



Alumna: Hellen Gissele Camposeco Pinto.

Maestro: Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Ginecología y obstetricia.

6“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre de 2024

• **Situación** Relación entre eje longitudinal del feto y de la madre



- Longitudinal
- Oblicuo
- Transverso

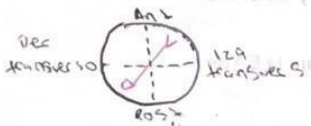
• **Posición** Punto anatómico y canal de parto de pelvis materna

- occipito derecha e izq.

• **Presentación** Parte fetal que ocupa el estrecho sup de la pelvis

- Cefálica
- Pelviana

• **Variación posición**



- occipito izquierdo - transverso - izq.



- occipito izquierdo oblicuo (OIB)



- occipito derecho oblicuo (ODB)



- occipito derecho transverso (ODT)



- occipito izquierdo transverso (OIT)



- occipito derecho oblicuo (DOB)



- occipito izquierdo oblicuo (IOB)



- occipito derecho (OD)



- occipito izquierdo (OI)

• **Actitud** Relación que guardan las partes fetales entre sí.

- Flexionado
- Desflexionado
- Indiferente

• **Diámetros de la pelvis**



1 - Coniugate



2 - Anteroposte



3 - Anteroposte



4 - Platepetoide

- ① Diámetro promonto retrocibico - 11 cm
 Diámetro del estrecho medio - 11.5 cm
 Diámetro transverso - 10 cm

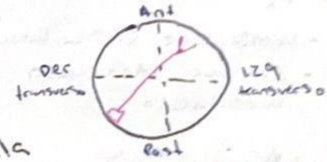
- ③ Diámetro transverso - 12 cm
 Diámetro antero post - 12 cm

- ② Diámetro antero post - 11.5 cm
 Diámetro transverso - 10.5 cm

- ④ Diámetro transverso - 12 cm
 Diámetro antero post - 10 cm

Variaciones de posición de la Cabeza fetal

- Occipito-Púbica: Posición + habitual, la fontanela menor está arriba (Anterior) y la fontanela mayor está abajo (Posterior).
- Occipito-Sacro: Fontanela menor está abajo (Posterior) fontanela mayor con forma romboidal está arriba (Anterior), rectos + complicados.
- Occipito-iliaca-transversa: Fontanela menor hacia la madre Ciqa
 - Presentación occipito-iliaca-iza transversa.
 - Fontanela menor hacia la madre (der)
 - Presentación occipito-iliaca-der transversa.
 - Occipito-anterior-iza



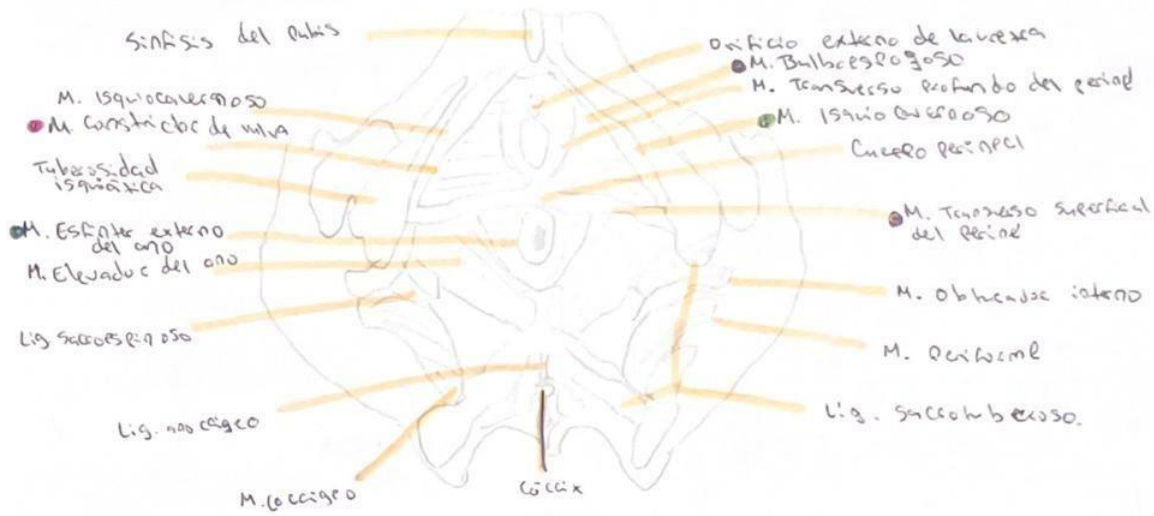
Unidades de Montevideo

- Se resta la presión uterina basal de la presión uterina máxima de cada contracción en un periodo de 10 min y se suman las presiones.
- Normal 200 mmv o más en 10 min

B-miméticos

- Activan la enzima adenilato ciclasa, ↓ el calcio reduciendo interacción miosina-actina y evitando la contracción uterina
- Fam - Fenoterol, Salbutamol y Terbutalina
- Dosis - 5 mg 4h
- Vías - VO, VM, rectal

Músculos del perineo fem.



- Fíjase anillo muscular - sobre el borde interno del bulbocavernoso.
 Inserción: Se inserta en el cañe perineal y por delante, en el borde ant.
 Función: Al contraerse, estrecha el orificio inf de la vagina
 irrigación e inervación: • Arteria perineal • Nervio pudenda.
 - En parte inf del cuerpo en el perineo post - forma de anillo alargado.
 Inserción: Detrás en el cañe anococcygeo y delante en el cañe perineal medio.
 Función: Contracción tónica.
 irrigación e inervación: • Arteria perineal • Nervio pudenda.
 - Cuerpo perineal o cuerpo del perineo.
 Inserción: Dorso del clitoris, bulbo del vestíbulo, membr. perineal.
 irrigación e inervación: • Arteria pudenda interna • Nervio perineal del nervio pudenda.
 - Cabeza interna de la coma isquio pubiana - posición inf.
 Inserción e inervación: • Roca del clitoris • Nervio perineal del nervio pudenda.
 - Rama y tuberosidad isquiática.
 Inserción: Dorso del clitoris.
 irrigación e inervación: • Arteria pudenda interna • Nervio perineal del nervio pudenda.
- * Manejo activo del tercer periodo en el trabajo de parto.
- Abm inmediata de oxitocina - IM/IV
 - Tracción controlada del cordón umbilical
 - Masaje uterino.

Oxitocina

- Sintetiza en el hipotálamo.
- Inducción y estimulación del trabajo de parto.
- Estimula las contracciones uterinas.
- Inactividad en el hígado y riñón.
- Degradada en emb por oxitocinasa placentaria.
- vida media 3-4 min.
- Estimula el amnios y decida para producir PG.

Dosis fisiológica
• 5-1.5 mu

Prot G → Efectos dilata dores en los vasos sistémicos

• Contractibilidad uterina

- 10 UI en 1000 ml
- Infusión IV inicial 1-4 mu/min.

• Hemorragias postparto.

- 5 UI/5l - 5 min
- 5-10 ml

• Contracciones regulares.

- Interrumpe parto y reanuda sig. comenzando con dosis de 1-4 mu/min.

• Casos graves.

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

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. ¹	Aborto inducido Mifepristona 200 mg VO. Esperar 1-2 días, luego: misoprostol 400 µg cada 3 horas BUC/SL/PV 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. ^{5,9}	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. ¹	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. ⁵	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 dilataores 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 dilataores osmóticos en pacientes <17 años de edad o en pacientes con un cuello uterino estenotico.
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 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 cardiopatía 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 INCLUIDO 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.

Cita Bibliográfica

- Galan, H.I, Juaniaux, E.R.M, Driscoll, D.A. Berghella, v, Grobman. W.A, Kilpatrick, s.J y cahill ,A.G. (2022). Gabbe obstetricia; embarazos normales y de riesgo . Elsevier Health Sciences.
- Guadarrama Sánchez, F.R (2020). Obstetricia y temas selectos de medicina materno-fetal (prólogo 19 ed) Instituto Nacional de perinatología.