



**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 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.

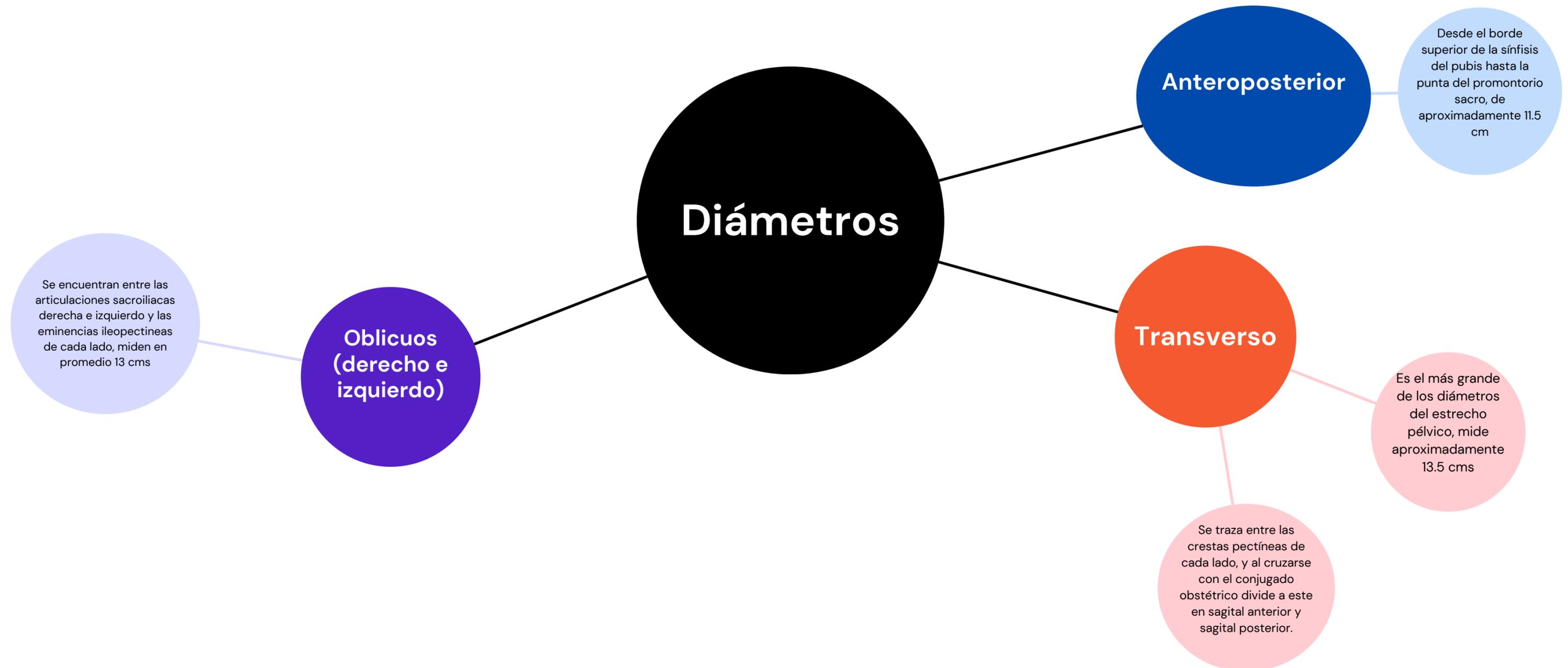
Contacto piel a piel.

Apego inmediato.

Lactancia inmediata.

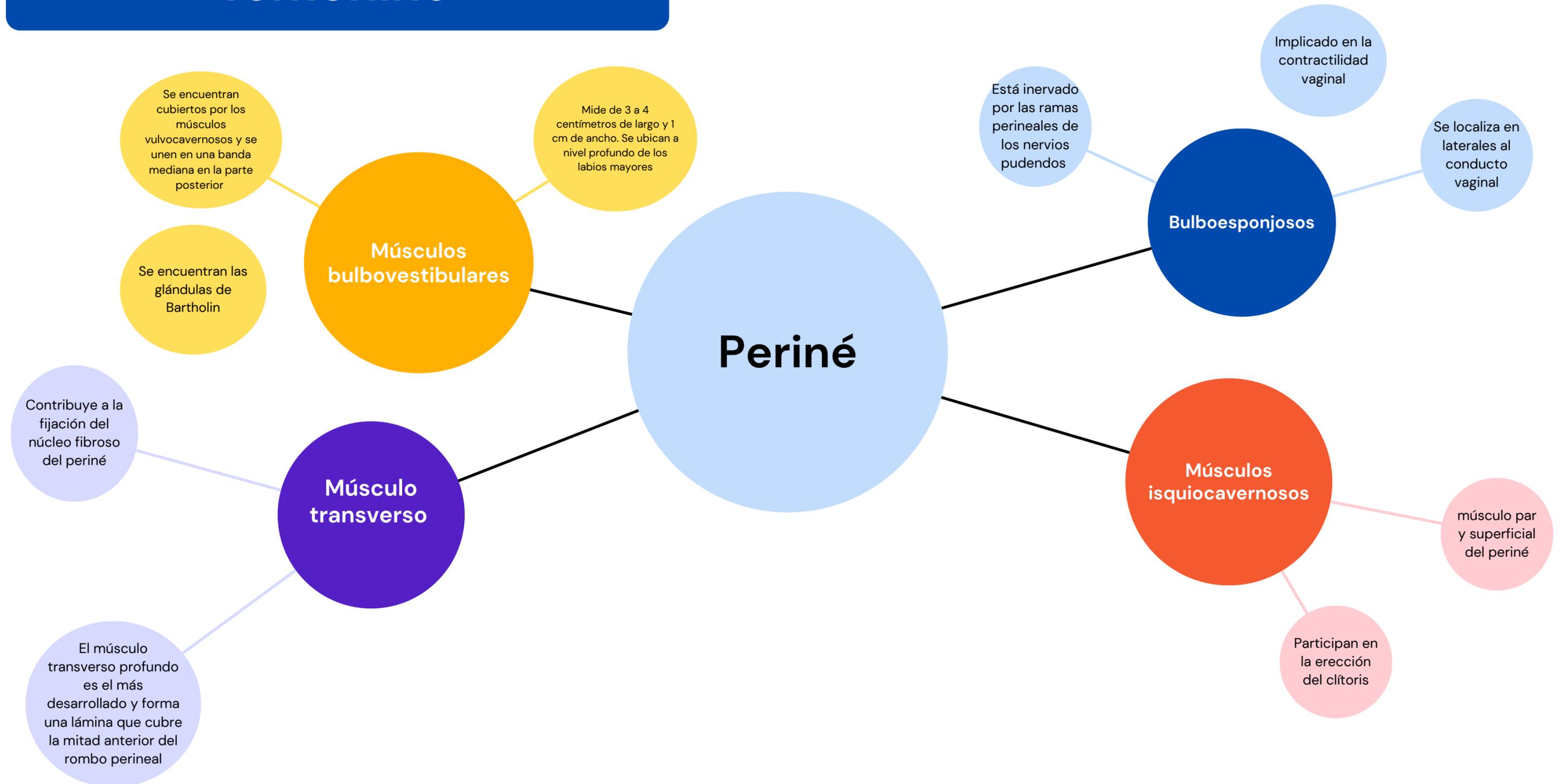
Alojamiento conjunto.

# 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.