



FIGURA 17-3 Situación longitudinal. Presentación de vértice. **A.** Occipitoposterior derecha (ROP). **B.** Occipitotransversa derecha (ROT).

Palpación abdominal: maniobras de Leopold

Se puede efectuar una exploración abdominal sistemática mediante las cuatro maniobras descritas por Leopold en 1894 y que se muestran en la [figura 17-8](#). La madre se acuesta en una posición supina que le resulte cómoda y se descubre el abdomen. Tales maniobras pueden ser difíciles de realizar e interpretar, si no imposibles, cuando la paciente presenta obesidad, existe una cantidad excesiva de líquido amniótico o la placenta tiene implantación anterior.

1. La primera maniobra permite identificar cuál de los polos fetales, es decir, el cefálico o el podálico, ocupa el fondo uterino. La presentación pélvica produce la sensación de una masa grande y nodular, en tanto que la cabeza se percibe dura y redonda y es más móvil y susceptible de peloteo.
2. Una vez que se determina la situación del feto, se lleva a cabo la segunda maniobra mediante la colocación de las palmas a ambos lados del abdomen materno y aplicación de presión gentil, pero profunda. Por un lado se percibe una resistencia dura, el dorso, y en el otro numerosas partes pequeñas, irregulares y móviles, las extremidades fetales. Al precisar si el dorso tiene dirección anterior, transversa o posterior, se puede determinar la orientación del feto.
3. La tercera maniobra se realiza al tomar la parte inferior del abdomen materno, justo por arriba de la sínfisis del pubis, entre el pulgar y los dedos de la misma mano. Si la presentación no está encajada, se identifica una masa móvil, por lo general correspondiente a la cabeza. La diferenciación entre cabeza y pelvis se realiza como en la primera maniobra. Sin embargo, si la parte que se presenta está encajada a profundidad, los hallazgos de esta maniobra sólo indican que el polo fetal inferior se encuentra dentro de la pelvis materna, y los detalles se definen entonces mediante la cuarta maniobra.
4. Para llevar a cabo la cuarta maniobra, el explorador se coloca de frente a los pies de la madre y, con las puntas de los primeros tres dedos de cada mano, ejerce presión profunda en dirección del eje de la entrada pélvica. En muchos casos, cuando la cabeza ha descendido, se puede diferenciar fácilmente en la pelvis el hombro anterior mediante la tercera maniobra.

Se puede efectuar la palpación abdominal en los últimos meses del embarazo, durante y entre las contracciones del trabajo de parto. Si se tiene experiencia, es posible calcular el tamaño del feto. Según Lydon-Rochelle et al. (1993), los clínicos experimentados identifican con precisión las presentaciones anómalas mediante las maniobras de Leopold, con sensibilidad (88%), especificidad



FIGURA 17-4 Situación longitudinal. Presentación de vértice. Occipitoanterior derecha (ROA).

(94%), valor predictivo positivo (74%) y valor predictivo negativo (97%) altos.

Tacto vaginal

Antes del trabajo de parto, el diagnóstico de la presentación y la posición fetales por tacto vaginal casi nunca es concluyente, debido a que la presentación debe palparse a través de un cuello cerrado y el segmento uterino inferior. Con el inicio del trabajo de parto y tras la dilatación del cuello uterino, las presentaciones de vértice y sus variedades se reconocen mediante la palpación de las distintas suturas y fontanelas del feto. Las presentaciones de cara y pélvicas se identifican por palpación de las estructuras faciales y el sacro, respectivamente.

En un intento por determinar la presentación y posición por tacto vaginal, es aconsejable seguir un sistema definido que incluye cuatro movimientos:

1. El explorador inserta dos dedos en la vagina y encuentra la parte que se presenta. A continuación se diferencian con facilidad el vértice, la cara y la pelvis del feto.
2. Si es el vértice el que se presenta, los dedos se dirigen en sentido posterior y se deslizan en seguida hacia delante sobre la cabeza fetal, en dirección de la sínfisis del pubis (fig. 17-9). Durante este

movimiento, los dedos se deslizan necesariamente por la sutura sagital y permiten delinear su trayectoria.

3. Se precisan después las posiciones de las dos fontanelas. Los dedos se deslizan hacia el extremo anterior de la sutura sagital y se encuentra e identifica la fontanela correspondiente; después, con un movimiento de deslizamiento, se pasan los dedos a lo largo de la sutura hasta el otro extremo de la cabeza, donde se localiza y diferencia la fontanela posterior (fig. 17-10).
4. La altura de presentación, o grado al cual la parte que se presenta ha descendido dentro de la pelvis, también puede determinarse en este momento (pág. 392). Al utilizar estas maniobras, se reconocen con facilidad las distintas suturas y fontanelas (fig. 4-9, pág. 84).

Ecografía y radiología

Las técnicas ecográficas pueden ayudar a identificar la posición fetal, en especial en mujeres obesas o en aquellas con rigidez de la pared abdominal. En algunas situaciones clínicas, la información que se obtiene mediante radiología justifica el riesgo mínimo de una exposición única a rayos X (cap. 41, pág. 915). Zahalka et al. (2005) compararon exploraciones digitales y ecografías transvaginales y transabdominales para determinar la posición de la cabeza del feto durante la segunda fase del trabajo de parto, e informaron que la ecografía transvaginal era superior.

Mecanismos del trabajo de parto en la posición occipitoanterior

En la mayor parte de los casos, el vértice ingresa a la pelvis con la sutura sagital en relación con el diámetro transversal de ese segmento corporal. El feto entra a la pelvis en una variedad *occipitotransversa izquierda* (*left occipus transverse, LOT*) en 40% de los trabajos de parto y en la *occipitotransversa derecha* (*right occipus transverse, ROT*) en 20% (Caldwell et al., 1934). En las variedades *occipitoanterior* (*left occipus anterior [LOA]* o *right occipus anterior [ROA]*), la cabeza entra a la pelvis con el occipucio girado 45° hacia delante desde la posición transversal, o lo hace después. El mecanismo del trabajo de parto en estas variedades de posición suele ser similar.

Los cambios de posición de la parte que se presenta, necesarios para pasar a través del conducto pélvico, constituyen los mecanismos del trabajo de parto. Los *movimientos cardinales del trabajo de parto* son encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión (fig. 17-11). Durante el trabajo de parto, estos movimientos no sólo son secuenciales, sino que también muestran gran sobreposición temporal. Por ejemplo, como parte del encajamiento ocurren tanto flexión como descenso de la cabeza. Es imposible que los movimientos se completen a menos que haya un descenso simultáneo de la parte que se presenta. De manera concomitante, las contracciones uterinas causan modificaciones notorias de la actitud, o hábito, del feto, en especial después de que la cabeza desciende dentro de la pelvis. Estos cambios consisten sobre todo en una extensión fetal, con pérdida de la convexidad dorsal, y en un plegamiento mayor de las extremidades sobre el tronco. Como consecuencia, el ovoide fetal se transforma en un cilindro, y la estructura con dimensión transversal menor es la que de manera característica pasa a través del canal del parto.

Encajamiento

El mecanismo por el cual el diámetro biparietal (el diámetro transversal mayor en una posición occipital) pasa a través de la entrada