios de los cuales se ha derivado la recomendación de establecer una fase activa de inicio más tardío en la dilatación y con progresión más lenta; recomendaciones basadas en hallazgos que indican la no predictibilidad de la progresión del trabajo de parto cuando la mujer se encuentra entre los 3 y 5cm de dilatación e imposibilitando así generar una tendencia y con ello un patrón de normalidad; comportamiento que cambia una vez la mujer traspasa los 6 cm de dilatación, momento en el cual la evolución observada en los estudios de Zang et al. propone establecer el inicio de la fase activa además de determinarse que la progresión hasta la dilatación completa es en promedio de 5,5 horas, con un avance mínimo de dilatación de 0,5 cm por hora.

Alteraciones del trabajo de parto

Recientemente Bakker et al. en una revisión sistemática documentaron 53 sinónimos para referirse al trabajo de parto detenido, cada una de ellas discrepantes entre sí. La principal indicación de cesárea es actualmente la detención del trabajo de parto, como medida preventiva de complicaciones materna y perinatales, independiente de la causa de la distocia.

La variación tanto en la definición como en la terminología empleada para diagnosticar una detención del trabajo de parto lleva a una dificultad para establecer la tasa de cesáreas prevenibles mediante intervenciones médicas farmacológicas y no farmacológicas, entorpeciendo los esfuerzos por alcance del objetivo de disminuir la tasa de cesáreas.

En un intento por estandarizar las definición, la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia (ACOG) y the *Fetal*

Medicine, con fundamento en los estudios publicados después de lo de Zhang et al. en 2010 alrededor del trabajo de parto, consideró pertinente establecer entonces en su guía de práctica clínica, el inicio del trabajo de parto en la dilatación en que se considera las mujeres se encuentran la máxima pendiente de dilatación, o 6 cm de dilatación, con una progresión mínima de 1 cm cada 4 horas; esta definición marcó el punto de partida para establecer las anormalidades del trabajo de parto enunciada en la **Tabla 1**.

Ginecología y obstetricia

2025



Tabla 1. Alteraciones del trabajo, definiciones e intervenciones recomendadas.

Anormalidad del trabajo de parto	Definición	Intervención
Detención de la fase latente	No existente consenso*	No recomendada*
Detención de la fase activa	No progresión al menos de 1 cm de dilatación en un periodo de 4 horas	Evaluar dinámica uterina si es irregular iniciar uso de oxitocina. En casos de membranas íntegras, realizar ruptura artificial. Si requiere alguna de las dos intervenciones anteriores reevaluar en 2 horas. En caso de tener dinámica regular y membranas rotas se debe plantear a la materna una cesárea.
	No progresión al menos de 1 cm de dilatación en un periodo de 6 horas con dinámica uterina irregular, uso de oxitocina y membranas ovulares rotas	Se debe plantear a la materna una cesárea.

Continúa en la siguiente página.

Parámetros del trabajo de parto normal: ¿cuándo intervenir?

Tabla 1. Alteraciones del trabajo, definiciones e intervenciones recomendadas.
(Continuación)

Expulsivo prolongado	Ausencia del nacimiento del producto, según la paridad, tras: - Primíparas: 3 horas. - Multíparas: 2 horas. *a cada subgrupo se le debe adicionar 1 hora, si la mujer se encuentra bajo analgesia obstétrica.	Evaluar posibilidad de realizar parto instrumentado: estación +2 o mayor, analgesia obstétrica, certeza de la variedad de posición, personal entrenado, disponibilidad de instrumental requerido, consentimiento materno, no contraindicaciones. De no ser posible el parto instrumentado, se debe plantear a la materna una cesárea.
----------------------	--	--

*En caso de mujeres bajo inducción de trabajo de parto (maduración cervical) se debe guiar la vigilancia de la fase latente por la definición de inducción fallida.

Causas de las alteraciones del trabajo de parto

Las alteraciones en la progresión del trabajo de parto son denominadas también distocias y según su origen se pueden dividir en 3:

- Mecánicas: estas están relacionadas con una no correlación entre el contenido (feto) y el continente (pelvis materna), derivadas de un tamaño fetal mayor a la capacidad de la pelvis a la que se enfrenta. Es relevante recordar que esta interacción es única entre cada feto y cada pelvis y que el antecedente de un parto vaginal, aunque permite establecer un precedente no garantiza éxito en embarazos subsecuentes y viceversa, una distocia mecánica previa no contraindica la prueba de trabajo de parto, si las condiciones clínicas no se repiten.

- Dinámicas: término que se refiere a la no progresión del trabajo de parto derivado de alteraciones en la dinámica uterina, tanto en frecuencia como en intensidad.

- Mixtas: surgen de la combinación de factores mecánicos

y dinámicos como explicación de la no progresión del trabajo de parto.

Una vez identificada la alteración en la progresión de la fase activa o del expulsivo del trabajo de parto, ver **Tabla 1**, el médico debe enfocarse en tratar de establecer la causa más probable del arresto; y se hace imperativo, para definir el paso a seguir, el dilucidar si se trata de una distocia mecánica, dinámica o mixta. Con énfasis en que quienes se benefician del **intervencionismo farmacológico** son, principalmente, las dinámicas, para las cuales existe la posibilidad de administración de oxitocina ver **Tabla 2**.

Ginecología y obstetricia

2025



Tabla 2. Indicaciones para infusión de oxitocina

Distocia secundaria a hipodinamia uterina sin evidencia de compromiso del bienestar fetal:

- Detención en la dilatación.
- Detención en el descenso.
- Expulsivo prolongado.
- Exposición a factores inhibitorios como analgesia epidural, sulfato de magnesio, calcioantagonistas como nifedipino, entre otros.

Indicación de inducción para acortar el trabajo de parto.

Otras intervenciones durante el acompañamiento del trabajo de parto

Uno de los principales factores de riesgo para un intervencionismo, no justificado del trabajo de parto, es la admisión temprana de la mujer a las unidades de maternidad; lo que limita factores primordiales en el progreso del trabajo de parto como son la deambulación y el confort materno.

Es por esto que es fundamental establecer con claridad los criterios para la internación durante el trabajo de parto como punto de partida de otras maniobras, en busca además de incrementar la probabilidad de que la mujer permanezca en su entorno habitual o “entorno seguro” la mayor cantidad de tiempo posible antes de la hospitalización, siempre dentro del contexto de una gestación en la cual los beneficios de tener una fase latente de trabajo de parto extrahospitalario superen los riesgos.

Como se ha mencionado anteriormente, no existe un patrón que permita establecer criterios unificados acerca de las anormalidades de la fase latente y en consecuencia no es factible generar un algoritmo de manejo derivado; razón principal por la cual se debe evitar la admisión hospitalaria antes de que la mujer se encuentre en la fase activa, dilatación igual o mayor a 6 cm, excepto en casos en que sea necesario vigilancia de morbilidad materna o fetal, condición social que requiera aseguramiento o en mujeres en el contexto de una inducción de parto farmacológico.

El seguimiento clínico a la progresión del trabajo de parto activo, mediante tacto vaginal en el cual se evalúa la progresión de los cambios cervicales además del descenso

de la presentación, está establecida por la definición de distocia, ya que no es relevante realizar una evaluación de la progresión de los cambios cervicales si con los hallazgos no es posible establecer si existe o no una evolución favorable del trabajo de parto, es por esto que no se recomienda realizar tacto vaginal antes de 4 horas del último ante un binomio con bienestar; sin embargo, el acompañamiento y las intervenciones no farmacológicas se consideran deben ser continuas y abordadas por todo el personal del equipo que se encuentra en la atención de la mujer. Dentro dichas medidas se encuentran intervenciones para el manejo del dolor y con este el de la ansiedad materna, entendiéndose que estas intervenciones no se limitan a medidas farmacológicas.

El equipo humano que acompaña el proceso de parto debe conocer y estar en capacidad de implementar las diferentes estrategias no farmacológicas que permitan una experiencia positiva desde lo subjetivo y lo objetivo del trabajo de parto. Cabe recordar que dichas intervenciones no deben ser retrasadas en su implementación, hasta el momento en que el clínico determine el inicio del trabajo de parto activo; por el contrario, el inicio de intervenciones encaminadas a suplir las expectativas y necesidades de la madre debe darse tan pronto como estas sean identificadas.

Para determinar la necesidad de intervenir el trabajo de parto es fundamental considerar tanto las variables clínicas (actividad uterina, ruptura de membranas, entre otras) como las expectativas y deseos de la gestante, siempre en el marco de un binomio materno-fetal con bienestar documentado. Conocer y validar las expectativas de la madre y del padre respecto al proceso del parto constituye un pilar esencial al momento de decidir cualquier intervención.

Parámetros del trabajo de parto normal: ¿cuándo intervenir?

Dentro de estas intervenciones, cobra especial relevancia el acompañamiento de personas significativas que brinden a la mujer una sensación de tranquilidad y protección, para favorecer la reducción de la ansiedad y una mejor tolerancia a los tiempos necesarios para determinar tanto el ingreso hospitalario como la aparición de posibles complicaciones. Asimismo, se incluyen estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor, como la musicoterapia, la aromaterapia, los masajes y la danzaterapia.

Es importante destacar que muchas de estas intervenciones pueden implementarse sin necesidad de ingresar a la institución de salud, lo que contribuye a reducir los ingresos hospitalarios tempranos y, en consecuencia, la tasa de medicalización del trabajo de parto.

Existen intervenciones durante el trabajo de parto que deben ser individualizados y no son enfocadas en garantizar la progresión del trabajo de parto sino más bien van dirigidos hacia el control del riesgo de complicaciones maternas y/o fetales. Contrario a lo que se considera estas intervenciones, cuando no están indicadas, pueden afectar la progresión de la labor de parto y con esto la probabilidad de éxito en el objetivo de un parto vaginal.

Una de las más frecuentes es la monitorización fetal continua, la cual de manera frecuente y errónea lleva a que la mujer permanezca en decúbito, lo cual limita la deambulación y priva de los beneficios que trae la posición vertical tanto para la dilatación como para el descenso; es imperante que el personal de las salas obstétricas tengan claridad tanto en las indicaciones de monitoreo fetal continuo como de que la realización de esta es posible y confiable en posiciones maternas distintas al decúbito. Otra de las intervenciones, que afortunadamente ha venido en desuso, es la restricción de la vía oral y la exigencia de un ayuno durante la fase activa del trabajo de parto o inclusive del mismo parto. La ruptura de membranas se considera una maniobra valiosa ante la detención del trabajo de parto sin embargo su uso indiscriminado es una conducta no justificada y debe ser reservada a las indicaciones en las cuales ha demostrado tener impacto positivo sobre el desenlace tanto materno como fetal.

El foco hacia el futuro debe estar en intentar encontrar una medida que permita determinar no sólo el inicio del trabajo

de parto sino también predecir la progresión de este, de manera tanto clínica como paraclínica; para brindar al clínico herramientas que le permitan anteponerse a eventualidades que pongan en riesgo la vida de la madre o el feto, sin obstaculizar el proceso natural del nacimiento.

Bibliografía

1. Bakker, W. (2024). Inconsistent definitions of prolonged labor in international literature: a scoping review. *AJOG global reports*, 4(3), 100360
2. Caughey A. B. (2020). Is Zhang the new Friedman: How should we evaluate the first stage of labor?. *Seminars in perinatology*, 44(2), 151215.
3. Cohen, W. R. (2018). The assessment of labor: a brief history. *Journal of perinatal medicine*, 46(1), 1–8.
4. Cohen, W. R. (2020). Clinical evaluation of labor: an evidence- and experience-based approach. *Journal of perinatal medicine*, 49(3), 241–253
5. First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. (2024). *Obstetrics and gynecology*, 143(1), 144–162.
6. Friedman EA. (1955). Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*;6:567-89
7. Gimovsky A. C. (2021). Defining arrest in the first and second stages of labor. *Minerva obstetrics and gynecology*, 73(1), 6–18.
8. Gross, M. M. (2006). Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour?. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 113(3), 289–294.
9. Hanley, G. E. (2016). Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 71
10. Hermesch, A. C. (2024). Oxytocin: physiology, pharmacology, and clinical application for labor management. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3S), S729–S739.

Ginecología y obstetricia

2025



11. Hofmeyr, G. J. (2021). WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 128(10), 1658–1662.

12. LeFevre, N. M. (2021). Labor Dystocia in Nulliparous Women. *American family physician*, 103(2), 90–96.

13. Liao, C. C. (2021). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 41(1), 21–31.

14. Riethmuller, D. (2021). Distocias óseas. EMC - Ginecología - Obstetricia, 57(2), 1-23.

15. Rosen, H. (2023). Assessment of uterine contractions in labor and delivery. *American journal of obstetrics and gynecology*, 228(5S), S1209–S1221

16. Wray, S. (2023). Pharmacological Interventions in Labor and Delivery. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 63, 471–489

17. Zhang, J. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 116(6), 1281–1287.

18. Zhang, J. (2010). The natural history of the normal first stage of labor. *Obstetrics and gynecology*, 115(4), 705–710.