

Exploración obstétrica

Dr. Carlos Moya Toneut

Máster en Atención Integral a la Mujer

Especialista de II grado en Ginecología y Obstetricia

Profesor e Investigador Auxiliar (Universidad de Ciencias Médicas – VC)



OBSTETRICIA

Obstetricia deriva del verbo latino: **obstare**, en su significado de "**ponerse enfrente**", de "**estar delante**". Es el estar delante de la mujer que pare, es decir, la **asistencia al parto**.

GINECOLOGÍA

Ginecología viene como es bien sabido del griego y quiere decir "**ciencia de la mujer**".

Se comprende, pues, que la Obstetricia es una parte de la Ginecología.



Antes de comenzar el EF:

- **Crear empatía con la paciente y un buen ambiente psicológico.**
- **Apoyo emocional.**
- **Presentarse.**
- **Lavarse las manos.**
- **Frotarse las manos (sobre todo cuando hay frío).**
- **Solicitar que evacúe vejiga.**
- **Cubrir las partes que no se van a explorar en cada momento (respetar el pudor).**



Exploración obstétrica

EF General:

- Inspección
- Palpación
- Percusión
- Auscultación
- ¿Escuchación?

EF Ginecobstétrico:

- Examen de las mamas
- Especuloscopia
- Tacto vaginal bimanual



Definir fecha de última menstruación exacta (FUM)

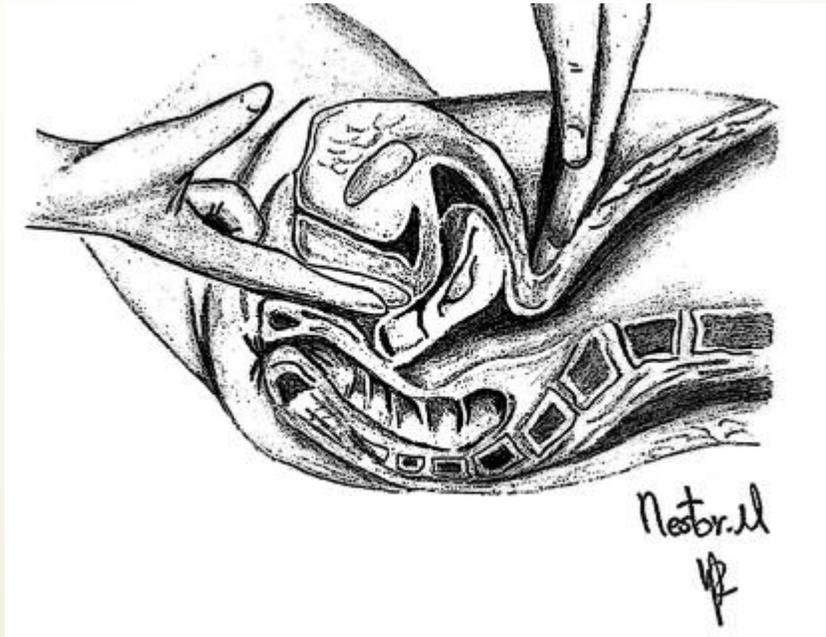
- Definir 1er día de la FUM, precisar si fue en la fecha que le correspondía, características, duración, cantidad, síntomas asociados.
- Precisar si usaba algún método anticonceptivo en los últimos 3 meses.
- Si conoce la fecha del coito fecundante.
- Precisar si es eumenorreica.



Diagnóstico del embarazo por tacto vaginal

Se basa en 3 elementos fundamentales:

- **Aumento de tamaño del útero.**
- **Cambio de la forma (de piriforme a globuloso).**
- **Disminución de la consistencia.**



Semiología obstétrica

Presentación

Es la parte del feto que entra en contacto con el estrecho superior de la pelvis y que es capaz de **cumplir** los mecanismos del parto.

Variedades:

- **Cefálica**
- **Podálica o Pelviana:**
 - **Nalga**
 - **Nalga pie**
 - **Pie**



Posición

- Es la relación que guarda el dorso del feto con el flanco materno.

Variedades:

- Dorso derecho
- Dorso izquierdo
- Dorso anterior
- Dorso posterior



Situación

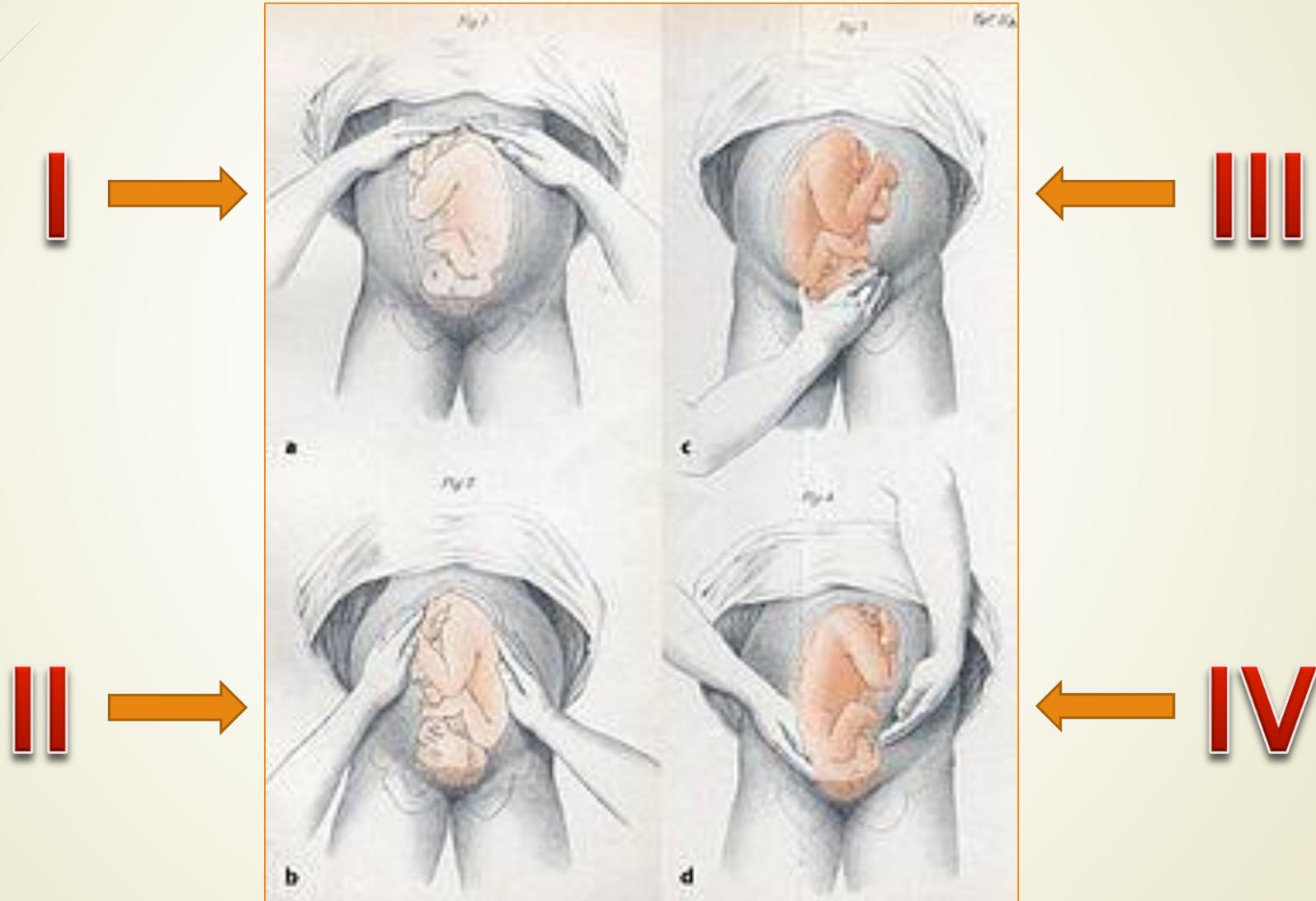
Es la relación existente entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre.

Variedades:

- Longitudinal.
- Oblicua.
- Transversa:
 - Con relación a la posición de la cabeza: derecha o izquierda.
 - Con relación a la posición del raquis: en hamacas o paracaídas.



Maniobras de Leopold (1894)



Maniobra de Leopold I

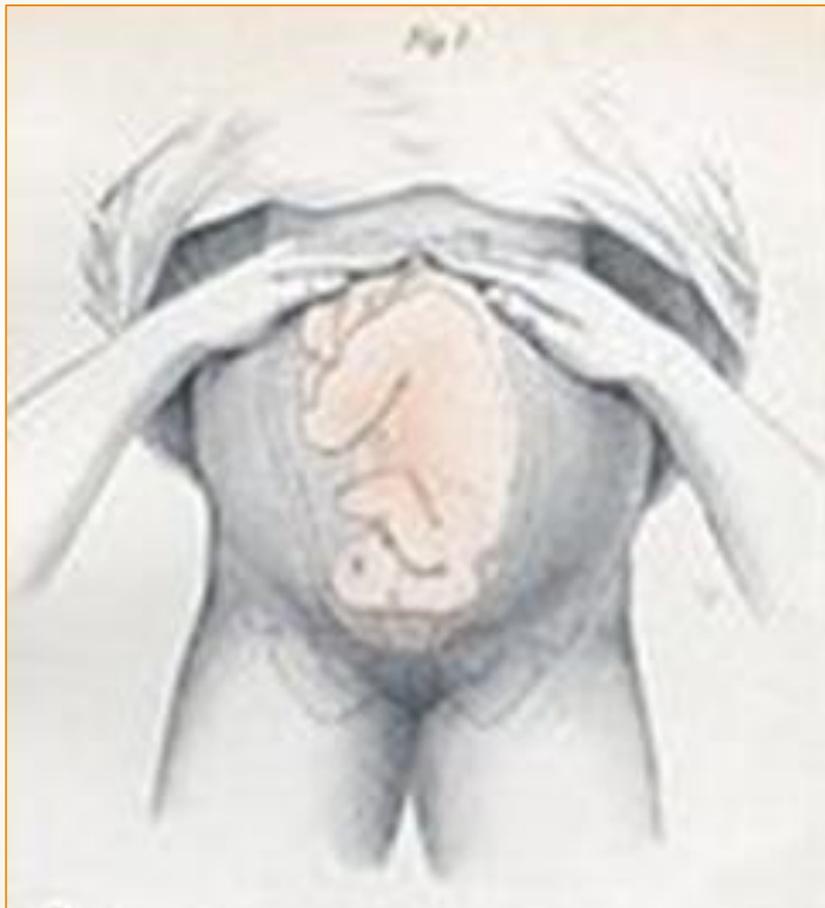
El examinador se sitúa **de frente a la paciente, del lado derecho de esta**, y con el borde cubital de las dos manos deprime el abdomen hasta delimitar el fondo del útero; esto le permite medir la AU.

Ventajas:

- **Realizar un cálculo aproximado de la edad gestacional.**
- **Realizar un cálculo estimado del peso fetal.**
- **De forma seriada permite precisar el crecimiento y el bienestar fetal.**



Maniobra de Leopold I



Medición de la AU

La AU se mide desde el **borde superior de la sínfisis del pubis** hasta el **fondo del útero** (**técnica de McDonald**).

TÉCNICA:

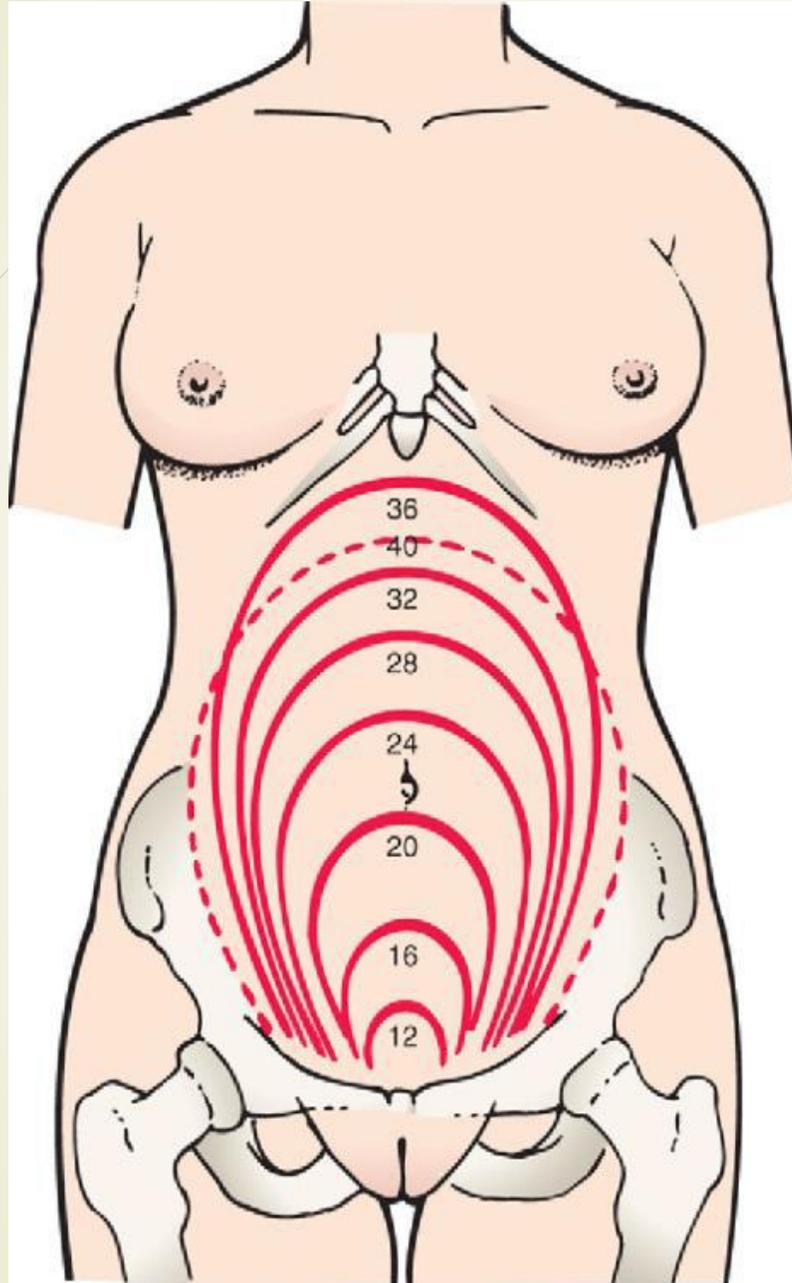
- La paciente debe estar en un plano rígido (la cama no debe estar en fowler ni trendelenbourg).
- No debe tener los pies elevados ni colgando.
- No debe tener globo vesical en esos momentos.
- La cinta métrica debe estar en perfectas condiciones.

La AU se mide desde que el médico sea capaz de medirla.

Cálculo de la AU ideal

Semanas de EG \pm 2 = AU (en cm)

Al final del embarazo se produce un **encajamiento de la presentación** (sobre todo en nulíparas), por lo que en un embarazo a término una AU de 34 cm se considera normal y debe corresponder con un peso fetal aproximado de 2 500 g. El hecho de no encajarse la presentación en una nulípara al final del embarazo con feto en cefálica nos obliga a pensar en la posibilidad de una desproporción céfalo-pélvica.



Evolución de la AU por semanas

Nótese que al final del embarazo la AU disminuye, esto es debido al encajamiento de la presentación y es más evidente en las nulíparas. Cuando esto no sucede habla a favor de la posibilidad de una DCP.

Signo de Más



La AU sobrepasa en 4 cm la EG: ej. EG 20 sem y AU 25 cm

El Signo de Más de acuerdo a su evolución, puede ser:

- **Agudo:** Polihidramnios agudo

DPPNI

- **Crónico:** Puede ser dependiente de la madre, del feto, de la placenta, o del líquido amniótico.

La **primera causa** de Signo de Más y de Menos es el

ERROR DE CÁLCULO

Signo de Más Crónico

ERROR DE CÁLCULO		
CAUSAS MATERNAS	Generales	Obesidad, Diabetes M. , Hipotiroidismo, Acondroplasia
	Locales	Tumores uterinos (miomas), T de vejiga o recto, malformaciones uterinas, T de ovario
CAUSAS OVULARES	Feto	Embarazo gemelar o múltiple, macrosomía fetal, feto en pelviana, monstruos dobles, malformaciones (hidrocefalia, T sacrococcígeo, mielomeningocele), hidrops fetal.
	Placenta	Placentas dobles, placenta previa, DPPNI , malformaciones placentarias, mola hidatiforme
	LA	Polihidramnios agudo Polihidramnios crónico

Causas agudas



Signo de Menos

La AU está 4 cm por debajo de la EG: ej. EG 20 sem y AU 15 cm

ERROR DE CÁLCULO		
MATERNAS	Desnutrición materna	
OVULARES	Feto	RCIU Óbito fetal Situación transversa Encajamiento marcado de la presentación Algunas malformaciones congénitas (anencefalia, hipoplasia pulmonar, agenesia renal, agenesia de miembros)
	Placenta	Insuficiencia placentaria Malformaciones placentarias
	LA	Oligohidramnios

Fórmulas para hacer el cálculo del peso fetal estimado (PFE) según la AU:

$AU \times CA - 500 \approx$ peso fetal en gramos

$AU \times 128 - 1175 \pm 300 \approx$ peso fetal en gramos

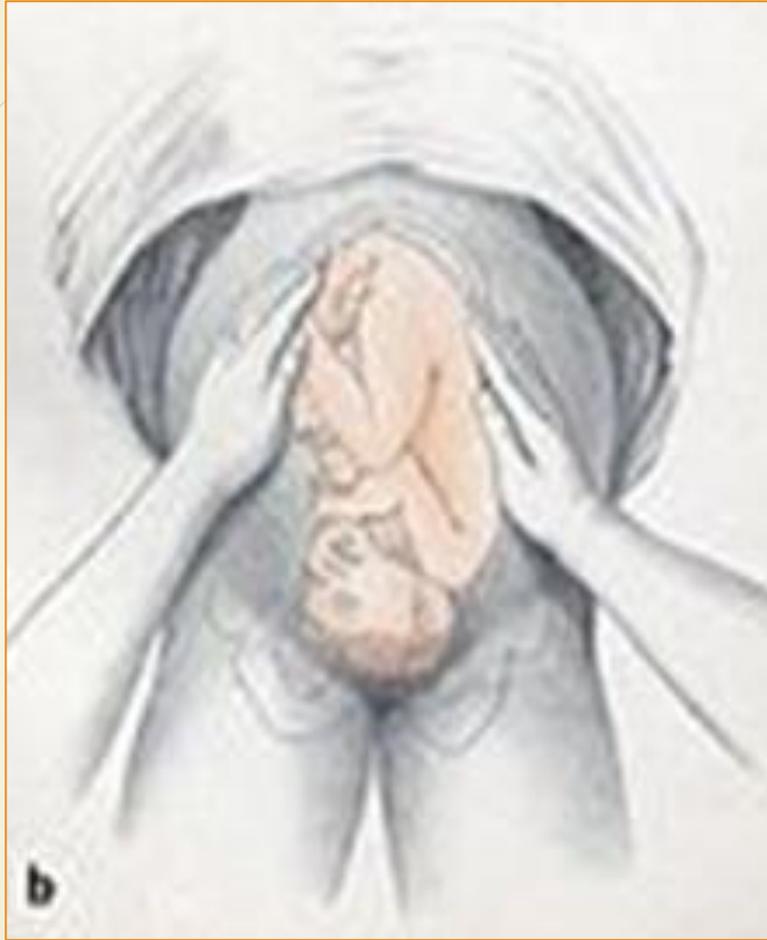
En la era actual, la biometría fetal ultrasonográfica es mucho más precisa para realizar el cálculo del PFE.



Maniobra de Leopold II

Se practica también de frente y a la derecha de la paciente. Se palpa con toda la mano en dirección hacia arriba (y no con el borde cubital de la misma), se nota cómo a un lado y otro de la línea las sensaciones obtenidas no son las mismas. A un lado se palpa una superficie plana y continua que es el dorso del feto, mientras que al otro se palpan pequeños abultamientos, que luego dejan de palpase (pequeñas partes).





La **ventaja** de esta maniobra de Leopold es que una vez **localizado el dorso** permite **la localización y auscultación del foco fetal.**

Auscultación de la FCF

- **1821:** Auscultación del latido fetal con estetoscopio en abdomen materno.
- **1894:** Maniobras de Leopold.
- **1895:** Estetoscopio de Pinard.
- **1906:** Primer ECG fetal.
- **1948:** Tocodinamómetro externo.
- **1957:** Ecografía fetal.



La auscultación de la FCF se realiza mediante el fetoscopio de Pinard o cardioclografía.

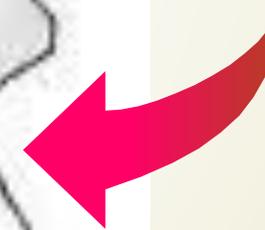
FCF normal **120 a 160 lat/min**, otros autores señalan **110 a 155 lat/min**.

Forma correcta de auscultar la FCF

Se debe tomar el pulso materno de forma simultánea para evitar errores de auscultación y no se debe aguantar el fetoscopio con la mano.



Ver fetoscopio y posición de ambas manos del examinador





La FCF estará más cerca del pubis en las presentaciones cefálicas que en las podálicas.

El foco de máxima auscultación dependerá de la estática fetal. Se oirá con más fuerza en el dorso cuando la cabeza está flexionada y en el pecho en las deflexiones.

Los latidos cardiacos deben ser rítmicos y limpios.



La auscultación clínica de la FCF se realizará a partir de la **semana 28**.

En pacientes delgadas y/o con poca cantidad de LA muchas veces puede comenzarse a auscultar alrededor de las semanas **25-26**. El médico debe reflejarlo en la HC y carnet obstétrico desde que sea posible.



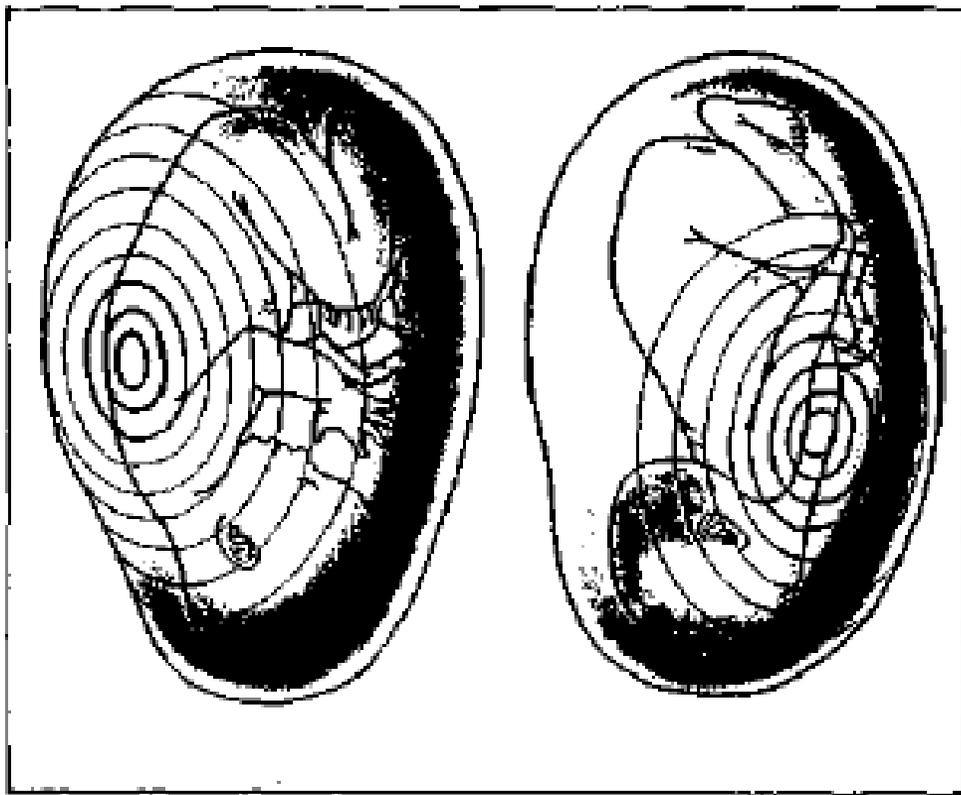


Figura 14.9. a) Foco máximo de auscultación en presentaciones en flexión. Propagación a través del dorso, b) Foco máximo de auscultación en presentaciones en deflexión (cara). Propagación a través del plano anterior.

El **foco máximo de auscultación** es aquel que corresponde a la región del hombro fetal en relación con la pared abdominal. En él se perciben con mayor nitidez los latidos fetales.

En las **cefálicas** se halla debajo del ombligo; en las **pelvianas**, por encima del ombligo, y en las **transversas**, a su nivel.

Diagnóstico diferencial de un Foco Fetal

- Latido de la arteria uterina.
- Latido de la aorta abdominal.
- Soplo funicular (placentario).

Diagnóstico diferencial de un **dobles** Foco Fetal

- Embarazo gemelar (diferencia de aproximadamente 10 lat/min de uno a otro, separados 30 cm más menos, una zona de superposición de ambos focos (ritmo de galopar de caballo) y una zona de silencio auscultatorio entre ambos focos).
- Feto en posición posterior.

Maniobra de Leopold III

El explorador se mantiene en la misma posición (de frente y a la derecha de la paciente). Con la mano abierta tratará de abarcar entre el pulgar y el resto de los dedos la parte fetal que se presenta al estrecho superior de la pelvis (suprapúbica).

Si logramos pelotear algo duro y regular podemos plantear que se trata de una presentación cefálica (signo del peloteo), si lo que se coge son las nalgas del feto, falta esa sensación de peloteo.



La ventaja de esta maniobra de Leopold III es que permite definir la presentación fetal, adquiriendo más importancia para el momento del parto.



Maniobra de Leopold IV

Para realizar esta IV maniobra el médico se coloca mirando hacia los pies de la paciente (no hacia la cara), y con las manos extendidas se intentará introducir profundizando hacia la pelvis, tratando de apreciar si se trata de la cabeza o las nalgas, y si la presentación se encuentra móvil o encajada (fija). Por esta maniobra también se define la posición fetal y el grado de flexión o deflexión de la cabeza.



La **ventaja** de esta maniobra de Leopold IV es que **permite:**

- **En los embarazos pretérmino ayuda a detectar precozmente el riesgo de parto pretérmino.**
- **En los embarazos a término y postérmino (sobre todo en las nulíparas), la falta de encajamiento de la presentación nos puede hacer pensar en una desproporción céfalo-pélvica.**
- **Ayuda a definir la posición fetal y el grado de flexión o deflexión de la cabeza fetal.**

Maniobra de Leopold V

Actualmente en desuso, forma parte de la historia de la obstetricia.

También conocida como **“maniobra de los peldaños de escalera”**.

Colocando ambas manos paralelas y de plano sobre la región hipogástrica se busca relacionar a través de las partes blandas el parietal anterior, en su extensión suprapubiana, con el borde superior del pubis. La cantidad de parietal palpable nos informa sobre el grado de penetración y descenso de la presentación en la pelvis.

Durante el trabajo de parto nos permite conocer los caracteres fisiopatológicos de la contracción uterina, y en ciertos casos, el adelgazamiento exagerado del segmento inferior, la tensión de los ligamentos redondos y la presencia de un anillo de contracción **(signo de Pinard-Bandl-Frommel)**.

Técnica correcta de la toma de la TA en las gestantes

- **Abstinencia previa por 30 min de fumar, ingerir alimentos, no debe estar en ambiente frío o caluroso, no debe tener prendas ajustadas y se establece una buena relación médico-paciente.**
- **Paciente sentada en reposo, por 5 min, o decúbito supino.**
- **Medir la tensión arterial en el brazo derecho a la altura del corazón.**
- **Manómetro de mercurio o aneroide bien controlado.**



- **Manguito adecuado que cubra los dos tercios del brazo y ajuste bien.**
- **Palpar la arteria en la flexura del codo y subir 30 mm Hg a partir del momento en que se deje de percibir el latido.**
- **Hacer descender la columna de mercurio (o la aguja) de 2 en 2 mm Hg.**
- **La tensión arterial sistólica corresponde con el primer ruido débil que se ausculte (primer ruido de Korotkoff).**
- **La tensión arterial diastólica corresponde con la desaparición de los tonos (quinto ruido de Korotkoff).**

Algunas particularidades en la exploración en el diagnóstico del embarazo gemelar

El embarazo gemelar está en un estado limítrofe entre **lo normal y lo anormal**, o lo que es igual, entre **lo fisiológico y lo no fisiológico**.

El diagnóstico del embarazo gemelar en la actualidad se realiza precozmente gracias a **la ultrasonografía**, pero hace años el diagnóstico se hacía a partir de las 20 semanas de embarazo.



Anamnesis

- APP y APF de gemelaridad.
- Tratamiento con inductores de la ovulación.
- Presencia elevada del fenómeno vasosimpático.
- Aparición precoz de edemas y várices.
- Trastornos digestivos, hiperemesis gravídica.
- Preeclampsia precoz?
- AFP elevada.

Examen físico obstétrico

- **Aumento exagerado del peso materno.**
- **Signo de más y aumento de la CA.**
- **Puede encontrarse un surco que da aspecto bilobular al útero.**
- **A la palpación encontramos 2 cabezas, 2 nalgas o 3 grandes polos fetales.**
- **Polihidramnios.**
- **Edemas, várices de miembros inferiores.**
- **Signos de preeclampsia.**
- **Anemia.**
- **Dificultad respiratoria.**
- **TV: Pueden encontrarse modificaciones cervicales.**

Signos auscultatorios de la FCF

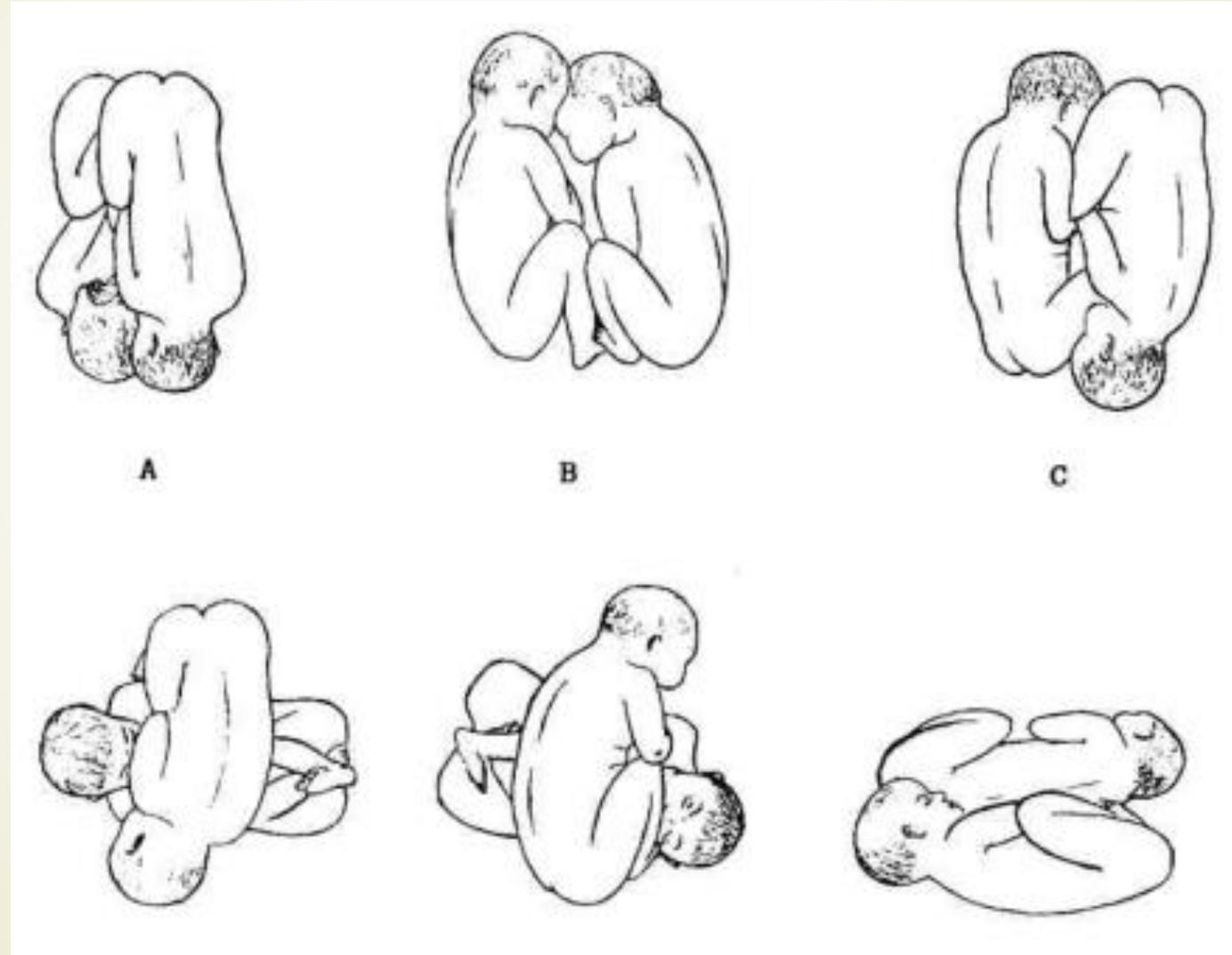
- Dos focos máximos de auscultación de distinto ritmo separados aproximadamente 30 cm uno del otro **(diferencia de 10 lat/min)**.
- Zona de silencio auscultatorio entre ambos focos.
- Zona de superposición de ambos focos (ritmo de 4 tiempos, galopar de caballo) **(signo de Arnoux positivo)**.
- Auscultación fácil de la FCF en presencia de un polihidramnios **(signo de Boero)**. Ocurre cuando un feto rechaza al otro contra la pared abdominal.

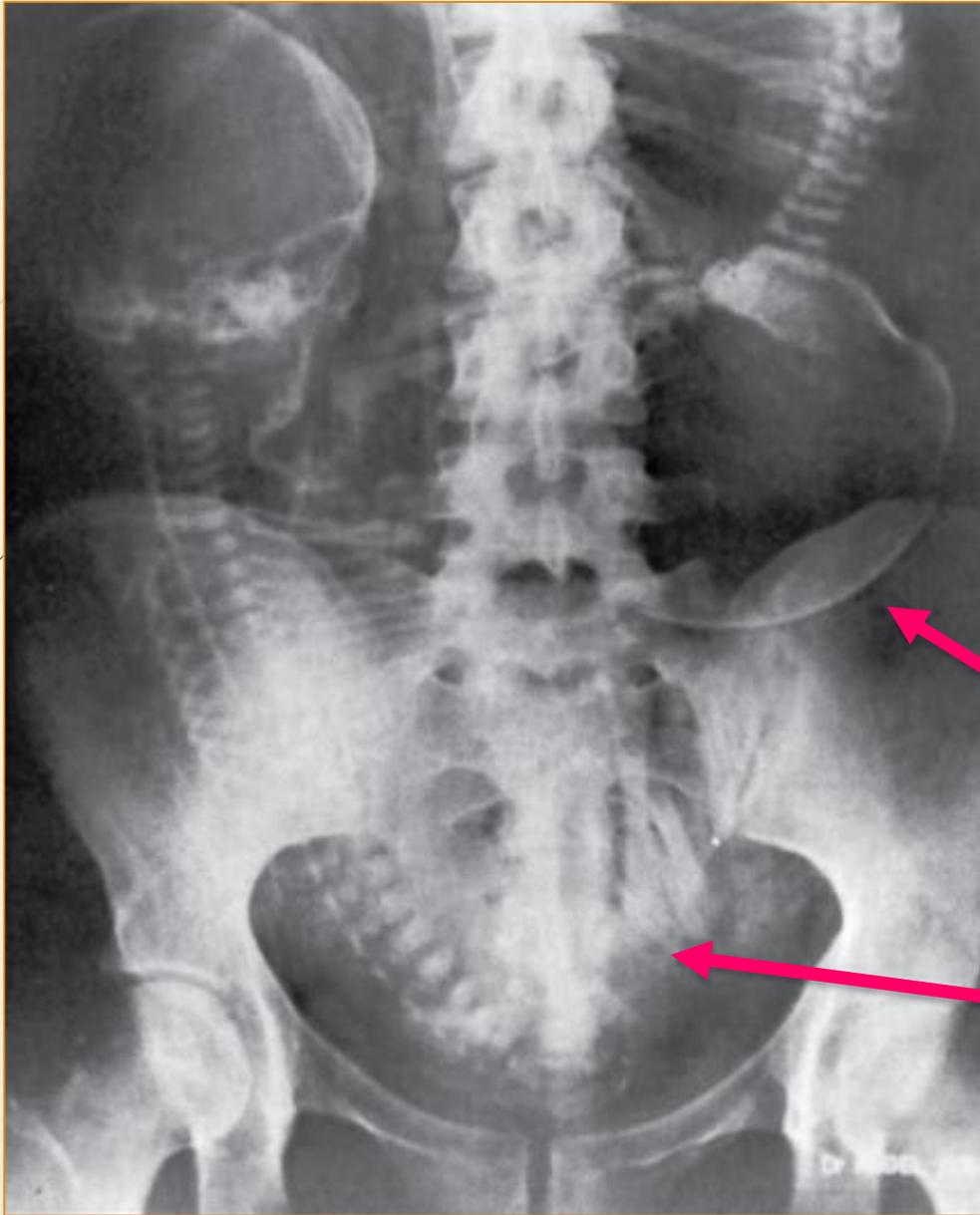


- La auscultación de la FCF por sí sola carece de fundamento para asegurar el diagnóstico.
- En las variedades de posición posterior con gestación simple pueden existir dos focos de auscultación.
- Con gestación gemelar e hidramnios puede aparecer un solo foco.



Posiciones y situaciones en los gemelos





**Rx simple de abdomen:
Embarazo gemelar con
primer feto en pelviana y
segundo en cefálica.**

Feto II

Feto I

Diagnóstico diferencial

- **Feto macrosómico:** Se palpan solo 2 polos fetales y un único F. Fetal.
- **Polihidramnios:** Palpación fetal y auscultación fetal difíciles.
- **Doble foco auscultatorio:** En el embarazo simple y variedades posteriores o anteriores, se palpa un solo feto con sus polos y la FCF es la misma por los dos lados (signo de Arnoux negativo).
- **Embarazo y gran mioma:** Puede hallarse 3 polos: 2 fetales y el tumor. Existe un solo F. Fetal y uno de los polos (tumor) generalmente es fijo.
- **Embarazo y quiste de ovario voluminoso:** A pesar del mayor volumen abdominal, solo se palpan 2 polos, no hay polihidramnios.

**... "El diagnóstico clínico es un arte,
el dominio de un arte no tiene fin,
siempre es posible, hacer un
diagnóstico mejor" ...**

Logan Clendening

Bibliografía consultada

1. Rigol-Santisteban. Obstetricia y Ginecología. 3ra Edic. Edit. Ciencias Médicas. La Habana. 2014.
2. Botella Llusía J, Claver Núñez J. Tratado de Ginecología. 14ª edic. Edit. Díaz De Santos. Madrid. 1993.
3. Uranga Imaz FA, Uranga Imaz FA (h.). Obstetricia práctica. 5ª edic. Interamericana. 1979.
4. González Merlo J y cols. Obstetricia. 6ª edic. Elsevier España. 2013.
5. Col de autores. Obstetricia y perinatología. Diagnóstico y tratamiento. Edit Cienc Méd. La Habana. 2012.
6. Bajo Arenas JM y cols. Fundamentos de Obstetricia (SEGO). Madrid. 2007.
7. Schwarcz. Obstetricia. 6ª edic. Edit Leprosario. Uruguay. 2008.
8. Cavanagh D. Urgencias obstétricas. Edit Salvat. Barcelona. 1982.

FIN

Dr. Carlos Moya Toney
2024

carlosmt@infomed.sld.cu