



# Mi Universidad

## Esquemas

*Abril Amairany Ramírez Medina*

*2do parcial*

*Clínica de ginecología y obstetricia*

*Dr. Miguel de Jesús García Castillo*

*Medicina humana*

*7mo semestre. Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 11 de octubre de 2024*

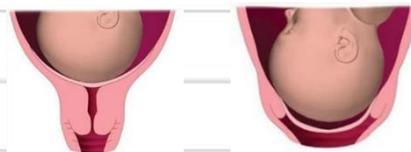
# TRABAJO DE PARTO



Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto a partir de las 22 SDG con placenta y sus anexos

Dilatación. Comienza con el inicio de las contracciones y presencia de cambios cervicales.

Fase latente	Fase activa
Contracciones irregulares	Contracciones regulares 2-4 en 10 minutos
Cambios en el cérvix	Dilatación >5cm
Dilatación < 5 cm	Borramiento >50%
Borramiento <50%	8-18 horas en nulíparas
18 horas en nulíparas	5-12 horas en múltiparas 1.2-1.3
12 horas en múltiparas	1.5



Expulsión. Comienza con la dilatación completa y termina con la expulsión del feto.

Pinzamiento del cordón umbilical 1 minuto

Maniobra de Ritgen empujar el periné hacia atrás evitando desgarros y tener un salida controlada de la cabeza

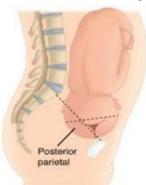
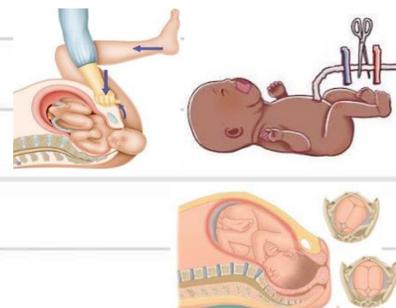
Maniobra de Mc Robert Piernas hacia atrás en caso que los hombros del bebé estén estancados

Tiene una duración de 30 60 minutos

Nulípara 45 60 minutos

Múltipara 30 minutos

Movimientos cardinales



Encajamiento

Mecanismo mediante el cual, el diámetro bilateral (biparietal) pasa a través de la entrada pélvica



Descenso

Descenso que realiza el producto en conjunto con el encajamiento debido a diversas presiones y su buena expulsión



Flexión

Movimiento que hace que el occipucio de aleje de manera gradual del eje transversal



Rotación interna

Movimiento que hace que el occipucio de aleje de manera gradual del eje transversal



Extensión

La cabeza flexionada de forma angulosa alcanza la vulva y experimenta una extensión



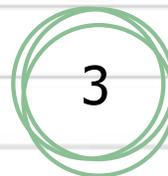
Rotación externa

Después de que la cabeza sale, este sufre una restitución



Expulsión

Después de la rotación externa, el hombro anterior aparece bajo la sínfisis del pubis y el perineo pronto se dilata por el hombro posterior



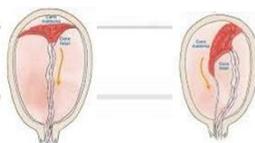
Alumbramiento. Desde el pinzamiento y corte del cordón hasta la expulsión de la placenta y membranas.

Duración: 5-30 minutos

>30 minutos retención placentaria

<5 minutos in problemas

Espontaneo/activo



Mecanismo tipo Shultz: la placenta se desprende del centro a la periferia desde la fetal

Mecanismo tipo Duncan: ocurre un desprendimiento lateral de la periferia hacia el centro

# HEMORRAGIA OBSTÉTRICA POSPARTO

Mujer con sangrado vaginal

Determinar la causa del sangrado estimación de sangrado  
Presión arterial/FC, llenada capilar, estado neurológico y estado de choque

¿Presencia de signos sugestivos de choque?

SI

NO

Intervención ABCDE

A: Pedir ayuda (código Mater)  
B: Asegurar vía aérea, oxígeno FiO2 >40% y SaO2 >90%  
C: Circulación (Restitución de líquidos y hemoderivados)  
D: Medicamentos uterónicos y evaluación neurológica  
E: Exámenes de laboratorio (BH, PT, TPT, Fibrinógeno, etc.)  
Si no se cuenta con material necesario, aplicar técnica Zea y enviar a unidad con capacidad resolutive

Reposición de líquidos e identificación de las causas de hemorragia



SI

¿Presencia de signos sugestivos de choque?

NO

¿Presencia de sangrado?

NO



Restitución de líquidos tibios  
Cristaloides 500 cc en bolo  
Coloides 20ml/kg

SI

NO

NO

NO

SI

NO

SI

SI

NO

Detección de hemorragias con técnicas compresivas y/o histerectomía  
Restitución de líquidos

Vigilancia en recuperación de Signos vitales  
Tono uterino  
Sangrado transvaginal

Infusión de soluciones de acuerdo a reevaluación del estado clínico y hemodinámico

¿Presencia de TP y/o TPP prolongados?

¿Presencia de datos de hipoperfusión?

Cuagulopatía

Inicio de protocolo de transfusión masiva (1:1:2)

¿Presencia de fibrinógeno <200mg/dl?

¿Persistencia de sangrado?

Adicionar hemotransfusión de crioprecipitados  
Exámenes de laboratorio

¿Sangrado, TP y/o TPP prolongados, fibrinógeno < 200mg/dl?

Cirugía de control de daños (empaquetamiento tipo Mikulicz),  
vigilancia en UCI

Vigilancia en UCI de Signos vitales  
Tono uterino  
Sangrado transvaginal  
Suspendir terapia con

## Bibliografías

Williams obstetricia. Trabajo de parto

Instituto Mexicano del Seguro Social; Guía de Práctica Clínica., Diagnóstico y tratamiento del choque hemorrágico en obstetricia GPC, actualización 2017.