



Universidad del sureste  
Campus Comitán  
Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Trabajo de parto eutócico

Nombre del alumno: Antonia Berenice Vázquez Santiz

Grupo: "A"

Grado: 6to semestre

Materia: Ginecología

Nombre del profesor: Dr. Ruiz Ballinas Roberto Javier

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre del 2024

## Unidades de Montevideo (MUU)

Se resta la presión uterina basal de la presión uterina máxima de cada contracción en un periodo de 10 minutos y se suman las presiones

\* Normal 200 MUU o más en 10 min → ES INADECUADA

**Oxitocina:** ---→ producida en el cerebro

Hormona que actúa estimulando el músculo liso del útero hacia el final del embarazo, durante el parto y después del parto

**proteína 6** → Tiene efectos

dilatadores en los vasos sanguíneos sistémicos

### Indicaciones

Inducción al parto por razones clínicas:

- \* Preeclampsia
- \* Ruptura prematura de las membranas
- \* Hemorragia postparto

### Hiperactividad uterina

#### Dosis

> contractibilidad uterina

- \* 10 UI en 1000 ml SS = 10 mu/ml de oxitocina → infus. IV inicial  
1-4 mu/min (2-8 gotas)

> contracciones regulares (infus. de 5 UI)

- \* interrumpir parto y repetir al día sig comenzando con dosis de  
1-4 mu/min

> Hemorragias postparto

- \* 5 UI / 5 min o 5-10 UI → tras expulsar placenta

> casos graves

- \* IV de 5-20 UI en 500 ml de electrolitos

## Contraindicaciones

- Hipersensibilidad
- Si el parto no es inminente
- Desprendimiento placentario
- Embarazos múltiples

## B - miméticos

Actúan la enzima adenilato ciclasa ↓ el calcio reduciendo interacción miosina - actina y evitando la contracción uterina

- Familia: fenoterol, salbutamol y terbutalina.
- Dosis: 5mg cada 6hrs.
- Presentación:
- Vías: Vo, Vm, parental, rectal.

## Variedad de posición cefálica y Estructuras involucradas (posterior y anterior)

- occipito - pubica
- occipito - iliaca - transversa
- occipito - sacra

## Dosis fisiológica

0.5 - 5 mU/min

## DIAMETROS DE LA PELVIS.

Estrecho superior.

Diametros anteroposteriores:

Promonto -suprapúbico → se extiende del promontorio al borde  
(conjugado anatómico) → sup del pubis. 11

Promonto -retropúbico → se extiende del promontorio al culmen  
(conjugado obstétrico) → retropubiano (tuberculo de parier). 10.5

Promonto -subpúbico → se extiende del promontorio al borde inf  
del pubis. 12

Diametro transversos:

util o mediano → situado a igual distancia entre el promontorio  
y el pubis. 13

Anatómico → une los puntos mas alejados de las líneas  
innominadas. 13.5

Diametros oblicuos:

Izquierdo → parte de la eminencia ilipectinea izq a la  
articulación sacroiliaca derecha. 12.5

Derecho → parte de la eminencia ilipectinea derecha a la  
articulación sacroiliaca izquierda. 12

**pelvis ginecoide**: Es el tipo de pelvis que se considera más apta  
para el trabajo de parto.

**pelvis androide**: El diámetro anteroposterior es menor  
al transversal, el sacro presenta inclinación.

**pelvis antropoide**: se caracteriza por tener el diámetro  
anteroposterior mayor.

# MUSCULO DEL PERINE

## FEMENINO

① **Cuerpo del pubis.** - Musculo transverso profundo del perine

Origen: cara interna de la rama inf. del isquion

Inserción: cuerpo perineal y ano externo del ano

Irrigación: Arteria pudenda interna (rama principal)

Inervación: Ramos perineales del nervio pudendo

Grupo muscular: Musculo profundo del perine

Acción: estabiliza el cuerpo perineal, sostiene la vagina

### 2 grupos triangulos

- Triangulo anal

- Triangulo urogenital. - espacio perineal superf

② **Musculo transverso superficial del perine.**

Origen: Rama y tuberosidad isquiatica.

Inserción: cuerpo perineal

Irrigación: Arteria pudenda interna (rama perineal)

Inervación: Ramos perineales del nervio pudendo

Grupo muscular: Musculo superficial del perine

Acción: Estabiliza en tendón central.

③ **Musculo isquiocavernoso.** Musculo transverso profundo del perine

Origen: cara interna de la rama isquiopubiana (porción inf.)

Inserción: Pilar del clitoris

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

Grupo muscular: Musculo superficial del perine

Acción: impulsa la sangre hacia el interior del cuerpo del clitoris durante la erección

④ **Musculo bulboesponjoso.** Musculo transverso profundo del perine

Origen: cuerpo perineal o centro del perine

Inserción: Dorsal del clitoris, bulbo del vestibulo, membrana perineal

Irrigación: Arteria pudenda interna

Inervación: Nervio perineal del nervio pudendo (rama profunda)

Grupo muscular: Musculo superficial del perine

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

## Manejo Activo del tercer periodo del trabajo de p.

una práctica simple para prevenir una hemorragia post parto

- \* La hemorragia post parto es la causa directa principal de muerte materna
- \* La mayoría HPP ocurren dentro de las 24 hrs después del alumbramiento
- \* Alrededor del 70% de casos HPP se deben a la atonía uterina
- \* Mujeres con anemia son particularmente vulnerables debido a que es posible que no resistan una pérdida de sangre incluso moderada

### Definiciones

hemorragia post parto: Exceso de pérdida de sangre después del nacimiento de un bebé  $\hookrightarrow > 500\text{ ml} \rightarrow \text{severa} - 7000\text{ ml}$

### Tercera etapa del parto:

Momento entre el alumbramiento del bebé y la expulsión de la placenta. Durante esta etapa el útero se contrae hacia abajo y la placenta empieza a separarse de la pared del útero.

### El manejo activo de 3er periodo del trabajo de parto.

El AMTSL es una medida efectiva para prevenir la HPP. El AMTSL se puede brindar en cualquier lugar en donde las mujeres alumbran

## 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	Día en el parto
<b>Aborto inducido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 800 µg BUC/SU/PV una dosis. 13-17 semanas administrar misoprostol 800 µg BUC/SU/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto inducido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto inducido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto inducido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión. <sup>1,2</sup>	<b>Aborto inducido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 50-100 µg cada 4 horas PO. <sup>3</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>1,2</sup>	<b>Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP)</b>  Misoprostol 800 µg SL una dosis.
<b>Aborto perdido / Embarazo anembrionado</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 800 µg BUC/SU/PV una dosis. 13-17 semanas administrar misoprostol 800 µg BUC/SU/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto perdido</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Muerte fetal</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión.	<b>Muerte fetal</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 200 µg cada 4 horas BUC/SU/PV hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Muerte fetal</b> Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PO. <sup>3</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>1</sup>	<b>Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP)</b>  Misoprostol 800 µg SL una dosis.
<b>Aborto incompleto</b> 400 µg misoprostol SL una dosis. 600 µg misoprostol VO una dosis. 800 µg misoprostol BUC una dosis. <sup>1</sup>	<b>Aborto incompleto</b> Misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU hasta la expulsión.	<b>Aborto incompleto</b> Misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SU hasta la expulsión.	<b>Inducción del parto</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PO. <sup>3</sup> O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. <sup>1,2</sup>	<b>Inducción del parto</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PO. <sup>3</sup> O misoprostol 25-50 µg cada 2 horas VO. <sup>1,2</sup>	
<b>Preparación del cuello uterino antes de la aspiración</b>  No se requiere. <sup>1</sup>	<b>Preparación del cuello uterino antes de la aspiración</b> Misoprostol 400 µg BUC/SU/PV 1-3 horas antes del procedimiento. <sup>1</sup>	<b>Preparación del cuello uterino antes de la dilatación y la extracción (se recomienda utilizar modalidades múltiples)</b> Mifepristona 200 mg VO y dilatación osmótica 1-2 días antes. <sup>1</sup>	<b>NOTAS:</b> bucal (BUC), sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)		