



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Tema:

Trabajo de parto

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Ginecología y obstetricia

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez, Chiapas a 11 de octubre del 2024

CONCEPTOS OBSTETRICOS

La orientación del feto con la pelvis materna se describe con los términos situación, actitud y posición.

• SITUACIÓN

La relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre; puede ser longitudinal o transversa.

* La situación oblicua 45° el eje fetal y materno se cruzan; siempre se transforma en longitudinal o transversa en el trabajo de parto.

1. Longitudinal: más del 99% de los trabajos de parto a término.
2. Transversa: incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas.

• PRESENTACIÓN

La parte que se presenta es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad.

* Se percibe a través del tacto vaginal.

1. En situación longitudinal, dan lugar a presentaciones cefálicas o pélvicas.
2. En situación transversa, dan lugar a presentaciones por el hombro y se perciben a través del cuello uterino en la exploración vaginal.

• cefálica: se clasifica según sea la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto.

a) De vértice u occipitos: la fontanela occipital es la parte que se presenta.

b) De simpeco: parcialmente flexionada en algunos casos en la presencia de fontanela anterior o bregma.

c) De frente: parte extendida.

* Conforme avanza el trabajo de parto, las presentaciones simpeco y frente casi siempre se convierten en las de vértice o facial por flexión o extensión del cuello (son transitorias).

• pélvica: puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal. Presenta las raíces ope. hacia abajo, en lugar, en lugar de la cabeza.

• ACTITUD / POSTURA

En los últimos meses del embarazo, el feto

adapta una postura característica que se describe como actitud o hábito.

El feto se dobla sobre sí mismo (simetria), la cabeza se flexiona igual que los muslos y las rodillas se doblan a la altura de las rodillas.

• POSICIÓN

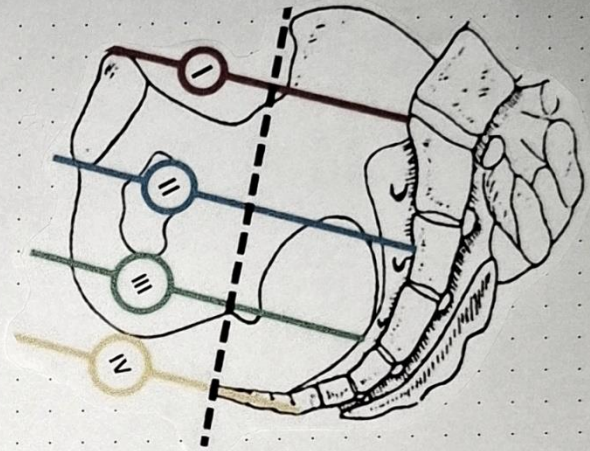
Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto.

* Por cada presentación hay dos variedades de posición; derecha o izquierda.

• VARIEDA DE PRESENTACIÓN / POSICIÓN

Se considera la relación entre una porción particular de la presentación y las parte anterior, transversa o posterior de la pelvis materna.

• PLANOS DE HODGE



Son planos que determinan el grado de descenso de la presentación fetal, se estima de la relación del punto más prominente de la presentación y un punto de referencia en la pelvis.

1) Desde el promontorio del sacro hasta el borde sup. de la sínfisis púbica.

2) Desde la 2da. vértebra sacra hasta el borde inf. de la sínfisis púbica.

3) Desde altura de espinas caticas, pasa por isquiún y 4ta. vértebra sacra.

4) Extremo inf. del coxis y paralelo a los demás planos.

* Previo al alumbramiento.

• DIAMETROS

1. Diametros antero posteriores

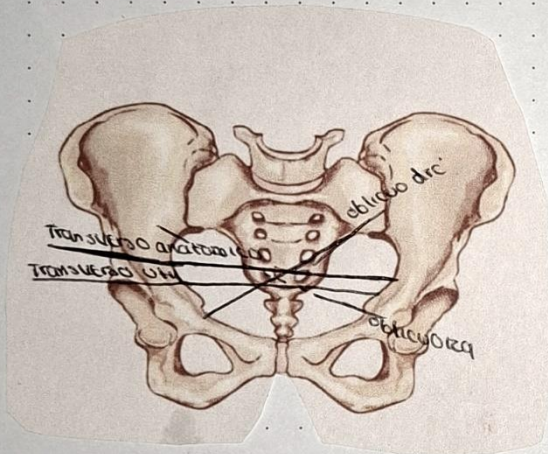
- Promonto-suprapubico (Conjugada anatomica): se extiende del promontorio al borde sup del pubis
11 cm
- Promonto-retropubico (Conjugada obstetrica) se extiende del promontorio al culmen retro-pubiano (tuberculo de Forster)
10.5 cm
- Promonto-subpubico: se extiende del promontorio al borde inf del pubis
12 cm

2. Diametros transversos

- util o mediano: situado al igual distancia entre promontorio y el pubis
13 cm
- anatomico: une los puntos mas lejanos de las lineas innominadas
13.5 cm

3. Diametros oblicuos

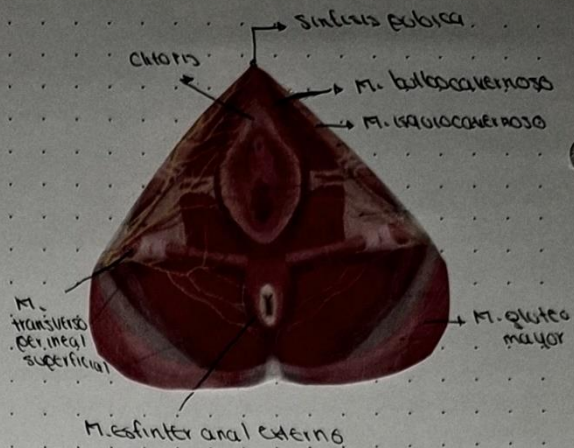
- izquierdo: parte de la eminencia iliopsoas izquierda a la articulacion sacro-iliaca derecha
12.5 cm
- derecho: parte de la eminencia iliopsoas derecha a la articulacion sacro-iliaca izquierda



• MUSCULOS DEL PERINE

El plano profundo esta compuesto por los dos musculos transversos y los dos oblicuos internos. El plano superficial esta compuesto por dos oblicuos externos y los rectos anteriores del abdomen. El plano profundo trabaja en relacion con la musculatura profunda del suelo pelvico

PADRUS



Los musculos de l perineo que se seleccionan en una episiotomia son:

- M. bulbocavernoso
- M. isquiocavernoso
- M. transverso superficial del perine
- M. elevador del ano

• OXITOCINA

Es un peptido que actua como hormona y neurotransmisor, esencial en varias funciones reproductivas.

1. Produccion:

- liberacion → se produce en los nucleos paraventriculares y supraopticos del hipotalamo
- mecanismo → los neuronas que producen oxitocina envian sus axones a la neurohipofisis, donde se almacena

2. Almacenamiento:

- Neurohipofisis → se almacena en vesiculas, hasta que es liberada al torrente sanguineo en respuesta a estmulos (estimulo del cuello uterino en el trabajo de parto; estimulacion del pezón en la lactancia).

3. Dosis fisiologica en parto:

- Inicio de la infusion: 0.5 - 2 ml/min
- Ajuste: se incrementa de manera gradual (1-2 ml/min cada 30-60 min) según la respuesta del utero y la frecuencia de contracciones, con max 20-30 ml/min.
- Monitoreo: se requiere supervisión constante de la FC fetal y el tono uterino para evitar hiperestimulacion.

• MISOPROSTOL

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

13-17 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-34 semanas	35-39 semanas	Uso en el parto
Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 800 µg BUC/SL/PV única dosis, 2-20 minutos antes del procedimiento misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO.	Uso en el parto Profiliaxis de la hemorragia postparto (PPH) Misoprostol 600 µg 12-18 única dosis.
Aborto por inducción / Embarazo espontáneo Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 800 µg BUC/SL/PV única dosis, 1-10 minutos antes del procedimiento misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto por inducción Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Aborto por inducción Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión.	Aborto por inducción Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO.	Aborto por inducción Mifepristona 200 mg VO Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO.	Tratamiento de la hemorragia postparto (PPH) Misoprostol 800 µg 12-18 única dosis.
Aborto incompleto 800 µg misoprostol 12-18 única dosis 800 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. No se requiere.	Aborto incompleto 400 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-3 horas antes del procedimiento.	Aborto incompleto 400 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-3 horas antes del procedimiento.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO.	no indicado cesárea previa

NOTAS: BUC/SL, sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)

Tabla de dosificación para el misoprostol ÚNICAMENTE
(Para el uso MISOPROSTOL únicamente no se encuentra disponible)

13-17 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-34 semanas	35-39 semanas	Uso en el parto
Aborto inducido Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto inducido Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto inducido Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto inducido Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión.	Aborto inducido Misoprostol 200 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO.	Uso en el parto Profiliaxis de la hemorragia postparto (PPH) Misoprostol 600 µg 12-18 única dosis.
Aborto por inducción / Embarazo espontáneo Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto por inducción Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto por inducción Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión.	Aborto por inducción Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión.	Aborto por inducción Misoprostol 200 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO.	Tratamiento de la hemorragia postparto (PPH) Misoprostol 800 µg 12-18 única dosis.
Aborto incompleto 800 µg misoprostol 12-18 única dosis 800 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. No se requiere.	Aborto incompleto 400 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-3 horas antes del procedimiento.	Aborto incompleto 400 µg misoprostol 12-18 única dosis Preparación del cuello uterino antes de la aspiración. Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-3 horas antes del procedimiento.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO.	Inducción del parto Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV. O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO.	

NOTAS: BUC/SL, sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)

• MANEJO ACTIVO DEL 3ER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

El 3er periodo de trabajo de parto se extiende desde el nacimiento del bebé hasta la expulsión de la placenta.

- OBJETIVOS
 1. minimizar la hemorragia posparto
 2. facilitar la expulsión de la placenta
 3. prevenir complicaciones asociadas, como la atonia uterina.

- Componentes
 - a) administración de oxitocina
 - indicación: inmediatamente después del parto
 - dosis recomendada: 10-20 Unidades IV diluida en SF, mantenimiento entre 1-2 ml/min, ajustando según la respuesta uterina.

- b) Tracción controlada del cordón umbilical
 - técnica: \odot Una vez que se nota que la placenta está en el canal de parto, aplicar tracción suave y controlada al cordón

\odot Evitar tracción excesiva para prevenir desgarros

• Objetivo: facilitar la expulsión de la placenta mientras se mantiene la contracción uterina

c) masaje uterino

• técnica: realizar un masaje firme y rítmico en el fondo uterino (superior al pubis)

• Objetivo: estimular contracciones uterinas y prevenir la atonia

Monitoreo y evaluación

1. Evaluación de sangrado

- monitorear cantidad de sangrado vaginal
- establecer un umbral de alerta (mas de 500 ml de sangre en el parto vaginal)

2. Control de tono uterino

- Palpar el útero para confirmar que este firme y contraído

3. Signos vitales

- controlar FC materna y TA

Posibles efectos adversos

- Reacciones adversas a la oxitocina (hipotensión, taquicardia)
- Hiperestimulación uterina o sufrimiento fetal

BIBLIOGRAFIA

Williams, Obstetricia 23 edicion. Mc Graw Hill.