



Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Parto eutocico

Nombre de alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Ginecología y obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 6°

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre del 2024

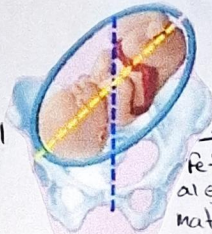
SITUACION

- Es la relación entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal del útero materno.
- En ocasiones los ejes fetal y materno se cruzan a un ángulo de 45° y genera una situación oblicua.
- Se encuentra una situación longitudinal en más de 99% de los trabajos de parto a término.
- Factores predisponentes para la situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.



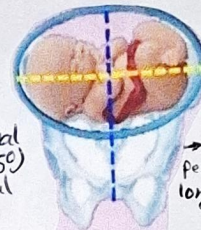
Longitudinal

→ Eje longitudinal fetal paralelo al eje longitudinal materno.



Oblicua

→ Eje longitudinal fetal oblicuo (45°) al eje longitudinal materno.

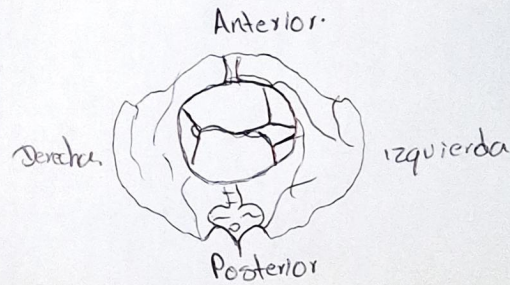


Transversa

→ Eje longitudinal fetal perpendicular al eje longitudinal materno.

POSICION

- Relación que guarda entre sí el dorso del feto con el lado izquierdo o el derecho de la pelvis materna.
- Anterios.
- Posterios.
- Izquierda.
- Derecha.



PRESENTACION

- Parte del feto que descansa sobre la pelvis materna.
- Porción del cuerpo fetal que se encuentra en el canal del parto o en la proximidad más cercana.

TRONCA

FRENTE

CARA



Francia

Completa

Podática



NALGAS

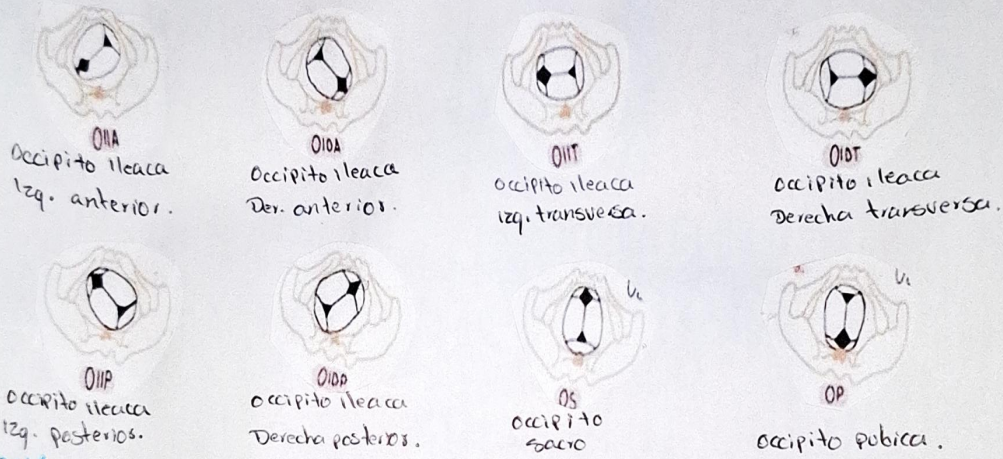


HOMBRO

Pelvica.

VARIEDAD DE POSICION.

- Es la relación de punto de apoyo de la presentación con respecto a la pelvis materna
- El diámetro bitrocánico fetal es el más importante en el encajeamiento y descenso de las presentaciones podálicas.



O1A → la cabeza del feto está orientada hacia la izq y parte delantera de la madre.

O1OA → Cabeza del feto orientada hacia la izq y la espalda de la madre, con las nalgas hacia la parte delantera.

O1IT → Cabeza del feto orientada lateralmente hacia la izq.

O1OT → Cabeza del feto orientada lateralmente hacia la izq y la espalda de la madre.

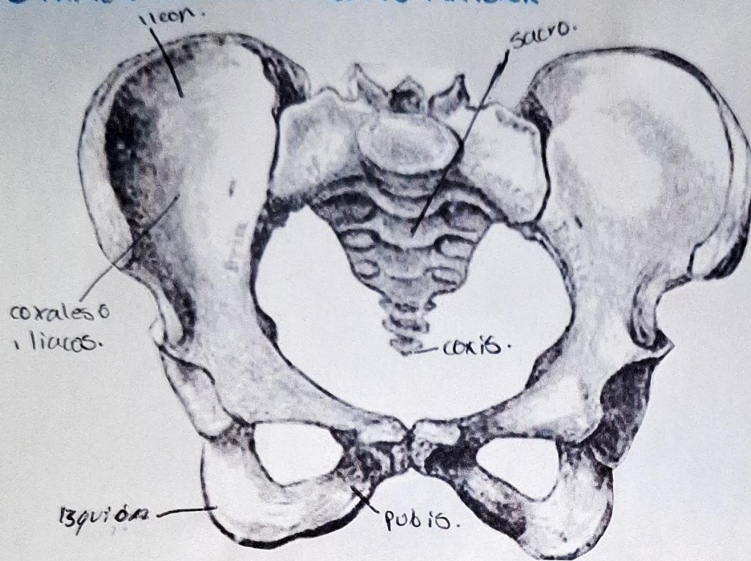
O1OP → Cabeza del feto orientada hacia la izq y parte trasera de la madre.

O1DP → Cabeza del feto orientada hacia la izq y espalda madre, con las nalgas hacia parte trasera.

O1S → Cabeza del feto orientada hacia abajo y la espalda de la madre.

O1P → Cabeza del feto orientada hacia la parte trasera de la madre.

DIAMETROS DE LA PELVIS MATENA.



o Pelvis mayor o pelvis falsa.

Limites:

- Ant: Promontorio y abs del sacro.
- Debajo: Plano salida pélvica.
- Posterior: Cara anterior sacro.
- Laterales: Cara interna huesos, espines y escotaduras y ligamentos sacrociáticos.
- Frente: Huesos del pubis, ramas superiores ascendentes de los huesos isquiós, agujero obturador.

Diametro anteroposterior: Centro del Promontorio hasta el borde sup de la sínfisis del pubis = 11.5 cm.

Diametro conjugado obstétrico: borde interno de la sínfisis del pubis al punto intermedio del promontorio del sacro = 11 cm.

Diametro conjugado diagonal: distancia entre el promontorio y la parte inferior de la sínfisis de pubis = 12.5 cm.

o Pelvis menor o pelvis verdadera.

Estrechos pélvicos.

- Limites:
- Anterior: Ramo sup de la sínfisis del pubis.
 - Lateral: Línea iliopectínea.
 - Posterior: Porción sup del sacro.

Diametro transversa: Se extiende de una a otra línea iliopectínea = 13 cm.

Diametros oblicuos: Se extiende desde las articulaciones sacroiliaca a los tubérculos iliopubianos de cada lado: $12.9 = 12.5 \text{ cm}$
 $12.9 = 12.5 \text{ cm}$

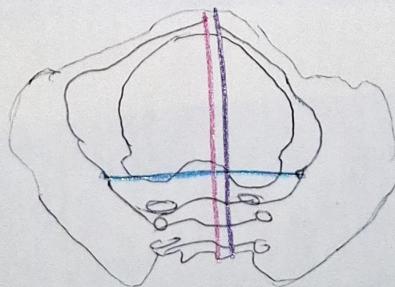
Estrecho medio de la pelvis.

Esta delimitado por la parte inferior de la sínfisis del pubis y las espinas ciáticas.

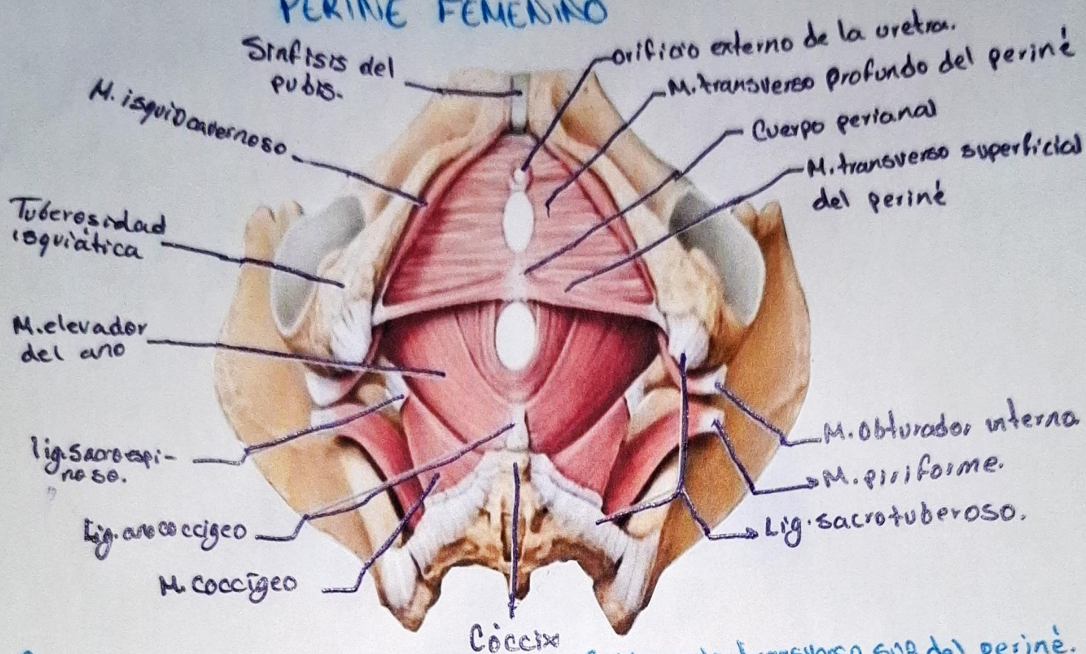
Anterior posterior 11.5 cm (sub pubis a S4) *

Misacro: (S2) 12 cm no tiene uso obstétrico. *

Biciático 10 cm. *



PERINE FEMENINO



1: Cuerpo del pubis.

Musculo transverso profundo del periné

- Origen: Cara interna de la rama inferior del isquion.
- Inserción: Cuerpo perineal y esfínter externo del ano.
- Irrigación: Arteria pudenda interna (rama perineal).
- Inervación: Ramos perineales del nervio pudendo.
- Grupo muscular: Musculo profundo periné
- Acción: Estabiliza el cuerpo perineal, sostiene la vagina.

2: Musculo transverso sup del periné.

• Origen: Rama y tuberosidad isquiática.

• Inserción: Cuerpo perineal

• Irrigación: Art. pudenda interna (rama perineal)

• Inervación: Ramos perineales del nervio pudendo.

• Grupo muscular: Musculo superficial periné.

• Acción: Estabiliza en tendón central

3: Musculo isquiocavernoso

Musculo transverso profundo del periné

- Origen: Cara interna de la rama isquiopubiana (porción inferior).
- Inserción: Pilar del clitoris.
- Inervación: Nervio perineal del nervio pudendo (rama profunda).
- Grupo muscular: Musculo superficial del periné
- Acción: Impulsa la sangre hacia el interior del cuerpo del clitoris (durante la excitación).

4: Musculo bulboesporioso.

Musculo transverso profundo del periné.

• Origen: Cuerpo perineal o centro del periné

• Inserción: Dorsal del clitoris, bulbo del vestíbulo, Membrana perineal.

• Irrigación: Arteria pudenda interna.

• Inervación: Nervio perineal del nervio pudendo (rama profunda).

• Grupo muscular: Musculo superficial del periné.

• Acción: Ayuda en el vaciado de las secreciones de la glándula vestibular mayor. Impulsa sangre hacia el interior del cuerpo de clitoris

OXITOCINA

- La oxitocina es una hormona producida por el hipotálamo y secretada por la glándula pituitaria posterior. Es conocida como la "hormona del embarazo".
- Funciones de la oxitocina:
 - Parto y lactancia: Estimula las contracciones uterinas durante el parto, y la producción de leche durante la lactancia.
 - Vínculo emocional → La oxitocina estimula y se libera durante el contacto físico.
 - Comunicación social: la oxitocina facilita la comunicación social y la empatía.
 - Memoria y aprendizaje: La oxitocina puede mejorar la memoria y el aprendizaje.
- La oxitocina también se utiliza en medicina para:
 - Inducir el parto.
 - Estimular la lactancia.
 - Tratar la depresión posparto.
- La oxitocina se produce en el cuerpo humano:
 - Hipotálamo: Es la principal fuente de oxitocina en el cerebro.
 - Glándula pituitaria posterior: La oxitocina producida en el hipotálamo se transporta a la glándula pituitaria posterior, donde se almacena y se secreta en la sangre.
 - Útero: Durante el embarazo, el útero también produce oxitocina, que ayuda a estimular las contracciones durante el parto.
 - Mama: Ayuda a estimular la producción de leche.
- La dosis de oxitocina para iniciar el trabajo de parto varía según la situación clínica y el protocolo hospitalario:
 - Dosis inicial: 0.5-1 UI/min (unidades internacionales por minuto) durante 30-60 minutos.
 - 1-2 UI/min durante 30-60 min en casos de parto inducido.
 - Dosis máxima: 5-10 UI/min durante 30-60 min en casos de parto prolongado o complicado.
- Posiciones cefálicas.
 - Posición cefálica occipital: La parte posterior de la cabeza del feto está orientada hacia la espalda de la madre.
 - Posición cefálica occipital anterior: la parte posterior de la cabeza del feto está orientada hacia la parte delantera de la madre.

◦ Posición cefálica occipital posterior: La parte posterior de la cabeza del feto está orientada hacia la parte trasera de la madre.

◦ Posición cefálica occipital transversal: La cabeza del feto está orientada lateralmente.

- Estructuras anatómicas de referencia.

◦ Occipucio: Parte posterior de la cabeza del feto.

◦ Vertex: Parte superior de la cabeza del feto.

◦ Fontanela anterior: Espacio blando en la parte delantera de la cabeza del feto.

◦ Fontanela posterior: Espacio blando en la parte posterior de la cabeza del feto.

◦ Sutura sagital: Línea de unión entre los huesos del cráneo.

◦ Sutura coronal: Línea de unión entre los huesos del cráneo.

◦ Sutura lambda/deca: Línea de unión entre los huesos del cráneo.

- Puntos de referencia.

◦ Punto occipital: Punto medio de la parte posterior de la cabeza del feto.

◦ Punto vertex: Punto medio de la parte superior de la cabeza del feto.

◦ Punto frontal: Punto medio de la parte delantera de la cabeza del feto.

- Medicamentos betamiméticos.

◦ Ritodrina: Inhibición de contracciones prematuras, Tx de la amenaza de parto prematuro.

Dosis: 10-20 mg/min, ajustar según respuesta.

Precauciones: Monitorizar ritmo cardíaco, tensión arterial y glucemia.

◦ Salbutamol (albuterol): Tx de contracciones prematuras, amenaza de parto prematuro.

Dosis: 10-20 mg/min

Precauciones: Monitorizar ritmo cardíaco, tensión arterial y glucemia.

◦ Terbutalina: Inhibición de contracciones prematuras, Tx de la amenaza de parto prematuro.

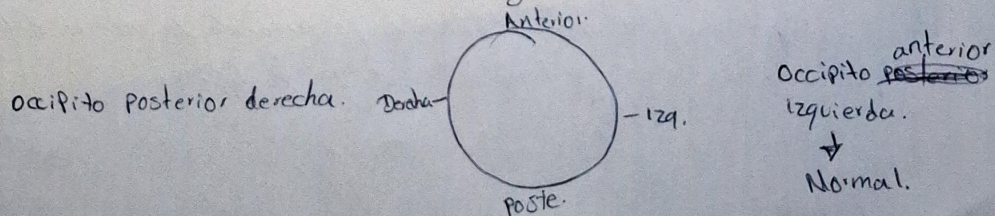
Dosis: 2.5-5 mg subcutáneo o 0.25-0.5 mg/min IV

Precauciones: Monitorizar ritmo cardíaco, tensión arterial y glucemia.

◦ Nimodipino: Tx de contracciones prematuras, amenaza de parto prematuro.

Dosis: 30-60 mg oral cada 4-6 hrs

Precauciones: Monitorizar tensión arterial y ritmo cardíaco.



FIGO - MISOPROSTOL

• Detallan la dosis recomendada de mifepristona y misoprostol cuando se utilizan para variedad de indicaciones obstétricas, incluyendo aborto inducido, aborto retenido, aborto incompleto, preparación cervical antes de la aspiración y DyE, Muerte fetal, inducción del parto, profilaxis y Tx de la hemorragia posparto.

Tabla de dosificación para el misoprostol ÚNICAMENTE (Para su uso SOLO cuando la mifepristona no se encuentra disponible) Regímenes recomendados de 2023					
≤12 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-27 semanas	≥28 semanas	Uso en el posparto
Aborto inducido Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ¹	Aborto inducido Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ⁴	Aborto inducido Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ⁴	Aborto inducido Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión. ^{4,8}	Aborto inducido Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ⁸ O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. ^{5,8}	Profilaxis de la hemorragia posparto (HPP) Misoprostol 600 µg SL única dosis.
Aborto perdido / Embarazo anembrionado Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ¹	Aborto perdido Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ⁴	Muerte fetal Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ⁴	Muerte fetal Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión. ⁴	Muerte fetal Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ⁹ O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. ⁷	Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP) Misoprostol 800 µg SL única dosis.
Aborto incompleto 400 µg de misoprostol SL única dosis 600 µg de misoprostol VO única dosis 800 µg de misoprostol BUC única dosis ⁴	Aborto incompleto Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas.	Aborto incompleto Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ^{6,7} O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. ^{5,6,7}	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ^{6,7} O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. ^{5,6,7}	
Preparación del cuello uterino antes de la aspiración No se requiere ²	Preparación del cuello uterino antes de la aspiración Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento. ³	Preparación del cuello uterino antes de la dilatación y la evacuación (se recomienda utilizar modalidades múltiples) Dilatadores osmóticos 1-2 días antes y misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento.	SIGLAS: bucal (BUC), sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)		

- El aborto perdido y el aborto inducido de <12 semanas se puede autogestionar en el hogar.
- Considerar la posibilidad de utilizar 400 µg de misoprostol 1-2 horas antes del procedimiento en pacientes ≤17 años de edad.
- Considerar la posibilidad de utilizar dilatadores osmóticos en pacientes ≤17 años de edad o en pacientes con un cuello uterino estenótico.
- La dosificación se basa en una revisión sistemática exhaustiva y metaanálisis de las directrices 2011 y 2013 de la Society of Family Planning publicados en 2020.
- La dosificación se basa en la Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CD014484) publicada en 2021.
- El misoprostol bucal y sublingual no se recomienda para la inducción del parto en embarazos viables, se asocia con una mayor incidencia de taquisistolia y sufrimiento fetal.
- Existe una falta de pruebas convincentes en cuanto a la dosificación de misoprostol para esta indicación en esta edad gestacional.
- Se debe considerar la cardioplejía fetal inducida para el aborto inducido tras la viabilidad fetal.

NOTAS:

- La vía SL/VO se asocia con más efectos secundarios.
- Evitar la vía vaginal si hay sangrado vaginal.
- El misoprostol es SEGURO antes de las 28 semanas INCLUSO con antecedentes de parto por cesárea.
- No se recomienda la administración del misoprostol a mujeres con ≥28 semanas de edad gestacional que hayan tenido un parto por cesárea anterior.
- NO existe una dosis máxima de misoprostol. Si luego de 5 dosis no se completa el aborto, puede seguir administrando dosis adicionales si hacer una pausa durante 12 horas y volver a comenzar.
- El misoprostol no está contraindicado en grandes multíparas.
- Luego de los medicamentos para el aborto, no se requiere ni se recomienda la aspiración de rutina.

Tabla de dosificación para la mifepristona y el misoprostol Regímenes recomendados de 2023



≤12 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-27 semanas	≥28 semanas	Uso en el posparto
Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 800 µg BUC/SL/PV única dosis; ≥10 semanas administrar misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ¹	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ⁵	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ⁵	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 200 µg cada 4 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ^{5,8}	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 50-100 µg cada 4 horas PV O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. ^{6,8}	Profilaxis de la hemorragia posparto (HPP) Misoprostol 600 µg SL única dosis.
Aborto perdido / Embarazo anembrionado Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 800 µg BUC/SL/PV única dosis; ≥10 semanas administrar misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. ¹	Aborto perdido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ⁵	Muerte fetal Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Muerte fetal Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 200 µg cada 4 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ⁵	Muerte fetal Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. ⁶	Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP) Misoprostol 800 µg SL única dosis.
Aborto incompleto 400 µg misoprostol SL única dosis 600 µg misoprostol VO única dosis 800 µg misoprostol BUC única dosis ⁵	Aborto incompleto Misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL hasta la expulsión.	Aborto incompleto Misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL hasta la expulsión.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ^{7,8} O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. ^{6,7,8}	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV ⁷ O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. ^{6,7}	
Preparación del cuello uterino antes de la aspiración No se requiere ²	Preparación del cuello uterino antes de la aspiración Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-3 horas antes del procedimiento. ³	Preparación del cuello uterino antes de la dilatación y la evacuación (se recomienda utilizar modalidades múltiples) Mifepristona 200 mg VO. y dilatación osmóticos 1-2 días antes. ⁴	SIGLAS: bucal (BUC), sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)		

1. El aborto perdido y el aborto inducido de <12 semanas se puede autogestionar en el hogar.
 2. Considerar la posibilidad de utilizar 400 µg de misoprostol 1-2 horas antes del procedimiento en pacientes ≤17 años de edad.
 3. Considerar la posibilidad de utilizar dilatación osmóticos en pacientes ≤17 años de edad o en pacientes con un cuello uterino estenótico.
 4. Puede utilizar misoprostol 400 µg 1-2 horas antes de la dilatación y la evacuación si la mifepristona no se encuentra disponible.
 5. La dosificación se basa en una revisión sistemática exhaustiva y metaanálisis de las directrices 2011 y 2013 de la Society of Family Planning publicadas en 2020.
 6. La dosificación se basa en la Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas (CD014484) publicada en 2021.
 7. El misoprostol bucal y sublingual no se recomienda para la inducción del parto en embarazos viables; se asocia con una mayor incidencia de taquístotia y sufrimiento fetal.
 8. Existe una falta de pruebas convincentes en cuanto a la dosificación de misoprostol para esta indicación en esta edad estacional.
 9. Se debe considerar la cardioplejía fetal inducida para el aborto inducido tras la viabilidad fetal.

NOTAS:

- La vía SL/VO se asocia con más efectos secundarios.
- Evitar la vía vaginal si hay sangrado vaginal.
- El misoprostol es SEGURO antes de las 28 semanas INCLUSO con antecedentes de parto por cesárea.
- No se recomienda la administración del misoprostol a mujeres con ≥28 semanas de edad gestacional que hayan tenido un parto por cesárea anterior.
- NO existe una dosis máxima de misoprostol. Si luego de 5 dosis no se completa el aborto, puede seguir administrando dosis adicionales.
 - o hacer una pausa durante 12 horas y volver a comenzar.
- El misoprostol no está contraindicado en grandes multiparas.
- Luego de los medicamentos para el aborto, no se requiere ni se recomienda la aspiración de rutina.

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO.

◦ El tx activo del tercer periodo del parto consiste en la implementación de intervenciones encaminadas para que la placenta descienda al aumentar las contracciones uterinas con:

- 1: Aplicación de uterotónico por vía intravenosa o intramuscular.
- 2: Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- 3: Tracción controlada del cordón umbilical

◦ Esta estrategia consiste en la administración de oxitocina IM después de producido el nacimiento, ha demostrado que ↓ drásticamente la HPP por atonía uterina y por retención de placenta.

◦ Es una medida efectiva para prevenir la HPP, se puede brindar en cualquier lugar en donde las mujeres alumbran.

◦ El AMTSL acelera la liberación de la placenta incrementando las contracciones uterinas y previene la HPP impidiendo la atonía uterina.

↳ Se utiliza oxitocina inyectable y si no estuviera disponible la oxitocina se pueden utilizar otras uterótónicas (ergometrina, sintometrina inyectable o el misoprostol)