

# **UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

## **CAMPUS: COMITAN**

### **GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

#### **ACTIVIDADES:**

Conceptos de Situación, posición, presentación, variedad de posición.

Esquema y Descripción de los diámetros de la pelvis materna y las medidas respectivas de cada uno.

Esquema y Descripción de los músculos del perineo femenino.

Descripción que es la oxitocina (donde se produce, donde se almacena), dosis fisiológica para iniciar el trabajo de parto.

Descripción del cuadro para el uso del misoprostol según la FIGO.

Descripción en que consiste el manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto.

**SERGIO FABIÁN TREJO RUIZ.**  
**6A**

Bibliografía:

[https://www.figo.org/sites/default/files/2023-12/FIGO-Miso-Chart-11-2023-SLW%20FINAL\\_ES%20LA.pdf](https://www.figo.org/sites/default/files/2023-12/FIGO-Miso-Chart-11-2023-SLW%20FINAL_ES%20LA.pdf)

Gabbe, M. B., Landon, M., Galan, H. L., Jauniaux, E. R. M., Driscoll, D. A., Berghella, V., ... Cahill, A. G. (2023). *Gabbe's Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* (8th ed.). Elsevier.

González-Merlo, J., Laílla Vicens, J. M., Fabre González, E., & González Bosquet, E. (2018). *González-Merlo. Obstetricia* (7.ª ed.). Elsevier.

DESCRIPCION DE MISOPROSTOL: Es como un mapa para saber cómo usar este medicamento, dependiendo de la situación de la paciente.

Primero, hay que considerar la edad gestacional:

- **Menos de 12 semanas:** Se usa misoprostol 800 microgramos, vía bucal, sublingual o vaginal, cada 3 horas hasta que la paciente expulsa el embarazo.
- **De 13 a 17 semanas:** Se baja la dosis a 400 microgramos, cada 3 horas.
- **De 18 a 24 semanas:** Se mantiene la dosis de 400 microgramos cada 3 horas.
- **De 25 a 27 semanas:** Se reduce a 200 microgramos cada 4 horas.
- **Más de 28 semanas:** Se recomienda usar misoprostol vía vaginal, 25 a 50 microgramos cada 4 horas, o vía oral, 50 a 100 microgramos cada 2 horas.

Luego, hay que tener en cuenta el motivo del uso:

- **Aborto inducido:** Se usa para interrumpir el embarazo.
- **Aborto perdido o embarazo anembrionado:** Se usa para expulsar el embarazo que no se está desarrollando.
- **Muerte fetal:** Se usa para expulsar el feto muerto.
- **Aborto incompleto:** Se usa para completar la expulsión del embarazo.
- **Inducción del parto:** Se usa para inducir el parto en casos específicos.
- **Preparación del cuello uterino:** Se usa para preparar el cuello uterino antes de algunos procedimientos.

**Es importante recordar:**

- La vía sublingual o oral se asocia a más efectos secundarios.
- No se recomienda la vía vaginal si hay sangrado vaginal.
- El misoprostol es seguro antes de las 28 semanas, incluso si la paciente ha tenido un parto por cesárea.
- No se recomienda su uso en mujeres con más de 28 semanas de gestación que hayan tenido un parto por cesárea.

# Tabla de dosificación para el misoprostol ÚNICAMENTE

(Para su uso SOLO cuando la mifepristona no se encuentra disponible)

## Regímenes recomendados de 2023



≤12 semanas	13-17 semanas	18-24 semanas	25-27 semanas	≥28 semanas	Uso en el posparto
<b>Aborto inducido</b> Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto inducido</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>4</sup>	<b>Aborto inducido</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>4</sup>	<b>Aborto inducido</b> Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión. <sup>4,8</sup>	<b>Aborto inducido</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV <sup>8</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>3,8</sup>	<b>Profilaxis de la hemorragia posparto (HPP)</b> Misoprostol 600 µg SL única dosis.
<b>Aborto perdido / Embarazo anembrionado</b> Misoprostol 800 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>1</sup>	<b>Aborto perdido</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>4</sup>	<b>Muerte fetal</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV cada 3 horas hasta la expulsión. <sup>4</sup>	<b>Muerte fetal</b> Misoprostol 200 µg BUC/SL/PV cada 4 horas hasta la expulsión. <sup>4</sup>	<b>Muerte fetal</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV <sup>9</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>5</sup>	<b>Tratamiento de la hemorragia posparto (HPP)</b> Misoprostol 800 µg SL única dosis.
<b>Aborto incompleto</b> 400µg de misoprostol SL única dosis 600 µg de misoprostol VO única dosis 800 µg de misoprostol BUC única dosis <sup>4</sup>	<b>Aborto incompleto</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas.	<b>Aborto incompleto</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL cada 3 horas.	<b>Inducción del parto</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV <sup>6,7</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>3,6,7</sup>	<b>Inducción del parto</b> Misoprostol 25-50 µg cada 4 horas PV <sup>6,7</sup> O misoprostol 50-100 µg cada 2 horas VO. <sup>3,6,7</sup>	
<b>Preparación del cuello uterino antes de la aspiración</b> No se requiere <sup>2</sup>	<b>Preparación del cuello uterino antes de la aspiración</b> Misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento. <sup>3</sup>	<b>Preparación del cuello uterino antes de la dilatación y la evacuación (se recomienda utilizar modalidades múltiples)</b> Dilatadores osmóticos 1-2 días antes y misoprostol 400 µg BUC/SL/PV 1-2 horas antes del procedimiento.			<b>SIGLAS: bucal (BUC), sublingual (SL), vía vaginal (PV), vía oral (VO)</b>

## **Situación, Posición, Presentación y Variedad de Posición:**

Situación: Se refiere a la relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre. Puede ser:

- Longitudinal: El eje longitudinal del feto es paralelo al eje longitudinal de la madre. Es la situación más común.
- Transversa: El eje longitudinal del feto es perpendicular al eje longitudinal de la madre. Es menos común y suele requerir intervención.
- Oblicua: El eje longitudinal del feto se encuentra en un ángulo oblicuo con el eje longitudinal de la madre. Es una situación inestable que suele evolucionar a longitudinal o transversa.

Presentación: Se refiere a la parte del feto que se encuentra más próxima al estrecho superior de la pelvis. Se define por el punto de referencia más bajo del feto.

- Cefálica: La cabeza del feto es la parte más baja. Puede ser:
  - Vértice: El occipucio es el punto de referencia más bajo.
  - Frente: La frente es el punto de referencia más bajo.
  - Cara: La barbilla es el punto de referencia más bajo.
- De nalgas: Las nalgas del feto son la parte más baja.
- Compuesta: Más de una parte fetal se encuentra sobre el estrecho superior de la pelvis, como una mano fetal y el vértice.
- Funicular: El cordón umbilical es la parte más baja. Es infrecuente a término.

Posición: Se refiere a la relación de la presentación fetal con la pelvis materna. Se define por la localización del punto de referencia de la presentación en relación con los cuatro cuadrantes de la pelvis materna (anterior, posterior, derecha e izquierda).

- Cefálica:

- Occipitoanterior (OA): El occipucio se encuentra directamente anterior.
- Occipitoposterior (OP): El occipucio se encuentra directamente posterior.
- Occipitotransversa (OT): El occipucio se encuentra en posición transversa.
- Occipitoanterior derecha (OAD): El occipucio se encuentra en el cuadrante anterior derecho.
- Occipitoanterior izquierda (OAI): El occipucio se encuentra en el cuadrante anterior izquierdo.
- Occipitoposterior derecha (OPD): El occipucio se encuentra en el cuadrante posterior derecho.
- Occipitoposterior izquierda (OPI): El occipucio se encuentra en el cuadrante posterior izquierdo.
- De nalgas:
  - Sacroanterior (SA): El sacro se encuentra directamente anterior.
  - Sacroposterior (SP): El sacro se encuentra directamente posterior.
  - Sacrotransversa (ST): El sacro se encuentra en posición transversa.
  - Sacroanterior derecha (SAD): El sacro se encuentra en el cuadrante anterior derecho.
  - Sacroanterior izquierda (SAI): El sacro se encuentra en el cuadrante anterior izquierdo.
  - Sacroposterior derecha (SPD): El sacro se encuentra en el cuadrante posterior derecho.
  - Sacroposterior izquierda (SPI): El sacro se encuentra en el cuadrante posterior izquierdo.

Variedad de Posición: Se refiere a la posición específica de la presentación fetal dentro de la pelvis materna. Se define por la relación del punto de referencia de la presentación con la pelvis materna.

- Cefálica:
  - Occipitoanterior derecha (OAD): El occipucio se encuentra en el cuadrante anterior derecho de la pelvis materna.

- Occipitoanterior izquierda (OAI): El occipucio se encuentra en el cuadrante anterior izquierdo de la pelvis materna.
- Occipitoposterior derecha (OPD): El occipucio se encuentra en el cuadrante posterior derecho de la pelvis materna.
- Occipitoposterior izquierda (OPI): El occipucio se encuentra en el cuadrante posterior izquierdo de la pelvis materna.
- De nalgas:
  - Sacroanterior derecha (SAD): El sacro se encuentra en el cuadrante anterior derecho de la pelvis materna.
  - Sacroanterior izquierda (SAI): El sacro se encuentra en el cuadrante anterior izquierdo de la pelvis materna.
  - Sacroposterior derecha (SPD): El sacro se encuentra en el cuadrante posterior derecho de la pelvis materna.
  - Sacroposterior izquierda (SPI): El sacro se encuentra en el cuadrante posterior izquierdo de la pelvis materna.

Actitud: Se refiere a la posición de la cabeza con respecto a la columna vertebral fetal. Puede ser:

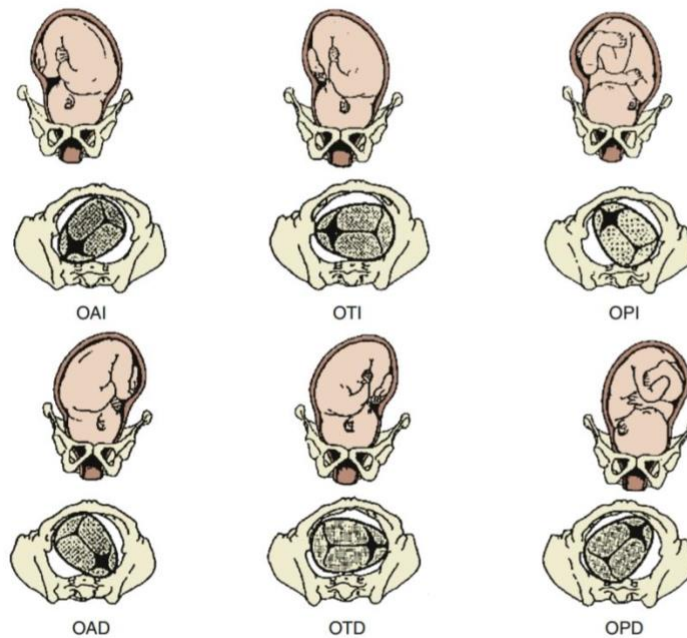
- Flexión: El mentón fetal se flexiona sobre el tórax, lo que facilita el encajamiento de la cabeza en la pelvis materna.
- Extensión: El mentón fetal se extiende hacia atrás, lo que dificulta el encajamiento de la cabeza en la pelvis materna.

Asinclitismo: Se produce cuando la sutura sagital no es directamente central en relación con la pelvis materna.

En resumen:

- La situación describe la relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

- La presentación describe la parte del feto que se encuentra más próxima al estrecho superior de la pelvis.
- La posición describe la relación de la presentación fetal con la pelvis materna.
- La variedad de posición describe la posición específica de la presentación fetal dentro de la pelvis materna.
- La actitud describe la posición de la cabeza con respecto a la columna vertebral fetal.
- El asinclitismo describe una posición de la cabeza fetal en la que la sutura sagital no es directamente central en relación con la pelvis materna.



**Figura 11.6 Presentaciones y posiciones fetales durante el parto.** *OAD*, occipitoanterior derecha; *OAI*, occipitoanterior izquierda; *OPD*, occipitoposterior derecha; *OPI*, occipitoposterior izquierda; *OTD*, occipitotransversa derecha; *OTI*, occipitotransversa izquierda. (Modificado de Norwitz ER, Robinson J, Repke JT, et al. The initiation and management of labor. In: Seifer DB, Samuels P, Kniss DA, eds. *The Physiologic Basis of Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.)

La pelvis ósea femenina es la estructura ósea que alberga los órganos reproductores femeninos y sirve como canal de parto. Se divide en dos partes: la pelvis mayor (falsa) y la pelvis menor (verdadera). La pelvis menor es la que nos interesa para el parto, ya que es el canal por el que el bebé debe pasar.

La forma de la pelvis menor puede variar mucho entre las mujeres, pero se clasifica en cuatro tipos principales:

1. **Ginecoide:** Es la forma más común y favorable para el parto. Tiene un estrecho superior redondeado, con un diámetro anteroposterior (AP) similar al diámetro transversal (TT). Las paredes laterales son rectas y el arco subpúbico es ancho.

**- Medidas:**

- Diámetro transversal del estrecho superior: 12 cm
- Diámetro anteroposterior del estrecho superior: 11 cm
- Paredes laterales: Rectas
- Arco subpúbico: Ancho

2. **Antropoide:** Tiene un estrecho superior ovalado, con un diámetro AP mayor que el TT. Las paredes laterales son estrechas y convergentes, y el arco subpúbico es medio.

**- Medidas:**

- Diámetro transversal del estrecho superior: < 12 cm
- Diámetro anteroposterior del estrecho superior: > 12 cm
- Paredes laterales: Estrechas
- Arco subpúbico: Medio



3. **Androide:** Tiene un estrecho superior en forma de corazón, con un diámetro AP menor que el TT. Las paredes laterales son estrechas y convergentes, y el arco subpúbico es estrecho.

- **Medidas:**

- Diámetro transverso del estrecho superior: 12 cm
- Diámetro anteroposterior del estrecho superior: 11 cm
- Paredes laterales: Convergentes
- Arco subpúbico: Estrecho

4. **Platipeloide:** Tiene un estrecho superior ancho y plano, con un diámetro TT mayor que el AP. Las paredes laterales son amplias y el arco subpúbico es ancho.

- **Medidas:**

- Diámetro transverso del estrecho superior: 12 cm
- Diámetro anteroposterior del estrecho superior: 10 cm
- Paredes laterales: Amplias
- Arco subpúbico: Ancho

Es importante destacar que la evaluación de la pelvis se realiza mediante la pelvimetría, que consiste en la medición de los diferentes diámetros de la pelvis.

Además de la forma de la pelvis ósea, los tejidos blandos pélvicos también juegan un papel importante en el parto. Estos tejidos, como los músculos del suelo pélvico y el cuello uterino, pueden ofrecer resistencia al paso del bebé durante el parto.




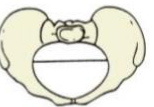
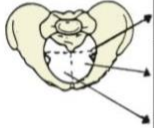
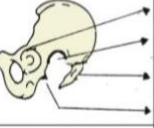

					
		Ginecoide	Antropoide	Androide	Platipeloide
<b>Estrecho superior de la pelvis</b> 	Diámetro transverso más ancho del estrecho superior de la pelvis	12 cm	< 12 cm	12 cm	12 cm
	Diámetro anteroposterior del estrecho superior de la pelvis	11 cm	> 12 cm	11 cm	10 cm
	Pelvis anterior	Ancha	Divergente	Estrecha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

Figura 11.10 Características de los cuatro tipos de pelvis ósea femenina. (Modificado de Callahan TL, Caughey AB, Heffner LJ, eds. *Blueprints in Obstetrics and Gynecology*. Malden, MA: Blackwell Science; 1998:45.)

La pelvis femenina está formada por un conjunto de músculos y ligamentos que ayudan a sostener los órganos internos y a controlar la función de la vejiga, el recto y el útero. Estos músculos también juegan un papel fundamental en el parto, ya que ayudan a controlar el descenso del bebé y a facilitar su expulsión.

### 1. Músculos del Periné:

El periné es la región del suelo pélvico que se encuentra entre el ano y la vulva. Los músculos del periné se dividen en dos grupos: los músculos superficiales y los músculos profundos.

#### - Músculos Superficiales del Periné:

- **Músculo Bulbocavernoso:** Rodea la terminación inferior de la vagina y se extiende desde los cuerpos cavernosos hasta el rafe medio del perineo. Ayuda a controlar la micción y la defecación, y también participa en la erección del clítoris.

- **Músculo Isquiocavernoso:** Se extiende desde los cuerpos cavernosos hasta el isquion, y coopera en el mantenimiento de la erección del clítoris.

- Músculo Transverso Superficial del Periné: Se extiende desde la tuberosidad isquiática hasta el rafe medio del perineo, entre el ano y la vagina. Ayuda a controlar la micción y la defecación.

- Músculos Profundos del Periné:

- Músculo Transverso Profundo del Periné: Se extiende desde la tuberosidad isquiática hasta el rafe medio del perineo, entre el ano y la vagina. Ayuda a controlar la micción y la defecación.

- Esfínter Estriado Externo del Ano: Partiendo del rafe ano-coccígeo y del cóccix, rodea el ano y termina en el rafe medio. Es voluntario y ayuda a controlar la defecación.

- Esfínter Estriado Externo de la Uretra: Rodea la uretra y se inserta en las paredes de la vagina. Ayuda a controlar la micción.

## 2. Músculos Elevadores del Ano:

Los músculos elevadores del ano forman el diafragma pélvico, que es la estructura muscular que sostiene los órganos pélvicos. Estos músculos son muy importantes para el parto, ya que ayudan a controlar el descenso del bebé y a facilitar su expulsión. Los músculos elevadores del ano se dividen en tres partes:

- Haces Puborrectales: Son las fibras más anteriores de los músculos elevadores del ano. Se insertan en el pubis y se dirigen hacia atrás, rodeando el recto.

- Haces Pubococcígeos: Se insertan en el pubis y se dirigen hacia atrás, hacia el cóccix.

- Haces Iliococcígeos: Se insertan en la espina isquiática y se dirigen hacia atrás, hacia el cóccix.

## 3. Otros Músculos:

- Músculo Coccígeo: Se inserta entre el cóccix y el isquion y ayuda a cerrar la pelvis en su región posterior.
- Músculo Piriforme: Ayuda a rotar la cadera y a controlar el movimiento del fémur.

#### 4. Ligamentos:

Además de los músculos, la pelvis femenina está sostenida por varios ligamentos, que ayudan a mantener la posición de los órganos internos y a proporcionar estabilidad a la pelvis.

- Ligamentos Cardinales de MacKenrodt: Son dos ligamentos que se extienden desde el cuello uterino hasta la pared pelviana.
- Ligamentos Uterosacos: Se extienden desde el cuello uterino hasta el sacro.
- Ligamentos Pubovesicales: Se extienden desde la vejiga hasta el pubis.
- Ligamentos Redondos: Son dos cordones que se insertan en ambos cuernos uterinos y se extienden hacia la pared abdominal.
- Ligamentos Anchos: Se extienden desde los bordes del útero hasta la pared pelviana.

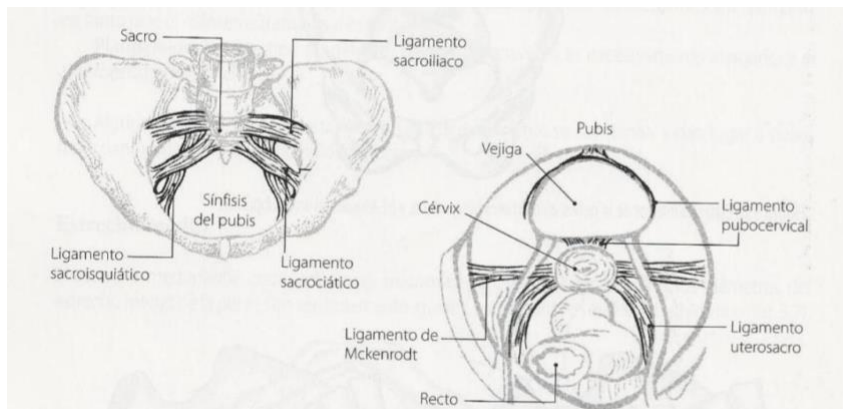


Figura 3.10. Principales ligamentos pélvicos (a y b).

Los músculos principales del periné se esquematizan en la figura 3.11.

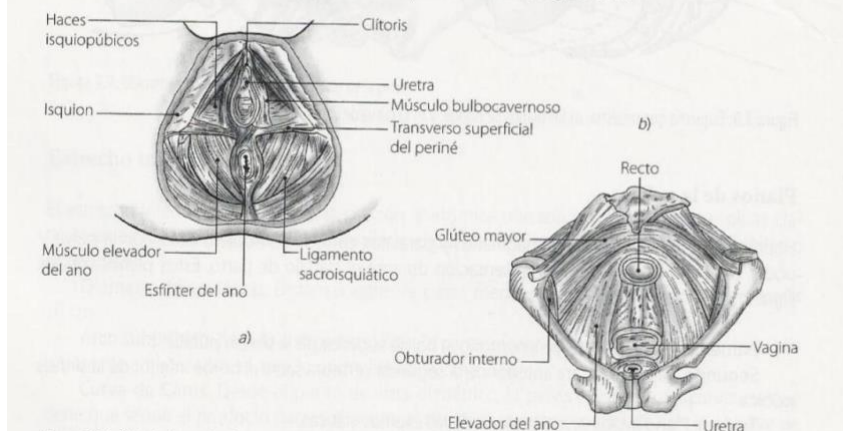


Figura 3.11. Principales músculos del periné.

**La oxitocina** es una hormona peptídica que se produce en el hipotálamo, una región del cerebro que controla muchas funciones importantes, incluyendo las emociones y las respuestas al estrés.

¿Dónde se produce normalmente?

La oxitocina se produce en el hipotálamo, pero no se almacena ahí. Se libera desde el lóbulo posterior de la hipófisis, una glándula que se encuentra en la base del cerebro.

¿Dónde se almacena?

La oxitocina se almacena en el lóbulo posterior de la hipófisis, también conocido como neurohipófisis.

¿Cuál es la dosis en la inducción al parto?

La oxitocina se utiliza para inducir el parto en mujeres que no están en trabajo de parto activo o para estimular las contracciones uterinas en las mujeres que están en trabajo de parto pero que no progresan. La dosis de oxitocina que se utiliza para inducir el parto varía según el protocolo del hospital y la respuesta de la mujer.

Dosis típica:

- Dosis inicial: 1 a 2 miliunidades internacionales (mUI) por minuto.
- Aumento gradual: Se aumenta la dosis en 1 a 2 mUI por minuto cada 30 a 60 minutos, hasta que se alcanzan las contracciones uterinas deseadas.
- Dosis máxima: 40 mUI por minuto.

La oxitocina es una hormona que se utiliza para inducir el parto en mujeres que no están en trabajo de parto activo o para estimular las contracciones uterinas en las mujeres que están en trabajo de parto pero que no progresan. La dosis de oxitocina que se utiliza para inducir el parto varía según el protocolo del hospital y la respuesta de la mujer.

Existen dos tipos de protocolos para la administración de oxitocina:

1. Protocolos de dosis baja:

Estos protocolos imitan la fisiología materna endógena y se asocian con tasas más bajas de taquistolia uterina. La oxitocina en dosis bajas se inicia con 0,5 a 1 mUI y se aumenta en 1 mUI/min a intervalos de 30 a 40 min. Un protocolo alternativo de dosis baja comienza con 2 mUI/min con intervalos de tiempo graduales más cortos de 15 a 30 min.

2. Protocolos de dosis alta:

Estos protocolos suelen comenzar con una dosis inicial de oxitocina de 6 mUI/min que se incrementa en 6 mUI/min a intervalos de 15 a 40 min, o comienzan con 4 mUI/min cada 15 min. Aunque se utilizan a menudo para la estimulación, también se han estudiado en el contexto de la inducción.

Tabla 12.3. Estimulación del parto con oxitocina: ejemplos de pautas de dosis baja y alta:

Pauta	Dosis inicial (mUI/min)	Aumento gradual (mUI/min)	Intervalo de dosis (min)
Dosis baja:	0,5-2	1-2	15-40
Dosis alta:	6	3-6*	15-40

- Este aumento gradual se reduce a 3 mUI/min en presencia de hiperestimulación y se reduce a 1 mUI/min con hiperestimulación recurrente.

Los protocolos de dosis baja se asocian con tasas más bajas de taquistolia uterina, pero pueden requerir un tiempo más largo para lograr la dilatación cervical. Los protocolos de dosis alta pueden ser más rápidos para lograr la dilatación cervical, pero se asocian con una mayor tasa de taquistolia uterina. La elección del protocolo de oxitocina depende de la situación individual de la mujer.

**TERCER PERIODO:** El alumbramiento es la fase final del parto, en la que la placenta se separa de la pared uterina y se expulsa del útero. Este proceso suele ocurrir de forma espontánea, pero a veces puede ser necesario un poco de ayuda.

¿Cómo se produce el alumbramiento?

El desprendimiento de la placenta se anuncia por el alargamiento del cordón umbilical y un chorro de sangre por la vagina. Esto significa que la placenta se ha separado de la pared uterina.

Duración del alumbramiento:

El alumbramiento suele ser un proceso corto. En la mayoría de los casos, la placenta se expulsa en un plazo de 6 minutos. Sin embargo, si el alumbramiento se demora más de 30 minutos, existe un riesgo mayor de hemorragia materna.

Factores que pueden prolongar el alumbramiento:

- Parto prematuro
- Preeclampsia
- Estimulación del parto
- Nuliparidad (primer parto)
- Edad materna avanzada
- Duración del período expulsivo mayor de 2 horas

Maniobras para facilitar el alumbramiento:

Existen dos formas de abordar el alumbramiento:



- Conducta pasiva: Se espera que la placenta se expulse por gravedad o de manera espontánea, sin manipulación del útero ni tracción del cordón umbilical. No se administran fármacos uterotónicos hasta después de la expulsión de la placenta.
- Conducta activa: Se administra medicación uterotónica poco después de la salida del feto, pero antes de la expulsión de la placenta. Se utilizan la tracción y contracción controladas del cordón umbilical para apoyar al útero hasta que la placenta se desprende y es expulsada. Después de la salida de la placenta, se realiza un masaje uterino.

Técnicas de tracción controlada:

Existen dos técnicas para facilitar el desprendimiento y la expulsión de la placenta:

- Maniobra de Brandt-Andrews: Una mano presionada contra el abdomen asegura el fondo uterino para impedir la inversión uterina, mientras que la otra mano ejerce una tracción descendente mantenida sobre el cordón umbilical.
- Maniobra de Credé: Se fija el cordón con la mano inferior y, mientras se asegura y mantiene el fondo uterino, se aplica una tracción hacia arriba mediante una mano presionada contra el abdomen.

Es importante tener cuidado para evitar el arrancamiento del cordón umbilical.

Uso de oxitocina:

La oxitocina es un fármaco uterotónico que se utiliza para estimular las contracciones uterinas y facilitar el desprendimiento de la placenta. La oxitocina se administra por vía intravenosa y su dosis se ajusta según la respuesta de la mujer.

Beneficios de la conducta activa:

La conducta activa del alumbramiento se asocia con una reducción importante de la hemorragia puerperal. Sin embargo, también se ha asociado con un menor peso neonatal al nacer, lo que puede deberse al pinzamiento temprano del cordón y a la reducción del tiempo de transfusión placentaria.

Recomendaciones:

Se recomienda la administración de oxitocina a todas las mujeres en el momento del parto, ya sea a la salida del hombro anterior o de todo el cuerpo, pero definitivamente antes de la salida de la placenta. Si el bebé nace a término y es enérgico, entonces se debería realizar un pinzamiento tardío del cordón, mientras el equipo evalúa al recién nacido y lo mantiene caliente. Se puede emplear una tracción suave del cordón para facilitar la salida de la placenta.