



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



Materia:

Ginecología y obstetricia

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

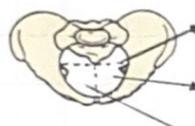
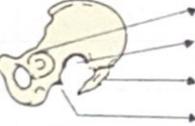
Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas

Comitán de Domínguez a 11 de octubre del 2024

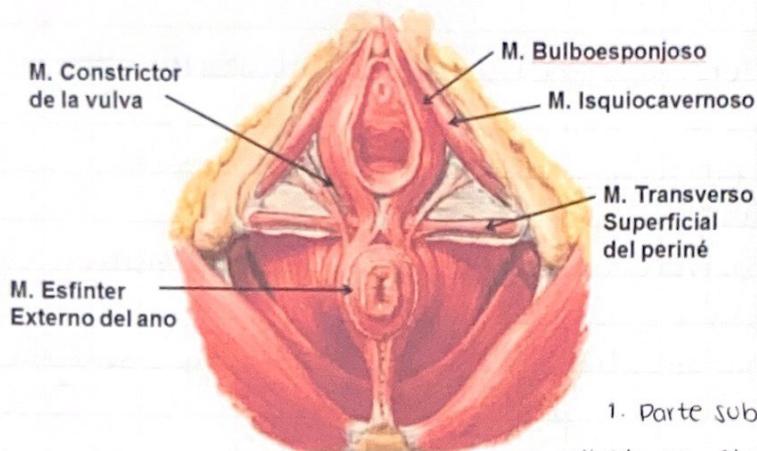
CONCEPTOS

- Situación: Eje longitudinal del feto en relación con el eje longitudinal del útero de la madre.
- Posición: Relación del dorso del producto con relación al lado derecho o izquierdo de la madre.
- Presentación: Parte fetal que se encuentra directamente sobre el estrecho superior de la pelvis.
- Variedad de posición: Punto de reparo de la presentación con la pelvis materna.

Diámetros de pelvis

		 Ginecoide	 Antropoide	 Androide	 Platipeloide
Estrecho superior de la pelvis 	Diámetro transversal más ancho del estrecho superior de la pelvis	12 cm	< 12 cm	12 cm	12 cm
	Diámetro anteroposterior del estrecho superior de la pelvis	11 cm	> 12 cm	11 cm	10 cm
	Pelvis anterior	Ancha	Divergente	Estrecha	Recta
Estrecho medio de la pelvis 	Paredes laterales	Rectas	Estrechadas	Convergentes	Amplias
	Escotadura ciática mayor	Medio	Hacia atrás	Estrecha	Hacia adelante
	Inclinación del sacro	Medio	Amplia	Hacia adelante (tercio inferior)	Estrecha
	Espinas ciáticas	No prominentes	No prominentes	No prominentes	No prominentes
Estrecho inferior de la pelvis 	Arco subpúbico	Ancho	Medio	Estrecho	Ancho
	Diámetro transversal del estrecho superior de la pelvis	10 cm	10 cm	< 10 cm	10 cm

Músculos del periné femenino



Músculo transverso superficial del periné: Se origina en el borde medial de la tuberosidad isquiática para insertarse en el centro tendinoso.
-Inervado por el NERVI0 PUBENDO.

Músculo esfínter externo del ano: Se origina en el rafe anococcígeo y se inserta distalmente en el rafe anobulbar.

1. Parte subcutánea: situada cerca del orificio anal, constituida por fibras concéntricas decusadas ant- y post- del canal anal.

2. Parte superficial: Rodea la base sup. de la parte subcutánea. Constituida por fibras musculares elípticas, extendidas horizontalmente del ápex del hueso cóccix y del ligamento anococcígeo, al centro tendinoso del perineo.

3. Parte profunda: Forma el anillo anorrectal.

Músculo bulboespongioso: Se origina en el centro tendinoso del perineo, continúa con las fibras del músculo esfínter externo del ano para insertarse en la fascia inf. del diafragma urogenital.

Músculo isquiocavernoso: Forma de semicírculo, se origina en el borde medial de la tuberosidad isquiática y la rama del isquion. Inervado por el NERVI0 PUBENDO.

Músculo constrictor de la vulva: Se inserta proximalmente en la zona bulbocavernosa y distalmente en la desembocadura de la vagina.

Oxitocina

- Sintetizada en el hipotálamo
- Inducción y estimulación del trabajo de parto
- Estimula las contracciones uterinas
- Inactivada en el hígado y riñón.
- Vida media: 3-4 min.
- Degradada en emb. p. oxitocina placentaria.
- Dosis fisiológica: 5-15 mU.

Manejo del periodo de trabajo de parto

- > Admin. inmediata de oxitocina VM-VI
- > Tracción controlada del cordón umbilical.
- > Masaje uterino.

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. ²	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV hasta la expulsión. ³	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. ²	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 ³	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 utilizarse 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 taquicardia y sufrimiento fetal.
8. Existe una falta de pruebas convincentes en cuanto a la dosificación de misoprostol para esta indicación en esta edad gestacional.
9. Se debe considerar la cardioplejia 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.