



LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Arturo Rodriguez Ramos

**Trabajo de parto eutócico
“Investigaciones”**

Ginecología y obstetricia

Sexto semestre



“A

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre del 2024

contraindicaciones

- > Hipersensibilidad
- > Enfermedad cardiaca grave
- > Hipertensión no controlada
- > Diabético no controlado

Interacciones

- * Antihipertensivos
- * Antidepresivos
- * Antipsicóticos
- * Anestésicos

precauciones

-> controlar la presión arterial y la frecuencia Card.

-> Evitar la dispareunia
Adapta el tratamiento

prescritores

cardiología
neumología
farmacología

- Dobutamina (Dobutrex) / IV inicial 2-5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ IV
/ IV máxima 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ IV.
- Dopamina (Dopamin) / IV inicial 1-2 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ IV.
/ IV máxima 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ IV.
- dobutamol (Dobutal) / IV inhalado 100-200 $\mu\text{g}/\text{dosis}$, 1-2 dosis
/ IV oral 2-4 mg cada 6-8 hrs.
- Terbutalina (Bricanyl) / IV inhalado 250-500 $\mu\text{g}/\text{dosis}$, 1-2
/ IV oral 2.55 mg cada 6-8 hrs.
- Mirabegón (myrbetrex) / IV oral 25-50 mg / IV

med. orales β -miméticos
son una clase de fármacos que imitan la acción de la hormona
adrenalina (epinefrina) en el cuerpo

Clasificación

β_1 miméticos (Cardioselectivos) / Dobutamina, Dopamina

β_2 miméticos (Broncodilatadores) / Salbutamol, Terbutalina

β_3 miméticos (Lipolíticos) / Mirabegron

Indicaciones

- Asma
- Epoc
- Insuficiencia Cardíaca
- Hipotensión
- Bradicardia
- Enfermedad de Raynaud
- Desechos

Efectos secundarios

- Taquicardia
- Hipertensión
- palpitaciones
- Ansiedad
- Insomnio
- Temblores

Mecanismos de Acción

- Estimulación β_1 la contracción Cardíaca
- Relajación β_2 los músculos Bronquiales
- Aumento β_3 la lipólisis Cardíaca
- Estimulación β_2 los vasos sanguíneos

las bases del periodo de parto.

Duración-El parto puede durar desde una hora hasta varios días.

Fases-El parto se divide en tres fases:
Latente, activa y de transición.

Dilatación-El cuello uterino se dilata de 0 a 10 cm.

Descenso-El bebé desciende por el canal de parto.

Posición-El bebé puede estar en posición cefálica (de cabeza) o
podálica (de pie).

Presentación- La parte del bebé que sale primero es la presentación
(normalmente la cabeza).

Membranas- Las membranas amnióticas pueden romperse espontáneamente o ser rotas por el médico.

Contracciones- Las contracciones uterinas son esenciales para el
progreso de parto.

Monitoreo-El monitoreo fetal y materno es vital para detectar
cualquier complicación.

Apoio-El apoyo emocional y físico es fundamental para la
madre durante el parto.

El trabajo de parto.

Es el proceso por el cual el cuerpo de una mujer prepara y da a luz a un bebé / (conjunto de procesos por el cual es expulsado el producto y sus anexos).

Las fases del trabajo de parto

- 1) Fase latente, la cual es la fase inicial del trabajo de parto, donde el cuello uterino comienza a dilatarse y a cortarse.
- 2) Fase activa, es la fase donde el cuello uterino se dilata más rápidamente y el bebé comienza a descender por el canal de parto.
- 3) Fase de transición, es la fase final del trabajo de parto, donde el cuello uterino está completamente dilatado y el bebé está apuntando de nacer.
- 4) Fase de expulsión, es la fase donde el bebé es expulsado del útero y nace.

Señales de trabajo de parto

- 1- Contracciones uterinas regulares
- 2- pérdida de líquido amniótico
- 3- Sangrado ligero o manchado de sangre
- 4- Bata en la espalda o en el abdomen

Tipos de Trabajo de Parto

Trabajo de parto vaginal

* Trabajo de parto por cesárea

* Trabajo de parto inducido

* Trabajo de parto espontáneo

Complicaciones durante el trabajo de parto

1) Retardo en el progreso del trabajo de parto

2) problemas con la posición del bebé

3) problemas con la placenta

4) Hemorragia posparto

Cuidados durante el trabajo de parto

1- monitoreo fetal

2- monitoreo materno

3- Administración de oxígeno

4- Administración de analgésicos

5- Apoyo emocional

1. el prenatal

- 1- detectar cualquier problema o riesgo potencialmente del bebé de la madre
- 2- proporcionar atención médica adecuada para prevenir complicaciones
- 3- Educar a la madre sobre el cuidado prenatal, el parto y el cuidado posnatal.

→ Los controles prenatales típicos
las cuales podemos observar

→ Historia médica y examen físico

→ Análisis de sangre u orina.

→ Ecografías para monitorear el crecimiento y desarrollo del bebé

→ Pruebas de detección de enfermedades como diabetes gestacional o la hipertensión.

→ Vacunación contra enfermedades como la gripe o el tétano

La visita inicial

< 14 semanas

- Historia clínica completa
identifica el riesgo

- Evaluación de edad gestacional por fecha de última menstruación

- Evaluación de presión arterial, peso materno e IMC

- Verificación de esquema de vacunación

- Referencia al especialista de acuerdo al riesgo obstétrico

Visita entre

14-24 semanas

- Revisión con frecuencia cardíaca fetal

- Altura uterina

- movimientos fetales

- Evaluación de posición del feto en útero e IMC

- Ultrasonido estructural semana 18-22

- Terminación de profilaxis por tétano tipo de orina.

visita entre 24-28 semanas

- Revisión de frecuencia cardiaca fetal
- Altura uterina
- movimientos fetales
- Evaluación de p/t
- Aplicación de Hemoglobulina anti D en la semana 28 en pacientes Rh negativos no sensibilizados

Como otros pruebas de Laboratorio.

→ fisiología y obstetricia

¿cuáles son las membranas amnióticas?

Es una capa de placenta humana que contiene sustancias naturales (factores de crecimiento) que ayuda a generar tejidos y controlar la inflamación

• la membrana amniótica / cuántas membranas tiene

de cual es una membrana fino, semitransparente, compuesta por una capa interna epitelial, una gruesa membrana basal y una capa estrómal avascular de tejido conectivo fetal con escasas cantidades de fibroblastos. / → Amnios - Saco vitelino - Corion - Alantoides

¿cuáles son las de resistencia a las membranas amnióticas?

Las membranas ya mencionadas dotan su resistencia y fortaleza de varios capas de tejido y sustancias que las componen como: Colágeno / Fibronectina / Elastina / células epiteliales / mucopolisacáridos / proteoglicanos.

La cantidad de líquido amniótico es mayor aproximadamente a los 34 semanas de embarazo, cuando llega a un promedio de 800 ml

Aproximadamente 600 ml de líquido amniótico rodea al bebé a término (40 semanas de gestación).

¿Dónde se produce el líquido amniótico en el tercer trimestre

En el útero / membranas amnióticas / pulmones fetales / riñones fetales / piel fetal / placenta.

En la cantidad normal de líquido amniótico
Varia según la edad gestacional

16-20 semanas / 100-200 ml

20-24 semanas / 200-300 ml

24-28 semanas / 300-500 ml

28-32 semanas / 500-700 ml

32-36 semanas / 700-1000 ml

36-40 semanas / 800-1200 ml

Después de los 40 semanas, la cantidad de líquido amniótico
puede disminuir ligeramente.

→ método de Chamberlain

Se mide el diámetro mayor transversal o cavaocraneal de la
logena más voluminosa

oligoamnios severo — Diámetro menor de 1cm

oligoamnios moderado — Diámetro entre 1 y 2 cm

Normal / — Diámetro entre 3 y 5 cm

polihidramnios
moderado — Diámetro entre 6 y 8 cm

polihidramnios — Diámetro mayor de 8 cm

El aumento de peso diario un bebé varía según la edad gestacional y el peso actual del bebé.

Entre 20 y 28 semanas - 20-30 gramos x Día

Entre 28 y 32 semanas - 25-35 gramos x Día

Entre 32 y 36 semanas - 30-40 gramos x Día

Entre 36 y 40 semanas - 20-30 gramos x Día

La circulación fetoplacentaria

La placenta recibe la sangre sin oxígeno del feto a través de vasos sanguíneos que salen del feto mediante del cordón umbilical

La circulación feto-placentaria es el sistema de intercambio de nutrientes y desechos entre el feto y la madre a través de la placenta

Esquema de circulación.

- la sangre materna llega a la placenta por las ramas de las arterias uterinas.
- El feto envía sangre desoxigenada y desechos a la placenta a través de dos arterias umbilicales
- la placenta intercambia los desechos por oxígeno y nutrientes
- la sangre oxigenada regresa al feto a través de la vena umbilical
- la sangre cargada fluye por el cordón umbilical hasta el hígado y divide en tres vasos.
- la sangre llega a la vena cava inferior, que se conecta al corazón

útero.

Cuerpo uterino / cuello uterino / orificio interno

Feto

Desarrollo a la placenta.

Oxígeno / nutrientes al feto / Elimina desechos del feto
producción de hormonas que mantienen el embarazo

placenta.

se implanta en la pared uterina y se conecta al feto a
través del cordón umbilical

Referencia Bibliográfica

Fernández, J. (2019). Medicina. (7ta ed.).
Elsevier. Barcelona

Actitud Fetal.

- Describe la postura característica del feto. De cual se dice que es normal cuando simula a un ovirde, cuando la cabeza se extiende, la actitud pasa de presentar una columna vertebral

Posición.

- Relación que guarda el producto con el lado izquierdo o derecho de la madre.

Sinclitismo

- Descenso de la cabeza fetal simétricamente entre pubis y promontorio

Asinclitismo.

- Asinclitismo anterior - Hacia el promontorio
- Asinclitismo posterior - Hacia la sínfisis del pubis

Movimientos Cardinales

- Descenso
- Encajamiento
- Flexión
- Rotación interna
- Extensión
- Rotación externa
- Expulsión

Parturienta

es el adelgazamiento que tendrá el cervix

El período de parto se divide en tres fases.

Fase 1 - Latencia

Duración: 6-12 horas (primíparas) o 3-6 horas (multiparas)

Dilatación: 0-4 cm

Contracciones: irregulares, débiles y espaciadas

Objetivo: Dilatación y acortamiento del cuello uterino

Fase 2 - Fase Activa

Duración: 4-8 horas (primíparas) o 2-4 horas (multiparas)

Dilatación: 4-7 cm

Contracciones: más fuertes, regulares y frecuentes

Objetivo: Dilatación y descenso del bebé

Fase 3 - Fase de Transición

Duración: 30 minutos - 2 horas

Dilatación: 7-10 cm

Contracciones: muy fuertes y frecuentes

Objetivo: preparación para el nacimiento del bebé

durada en modo g
uro Malay

4 Fase de expulsión

Duración 1-2 horas

Objetivo - Nacimiento del bebé y placenta.

Las siguientes hormonas juegan un papel crucial en el proceso

Oxitocina / prostaglandinas / Relaxina / Adrenalina / Endorfinas
prolactina / Estrogenos / progesterona.

De cual estas hormonas trabajan en conjunto

- preparar el cuello uterino para la dilatación
- Estimular las contracciones uterinas
- Ayudar a dilatar el cuello uterino
- preparar el cuerpo para el esfuerzo del parto
- promover la lactancia.

La fisiología del trabajo de parto

conlleva a los signos de parto ya mencionados
Síntomas de parto al igual, signos del progreso y
los signos de parto.

11 de octubre

¿Cuál es el triple marcador?

- la prueba de detección triple mide la cantidad de tres sustancias en la sangre de una mujer embarazada
- Alfa feto proteína (AFP)
- gonadotropina coriónica humana (HCG)
- Estradiol (uE3)

Es un prueba de detección prenatal que se utiliza para evaluar el riesgo de ciertos trastornos genéticos y defectos congénitos en un feto en desarrollo

Es útil para personas que se han hecho la prueba de VIH da así el análisis de sangre triple detecta

- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Sífilis

Las pruebas triple se realiza entre la semana 15 y 20 de embarazo aunque los resultados obtenidos en las semanas 16 a 18

¿Qué es el cuádruple marcador?

Es un examen de sangre que se hace durante el embarazo para determinar si el bebé está en riesgo de presentar ciertos defectos congénitos / trastornos genéticos

La prueba de detección cuádruple se realiza entre las semanas 15 y 22 del embarazo

La prueba de detección cuádruple no diagnostica enfermedades, los resultados indican que puede ser necesario realizar más pruebas

→ los resultados se informan generalmente como la probabilidad o probabilidades de que el feto tenga una afección específica (como Síndrome de Down) o un defecto de tubo neural

por ejemplo un resultado podría indicar un riesgo de "1 a 250" o 1 en 1000

- las pruebas que constituyen la prueba prenatal mide los niveles de ciertos marcadores

- AFP (fetoproteína alfa)

- hCG

- estriol

- inhibinas - A

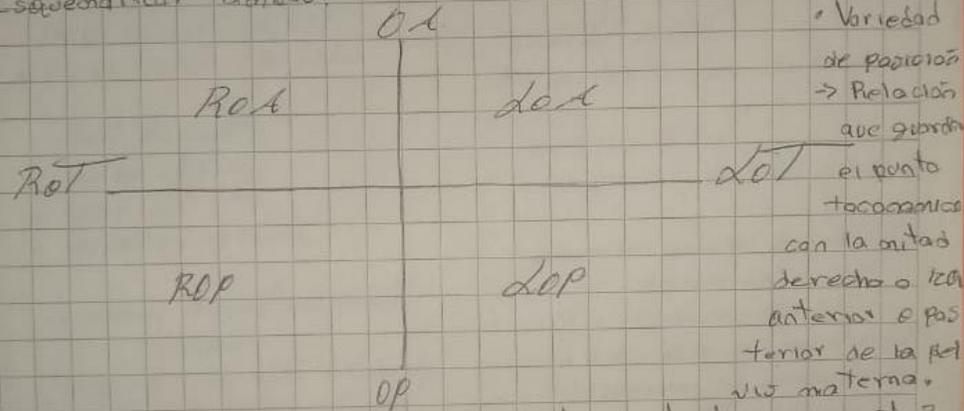
Durante la ecografía del segundo trimestre

= ginecología y obstetricia =

¿Qué es punto tocomónico?

• Es la parte fetal que se aloja al estrecho superior de la pelvis, es capaz de ocupar o de seguir trabajo de parto (punto de referencia de la presentación fetal) ubi de la cual es variedad de posición? Pelvis.

Existen diferentes posiciones que puede adoptar un bebé y madre durante el embarazo y parto → posición fetal, posición del bebé, posición de la madre, posición de la胎盤. Esquemáticas ambas.



¿Cuál es la rotación normal de Feto de trabajo de parto?

→ Conforme a la cabeza de su bebé desciende más y más, esta casi siempre rotará de manera que la nuca quede justa detrás del hueso de la pubis, de cual esta ayuda a que la cabeza se adapte a la forma de la pelvis. Normalmente el bebé se encontrará boca abajo de frente a la columna de la madre.

Misoprostol solo
Prácticas Recomendadas

< 13 semanas de gestación / 13 a 26 semanas de gestación

Interrupción del embarazo

- 800 ug VSI cada 3 hrs
- o M⁺/VB cada 3 a 12 hrs (2 a 3 días)

Aborto Diferido

- 800 ug VSI cada 3 hrs (x2)
- o 600 ug VSI cada 3 hrs (x2)

Aborto completo

- 800 ug VSI (x1)
- o 400 y VSI (x1)
- o 400-800 ug VSI (x1)

preparación cervical para aborto

quirúrgico

- 400 ug VSI 1 hora antes del procedimiento
- o VSI 3 horas antes del procedimiento

Interrupción del embarazo

- 13 a 24 semanas: 400 ug VSI / SUI
- /VB cada 3 horas
- 25 a 26 semanas: 200 ug VSI / VSI / VB
- cada 4 horas.

muerte fetal

- 200 ug VSI / VSI / VB cada 4 a 6 horas

Aborto inevitable

- 200 ug VSI / VSI / VB cada 6 hrs

preparación cervical para aborto
quirúrgico

- 13 a 19 semanas: 400 ug VSI
- 3 a 4 hrs antes del procedimiento
- 21 a 26 semanas: 200 ug VSI o
- combinar con otra modalidad
- quirúrgica

> 26 semanas de gestación / uso postparto

Interrupción del embarazo

27 a 28 semanas: 200 ug
VV* / V1 / VB cada 4 hrs
> 28 semanas: 100 ug VV* / V1 / VB
cada 6 hrs

muerte fetal

27 a 28 semanas: 100 ug VV* / V1 / VB
cada 4 horas
> 28 semanas: 25 ug VV* cada 6 horas
o 25 ug V1 cada 2 horas

Inducción del parto

25 ug VV* cada 6 hrs
o 25 ug V1 cada 2 hrs

prevención de la Hemorragia
postparto (Hpp)

600 ug V1 (X1)
o prevención secundaria de
la Hpp

(pérdida de sangre aprox
≥ 350 ml) 800 ug V1 (X1)

tratamiento de la Hpp
800 ug V1 (X1)

Vía de Administración

VV - vía vaginal
V1 - Vía sublingual
V1 - Vía oral
VB - vía bucal

En caso de Hemorragia o/o signos
de infección, no administrar por
vía (VV)

No se recomienda vía rectal
debida a que el perfil farmacocinético
no está asociado con
la mejor eficacia en esta vía

puerperio.

→ El puerperio es el periodo del tiempo después del parto que dura aproximadamente 6 semanas.

Fisiológicas

- Evolución uterina - Progreso del útero a su tamaño normal.
- Hemostasia - Control de la Hemorragia posparto
- Cicatrización de la Herida uterina
- Reestablecimiento del equilibrio hormonal

Cuidados Médicos

- Control de la Hemorragia y la infección
- Monitoreo de la presión arterial y la frecuencia cardíaca
- Evaluación de la cicatrización de la Herida uterina
- Administración de analgésicos y antibióticos según sea necesario.

Signos de alarma

- Hemorragia excesiva
- Fiebre 38°C
- Dolor intenso en el abdomen o la pelvis
- Vómitos o Diarrea
- Problemas para iniciar o mantener la lactancia.

Complicaciones posibles

- Hemorragia posparto
- Infección del tracto reproductivo
- Trombosis venosa profunda
- Problemas cardíacos
- Depresión posparto

Embarazo Ectópico.

Es una condición médica en la que el embrión se implanta fuera del útero, generalmente en la trompa de Falopio.

Definición y Tipos

- Embarazo ectópico: implantación del embrión fuera del útero.

Tipos

- Tubárico (90%) en la trompa de Falopio
- Ovárico (5%) en el ovario
- Abdominal (3%) en el abdomen
- Cervical (2%) en el cuello uterino

Síntomas

- Dolor abdominal bajo y persistente
- Sangrado vaginal ligero o moderado
- Náuseas / vómito
- Fiebre
- presión en la pelvis

Causas y factores de riesgo

- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica
- Cirugía pélvica previa
- Embarazos Ectópicos previos
- Edad avanzada

Investigación

¿Cuánto es la leucocitosis fisiológica que se considera después de un parto?

Se refiere al aumento temporal del recuento de leucocitos en la sangre debido a la respuesta inflamatoria natural del cuerpo después del parto. valores normales de leucocitos después del parto

- En el postparto inmediato (0-24 hrs): 15.000-20.000 células/cel
- En el postparto temprano (24-48 hrs): 12.000-18.000 células/cel
- En el postparto tardío (48-72 hrs): 10.000-15.000 células/cel
- Después de 72 hrs: 8.000-12.000 células/cel.

Dosis de la Heparina para Tromboembolismo pulmonar
Dosis inicial y mantenimiento.

- Varía según la presentación de la Heparina y la condición clínica del paciente

Heparina no fraccionada (HNF)

- Dosis inicial: 80-100 UI/kg en bolus IV
- Dosis de mantenimiento: 18-20 UI/kg/hora N

Heparina de bajo peso molecular (HBPM)

- Dosis inicial: No requiere bolus
- Dosis de mantenimiento:
 - Enoxaparina (Cetaxeno): 1mg/kg/día SC (2 veces al día)
 - Dalteparina (Fragmin): 100-200 UI/kg/día SC (2 veces al día)
 - Nadroparina (Froxiparine): 85-115 UI/kg/día SC (2 veces al día)

Duración del tratamiento

- TEP no masiva 5-7 días / TEP masiva 7-10 días
- pacientes con cáncer: tratamiento prolongado (3-6 meses)

Indicador importante para detectar alteraciones
a nivel renal o metabólico de origen
renal.

Leucocitos:

La leucocitosis fisiológica después del parto puede alcanzar hasta
25.000 células/mm³ en algunos casos.

La leucocitosis no siempre es un indicador confiable de infección
en el parto.

Es importante evaluar otras signos y síntomas de infección, como
Fiebre, dolor, rubor, hinchazón y secreción anormal.

Leucocitosis Patológica

• Puntaje de leucocitos > 25.000 células/mm³

• persistencia de leucocitosis después de 72 hrs.
• aumento significativo de recuento de leucocitos en relación con
el valor inicial

Implicancia Clínica

• La leucocitosis fisiológica no requiere tratamiento.

• La leucocitosis patológica puede indicar infección o otra indicación
médica subyacente que requiere atención.

Leptina de alto peso molecular

• No se recomienda para TEP (debido a su mayor riesgo de sangrado).

Dr. David

• Se debe evaluar la dosis según el resultado del tiempo de coagulación
o el tiempo de tromboplastina parcial (TPP).

• Objetivo TCA 1,5-2,5 veces el valor normal, TPP 2-4 veces

Consideraciones especiales:

- Pacientes con insuficiencia renal: Reducir dosis de Heparina

- Pacientes con obesidad: Aumentar la dosis de Heparina

- Pacientes con sangrado: Reducir o suspender la Heparina.





Unidades monte video para actividad uterina
monte canal en embudo de muereno

Las unidades monte video (Um) son un metodo
de la actividad uterina durante el trabajo
de parto.

1: Unidad monte video (Um) equivale a

• 10 mm Hg de presión intrauterina

Escala de Unidades monte video

• 0-10 Um / actividad uterina bajo

• 11-20 Um / actividad uterina moderada

• 21-30 Um / actividad uterina intensa

• >30 Um / actividad uterina muy intensa

Escala de presión intrauterina en mmHg

• 0-10 mmHg / actividad uterina bajo

• 11-20 mmHg / contracciones leves

• 21-30 mmHg / contracciones moderadas

• 31-40 mmHg / contracciones intensas

• >40 mmHg / contracciones muy intensas

da fórmula para converter Unidades
mantendo a mm/Hg.

$$\text{mm Hg} = U \times 10$$

por exemplo

$$5 \text{ UM} = 50 \text{ mm Hg}$$

$$10 \text{ UM} = 100 \text{ mm Hg}$$

$$20 \text{ UM} = 200 \text{ mm Hg}$$



Se debe de ordenar que inicio el trabajo de parto
concepto / Dosis / Este mi.

• Dosis de oxitocina para iniciar el trabajo
de parto varia según los protocolos q' se
utilicen

protocolos médicos

Dosis inicial

1. 0,5-1 $\mu\text{U}/\text{min}$ (cuero-úteros / intravenoso por parto)
2. 1-2 $\mu\text{U}/\text{min}$ (en algunos protocolos)

Aumentos gradual

- 1: Cada 15-30 minutos, Aumentos de Dosis en 0,5-1 $\mu\text{U}/\text{min}$
- 2: Hasta alcanzar la dosis máxima de 20-40 $\mu\text{U}/\text{min}$

Dosis máxima

1- 20-40 $\mu\text{U}/\text{min}$ (en la mayoría de los protocolos)

2. No exceder los 40 $\mu\text{U}/\text{min}$

Duración del tratamiento

- > Hasta el inicio del trabajo de parto activo
- > Hasta la distensión cervical de 4-5 cm





Precauciones

- 1: monitorizar la frecuencia cardiaca fetal y materna
- 2: Controlar la presión arterial materna
- 3: Evitar la progresión del trabajo de parto
- 4: Ajustar la Dosis según la respuesta del paciente.

Protocolos específicos

- 1: protocolo de extirpación de la ACOG (American college of Obstetricians and Gynecologists):
 - Dosis inicial: 1 $\mu\text{Ml}/\text{min}$
 - Aumento gradual: 1-2 $\mu\text{Ml}/\text{min}$ cada 15-30 minutos
- 1: protocolo de extirpación de la RCOF (Royal college of Obstetricians and Gynecologists)
 - Dosis inicial: 0,5 $\mu\text{Ml}/\text{min}$
 - Aumento gradual: 0,5-1 $\mu\text{Ml}/\text{min}$ cada 15-30 minutos.

estados de posición en la presentación cefálica
estructuras anatómicas que nos dan referencia

la presentación cefálica se refiere a la posición del feto en el útero durante el embarazo y el parto.

→ posición del cráneo

- Vertex / la cabeza del feto está flexionada y el vértice (parte superior) está dirigida hacia el canal del parto
- Face / la cara del feto está dirigida hacia el canal de parto
- Brow / la frente del feto está dirigida hacia el canal de parto

→ posición de la cabeza en relación con el cuerpo

- Cefálica / la cabeza del feto está dirigida hacia el canal de parto
- cefálica-pelvica / la cabeza del feto está dirigida hacia el canal de parto, pero el cuerpo está inclinado hacia la pelvis

→ posición de la cabeza en relación con la madre

- Anterior / la cabeza del feto está dirigida hacia la parte delantera de la madre
- posterior / la cabeza del feto está dirigida hacia la parte trasera de la madre
- Transversal / la cabeza del feto está dirigida hacia el lado de la madre

Flexión / la cabeza del feto está desalineada con el canal de parto.

Deflexión / la cabeza del feto está ligeramente extendida

Extensión / la cabeza del feto está completamente extendida

Es importante mencionar que la posición del feto puede cambiar durante el embarazo y el parto

Estructuras anatómicas que nos dan referencia

- vertex
- fontanela anterior
- fontanela posterior
- sutura coronal
- sutura sagital

Referencias anatómicas para la posición cefálica

- posición vertex → vertex del cráneo
Dirigido hacia el canal de parto

- posición face → nariz y boca dirigidos hacia el canal de parto

- posición brow → frente dirigido hacia el canal de parto

- posición anterior → vertex del cráneo
Dirigido hacia la parte superior de la madre

- posición posterior → vertex del cráneo
Dirigido hacia la parte inferior de la madre

puntos de referencia para la posición cefálica

1: punto de Engelke

2: punto de Meisner

3: punto de Patrick

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. ^{5,9}	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. ^{6,9}	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 dilataadores osmóticos 1-2 días antes. ⁴	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 dilataadores osmóticos en pacientes <17 años de edad o en pacientes con un cuello uterino estenótico.
- Puede utilizar misoprostol 400 µg 1-2 horas antes de la dilatación y la evacuación si la mifepristona no se encuentra disponible.
- La dosificación se basa en una revisión sistemática exhaustiva y metaanálisis de las directrices 20111 y 20133 de la Society of Family Planning publicadas 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.

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.

Referencia Bibliográfica

Errozabal, María, J. (2019).
Mediana. (7ta. Ed.). Elsevier.
Barcelona.