

consecuencia, la posición del feto dentro de la cavidad uterina debe determinarse al principio del trabajo de parto.

■ Situación, presentación, actitud y posición del feto

La orientación del feto en relación con la pelvis materna se describe con los términos situación, presentación, actitud y posición.

Situación fetal

La relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre se denomina *situación fetal*, y puede ser *longitudinal* o *transversa*. En ocasiones, los ejes fetal y materno se cruzan en un ángulo de 45° y originan una situación *oblicua*, que es inestable y siempre se transforma en longitudinal o transversa durante el trabajo de parto. Se encuentra una situación longitudinal en más de 99% de los trabajos de parto a término. Factores predisponentes para la situación transversa incluyen multiparidad, placenta previa, polihidramnios y anomalías uterinas (cap. 20, pág. 476).

Presentación fetal

La *parte que se presenta* es aquella porción del cuerpo fetal que está más avanzada dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad. Se puede percibir a través del cuello uterino por tacto vaginal. Por lo tanto, en situaciones longitudinales la parte que se presenta es la cabeza o la pelvis, que dan lugar a las presentaciones *cefálica* y *pelvica*, respectivamente. Cuando el feto yace con el eje longitudinal en localización transversa, la parte que se presenta es el *hombro* y se percibe a través del cuello uterino en la exploración vaginal. En el [cuadro 17-1](#) se incluyen las frecuencias de las diversas presentaciones fetales.

Presentación cefálica. Se clasifica según sea la relación entre la cabeza y el cuerpo del feto ([fig. 17-1](#)). Por lo regular, la cabeza está muy flexionada, de tal manera que la mandíbula entra en contacto con el tórax. La fontanela occipital es la parte que se presenta y da lugar a la *presentación de vértice* u *occipucio*. Con mucho menos frecuencia, el cuello fetal puede estar muy extendido y por consiguiente el occipucio y el dorso entran en contacto y la frente es la porción

CUADRO 17-1. Presentación fetal en 68 097 embarazos con producto único en el Parkland Hospital

Presentación	Porcentaje	Incidencia
Cefal	96.8	—
Pélvica	2.7	1:36
Transversa	0.3	1:335
Compuesta	0.1	1:1 000
De cara	0.5	1:2 000
De frente	0.01	1:10 000

más avanzada dentro del conducto del parto, lo que corresponde a la *presentación de cara* (fig. 20-6, pág. 474). La cabeza fetal puede asumir una posición entre estos dos extremos: parcialmente flexionada en algunos casos, en la presentación de la fontanela anterior (grande) o bregma, la llamada *presentación de sincipucio*, o en parte extendida para la denominada *presentación de frente* (fig. 20-8, pág. 476). Estas últimas dos presentaciones suelen ser transitorias. Conforme avanza el trabajo de parto, las presentaciones de sincipucio y frente casi siempre se convierten en las de vértice o facial por flexión o extensión del cuello, respectivamente. Si esto no ocurre puede presentarse una distocia, como se analiza en el capítulo 20 (pág. 476).

El feto a término tiene casi siempre una presentación de vértice, lo cual resulta lógico si se considera que el útero posee una configuración piriforme. Aunque la cabeza fetal a término es un poco mayor que la pelvis, todo el *polo podálico*, esto es, la pelvis y sus extremidades flexionadas, tiene mayor volumen y movilidad que el polo cefálico. El *polo cefálico* está constituido sólo por la cabeza del feto. Hasta casi las 32 semanas, la cavidad amniótica es grande en comparación con la masa fetal y no hay acumulación de partes fetales por cercanía de las paredes uterinas. No obstante, de modo subsiguiente, la razón del volumen del líquido amniótico disminuye con respecto a la masa fetal creciente. Como resultado, las paredes uterinas se acercan más a las partes fetales.

Si la presentación es pélvica, el feto suele cambiar su polaridad para ocupar el fondo uterino, más amplio por su porción más voluminosa y móvil, el polo podálico. Como se describe en el capítulo 24 (pág. 527, y fig. 24-1), la incidencia de presentación pélvica decrece al avanzar la gestación. Se aproxima a 25% a las 28 semanas, a 17% a las 30 semanas, a 11% a las 32 semanas, y luego decrece hasta alrededor de 3% al término. La incidencia elevada de presentación pélvica en fetos con hidrocefalia concuerda con esta teoría, debido a que en esta condición el polo cefálico del feto es mayor que el podálico.

Presentación pélvica. Cuando el feto muestra una presentación pélvica, sus tres variantes generales corresponden a *presentaciones franca, completa y podálica*, que se describen en el capítulo 24 (pág. 527). Esta presentación puede ser efecto de circunstancias que evitan que ocurra la versión normal, por ejemplo un tabique que protruye hacia la cavidad uterina (cap. 40,

pág. 897). Una peculiaridad de la actitud fetal, en particular la extensión de la columna vertebral, como sucede en las presentaciones pélvicas francas, podría evitar también que el feto cambie de posición. Si la placenta se implanta en el segmento uterino inferior, puede distorsionar la anatomía intrauterina normal y tener como consecuencia una presentación pélvica.

Actitud o postura fetales

En los últimos meses del embarazo, el feto adopta una postura característica que se describe como actitud o hábito (fig. 17-1). Como regla, el feto conforma una masa ovoide que corresponde de manera general a la configuración de la cavidad uterina. El feto se dobla o flexiona sobre sí mismo, de tal forma que la espalda adquiere una marcada convexidad; la cabeza se flexiona acusadamente, de manera que el mentón casi se encuentra en contacto con el pecho; los muslos se flexionan sobre el abdomen, y las piernas se doblan a la altura de las rodillas. En las presentaciones cefálicas, los brazos suelen cruzarse sobre el tórax o ubicarse de modo paralelo a los lados, mientras el cordón umbilical yace en el espacio entre ellos y las extremidades pélvicas. Esta postura característica es producto de la forma de crecimiento del feto y su acomodación dentro de la cavidad uterina.

Hay excepciones anormales de esta actitud a medida que la cabeza fetal se torna cada vez más extendida con respecto a la de vértice con tendencia a la presentación facial (fig. 17-1), lo que ocasiona un cambio progresivo de la actitud a partir de un contorno convexo (flexionado) hasta uno cóncavo (extendido) de la columna vertebral.

Posición fetal

Es la relación de una porción arbitrariamente elegida de la presentación respecto del lado derecho o izquierdo del conducto del parto. Con cada presentación puede haber dos variedades de posición, derecha o izquierda. El occipucio, el mentón y el sacro fetales son los puntos determinantes en las presentaciones de vértice, cara y pélvica, respectivamente (figs. 17-2 a 17-6). Debido a que la presentación puede adoptar las formas de posición izquierda o derecha, hay variedades occipitales, mentonianas y sacras izquierdas y derechas, que se abrevian como LO (*left occipital*) y RO (*right occipital*), LM (*left mental*) y RM (*right mental*), LS (*left sacral*) y RS (*right sacral*), respectivamente.

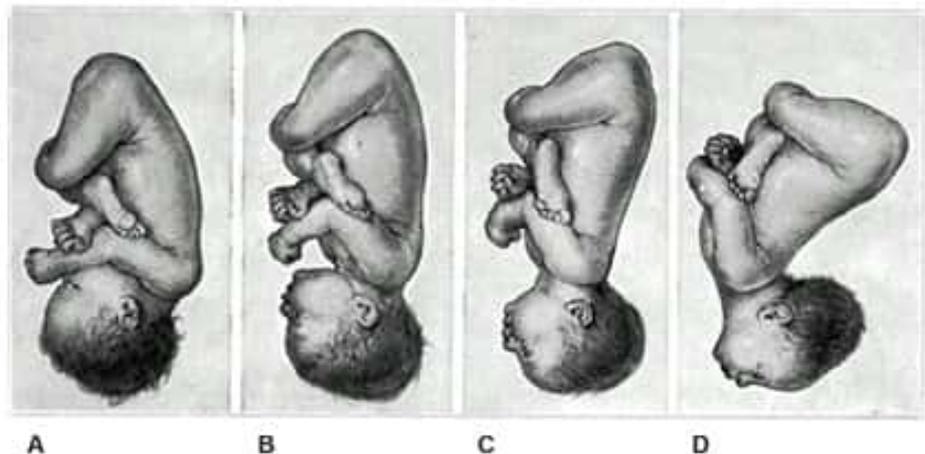


FIGURA 17-1 Situación longitudinal. Presentación cefálica. Diferencias de actitud del cuerpo fetal en las presentaciones (A) de vértice, (B) de sincipucio, (C) de frente y (D) de cara. Obsérvense los cambios en la actitud fetal con respecto al vértice fetal conforme la cabeza pierde la flexión,

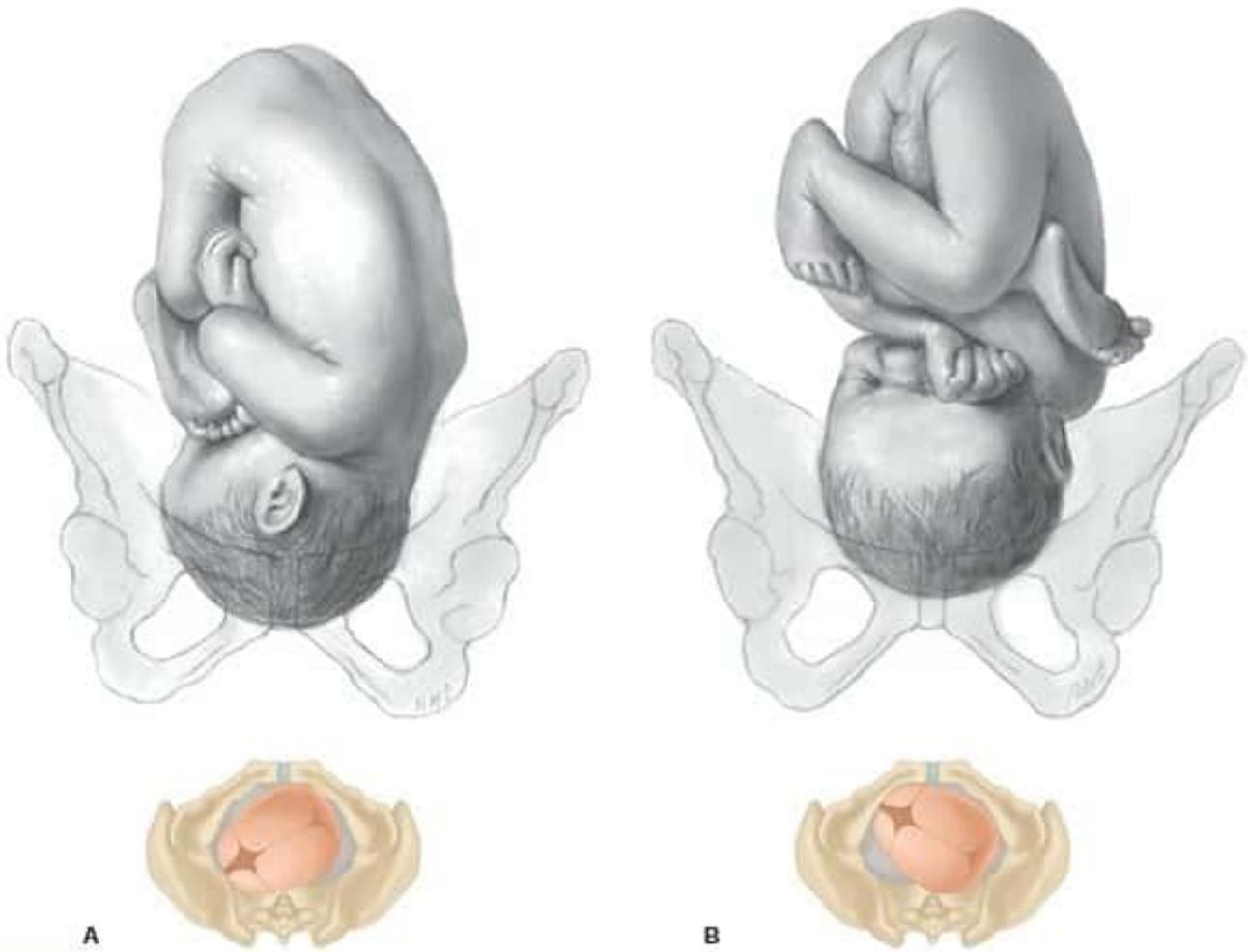


FIGURA 17-2 Situación longitudinal, Presentación de vértice. **A.** Occipitoanterior izquierda (LOA). **B.** Occipitoposterior izquierda (LOP).

Variedades de presentación y posición

Para una orientación todavía más precisa, se considera la relación entre una porción particular de la presentación y las partes anterior, transversa o posterior de la pelvis materna. Puesto que las variedades derecha o izquierda pueden dirigirse en sentidos anterior (A), transverso (T) o posterior (P), existen seis posibilidades de ubicación para cada una de las tres presentaciones (figs. 17-2 a 17-6). En consecuencia, en una presentación de occipucio, la variedad de posición puede abreviarse como sigue:



Casi 66% de las presentaciones de vértice pertenece a la variedad occipital izquierda y 33% a la derecha.

En las presentaciones de hombro, el acromion (escápula) es la porción del feto elegida de manera arbitraria para señalar su orientación en relación con la pelvis materna. En la [figura 17-7](#) se muestra un ejemplo de la terminología utilizada algunas veces para este propósito. El acromion o dorso del feto puede dirigirse hacia atrás o adelante, arriba o abajo (cap. 20, pág. 476). Debido a que es imposible diferenciar con exactitud estas diversas variedades de la presentación de hombros por exploración clínica, y puesto que tal diferenciación no tiene propósito práctico, a menudo se refiere a todas las situaciones transversas simplemente como *presentaciones de hombros*. Otro término empleado es el de *situación transversa*, con *dorso superior* o *inferior*.

Diagnóstico de la presentación y posición fetales

Es posible aplicar varios métodos para diagnosticar la presentación y la posición del feto e incluyen la palpación abdominal, la exploración vaginal, la auscultación y, en algunos casos en que existe duda, la ecografía. En ocasiones es posible recurrir a radiología simple, tomografía computarizada o imágenes por resonancia magnética.