



**Universidad del sureste
Medicina humana**



**Trabajo:
Trabajo de parto**

**Nombre del alumno:
Hugo de Jesus Monjaras Hidalgo**

**Grado y Grupo
6 "A"**

**Materia
Ginecología y obstetricia**

**Docente:
Dr. Roberto Javier Ruiz Ballinas**

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de octubre del 2024

Situación: En la situación longitudinal el eje del feto es paralelo al eje longitudinal de la madre y es independiente de la parte del feto que está hacia la pelvis materna (ya sea la cabeza o la pelvis fetal). En la situación transversa, el eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre, y se debe describir la ubicación del dorso del feto y del polo cefálico.

Posición: Es la relación que guarda el dorso del feto con la mitad derecha o izquierda de la madre, y puede ser posición derecha o izquierda.

Presentación: Cefálica o pélvica. Es la parte del feto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, es capaz de llenarlo y de desencadenar un mecanismo de trabajo de parto que culmine con el nacimiento por vía vaginal.

Variedad de posición: Es la relación que guarda el punto toconómico con la mitad anterior o posterior de la pelvis materna. Se determina mediante un tacto vaginal (con la paciente en posición ginecológica o en litotomía). Existen dos excepciones que son cuando se encuentran en transversa y sólo se describen como derecha o izquierda.

Punto toconómico: Es el punto craneal o punto guía óseo de referencia de la presentación fetal.

OXITOCINA

Oxitocina es una hormona producida principalmente en el hipotálamo y secretada por la hipófisis posterior de manera pulsátil, al igual que el resto de las hormonas hipotálamo-hipofisarias.

Puede ser administrada tanto por vía parenteral como por vía mucosa. En el parto se emplea la vía IV, con el fin de controlar adecuadamente la dosis y poder suprimir su administración en caso de aparición de efectos secundarios.

Dosis y administración

Se diluye en suero salino a razón de una ampolla (10 U) en 1000 ml. Se utiliza la vía IV, con bomba de infusión, comenzando con dosis de 0,5-1 mU/min y se sube de dosis cada 20-30 minutos.

Durante el parto, se trata de conseguir contracciones cada 2-3 minutos, con una duración entre 60-90 segundos y una intensidad de 50-60mmHg, sin elevar el tono uterino por encima de los 20mmHg.

USO DE MISOPROSTOL SEGUN LA FIGO

Se indica el uso de misoprostol menor a doce semanas para un aborto inducido:

Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión

-Aborto perdido / Embarazo anembrionado

Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV

cada 3 horas hasta la expulsión

-Aborto incompleto

400µg de misoprostol SL única dosis

600 µg de misoprostol VO única dosis

800 µg de misoprostol BUC única dosis

-Preparación del cuello uterino antes de la aspiración

No se requiere

De 13 a 17 semanas

-Aborto inducido

Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión

-Aborto perdido

Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión

-Aborto incompleto

Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas

-Preparación del cuello uterino

antes de la aspiración Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento

De 18 a 24 semanas

-Aborto inducido

Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión

-Muerte fetal

Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión

-Aborto incompleto

Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas

-Preparación del cuello uterino antes de la dilatación y la evacuación (se recomienda utilizar modalidades múltiples)

Dilatadores osmóticos 1-2 días antes y misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento

De 25 a 27 semanas

-Aborto inducido

Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión

-Muerte fetal

Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión

-Inducción del parto

Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV

O

misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO

Mayor a 28 semanas

-Aborto inducido

Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV

O

misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO

-Muerte fetal

Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV

O

misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO

-Inducción del parto

Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV

O

misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO

Uso en el posparto

-Profilaxis de la hemorragia posparto (HPP)

Misoprostol 600 µg SL única dosis

-Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP)

Misoprostol 800 µg SL única dosis

MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO DEL TRABAJO DE PARTO

Abarca desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical hasta la salida de la placenta y las membranas ovulares, y dura en promedio 30 minutos.

No realizar revisión de la cavidad uterina de forma rutinaria.

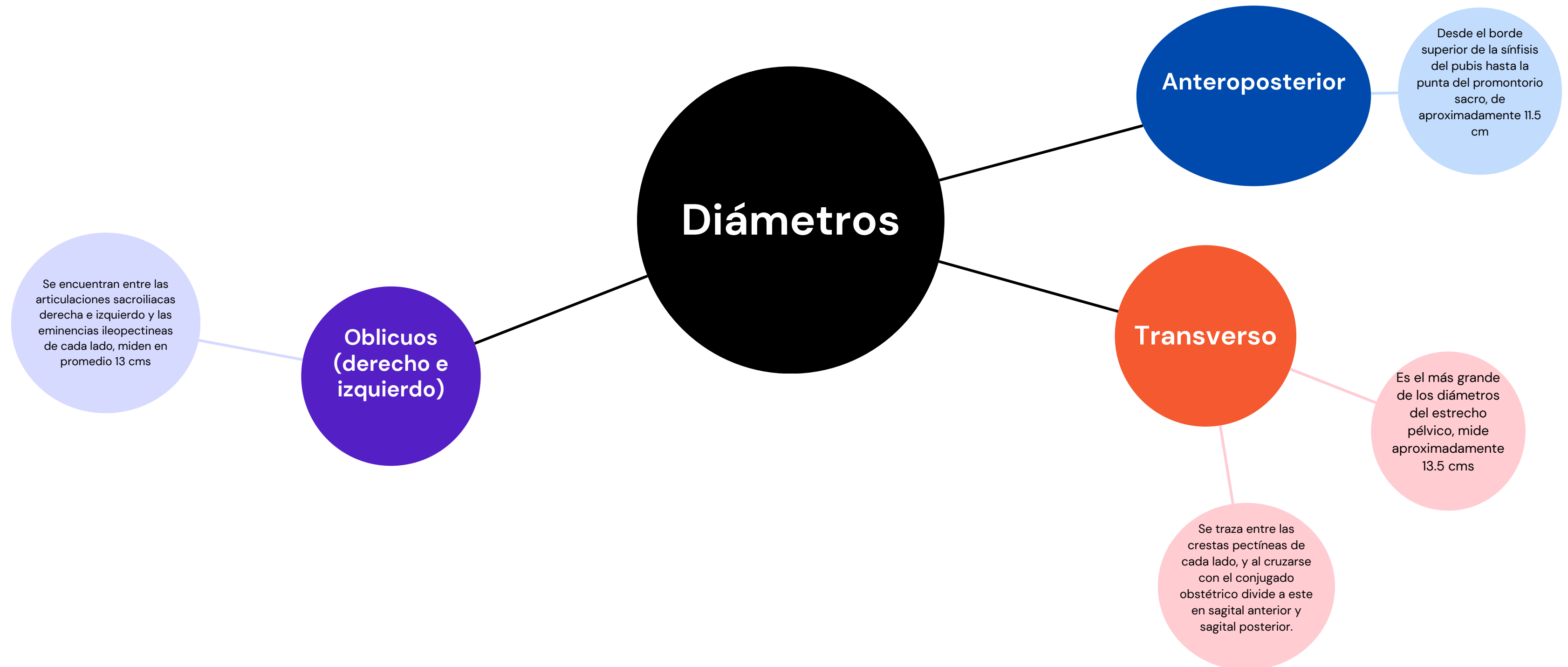
Contacto piel a piel.

Apego inmediato.

Lactancia inmediata.

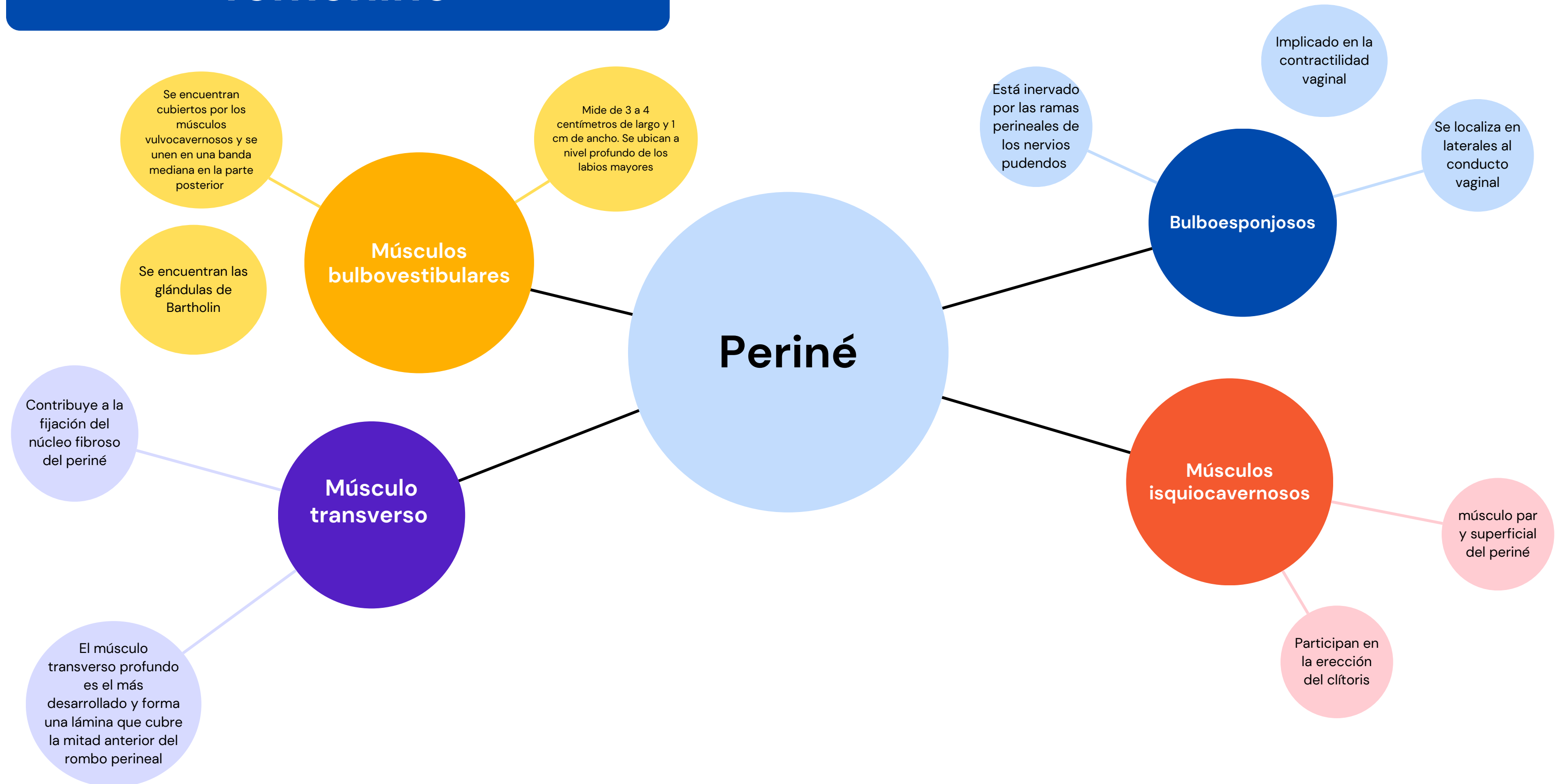
Alojamiento conjunto.

Diámetros de la pélvis materna



Músculos del periné femenino

Es el límite inferior de la pelvis, conjunto de tejidos blandos situados por debajo del diafragma pélvico y de gran importancia obstétrica



Bibliografías

Fármacos uteroestimulantes. (2019, abril). proSEGO. <https://www.prosego.com>

Temas Selectos de Gineco-obstetricia. (2020). instituto nacional de perinatología.