



**Mi Universidad**

**Super nota**

*Nombre del Alumno: Nilce Yareth Sánchez Pastrana*

*Nombre del tema: La Adolescencia En La Mujer*

*Parcial: 2*

*Nombre de la Materia: Submódulo I*

*Nombre del profesor: Javier Gómez Galera*

*Nombre de la Licenciatura: Tec. En Enfermería General*

*Cuatrimestre: 5*

## MANIOBRAS DE LEOPOLD

### Maniobras de Leopold



1. Determinar el nivel del fondo uterino, forma del útero y parte del feto localizado en el fondo del útero.



2. Definir la posición del feto.



3. Definición de la presentación del feto.



4. Identificación y promoción de la parte propuesta.

Se denomina así a la maniobra, realizada en cuatro pasos, de palpación abdominal para determinar la presentación, situación y posición del feto.

#### Técnica

1ª maniobra. De cara a la mujer, palpar el fondo uterino para localizar la cabeza (dura y firme) o nalgas.

2ª maniobra. Una vez comprobada la localización de la cabeza, localizamos el dorso (derecha o izquierda). Se palpará el abdomen lateralmente haciendo presión sobre una mano, y con la otra identificaremos dorso o miembros fetales.

Cambiamos posteriormente la presión de la mano, y con la otra se verifica dorso o miembros. El dorso se notará liso y firme y las extremidades nudosas o con protrusiones.

3ª maniobra. Nos confirmará la presentación fetal que la notaremos por encima de la sínfisis del pubis.

4ª maniobra. Cambiaremos nuestra posición (de espalda a la mujer) y buscaremos sobre la sínfisis la prominencia frontal que nos indique si ha descendido la presentación y si está flexionada o deflexionada.

En la segunda etapa del parto se produce el nacimiento del bebé, comienza cuando se alcanza la dilatación uterina completa y termina cuando nace el niño. El

único signo objetivo y cierto del comienzo de esta etapa es la imposibilidad de palpar el cérvix durante el examen vaginal, así como otros signos de aparición no forzada:

Aparición súbita de gotas de sudor sobre el labio superior.

Un episodio de vómito.

Aumento de la descarga vaginal sanguinolenta.

Temblores en las extremidades.

Aumento de la inquietud.

Esfuerzos involuntarios de pujo.

La valoración en esta fase debe ser continua y se registrarán los siguientes puntos:

Frecuencia, fuerza y duración de las contracciones. Duración de la relajación uterina y respuesta fetal.

Frecuencia cardíaca fetal y si usamos vigilancia electrónica se valorarán los patrones de aceleración y desaceleración.

Pulso y presión arterial de la madre.

Estado de la vejiga.

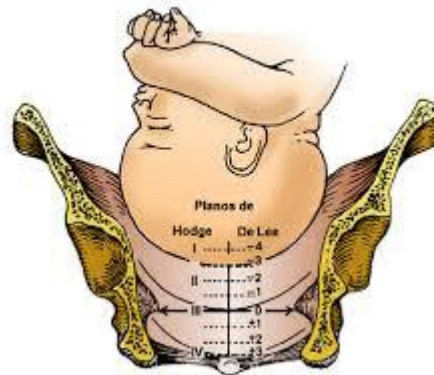
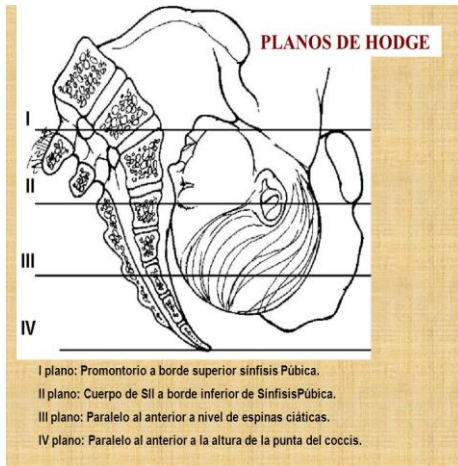
Función y carácter del líquido amniótico.

El descenso fetal.

La tercera y última etapa del parto va desde el momento del nacimiento del bebé hasta el alumbramiento de la placenta y sabremos que se produce de forma normal porque el fondo uterino presenta contracción firme y cambia de una forma discoide hasta una forma globular a medida que la placenta se desplaza hacia el segmento uterino inferior. Se presenta también un aumento aparente de la longitud del cordón umbilical a medida que la placenta se acerca al introito.

Tras el parto aumenta el gasto cardiaco en la madre a medida que la circulación hacia la placenta cesa y la frecuencia del pulso se hace más lenta en respuesta al cambio en el gasto cardiaco. Poco después del parto se normalizan dichos niveles. Es vital en esta fase tener presente la posible aparición de signos que indiquen una alteración del nivel de conciencia o de la respiración por los rápidos cambios cardiovasculares que se producen. Por último, se hará una inspección exhaustiva de la placenta para ver que el desprendimiento ha sido íntegro y no va a existir problemas de hemorragias. Se revisará siempre el estado del útero, vejiga urinaria, perineo, estado de hidratación y loquios.

## PLANOS DE HODGE



Los planos de Hodge son unos niveles usados para dividir imaginariamente la pelvis desde el estrecho superior hasta el estrecho inferior con el fin de ubicar la posición de la presentación fetal durante el nacimiento, en su paso por el canal del parto. En total son en número de cuatro planos numerados desde arriba hasta abajo, siendo el primer plano el más alto y el cuarto el inferior. Sobra decir que, en el momento del parto, la posición vertical y el balanceo pélvico ayuda a este descenso pélvico.

### Los cuatro planos de Hodge

El primer plano de Hodge (I) es el superior de los cuatro, se extiende con una línea imaginaria que corre desde el extremo superior de la sínfisis púbica, por delante, hasta el promontorio del hueso sacro por detrás. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que todavía está móvil.

El segundo plano de Hodge (II) es una línea recta imaginaria paralela a la anterior y pasa, por delante, desde el borde inferior de la sínfisis púbica hasta la segunda o tercera vértebra del hueso sacro. Cuando el polo saliente del feto alcanza este plano, se dice que es una presentación fija.

El tercer plano de Hodge (III), igualmente paralelo a los primeros dos planos, es una línea recta que, a la altura de las espinas ciáticas, corta al isquion y la cuarta vértebra sacra. Cuando la presentación fetal llega a este plano se dice que está encajada. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva sólo entre contracciones.

Cuarto plano de Hodge (IV): línea que parte, por detrás, del vértice del hueso sacro y se extiende paralela a todas las anteriores. Se dice que está

profundamente encajado. La parte más prominente del feto sobresale de la vulva aún entre contracciones, y es el paso previo al alumbramiento.

### **Como reportar los Planos de Hodge.**

Por lo general los Planos de Hodge no son reportados dentro de la historia clínica verbal. Los planos de hodge suelen utilizarse en los partogramas o historia clínica de parto como una proyección de la evolución del descenso y encajamiento de la presentación fetal. En conjunto el partograma tiene como función determinar si el trabajo de parto es efectivo o presenta algún riesgo para el feto o la madre. En la historia clínica verbal suele reportarse el grado de encajamiento y no los planos de Hodge. Sin embargo, si es necesario reportarlos basta con recordar su equivalente al grado de encajamiento.

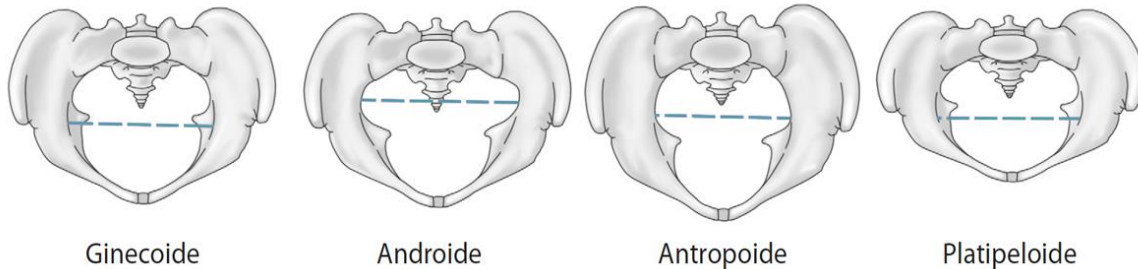
- Primer Plano de Hodge es equivalente a una Presentación aun flotante o alta.
- Segundo Plano de Hodge es equivalente a una Presentación Insinuada
- Tercer Plano de Hodge es equivalente a una Presentación Encajada
- Cuarto Plano de Hodge es equivalente a una Presentación Muy Encajada.

Los planos de Hodge son 4 líneas paralelas e imaginarias que se numeran de arriba hacia abajo y que ubican la altura del feto con respecto a la vagina al momento del parto.

Los planos se identifican a partir de puntos anatómicos de la pelvis de la siguiente manera:

- Primer Plano: es la línea que se traza desde la sínfisis del pubis hasta la unión de la quinta vértebra lumbar con el hueso sacro. Esta unión es también conocida como promontorio. El primer plano de Hodge coincide con el estrecho superior de la pelvis.
- Segundo Plano: su identificación se realiza mediante la unión de la segunda vértebra sacra hasta el borde inferior de la sínfisis del pubis.
- Tercer Plano: en este caso, la línea se traza a la altura de las espinas ciáticas, paralela a la anterior. Las espinas ciáticas son dos prominencias de los huesos laterales de la pelvis.
- Cuarto Plano: para la última de las paralelas se toma como referencia la unión del sacro con el cóccix, conocida como vértice sacro. Desde allí se traza una línea paralela a todas las anteriores.

## TIPOS DE PELVIS



### Ginecoide:

- Es la más frecuente en la mujer (50% de casos femeninos) y la que propicia las rotaciones clásicas de feto en el momento del parto, es la considerada más adecuada para la evolución espontánea del parto vaginal.
- Se caracteriza por que el estrecho superior tiene forma redondeada o ligeramente ovalada. El diámetro transversal del estrecho superior tiene una longitud igual o superior que el diámetro antero-posterior.
- Las paredes laterales de la pelvis son rectas y paralelas.
- Las espinas ciáticas no son prominentes.
- La escotadura sacrociática es redondeada.
- El sacro tiene una longitud e inclinación adecuadas y su cara anterior es cóncava. El arco subpúbico es amplio, con un ángulo de alrededor de 90°.
- La presentación se introduce en la pelvis haciendo coincidir la sutura sagital con el diámetro transversal o con uno de los diámetros oblicuos del estrecho superior; el parto evoluciona con rotación interna a posición occipito-anterior.

### Androide o infundibuliforme:

- Es una pelvis que recuerda a la pelvis masculina. Todos los diámetros son insuficientes. Es una pelvis estrecha transversalmente, el diámetro transversal máximo queda muy atrás, muy cerca del promontorio, por lo que no es aprovechable para el encajamiento.
- El sacro es largo y las paredes convergen en forma de embudo.
- Las espinas ciáticas son prominentes, las escotaduras ciáticas cerradas y el ángulo subpúbico es agudo, siendo el diámetro bisquiático reducido haciendo que el descenso fetal sea más lento y que el feto se pueda encajar en transversal u occipitoposterior con posibilidad de parto instrumentalizado o cesárea

### **Antropoide:**

- Es también una pelvis estrecha transversalmente. En su estrecho superior, el diámetro anteroposterior es mayor que el transverso.
- Las escotaduras ciáticas son grandes y el sacro estrecho, resultando una pelvis larga. Las paredes laterales de la pelvis son paralelas.
- Las espinas ciáticas no son prominentes, pero puede existir cierta reducción del diámetro interespinoso por la morfología general de la pelvis.
- El ángulo subpúbico es normal o algo reducido.

### **Platipeloide:**

- Existe una disminución de los diámetros antero-posteriores con un aumento relativo de los transversos. Se caracteriza por su forma ovalada con predominio transversal. El diámetro transverso es largo y mayor que el diámetro antero posterior que es reducido, al que corta cerca de su punto medio;
- La escotadura sacrociática es estrecha.
- El sacro suele ser plano y recto, de longitud normal y algo inclinado hacia delante, por lo que el diámetro antero-posterior del estrecho superior es algo más corto que el estrecho inferior. El ángulo subpúbico es obtuso.
- No favorable para el trabajo de parto, posible encajamiento transverso con gran asinclitismo. Generalmente retraso en progreso del estrecho superior y cesárea.