



**DOCUMENTO TEÓRICO DEL TALLER DE
EXPLORACIÓN CLÍNICA EN EL EMBARAZO Y
PARTO.**

**OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.
GRADO EN MEDICINA**

PRESENTACIÓN

El objetivo es adquirir la habilidad para realizar la exploración física durante el embarazo y realizar las maniobras de exploración obstétrica en la mujer gestante.

Además, tiene como objetivo adquirir la habilidad para realizar las maniobras de exploración obstétrica durante el parto, fomentando las actitudes para su asistencia clínica.


Edición: Cartilla del embarazo
 Vista pestañas ☐ OFF

Visibilidad: PUBLICO ✖
 Guardar

Datos Paciente

Edad: Talla: cm
 Hospital de referencia:
 Datos importantes:

Antecedentes

Familiares:
 Enfermedades:
 Intervenciones:
 Alergias:
 Medicación previa:

Para recuperar información de E-Receta pulse el botón

GPCA - N° Gestaciones / Partos / Cesáreas / Abortos

G: P: C: A:

Año	Tipo	Causa cesárea	Sexo	Peso (gr)
Sin información				
Añadir Fila				

Gestación actual:
 Tipo de gestación:
 Gestación: ☒ Única ☐ Gemelar ☐ Triple
 Observaciones:

Fechas

	Fecha probable parto
F.U.R.	
ECO F.U.R.	
Edad gestacional	No aplica

Cartilla del embarazo (SALUD)

Cartilla del embarazo (SALUD)


Edición: Cartilla del embarazo
Visibilidad: PUBLICO

Vista pestañas
OFF

Guardar

Serologías

	Toxoplasma			Lúes		Rubeola	VHB		VIH	
	1T	2T	3T	1T	3T	1T	1T	3T	1T	3T
IgG										

VHC	Chagas	Zika	HPV

Observaciones:

Ecografía

Crono		Eco	Acorde	Observaciones
Sem		Sem		
Día		Día		

Screening cromosómico

Screening		DTN	TFNI
1T			

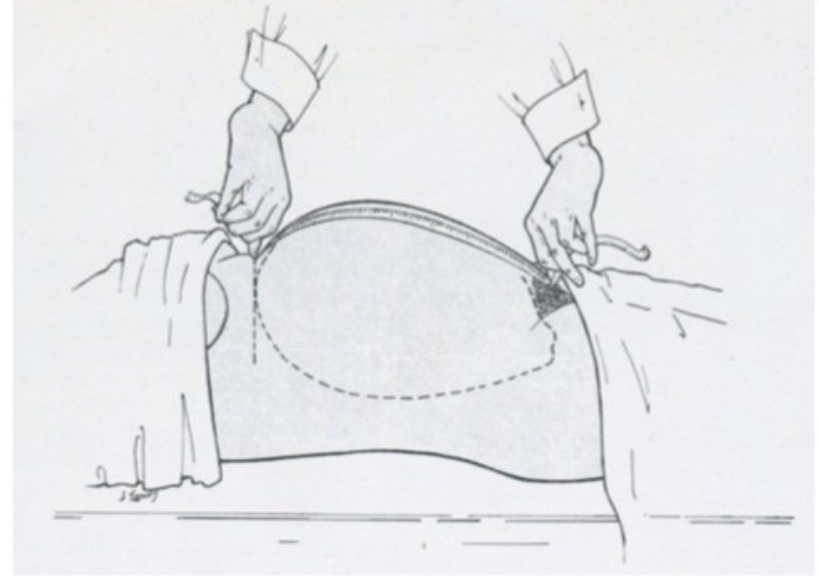
Observaciones

Comentarios:

Comentarios subjetivo:

Cartilla del embarazo (SALUD)

La altura del fondo uterino (AFU) es la distancia que separa la sínfisis del pubis del fondo del útero; se debe medir y anotar en cada consulta. Con la mujer en decúbito supino se aplica uno de los extremos de una cinta métrica sobre el borde superior de la sínfisis del pubis en la línea media y se fija con el dedo pulgar. Se extiende la cinta métrica sobre la línea media y se remonta la mano, deslizando su borde cubital a lo largo de la cinta hasta el punto en que desaparece la resistencia del útero subyacente; la cifra que aparece debajo del borde cubital de la mano es la AFU.



Existe una relación entre la AFU y la duración de la gestación. De forma general se puede afirmar que desde la 16ª a la 36ª semana de gestación la altura del fondo uterino es $\frac{8}{7}$ de la duración del embarazo expresada en semanas desde la fecha de la última regla (regla de McDonald), con una variación normal de ± 3 cm. El ritmo de crecimiento de la altura del fondo uterino hasta la 36ª semana es de unos 4 cm/mes.

Medida de la altura del fondo uterino

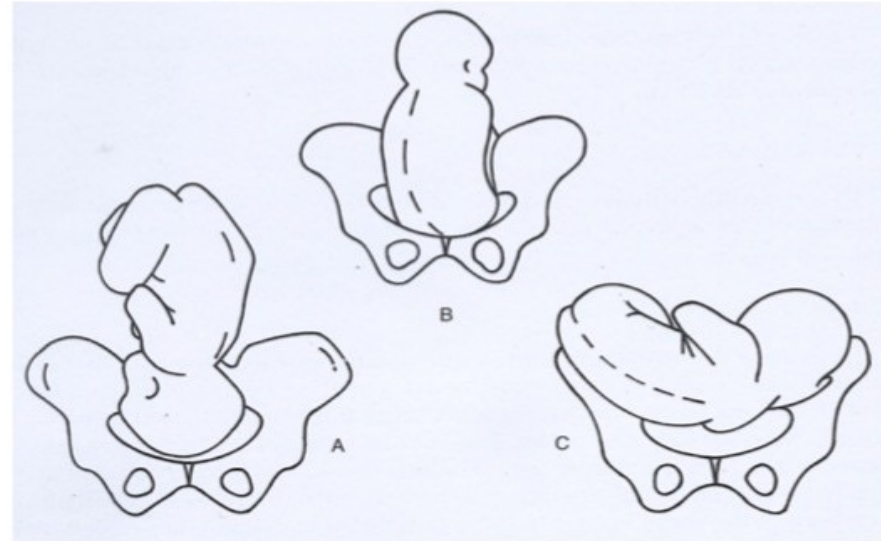
Evolución de la altura del fondo uterino en función de la edad de la gestación.

Edad	Altura (cm) *			Punto anatómico de referencia abdominal
	10º	50º	90º	
8ª semana				Intrapélvico; no palpable por encima del pubis
12ª semana				Palpable por encima del pubis
16ª semana	12	14	16	Tres traveses de dedo por encima del pubis
20ª semana	16	19	21	Dos traveses de dedo por debajo del ombligo
24ª semana	20	23	25	A la altura del ombligo
28ª semana	24	27	29	Tres traveses de dedo por encima del ombligo
32ª semana	28	30	32	Dos traveses de dedo por debajo del reborde costal
36ª semana	31	33	35	A nivel del reborde costal, próximo al xifoídes
40ª semana	33	35	37	Dos traveses de dedo por debajo del reborde costal

* Percentiles

Estática fetal

Situación: es la relación entre el eje longitudinal de la madre y el feto. Existen las siguientes variedades: 1) **Longitudinal (A y B)**: el eje longitudinal materno y fetal coinciden, 2) **Transversa (C)**: el eje longitudinal materno y fetal son perpendiculares, y 3) **Oblicua**: Variante de la situación transversa, cuando el eje longitudinal materno y fetal adoptan una posición intermedia.

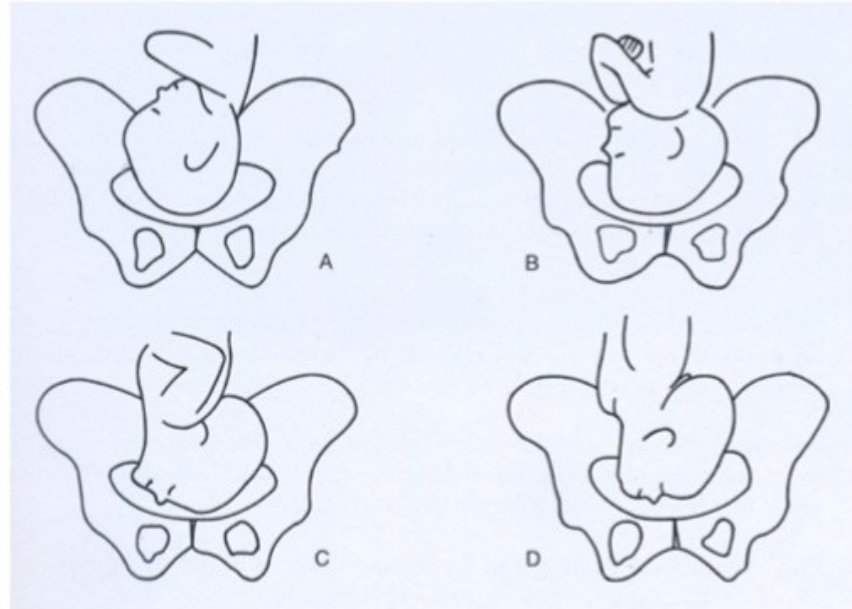


Presentación es la parte del feto en relación con el plano de entrada en la pelvis. Las variedades de la presentación fetal son: 1) **Cefálica (A)**: la cabeza del feto está en relación con el plano de entrada en la pelvis; todas las presentaciones cefálicas son situaciones longitudinales, 2) **Podálica (B)**: La región pélvica del feto está en relación con el plano de entrada en la pelvis. Todas las presentaciones podálicas son situaciones longitudinales., y 3) **Tronco (C)**: En las situaciones oblicuas o transversas cualquier porción del tronco del feto puede estar en relación con el plano de entrada en la pelvis.

Según la relación entre la cabeza y el tronco del feto (actitud) se distinguen los tipos siguientes de presentación cefálica:

Occipucio (A): flexión completa de la cabeza sobre el tronco. Es la más frecuente. La parte presentada es el occipucio. El punto guía es la fontanela menor o lambdaidea. El diámetro cefálico que se ofrece a la pelvis es el suboccípito-bregmático (9,5 cm). Se denomina occípito-ilíaca (O.I.).

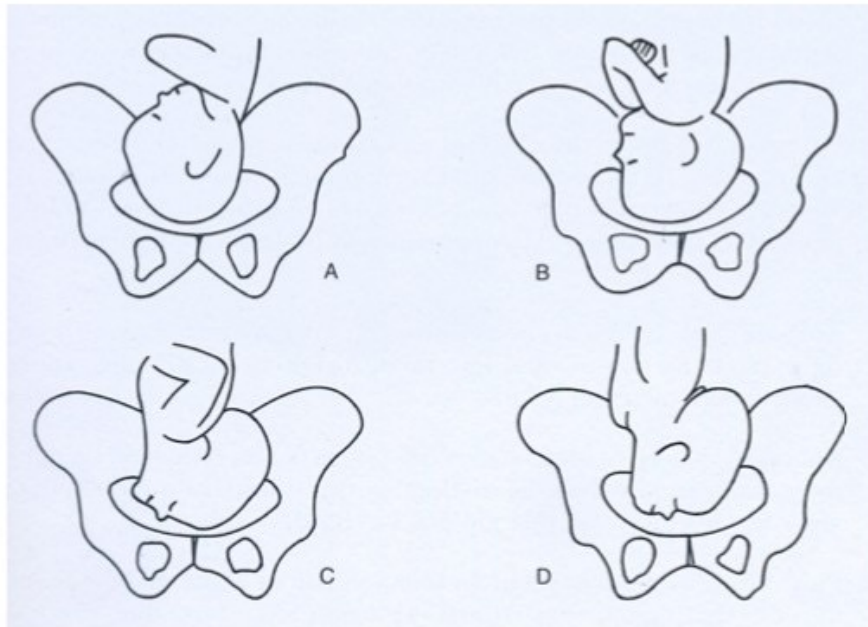
Sincipucio (B): en la presentación de sincipucio o de bregma existe una ligera deflexión de la cabeza fetal. El occipucio y la frente se encuentran al mismo nivel en la pelvis materna (actitud militar). La parte presentada es la sutura sincipital. El punto guía de la presentación es la fontanela mayor o bregmática. El diámetro cefálico que se ofrece a la pelvis es el fronto-occipital (12 cm). Se denomina sincípito-ilíaca (Si.I.).



Según la relación entre la cabeza y el tronco del feto (actitud) se distinguen las siguientes variedades de presentación cefálica:

Frente (C): existe un grado intermedio de deflexión (extensión) de la cabeza fetal. El punto guía de la presentación es la sutura metópica. El diámetro de la presentación es el mento-occipital (13,5 cm), que es el de mayor longitud de la cabeza fetal. Se designa como fronto-ilíaca (F.I.).

Cara (D): grado máximo de deflexión de la cabeza fetal. La cara es la parte presentada. El punto guía de la presentación es la línea medio-facial, que en la práctica clínica se identifica con el mentón. El diámetro que ofrece la presentación es el submento-bregmático (9,5 cm), que tiene las mismas dimensiones que el suboccípito-bregmático utilizado por las presentaciones cefálicas flexionadas.



Estática fetal (variedades de presentación podálica)

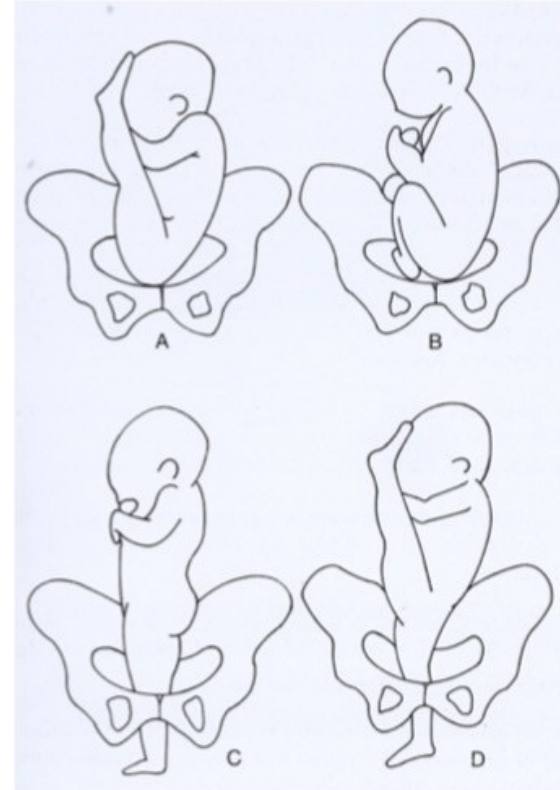
La región pélvica del feto está en relación con el plano de entrada en la pelvis. Todas las presentaciones podálicas son situaciones longitudinales. Se designan como sacro-ilíacas (S.I.). Según la actitud de las extremidades inferiores se distinguen las variedades siguientes:

Nalgas simples (A): Sólo las nalgas están en relación con el plano de entrada pélvico; las piernas del feto están dirigidas hacia arriba, adosadas sobre el abdomen y el tronco.

Nalgas y pies (B): Las nalgas y pies del feto están en relación con el plano de entrada en la pelvis. Se distinguen dos tipos: 1) Completa: Las nalgas y los dos pies, y 2) Las nalgas y un pie.

Pies (C): Los pies del feto están en relación con el plano de entrada pélvico. Se distinguen dos tipos: 1) Completa: Los dos pies, y 2) Incompleta: Un pie.

Rodillas (D): Las rodillas del feto están en relación con el plano de entrada en la pelvis. Se distinguen dos tipos: 1) Completa: Las dos rodillas, y 2) Incompleta: Una rodilla.





Primera



Segunda



Tercera



Cuarta

Maniobras de Leopold

Su **objetivo** es estimar la duración del embarazo y obtener información sobre la presentación fetal. Con la mujer en decúbito supino, el explorador se sitúa en el lado derecho de la gestante mirando hacia su cara. Con el borde cubital de ambas manos, con su cara palmar hacia el útero, se recorre el abdomen materno en sentido ascendente hasta localizar el fondo uterino y palpando las estructuras fetales relacionadas

Estimación de la duración del embarazo: localización del fondo uterino en relación con puntos de referencia anatómicos del abdomen materno.

Diagnóstico de la presentación fetal: 1) **Presentación cefálica:** Se palpa el polo podálico del feto en el fondo uterino; el polo podálico es de superficie irregular, menos redondeado, más blando y menos móvil que el polo cefálico, 2) **Presentación podálica:** Se palpa el polo cefálico del feto en el fondo del útero; el polo cefálico es de forma redondeada, consistencia dura, superficie regular y móvil, y 3) **Presentación de hombro (situación transversa):** No se palpa polo cefálico ni podálico en el fondo uterino.



Primera maniobra
de Leopold

Su **objetivo** es el diagnóstico de la posición y situación fetal. Se realiza situando las manos del explorador a los lados del útero; mientras que una mano fija al útero, la otra mano palpa al feto.

Diagnóstico de la posición fetal: Se basa en la identificación del dorso y de las partes pequeñas del feto. El dorso fetal se palpa como una superficie convexa, continua, lisa y con una resistencia homogénea a la mano del explorador. Las partes pequeñas del feto (brazos y piernas) se palpan como formaciones irregulares redondeadas. La posición es la relación del dorso del feto con el abdomen materno; si el dorso del feto se palpa en el lado derecho de la madre es una dorso-derecha; si el dorso del feto se palpa en el lado izquierdo es una dorso-izquierda. En la situación transversa se palpan los polos cefálico y podálico a ambos lados del útero; si el polo cefálico está en el lado derecho, es una derecha; si está a la izquierda, es una izquierda. La palpación de la cara anterior del útero permite identificar el dorso o las partes pequeñas para establecer si es una dorso-anterior o dorso-posterior.

Diagnóstico de la situación fetal: En las situaciones longitudinales, se palpa el dorso del feto en uno de los lados del útero y las partes pequeñas en el otro. En las situaciones transversas se palpa el polo cefálico en uno de los lados y el podálico en el otro.



Segunda maniobra
de Leopold

Su **objetivo** es el diagnóstico de la presentación fetal y proporciona cierta información sobre la situación. Se realiza aplicando la mano abierta en forma de “C”, oponiendo el pulgar al resto de los dedos, por encima de la sínfisis del pubis, para identificar la parte del feto en relación con la pelvis.

Diagnóstico de la presentación fetal: Si se identifica un polo fetal es una presentación cefálica o podálica. El diagnóstico diferencial se realiza, además de por las características de forma, consistencia, etc, de cada polo, por la sensación de “peloteo” propia de la presentación cefálica que se produce al mover con rapidez la mano a uno y otro lado. Si no se palpa ningún polo fetal por encima del pubis se debe sospechar una presentación de hombro.

Diagnóstico de la situación fetal: La palpación de un polo cefálico o podálico en relación con la pelvis establece el diagnóstico de situación longitudinal. En las situaciones transversas no se palpa polo fetal en relación con la pelvis.



Tercera maniobra
de Leopold

Su objetivo es obtener información sobre la presentación fetal y su relación con la pelvis materna, aunque también se puede conocer la posición y la actitud fetal. La maniobra se realiza con la paciente en decúbito supino y el explorador situado a su derecha y mirando hacia los pies de la gestante. Las manos se colocan a los lados del útero y se dirigen con suavidad hacia la sínfisis del pubis hasta identificar la parte fetal relacionada con la pelvis.

Diagnóstico de la presentación fetal: la identificación del polo cefálico o podálico en relación con la pelvis indica la variedad de la presentación. Si no se palpa ningún polo fetal se trata de una situación transversa.

Relación entre la presentación y la pelvis

Al intentar desplazar la presentación se observa si es móvil por encima de la pelvis o está fija al haber iniciado su entrada en el canal del parto.

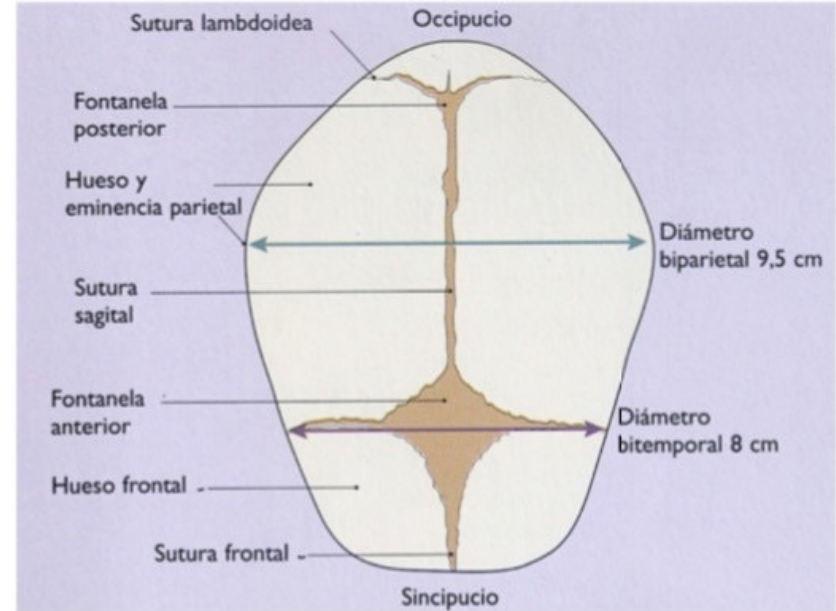
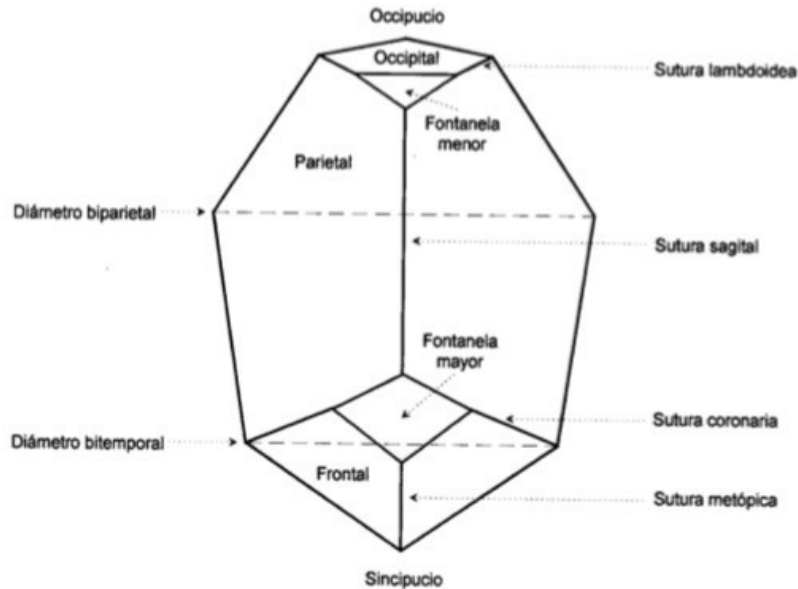


Cuarta maniobra de
Leopold

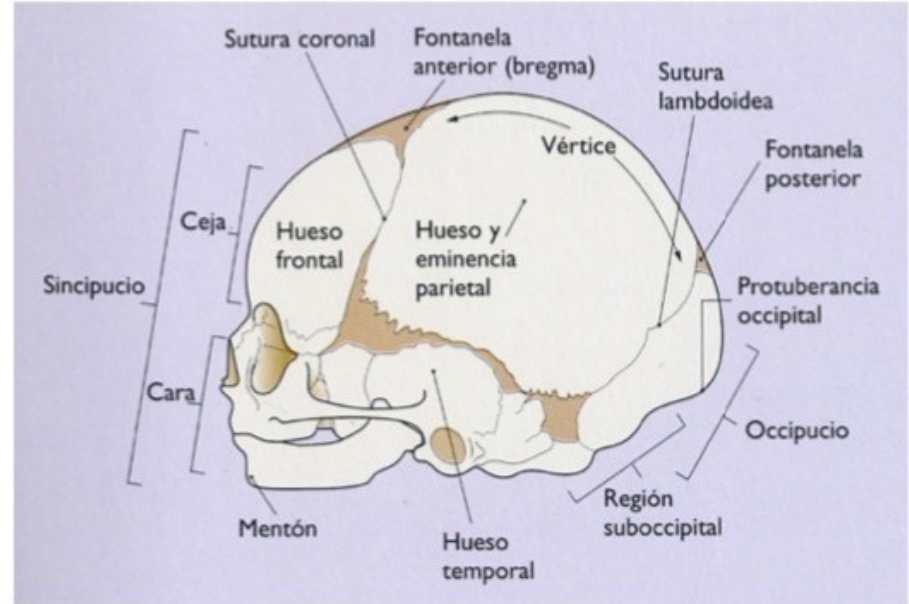
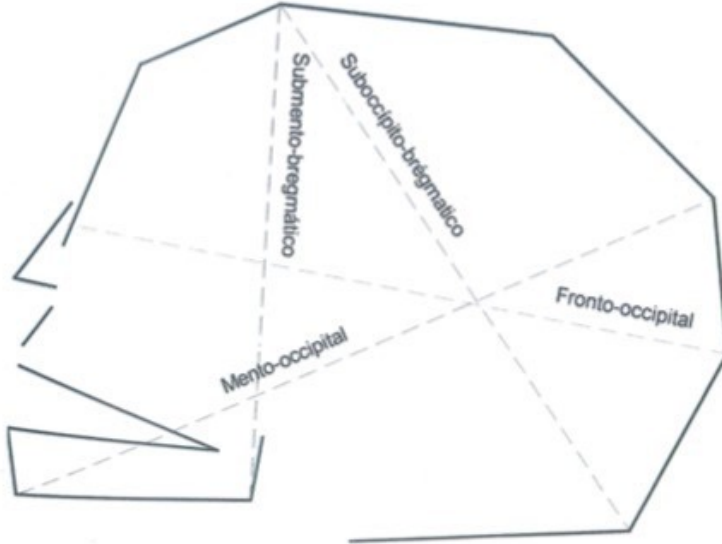
Auscultación fetal



La **auscultación clínica del latido cardíaco fetal** se realiza con el estetoscopio de Pinard o con un detector ultrasónico. Los sonidos del corazón fetal se auscultan situando un estetoscopio sobre la región del abdomen materno donde está el dorso del feto. La FCF se obtiene contando el número de sonidos cardíacos por unidad de tiempo y calculando la frecuencia cardíaca como el número de latidos por minuto (lat/min). La FCF oscila entre 120 y 160 latidos/min. Los latidos deben ser rítmicos y limpios. A veces, se debe tomar el pulso materno de forma simultánea, mientras se ausculta el foco fetal, para evitar errores de interpretación en la auscultación.



Representación esquemática de la cabeza fetal con las relaciones entre los huesos, suturas, fontanelas y diámetros transversos



Representación esquemática de la cabeza fetal con las relaciones entres los huesos, suturas, fontanelas y diámetros antero-posteriores

SUTURAS	
Sagital	Entre los dos parietales
Metópica (medio-frontal)	Entre los dos frontales
Coronaria	Entre los frontales y parietales
Lambdaidea	Entre los parietales y el occipital
FONTANELAS	
Mayor, anterior, frontal o bregmática	Situada en el punto de confluencia de la suturas metópica, sagital y coronaria; tiene forma romboidal. Los ángulos del rombo se continúan con las suturas mencionadas.
Menor, posterior, occipital o lambdaidea	Situada en el punto de confluencia de la sutura sagital con las dos ramas de la sutura lambdaidea: tiene forma triangular y sus ángulos se continúan con las suturas mencionadas.
Temporales o de Casserio	La fontanela ptérica, o antero-lateral, está en la unión del temporal, esfenoides, parietal y frontal. La fontanela astérica, o postero-lateral, está en la unión entre parietal, occipital y temporal.

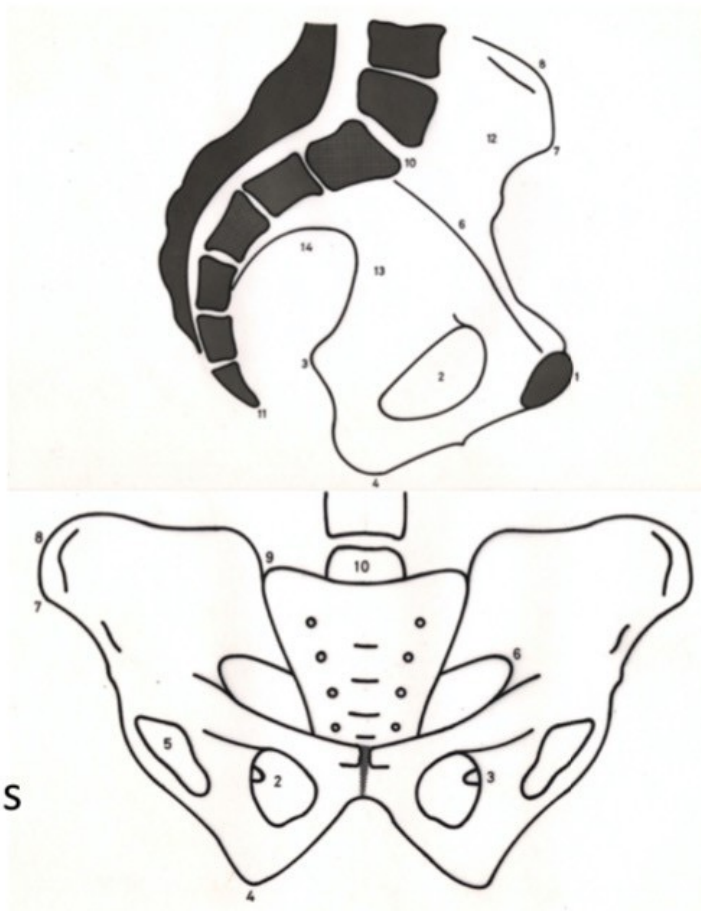
Suturas y fontanelas del cráneo fetal

DIÁMETROS ANTERO-POSTERIORES	
Suboccipito-bregmático u oblicuo menor	Desde la región suboccipital hasta el bregma o fontanela menor (9.5 cm). Es el diámetro antero-posterior presentado cuando la cabeza fetal está flexionada.
Fronto-occipital o recto	Desde la protuberancia del occipital hasta la raíz de la nariz (12 cm). Es el diámetro utilizado en la presentación de síncipio.
Mento-occipital u oblicuo mayor	Desde el mentón hasta el punto más distante del occipital (13.5 cm). Es el diámetro utilizado en la presentación de frente.
Submento-bregmático o hiobregmático	Desde el punto más bajo del mentón, cerca del hioides, al bregma (9.5 cm). Es el diámetro utilizado en la presentación de cara o deflexión completa de la cabeza fetal.
DIÁMETROS TRANSVERSOS	
Biparietal o transversal mayor	Se extiende desde una eminencia parietal a la otra. Es el diámetro transversal máximo de la cabeza (9.5 cm).
Bitemporal o transversal menor	Distancia mayor entre las dos suturas coronarias (7.5-8 cm).
PLANOS Y PERÍMETROS	
Suboccipito-bregmático	Se extiende a través de los diámetros suboccipito-bregmático y biparietal. Tiene el perímetro menor de todos los planos importantes (29 cm). Su forma es casi circular y es el plano que pasa por la pelvis en el mecanismo normal del parto.
Fronto-occipital	Pasa por los diámetros fronto-occipital y biparietal. Su circunferencia es de 34 cm.
Mento-occipital	Pasa por el diámetro mento-occipital. Es el plano más grande y tiene un perímetro de 38 cm.

Diámetros planos y perímetros del cráneo fetal

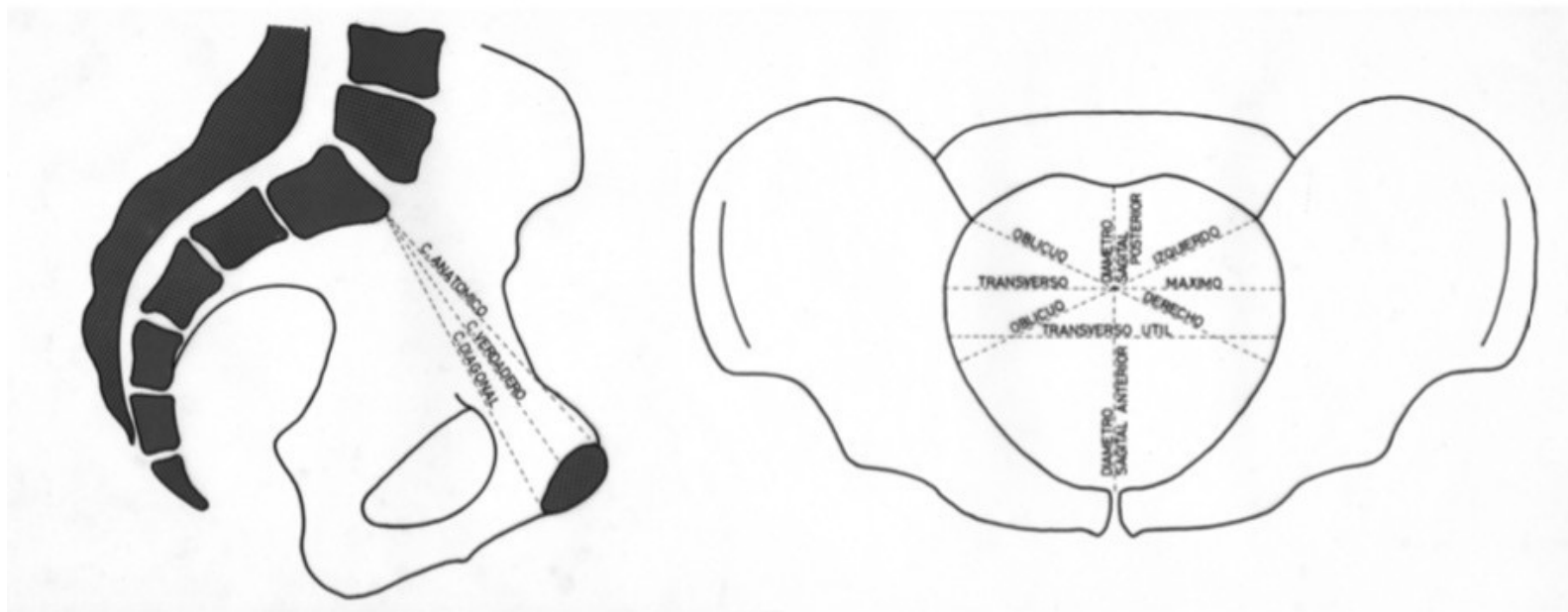
1. Sínfisis púbica
2. Agujero obturador
3. Espinas ciáticas
4. Tuberosidades isquiáticas
5. Acetábulo
6. Línea innominada
7. Espina ilíaca antero-superior
8. Cresta ilíaca
9. Articulación sacro-ilíaca
10. Promontorio
11. Cóccix
12. Hueso ilíaco
13. Escotadura sacrociática

Puntos de referencia anatómicos
de la pelvis



Diámetros y planos de la pelvis

ESTRECHO SUPERIOR	
<i>Diámetros antero-posteriores</i>	
Conjugado anatómico o verdadero	Desde el promontorio al borde superior de la sínfisis del pubis (11,5-12 cm).
Conjugado obstétrico	Desde el promontorio al punto más próximo de la cara posterior de la sínfisis del pubis (11 cm).
Conjugado diagonal	Desde el promontorio a la parte inferior de la sínfisis del pubis (12,5 cm).
<i>Diámetros transversos</i>	
Transverso máximo	Entre los puntos más distantes de la línea innominada en sentido transversal (13 cm).
Transverso útil	Es el diámetro transverso perpendicular en el punto medio al diámetro AP máximo (12-12,5 cm).
Sagital posterior	Desde la intersección de los diámetros transverso máximo y conjugado anatómico hasta el promontorio (4,5 cm).
<i>Diámetros oblicuos</i>	
Oblicuo derecho	Desde la articulación sacroiliaca derecha a la eminencia ileopectínea izquierda (12,5 cm).
Oblicuo izquierdo	Desde la articulación sacroiliaca izquierda a la eminencia ileopectínea derecha (12,5 cm).
PLANO DE LA EXCAVACIÓN PELVIANA	
Antero-posterior	Desde la sínfisis púbica hasta la unión de SII-SIII (12,75 cm).
Transverso	Distancia entre los puntos más separados de las paredes laterales de este plano (12,5 cm).
ESTRECHO MEDIO	
Antero-posterior	Del borde inferior de la sínfisis del pubis hasta la unión del sacro con el cóccix (12 cm).
Transverso (interespinoso)	Une a las espinas ciáticas (10,5 cm).
Sagital posterior	Desde el diámetro interespinoso hasta la unión del sacro con el cóccix (,5-5 cm).
ESTRECHO INFERIOR	
Antero-posterior (subpubo-subcoccigeo)	Diámetro sagital. Desde el punto más inferior de la sínfisis del pubis hasta la punta del cóccix; mide 9,5 cm, por el desplazamiento del cóccix al paso del feto puede alcanzar los 11,5 cm.
Transverso (inter-tuberoso)	Une a las tuberosidades isquiáticas (11 cm).
Sagital posterior	Desde la mitad del diámetro inter-tuberoso al extremo del cóccix (7,5 cm).



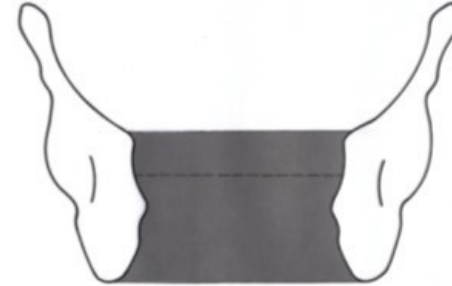
Plano del estrecho superior de la pelvis

A la izquierda diámetros anteroposteriores, a la derecha diámetros transversos y oblicuos.

Es el **plano de las máximas dimensiones pélvicas**. Se extiende desde el punto más posterior de la sínfisis del pubis hasta la unión de SII-SIII, o porción más excavada de la concavidad del sacro; lateralmente pasa a través de los huesos isquiáticos, por encima del acetábulo. Su forma es casi circular.

Diámetro transverso: es la distancia que existe entre los dos puntos más distantes de las paredes laterales del plano (12,5 cm).

Diámetro anteroposterior: desde la sínfisis del pubis hasta la unión de SII-SIII (12,5 cm)



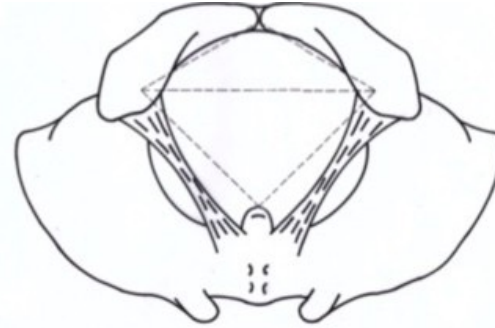
Plano de la excavación

Es el plano de salida o límite inferior de la pelvis menor. Limitado por detrás por la punta del cóccix, lateralmente, y de atrás hacia delante, por el borde inferior de los ligamentos sacrociáticos mayores, de las tuberosidades isquiáticas y de las ramas isquiopubianas, y por delante por el borde inferior de la sínfisis del pubis. Su forma es ovalada con el eje mayor en sentido AP. Está formado por dos planos triangulares con una base común, que descienden desde el cóccix y la sínfisis del pubis, hasta una línea que se extiende entre las tuberosidades isquiáticas. El orificio inferior del canal pelviano está cerrado por el diafragma pélvico, formado por los músculos elevadores del ano e isquiococcígeos.

Diámetro anteroposterior (subpubo-subcoccígeo): desde el punto más inferior de la sínfisis del pubis hasta la punta del cóccix; mide 9,5 cm, pero por la desplazamiento del cóccix al paso de la presentación puede alcanzar los 11-12 cm.

Diámetro transversal (inter-tuberositario): une las tuberosidades isquiáticas (11 cm.).

Diámetro sagital posterior: desde la mitad del diámetro inter-tuberositario al extremo del cóccix (7,5 cm.).

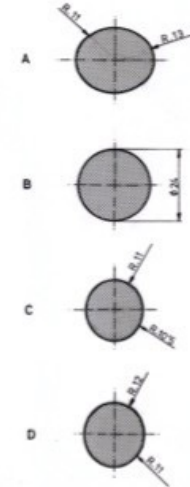


Estrecho inferior

Dirección y forma del canal del parto

El canal óseo del parto se puede describir como un cilindro curvo irregular. Su cara interna anterior corresponde a la sínfisis púbica y mide 4,5 cm., mientras que la posterior es el sacro, que mide 12 cm. La entrada a este cilindro es el estrecho superior y la salida el estrecho inferior.

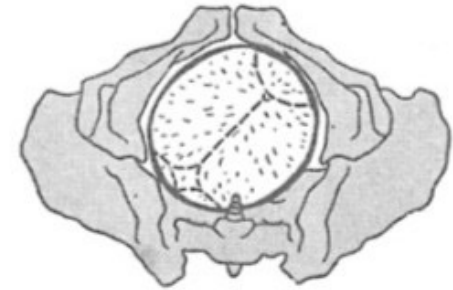
El eje de la pelvis es la curva que forma el canal óseo del parto y la dirección que sigue el feto al pasar por la pelvis. Es una línea que pasa a través del centro de cada uno de los planos pélvicos. Su trayecto es recto hasta llegar al estrecho medio, donde describe una curva hacia delante centrada en la sínfisis del pubis.



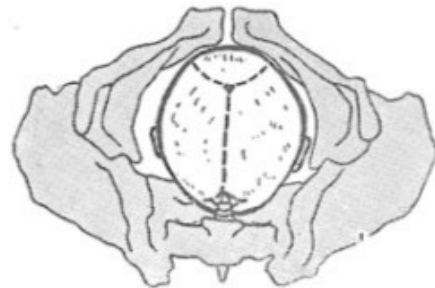
La forma del plano de entrada y de salida de la pelvis es diferente. Los diámetros mayores de ambos planos son perpendiculares entre sí. El estrecho superior tiene su diámetro mayor en sentido oblicuo o transversal, por lo que la cabeza se introducirá en la pelvis haciendo coincidir su diámetro anteroposterior con uno de los diámetros oblicuos o transversal del estrecho superior. Sin embargo, el estrecho inferior tiene su eje mayor en sentido anteroposterior, por lo que la cabeza fetal, cuyo diámetro mayor es el anteroposterior debe girar o rotar para salir de la pelvis haciendo coincidir dicho diámetro con el diámetro sagital del plano de salida de la pelvis. En consecuencia, la forma de la pelvis y la diferente orientación del eje mayor de los planos de entrada y salida de la pelvis hacen que el determinan que el feto deba realizar movimientos complejos de giro alrededor del pubis y de rotación alrededor de su propio eje, simultáneamente con su descenso a lo largo del canal del parto.



Movimientos cardinales del feto durante el parto
Flexión y encajamiento



Movimientos cardinales del feto durante el parto
Descenso y rotación interna



Movimientos cardinales del feto durante el parto
Deflexión y desprendimiento



Movimientos cardinales del feto durante el parto
Rotación externa



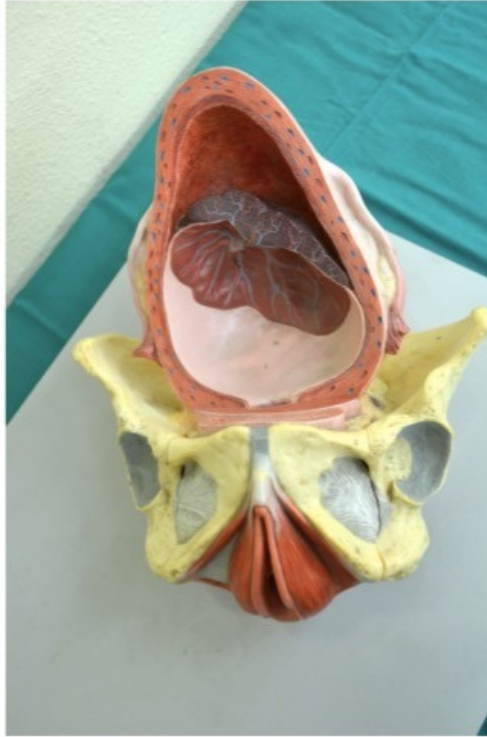
Periodo de dilatación (ver canal del parto)



Periodo expulsivo del parto (ver canal del parto)



Periodo expulsivo del parto (ver canal del parto)



Periodo del alumbramiento