

## APUNTE SEMIOLOGIA OBSTETRICA\*

*\*Nota: Apunte referencial. No constituye conocimientos absolutos respecto a semiología obstétrica*

### INTRODUCCIÓN

La semiología es la disciplina básica de la medicina clínica, que consiste en el conocimiento, búsqueda e interpretación de las manifestaciones subjetivas (síntomas) y objetivas (signos) de un estado o situación de salud personal, con la finalidad de llegar a una hipótesis diagnóstica.

En Obstetricia se considera la gestación como un proceso fisiológico, por lo tanto, esta metódica nos proporciona la base para evaluar su curso normal y el adecuado diagnóstico precoz, pronóstico, y el tratamiento oportuno de las alteraciones que puedan comprometer la gestación, parto y puerperio. En ambos casos requerimos de una pauta clasificada de los hallazgos para lograr integrar conocimientos.

La semiología obstétrica integra elementos de la pauta semiológica general tales como la anamnesis, el examen físico general y segmentario; además de un examen gineco-obstétrico que, dependiendo del caso, puede incluir:

1. Mensuración
2. Auscultación (fetal)
3. Palpación
4. Tacto vaginal

Si analizamos la aplicación de cada uno de los elementos de la semiología obstétrica según cada trimestre de la gestación, nos podremos dar cuenta, que algunos se utilizarán durante toda la gestación y otros serán propios y atingentes del segundo o tercer trimestre de la gestación.

Por ejemplo, la anamnesis y examen físico general y segmentario son necesarios durante toda la gestación; el tacto vaginal podría ser utilizado desde el comienzo de la gestación para realizar el diagnóstico probable de gestación aun cuando éste ya **no debe** ser utilizado ampliamente ya que hoy en día hay métodos que proporcionan mayor certeza, como la ecografía. El tacto vaginal como tal, adquiere su mayor utilidad en el tercer trimestre para el diagnóstico del trabajo de parto.

Por otra parte, la mensuración y auscultación serán necesarias y pertinentes a medida que el desarrollo uterino y fetal lo permitan, es decir, desde el segundo trimestre en adelante. Por último, la palpación abdominal a través de las **Maniobras de Leopold** será aplicable principalmente a partir del tercer trimestre.

En este apunte, se desarrollarán todos los elementos semiológicos mencionados que se aplican durante la gestación, sin embargo, su utilidad será analizada con mayor profundidad en la actividad del trimestre correspondiente.

#### a) ANAMNESIS

Objetivo: Entrevistar a la usuaria que consulta para obtener el máximo de información con respecto a: datos de identificación, **motivo de consulta**, antecedentes fisiológicos, mórbidos y hereditarios; signos y síntomas que presenta, y antecedentes psicosociales que puedan interferir en el curso de la gestación (ej. estrés psicosocial, violencia intrafamiliar o estrés familiar) para llegar a la construcción de una hipótesis diagnóstica.

En el contexto de la semiología obstétrica realizada en la actividad de atención prenatal, la anamnesis debe tener un claro enfoque obstétrico, es decir, recoger todos los antecedentes que sean útiles para la situación clínica en la cual estamos enfrentados, evaluando siempre la integralidad de la situación de la mujer.

#### Estructura de la Anamnesis.

- a) Antecedentes Personales. Identificación (según carné de identidad, pasaporte o documento de identificación), edad, domicilio, nivel socioeconómico y educacional, etnia de origen, estado civil, ocupación y/actividad laboral actual y anterior (por riesgos laborales), previsión.



*Nota:* debe incluirse los antecedentes del progenitor: edad, patologías, actividad laboral, hábitos entre otros.

- b) Anamnesis Remota.
- ✓ Familiar: investiga antecedentes mórbidos con carácter de hereditario de familiares directos (padre, madre, abuelos) ejemplo: madre diabética.
  - ✓ Personal: incluye información desde el nacimiento, tipo de parto, alimentación, dentición, inicio de la marcha entre otros.
    - Antecedentes mórbidos: alergias, hábitos (adicción a drogas, alcohol y tabaco), enfermedades crónicas (Hipertensión, Diabetes, Hipo e hipertiroidismo etc) e infecciosas como hepatitis, tífus, tuberculosis, entre otras. Inmunizaciones, medicaciones (la gestación condiciona el reemplazo y ajuste de dosis de algunos fármacos, como por ejemplo anticoagulantes).
    - Antecedentes Quirúrgicos: operaciones ginecológicas o cirugías en general, tales como Miomectomías, Hernias, Apendicitis, Tumores u otras.
    - Antecedentes Ginecológicos: menarquia, ciclos menstruales con sus características, infecciones del aparato genito-urinario, infecciones de transmisión sexual, tipo, tiempo y tipo de anticoncepción.
    - Antecedentes obstétricos: número de gestaciones, abortos, número de partos (Paridad), período intergenésico, tipo de partos (término o pretérmino), vía del parto, complicaciones durante la gestación anterior o gestaciones anteriores, parto y/o puerperio, estado del Recién Nacido al nacer, desarrollo sicomotor posterior, lactancia natural, evolución del post parto, peso del (los) recién nacido (s) y estado presente de salud del hijo (a).

**Fórmula obstétrica.** Para caracterizar en forma resumida los antecedentes obstétricos: Ej.: G2 P0 A1 en donde G (Nº gestaciones), P (Nº de Partos) y A (Nº de abortos). *Existen otras nomenclaturas en la literatura (se recomienda investigar).*

- c) Anamnesis Próxima o Estado actual.

Fecha y características (duración, cantidad y aspecto) de la última menstruación, síntomas neurovegetativos de la gestación, fecha movimientos fetales, signos de patologías, ingesta de medicamentos, **motivo actual de la consulta.**

**Es importante considerar un lenguaje claro, pertinente culturalmente, libre de discriminación, inclusivo y no cohesivo. Cuidar el lenguaje verbal y no verbal.**

#### Anamnesis Primer Trimestre.

En este trimestre es de vital importancia para el diagnóstico de la gestación, identificación de la usuaria y sus antecedentes familiares y personales, los cuales deberán quedar registrados en un cuaderno de atenciones durante toda la gestación (ej. Agenda de la mujer). Será frecuente pesquisar o responder a motivos de consulta como atraso menstrual (amenorrea) o síntomas neurovegetativos de gestación.

Considere siempre la posibilidad de que la mujer esté acompañada durante la anamnesis o sola si lo prefiere. Consulte en forma discreta su preferencia.

#### Anamnesis Segundo Trimestre.

En este trimestre, la anamnesis estará orientada a determinar la evolución de la gestación y pesquisar posibles patologías asociadas a ésta. Es importante consultar por la persistencia y exacerbación de sintomatología del primer trimestre como los vómitos y por elementos clínicos que reflejen bienestar fetal como, por ejemplo, la percepción materna de los movimientos fetales.

#### Anamnesis Tercer Trimestre.

En este trimestre, se continuará con la evaluación del curso fisiológico de la gestación y la detección oportuna de la sintomatología de posibles patologías que puedan afectar la gestación en este periodo.

Corresponde también en este trimestre, pesquisar el inicio del trabajo de parto a través de la percepción de contracciones uterinas por parte de la gestante, el análisis de las características de éstas y de otros síntomas asociados a este proceso (dolor, pérdida de tapón mucoso o líquido amniótico).

*Nota: En todos los trimestres, es fundamental en los aspectos sicosociales de la gestación, que condicionan muchas veces, la salud integral de la usuaria.*

## II. EXAMEN FÍSICO.

La exploración física debe ser conducida como en cualquier otro examen de rutina. Se realizará con cuidado y exhaustivamente, ya que, para mujeres jóvenes, aparentemente sanas, el examen prenatal representa la única oportunidad para una exploración física completa, no orientado solamente a valorar la gestación, sino a realizar una evaluación completa de la salud de la mujer; por lo tanto, es necesario prestar particular atención al examen de la gestante desde lo general a lo local.

- a) Examen Físico General. La observación o inspección y exploración física se realiza desde el momento que ingresa al box de atención.

Peso y estatura. En las primeras semanas de gestación puede observarse una pérdida de peso, la cual no debe superar más del 5% del peso pregestacional; seguido de un aumento que se acentúa en el segundo y tercer trimestre por lo cual debe vigilarse constantemente para evitar la obesidad y patologías asociadas por Ej. Diabetes Gestacional.

Actitud y marcha. Durante la gestación se producen cambios en la postura de la mujer para mantener el centro de gravedad, la actitud está destinada a neutralizar la fuerza que la lleva hacia adelante y se denomina “Orgullo de la mujer embarazada”.

Atención y evaluación de signos vitales. Vigilancia estricta de todos los signos vitales, especialmente la presión arterial ya que durante la gestación pueden producirse serias patologías con sintomatología hipertensiva.

*Nota: Para el registro de estas atenciones se utiliza lápiz azul en la P/A, y Pulso y para la Tº lápiz rojo.*

- b) Examen Físico Segmentario.

Cabeza y cara. observar coloración de conjuntivas, piel, mucosas, boca y estado dental Ej. Caries, presencia de parásitos en cuero cabelludo.

Cuello palpación en busca de masas en Tiroides o aparición de ganglios.

Tórax. observar respiración costal superior propia de la embarazada, características de las mamas, volumen, consistencia y forma del pezón, glándulas mamarias accesorias debajo de las mamas y en axilas.

Abdomen. debemos observar forma, cicatrices, estrías, palpar en búsqueda de Hernias o masas.

Extremidades Superiores e Inferiores. Simetría, cicatrices, lunares, varices, presencia de edema, uñas de ortijos y sus características.

- c) Examen Gineco-Obstétrico. Este examen consta de una adecuada exploración ginecológica y un examen abdominal, especialmente destinado a evaluar el contenido uterino.

Examen Obstétrico. Se compone de los elementos que se detallan a continuación.

i. MENSURACIÓN:

Es la medición en centímetros del crecimiento uterino, tomando como punto de referencia el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo uterino.

**Adquiere mayor relevancia desde el segundo trimestre cuando el útero sobrepasa la sínfisis púbica, haciendo posible su medición a través de la pared abdominal**

Objetivo: Medir en centímetros la altura uterina relacionándola con la fecha de la última menstruación (EG) y el contenido uterino.

La medición y su evolución entregan parámetros importantes durante la atención de la gestación para evaluar el crecimiento fetal y el volumen de líquido amniótico que son indicadores clínicos de bienestar fetal, ya que dan cuenta del adecuado funcionamiento de la relación útero-placenta-feto.

Para evaluar el bienestar fetal a través del crecimiento fetal y volumen de Líquido amniótico, es necesario relacionar el valor esperado para la edad gestacional, a la vez que realizar una evaluación de la variación esperada entre una atención y otra, de acuerdo con la evolución de la edad gestacional



### Procedimiento:

- Informar y explicar a la usuaria previamente del procedimiento
- Posicionada la gestante en semifowler, relajada y con piernas flectadas.
- Apoyar la cinta métrica en el borde superior de la sínfisis púbica y extenderla entre los dedos índice y medio de la otra mano, hasta delimitar el fondo uterino, con la palma de la mano y su borde cubital
- Observar la medición obtenida
- Relacionar la Altura Uterina con la fecha de la última menstruación y con la palpación fetal.
- Registrar en la ficha clínica y carné de atención.
- Este procedimiento presenta ciertas dificultades en gestantes obesas, para lo cual se recomienda desplazar el panículo adiposo hacia arriba y atrás.

### Tabla de cálculo de la altura uterina según edad gestacional.

Semanas	8 a 11	12 a 18	19 a 25	26 a 32	33 a 37	38 y más
Altura Uterina	8 cm	10 a 14 cm	15 a 21 cm	22 a 28 cm	29 a 33 cm	34 cm

*Nota: la altura uterina presentada en la tabla son valores aproximados.*

#### Paciente en posición semifowler.



*Imagen extraída de internet. Se debe propender a la flexión de piernas y una posición de semifowler siempre en todas las mensuraciones de altura uterina.*

#### Mensuración de altura uterina.



*Imagen extraída de internet. Se debe propender a la mensuración desde la sínfisis púbica, en dirección al fondo uterino y no al revés.*

#### ii. AUSCULTACION DE LATIDOS CARDIACOS FETALES (LCF).

Objetivos. 1) Permitir con certeza el diagnóstico de gestación, 2) Verificar la vitalidad fetal, 3) Corroborar el diagnóstico de presentación y posición ya hecho en la palpación, 4) Establecer cambios del foco máximo de auscultación, 5) Evidenciar alteraciones o cambios en la Frecuencia Cardíaca Fetal y 6) Establecer y corroborar si la gestación es simple o múltiple.

#### Métodos de auscultación.

INDIRECTOS O MEDIATOS: Este procedimiento se realiza con la ayuda de diversos aparatos:

- Estetoscopio de Pinard: Tubo de madera, metal o plástico, con uno de los extremos dilatado en dirección divergente, de bordes redondeados, destinado a aplicarse sobre el abdomen materno (extremidad colectora o campana), el otro extremo una superficie circular ligeramente cóncava con un orificio central, el cual se adapta al pabellón auricular del operador. *Los latidos cardiacos fetales se pueden auscultar mediante este método aproximadamente a partir de las 20 a 24 semanas, por tanto, es un método utilizable desde el segundo trimestre la gestación, siempre que el panículo adiposo de la pared abdominal de la embarazada no sea demasiado abundante.*



MÉTODOS ELECTRONICOS: La introducción de estos equipos proporciona un avance en el conocimiento del estado fetal desde etapas precoces, especialmente cuando la usuaria presenta factores de riesgo, y/o durante el trabajo de parto. Los latidos cardiacos fetales con estos métodos se pueden auscultar a partir de las 8 semanas de gestación, y la frecuencia cardiaca fetal puede registrarse a través de distintos métodos como:



Fono cardiografía Fetal: (ultrasonografía no ecográfica) mediante un micrófono colocado en el abdomen de la gestante y en el lugar de foco de auscultación máximo se recoge una señal que, amplificada convenientemente, puede ser escuchada claramente o transformarse en un registro de frecuencia continua; para realizar este procedimiento se requiere de gel conductor. Su uso va desde las 12 semanas en adelante.



- Ultrasonido Efecto Doppler: el fundamento de este método es el efecto Doppler, basado en la choque de las ondas ultrasónicas contra las superficies en movimiento. Se emplea un emisor-receptor de alta frecuencia y de baja energía. Estas ondas al atravesar las distintas estructuras místicas se reflejan produciendo ecos. Los ecos de superficies móviles son reflejados con la misma frecuencia de movimiento de dicha superficie, en este caso el corazón fetal. Estos reflejos pueden ser convertidos en ruidos audibles o inscritos en un papel termográfico de forma continuada. **Quando la ultrasonografía es realizada vía transvaginal, la auscultación de latidos es posible desde aprox. Las 6 semanas de gestación. (primer trimestre).**



Ilustración 1 <https://ginefem.com/wp-content/uploads/2018/08/eco-doppler.jpg>

- Monitorización fetal externa: se coloca sobre el abdomen 2 sensores (uno en el fondo uterino y el otro en el foco de auscultación máximo), que registran en papel termográfico los latidos cardio fetales y la actividad uterina. Si bien la auscultación a través de este método es posible desde el inicio del segundo trimestre, el objetivo mayor de la monitorización adquiere su mayor relevancia en el tercer trimestre de la gestación como prueba de evaluación antenatal de la condición fetal.



#### Características de los Latidos Cardiacos.

Son percibidos por el oído humano a contar de la segunda mitad de la gestación alrededor de las 20 a 24 semanas (dependiendo del espesor del panículo adiposo de la pared abdominal). Su frecuencia normal fluctúa entre 110 (120 en algunos textos) y 160 latidos por minuto (contextualizar con la clínica). No son sincrónicos con el pulso materno.

Los LCF Son rítmicos en condiciones fisiológicas, es decir, cada latido tiene dos tonos "TIC" seguido de una corta pausa "TAC".

- **Primer tono** es isócrono a la sístole cardíaca y coincide con la pulsación de las arterias umbilicales
- **Segundo tono** corresponde al cierre de las válvulas semilunares.

Se auscultan con carácter de embriocardias, es decir, sus tonos tienen la misma intensidad. Su timbre es característico, son latidos limpios no acompañados de ningún otro ruido, no son soplantes a diferencia de los latidos auscultados del cordón umbilical.

Su intensidad es variable, de acuerdo con la edad gestacional y del desarrollo del feto, ya que depende de la energía del miocardio fetal y de las circunstancias que favorezcan o entorpezcan la auscultación o transmisión del sonido (cantidad de líquido amniótico, tejido adiposo, variedad de posición etc.). En el trabajo de parto los LCF pueden presentar cambios en la frecuencia e **intensidad** por efecto de la contracción uterina.

Diagnóstico Diferencial. Los latidos cardiacos fetales deben diferenciarse de los latidos cardiacos maternos, a través de la atención simultánea de ambos, de esta forma se puede pesquisar: Taquicardia materna: Ej, en anemia, fiebre, uso de fármacos (beta-miméticos), o Bradicardia fetal con pulso materno.

Foco de Auscultación Máxima. Es la región en la cual los latidos se escuchan con mayor nitidez, sin ruidos agregados que interfieran y que corresponde a la parte media del tronco fetal. Este foco se ubica antes de las 24 semanas en la zona sub umbilical. En una gestación más avanzada depende de la ubicación del polo cefálico, de la posición y de la variedad de posición; por lo tanto, en las presentaciones cefálicas se encuentran en la zona sub umbilical, en las presentaciones podálicas en la zona supraumbilical y en situación de tronco a nivel de la línea umbilical.

Para ubicar el foco máximo de auscultación en una variedad de posición anterior, se dibuja una línea imaginaria que va desde la cicatriz umbilical hasta la eminencia ileopectínia anterosuperior izquierda o derecha, el foco máximo se ubica en el punto medio de dicha línea; si la variedad de posición es posterior la línea imaginaria se traza desde la cicatriz umbilical hasta la eminencia ileopectínea anteroinferior, el foco máximo se ubica en el punto medio de dicha línea. El estado nutricional de sobrepeso y obesidad pueden dificultar la identificación práctica de este foco

Recomendaciones. Al auscultar se debe tener en cuenta los siguientes puntos: Informar a la gestante su objetivo, mantener un ambiente silencioso, evitar actitudes forzadas del operador, **realizar previamente palpación; Maniobras de Leopold (de acuerdo con la edad gestacional), lo cual permite ubicar el foco máximo de auscultación**, auscultar tomando el pulso materno para ver la diferencia en la frecuencia y **evitar comprimir demasiado el estetoscopio en el abdomen de la gestante para no inquietarla.**

Técnica de auscultación durante una atención prenatal.

- Posicionada la gestante en decúbito dorsal con ligera lateralización a izquierda (15 grados aproximadamente).
- Mantener la privacidad de la gestante.
- Ubicarse al lado de la cama o camilla para realizar el procedimiento.
- Tomar el Estetoscopio y colocarlo en el foco de auscultación máximo.
- Aplicar el pabellón de la oreja en el orificio para ubicar el foco.
- Retirar la mano una vez ubicado el foco.
- Contar los latidos **en un minuto completo.**
- Registrarlos en la ficha clínica y carné de atención.

Durante el Trabajo de Parto.

“Los latidos deben ser evaluados **antes, durante y después** de la contracción uterina” y siempre inmediatamente luego de la ruptura de las membranas (“*bolsa de las aguas*”).

iii. PALPACIÓN.

- a) Palpación Abdominal. La palpación es la parte más importante del examen abdominal. El operador (diestro) la realizará con la mano derecha, empleando los dedos y la palma de la mano. El codo del examinador debe ubicarse por encima del plano del abdomen de la mujer. También pueden emplearse las dos manos juntas para la palpación de abdomen.

Durante la palpación conviene distraer a la usuaria con el objeto de obtener una mejor relajación de los músculos de la pared abdominal. Este procedimiento se inicia con una palpación superficial, que permite detectar sensibilidad y/o contractura muscular, valorando además el panículo adiposo, grosor de la pared abdominal y algunos signos anormales como el edema y ascitis abdominal. Deben palparse los orificios herniarios y la región umbilical, haciendo toser a la gestante para detectar posibles hernias. Luego se procede a la palpación más profunda con la finalidad de detectar masas o tumores.

- b) Palpación Uterina. La palpación del útero se puede realizar después de que este órgano se hace extra pélvico, principalmente desde las 13 semanas de gestación. En la segunda mitad de la gestación la palpación uterina bien realizada otorga gran cantidad de información, permitiendo reconocer la



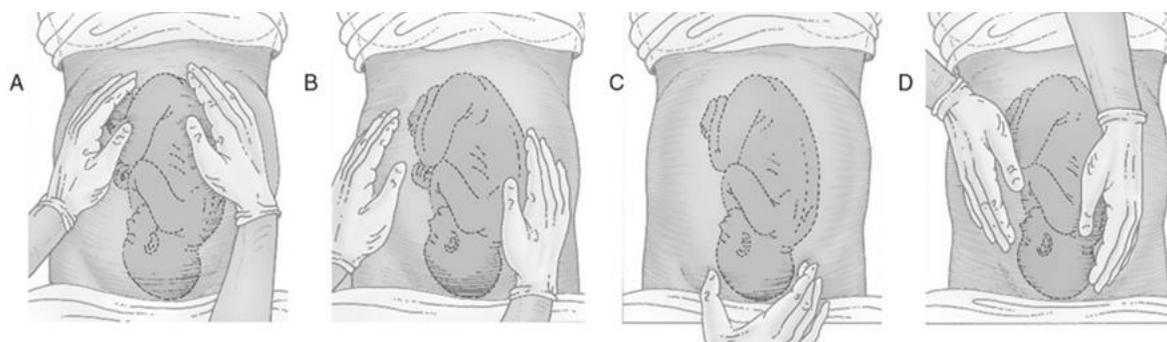
situación, presentación, posición, volumen y cantidad de líquido amniótico y número de fetos. Este tipo de palpación del útero se lleva a cabo a través de las Maniobras de Leopold las cuales se pueden realizar a partir de las 32 semanas de gestación.

Objetivos: 1) Comprobar la forma y volumen del útero, 2) Reconocer elasticidad, contractibilidad y excitabilidad del útero, 3) Ubicar el útero en relación con orientación y posición, 4) Estimar cantidad de líquido amniótico, 5) Determinar número de fetos, 6) Evidenciar movimientos fetales, 7) Estimar peso fetal, 8) Estimar grado de encajamiento de la presentación, 9) Determinar presentación fetal y 10) Evaluar elementos de la estática fetal.

#### Técnica para realizar la palpación.

Previo evacuación vesical, posicionar a la gestante en semifowler con extremidades inferiores en ligera flexión, favoreciendo la relajación de los músculos abdominales. Si se presentan contracciones uterinas o útero irritable suspender el procedimiento. Se palpará con suavidad, pero con firmeza, se explicará a la usuaria que esta maniobra no debería producir dolor.

#### Maniobras de Leopold.



Source: Reichman EF: *Emergency Medicine Procedures*,  
Second Edition: [www.accessemergencymedicine.com](http://www.accessemergencymedicine.com)  
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

- A. Primera Maniobra de Leopold: Situar se mirando la cara de la gestante. Hundir los bordes cubitales de ambas manos encorvadas; en la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo uterino. Precisa polo que ocupa el fondo uterino, altura del útero y delimita el fondo del útero.
- B. Segunda Maniobra de Leopold: Las manos que exploran se deslizan desde el fondo del útero hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen a la derecha e izquierda del útero simultáneamente. Esta maniobra precisa la posición del dorso fetal, por un flanco una superficie convexa, lisa y por el extremo opuesto nódulos pequeños móviles que pueden corresponder a los miembros.
- C. Tercera Maniobra de Leopold: Es unimanual. Situar se mirando hacia la cara de la gestante. Se abarca el polo inferior entre el pulgar por una parte y el índice y medio por la otra. En caso de presentación cefálica se logra hacer pelotear la cabeza. Precisa: peloteo fetal y grado de movilidad
- D. Cuarta Maniobra de Leopold: Situar se mirando hacia los pies de la gestante. Se ponen ambas manos en el hipogastrio deslizándolas lateralmente desde la parte inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis, de modo de abarcar el polo inferior del feto entre la punta de los dedos de ambas manos que tratan de aproximarse. Esta maniobra ayuda a corroborar los signos recogidos Por la maniobra anterior, sobre la región hipogástrica. Precisa: el grado de penetración en la pelvis.

*Dependiendo de algunos autores, la tercera maniobra descrita en esta guía puede aparecer como cuarta y viceversa, lo relevante es tener presente los objetivos que ambas persiguen.*

Se describe una maniobra accesoria que permite constatar rebalse cefálico, para lo cual se debe deslizar la mano del operador a nivel de la sínfisis púbica intentando reconocer cuanto del polo cefálico sobresale por sobre esta estructura. La aplicación práctica de las maniobras de Leopold será realizada junto al Taller de Estática fetal y Maniobras de Leopold.

#### iv. TACTO VAGINAL.

Objetivo general: Explorar los genitales internos de la mujer para comprobar las modificaciones ocurridas durante la gestación, trabajo de parto y puerperio como también al feto y sus anexos.

- Objetivo primer trimestre: Proporcionar información con respecto al diagnóstico de gestación (probabilidad). Se trata de un examen que ha dejado de tener utilidad para estos fines dado que la disponibilidad de la tecnología ha aumentado (ej. subunidad beta en sangre, ecografía transvaginal).
- Objetivo segundo trimestre: No adquiere mayor relevancia en este trimestre de la gestación. Salvo en casos patológicos, como, por ejemplo, para detectar modificaciones cervicales asociadas a procesos patológicos como incompetencia cervical (se prioriza especuloscopia).



Objetivo tercer trimestre: Proporciona información sobre las características y diámetros pélvicos. Proporciona información de diagnóstico de inicio y evolución del trabajo de parto, otorgando características de modificaciones cervicales, de la presentación y de su descenso por el canal de parto.

#### Tipos de tacto.

Bimanual o ginecológico: se realiza hasta las 12 semanas de gestación y se utiliza la mano izquierda o menos diestra dentro de la vagina. Hoy en día, en el contexto del primer trimestre de gestación por ser una técnica que no está exenta de riesgos, se utiliza única y exclusivamente si no existe metodología diagnóstica más avanzada (ecografía) para certificar gestación. (Lo cual no significa que se deba explorar de igual forma los genitales y considerar especuloscopia si es necesario, por ejemplo, estudiar un flujo vaginal).

Unimanual: se realiza en las últimas semanas de gestación y se usa la mano derecha o más diestra dentro de la vagina.

Función del tacto vaginal. El tacto vaginal investiga diagnóstico de gestación, diagnóstico de trabajo de parto, diagnóstico de presentación, evolución del parto, medición de diámetros de la pelvis (pelvimetría), compatibilidad feto pélvica, diagnóstico del periodo expulsivo, diagnóstico de prociencia de cordón o miembros, diagnóstico de patologías del alumbramiento y descenso placentario y diagnóstico de patologías durante el puerperio.

#### **Al realizar el tacto vaginal se deben investigar las características de los siguientes segmentos o situaciones:**

- Vagina: Ubicar la dirección de la Vagina siguiendo la curva de Caruz (de abajo, arriba y adelante atrás). Evalúa la longitud, amplitud, elasticidad, consistencia, estado de la pared vaginal, tabiques, lesiones, bridas, condilomas. El fondo del saco vaginal puede estar libre u ocupado por cambios de la forma del útero (signo Noble-Budín) en presencia de gestación.
- Cuello Uterino: Durante la gestación ubica la posición, longitud que se expresa en centímetros, forma (cónica en la nulípara, cilíndrica en múltipara), la regularidad (irregular por presencia de cicatrices en múltiparas con antecedentes de desgarros cervicales) y la sensibilidad. La consistencia del cuello del útero cambia con la gestación palpándose un reblandecimiento.
- Útero: Las características que se investigan y detallan son: Posición, Tamaño, Consistencia, Forma, Sensibilidad, Grado de movilidad, Regularidad. Los anexos como tubas uterinas sólo se palpan en situaciones patológicas como abscesos tubo-ovaricos.

#### Modificaciones del cuello uterino en el trabajo de parto.

Tipos de cuello uterino en este *periodo*.

- Inmaduro: Posición posterior. Reblandecimiento igual al de la gestación. Espesor 2 cm. Dilatación cero (en primíparas).
- Intermedio: Posición intermedia, longitud acortada o borrarándose, espesor adelgazándose. Sin dilatación.
- Maduro: Posición central, reblandecimiento máximo, longitud cero o borrado, espesor cero o adelgazado, iniciando la dilatación.

#### Tacto Vaginal durante el Trabajo de Parto.

El tacto vaginal en esta etapa permite examinar las características de la vulva, vagina y perine, características del cuello uterino como: Consistencia, Posición (central), Grado de borraramiento, Grado de dilatación. Así mismo, se puede examinar con el tacto vaginal las características de las membranas ovulares, tipo de presentación, actitud de la presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y relación con los planos de HODGE y LEE. Se puede realizar el estudio de la pelvis y relación con el feto, observar la presencia de Flujo genital, observación del Flujo genital y líquido amniótico si corresponde.

#### Durante el Puerperio.

Este procedimiento se realiza a contar de la sexta semana post parto, para evaluar involución uterina, cicatrización de partes blandas y realizar pronóstico para uso de anticoncepción. En caso de presentar alguna complicación se realiza un tacto antes de esa fecha.

#### Técnica del tacto vaginal.

Recomendaciones para efectuar un tacto vaginal. Este procedimiento se debe realizar con previa información y **consentimiento** de la usuaria. Se debe informar el objetivo de la técnica y resguardar privacidad. Toda la atención prenatal y de partos se debe realizar bajo las directrices del respeto y empatía, pero el



procedimiento de tacto vaginal debe ser mucho más cuidadoso y delicado, ya que es un procedimiento invasivo, que, si bien nos da mucha información del proceso que está viviendo la mujer, expone a la mujer a gran vulnerabilidad. Este procedimiento sólo se debe realizar en casos de absoluta necesidad.

En cuanto a la técnica propiamente tal, se deben retirar joyas de los dedos del operador, debe ser bajo técnica estéril, solicitar a la mujer que orine antes del examen, lavarse las manos antes y después del examen. Se debe registrar en caso de trabajo de parto, en partograma respetando la simbología, y siguiendo un orden semiológico: vulva, vagina, cuello, membranas y presentación.

Este procedimiento debe realizarse con ayudante, por lo que el material que se necesitará será: Jarro con agua, Guantes estériles, Chata individual, Sabanilla, Receptáculo para material de desecho.

Previo a la realización del tacto vaginal, debemos asegurarnos de que la mujer haya orinado. Con relación al procedimiento, la gestante se debe posicionar en una silla ginecológica, o en litotomía, siempre resguardando la privacidad del procedimiento y cubriéndola con una sabanilla. Se debe haber realizado lavado de manos clínico, siempre antes del procedimiento. En el caso de los tactos vaginales durante trabajo de parto, se debe poner una chata (receptáculo) y solicitar un aseo genital previo, sólo con agua (aseo genital lo realiza el/la ayudante). El uso de chata está justificado por la posibilidad de eliminación de líquido amniótico, orina y/o heces (en casos de que la mujer pujan).

Para el tacto vaginal, utilizar guante de procedimiento, en el caso de pacientes ginecológicas, por ejemplo, en una atención de climaterio, atención ginecológica y/o urgencia ginecológica. Para el tacto vaginal en trabajo de parto, este debe ser realizado con un guante estéril. Con la paciente en posición ginecológica, separar los labios mayores con los dedos pulgar y meñique, e introducir suavemente por la vagina, los dedos índice y medio. En este momento, es cuando procedemos a evaluar características de la vulva, vagina y cuello.

Una vez logrado el objetivo del procedimiento, retirar los dedos, sacar y eliminar el guante en un recipiente o contenedor dispuesto para residuos biológicos, evitando contaminar. Realizar lavado clínico de manos.

Se debe informar en todo momento a la usuaria de los hallazgos, y reiterarlos una vez terminado el procedimiento, y los pasos a seguir con los resultados del tacto. Así mismo, procurar registrar en la ficha clínica y formular una hipótesis diagnóstica si esta es requerida y/o necesaria.

#### **Bibliografía:**

1. Apuntes Escuela de Obstetricia Universidad de Chile. E Alvarado, L Moreno N Canales y E Gómez.
2. Obstetricia Schwarcz -Sala- Diverges 5ª Ed
3. Obstetricia Pérez Sánchez, 6Ed,
4. Obstetricia Williams 21ª Ed,
5. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. MINSAL.

Apunte actualizado por Prof. Jovita Ortiz Contreras. Abril 2022