

## HISTORIA CLÍNICA Y SEMIOLOGÍA EN OBSTETRICIA

*En la época en que los ginecobstetras son los médicos más demandados, la historia clínica es la piedra angular para sustentar la defensa o argumentar la acusación.*

### ANAMNESIS

La introducción e identificación en la historia clínica fueron desarrolladas detenidamente en el capítulo 4.

#### ***Causa de consulta***

Usualmente se indaga a través de la pregunta “¿Por qué viene al médico hoy?”, y la paciente podrá responder de varias formas, referirse al síntoma que la aqueja en ese momento, al resultado de una ayuda diagnóstica, remisión o traslado de otra institución<sup>1, 3, 4</sup>; en el último caso se deberá escribir la causa inicial de consulta a esa institución y los diagnósticos finales escritos por el médico remitente en la hoja de remisión.

#### ***Enfermedad actual***

La enfermedad actual en obstetricia debe empezar por la fórmula gestacional<sup>2, 7</sup>, la cual se construye a partir de los antecedentes obstétricos. La fórmula gestacional se construye usando la letra inicial del antecedente obstétrico (excepto para el embarazo gemelar). Esta letra es seguida de un número (aquí denominado “x”) que indica los eventos definidos por la paciente, así:

- $G_x$  (Gravidez): Determina el número de veces que la mujer ha estado embarazada, sin importar si estos han llegado a buen término o no. Incluye el embarazo actual.
- $P_x$  (Partos): Hace referencia al número de nacimientos por vía vaginal que ha tenido la paciente.
- $C_x$  (Cesárea): Hace referencia al número de nacimientos por vía abdominal, a través de la operación cesárea.
- $A_x$  (Abortos): Número de embarazos que finalizaron antes de la semana 22 de gestación o si el feto pesó menos de 500 g.
- $E_x$  (Ectópico): Número de embarazos que se implantaron y alcanzaron un desarrollo por fuera del cuerpo uterino; incluye embarazos tubáricos, cervicales, ováricos y abdominales.
- $Mo_x$  (Mortinatos): Número de recién nacidos con peso mayor de 500 g que nacen muertos.
- $V_x$  (Vivos): Número de recién nacidos vivos.
- Gem (Gemelar): Hace referencia al número de embarazos que han tenido dos o más fetos.

### Ejemplos

- G4 P2 A1: Paciente está en embarazo actualmente, ha tenido 2 hijos por vía vaginal y perdió un embarazo antes de las 18 semanas, fue interpretado como un aborto.
- G8 P5 C1 A1 E1 Gem 1: esta mujer está embarazada, ha tenido 5 nacimientos por vía vaginal, entre ellos un embarazo gemelar, un nacimiento por vía abdominal, cesárea; tuvo un embarazo ectópico y un aborto.

Sobre circunstancias especiales de estos embarazos se profundizará en antecedentes obstétricos.

Otros términos usados con respecto del número de embarazos o partos previos son<sup>8</sup>:

- Primigrávida o primigestante: mujer embarazada por primera vez.
- Primípara: mujer que ha tenido ya su primer parto. No confundir con primigestante o primigrávida.
- Multípara: mujer que ha tenido al menos 2 partos.
- Multigrávida: mujer que ha estado embarazada al menos 2 veces.

Continuando con la historia clínica debe indagar por la fecha de última menstruación (FUM) y sobre su confiabilidad para establecer la edad gestacional del embarazo<sup>1-5</sup>. Este es quizás uno de los datos más importantes, ya que mediante este dato podremos calcular no solamente el tiempo de

embarazo (por amenorrea) sino la fecha probable del parto. La edad gestacional se calcula a partir del primer día de la última menstruación hasta la fecha del interrogatorio<sup>4</sup>, y deberá ser expresada en semanas; se puede calcular contando día a día con un calendario y dividiendo entre 7; también a través de un gestograma, ubicando la flecha del círculo de menor diámetro en la fecha dada por la paciente en el círculo de mayor tamaño, luego en este mismo círculo se busca la fecha del día del interrogatorio, vale la pena decir que algunos gestogramas pueden estar errados; existen también programas de computador que hacen el cálculo, los que usualmente están instalados en computadores de muchas instituciones que tienen la historia clínica sistematizada; estos programas también pueden estar incluidos en PALM.

Teniendo en cuenta que la fecha probable de parto se calcula con 280 días a partir de la FUM, se utiliza la siguiente regla para el cálculo: se suma 7 días al día de la FUM, y se resta 3 meses al mes de la FUM<sup>4,6</sup>. Ejemplo: una paciente consulta el 22 de septiembre de 2009, y afirma tener una FUM el 14 de mayo (mes 5) de 2009, la fecha probable de parto es 21 de febrero de 2010 y la edad gestacional se obtendrá de sumar 17 días del mes de mayo, 30 días de junio, 31 días de agosto y 22 de septiembre = 100 días dividido entre 7, entonces la edad gestacional sería de 14 semanas cumplidas.

La confiabilidad de la estimación de la edad gestacional basándose en la FUM es evaluable a través de varios parámetros<sup>4,6</sup>:

- Es más confiable cuanto más precoz se haya recogido el dato, por ejemplo, en el control prenatal.
- Preguntando si está segura de la fecha, si llevaba calendario menstrual o si tiene dudas, secundario a falla de la memoria.
- Se debe indagar sobre la regularidad de, al menos, los tres ciclos menstruales previos a la FUM (ver antecedentes ginecológicos). En pacientes oligomenorreicas, polimenorreicas y con ciclos variables mes a mes, la FUM es menos confiable.
- La lactancia materna y el uso de anticonceptivos hormonales, orales, inyectables o en parches en los 6 meses previos a la FUM referida también hará que disminuya su confiabilidad.

Si uno de estos parámetros sugiere que la amenorrea no es confiable debe quedar escrito en la historia y explicado en extenso el ítem particular. Vale la pena recordar que la FUM suministrada por la paciente sólo en contadas excepciones se podría afirmar que es exacta, por eso a todos los cálculos de edad gestacional (EG) se les debe agregar la palabra “aproximadamente”.

En el proceso de establecer la edad gestacional se debe continuar consignando en la historia clínica el resultado de la primera ecografía en que se haya establecido la EG por la medición del embrión o feto, ya que la medida del saco gestacional o del vitelino no son parámetros confiables<sup>4</sup>. Describir la fecha de realización de ecografía, indicando la edad gestacional en ese momento y la EG extrapolada al día de la consulta, además se aclara si esa edad gestacional es acorde o no con la EG calculada por FUM. En caso de que no haya concordancia describir por cuántas semanas difieren esas edades gestacionales.

Posteriormente se debe desarrollar la causa de consulta, haciendo una anamnesis basada en una serie de conocimientos fisiopatológicos conseguidos previamente y en un interés en poder ayudar a la mujer que consulta. Se debe llevar un orden lógico, que conduzca a una serie de posibilidades diagnósticas y a un tratamiento oportuno. Empezar por indagar por el tiempo de aparición de los síntomas: hace un mes, una semana, un día o una hora<sup>1-7</sup>. Luego precisar el síntoma, preguntando con términos que la paciente entienda dependiendo de su nivel de escolaridad, aunque en el documento escrito debe quedar consignado en términos médicos. Se deben precisar hechos relacionados, como qué estaba haciendo en el momento, si el hallazgo fue detectado en un control prenatal (CPN) de rutina. También se debe preguntar por otros síntomas asociados, ejemplos: en caso de salida de líquido amniótico, preguntar por inicio de actividad uterina; y viceversa, en caso de actividad uterina preguntar por salida de líquido amniótico; en casos de trastornos hipertensivos indagar por signos premonitorios de eclampsia; sangrado vaginal, verificar si en ecografías tiene descrita una placenta previa o de inserción baja, aclarar si hay dolor abdominal que no cede.

Independientemente de la causa de consulta siempre preguntar si siente mover el feto, si ha presentado contracciones, si ha tenido sangrado y si ha tenido salida de líquido por vagina.

**Ejemplo 1.** Causa de consulta: “Estoy botando líquido”.

La paciente refiere que hace más o menos 6 horas nota salida de líquido por vagina, abundante, que mojó la ropa interior y descendió por la pierna hasta el piso, dejando un pequeño charco. El líquido tenía un característico “olor a límpido”; en el momento en que ocurrió el evento la paciente estaba haciendo oficios de la casa; hace dos horas aparece dolor abdominal tipo contracción, aproximadamente uno cada 10 minutos.

**Ejemplo 2.** Causa de consulta: remitida de centro de salud por preeclampsia.

Hoy, a las 10 a.m., en CPN de rutina encuentran TA 140/100 mm Hg, la dejan en observación por aproximadamente 4 horas, le toman tensión arterial cada hora así: 130/90, 120/85, 135/95 y 125/90. En tira reactiva de parcial de orina aparecen trazas de proteínas; canalizan vena con solución salina y envían a esta institución, no aparece escrito que suministren algún medicamento por vía oral o endovenosa, según datos tomados de hoja de referencia. Sin embargo la paciente afirma que le dieron una cápsula para la presión que no conoce el nombre. Ahora refiere tener cefalea leve de predominio frontal, pero que este dolor usualmente aparece cuando está asustada, y ha tenido ese síntoma en otras ocasiones aun cuando no ha estado en embarazo. Niega mareo, acufenos, fosfenos, epigastralgia.

### ***Embarazo actual***

Se debe indagar por el control prenatal, fecha de inicio, deducir y escribir la edad gestacional a ese momento, revisar el carné y documentos correspondientes. Escribir el número de controles. Revisar los datos de cada CPN<sup>6-8</sup>, valores de tensión arterial, verificar la ganancia de peso entre el primer control prenatal y el último, ganancia de altura uterina, a través de las curvas respectivas y escribir si son adecuados o no; si se encuentra un dato anormal describirlo explícitamente. Un dato importante en la historia que en ocasiones se pasa por alto es si la paciente recibió la vacuna antitetánica en el pasado y/o en el embarazo actual y en qué semana de gestación<sup>6</sup>. Usualmente la gran mayoría de embarazadas tienen el esquema de vacunación completo, por lo cual en el CPN se les debería aplicar un refuerzo, si el dato es incierto se debe iniciar el esquema, aplicando una primera dosis al momento del inicio de CPN, la segunda al mes y la tercera a los 6 meses. Usualmente la vacunación se hace con toxoide diftérico-tetánico. Esta medida de prevención ha tenido un importante impacto en la reducción de morbi-mortalidad materna y perinatal<sup>9</sup>.

También se deben escribir los resultados de laboratorio del control prenatal según la edad gestacional a la cual consulta la paciente<sup>6</sup>. Estos dependerán de si se ha realizado un estricto CPN o no, del protocolo de manejo que haya utilizado la institución de salud. Aquí nos referiremos a la última norma del Instituto Nacional de Salud; si alguno de los exámenes de laboratorio no fue realizado o no se tiene reporte así debe quedar consignado en la historia clínica. En la descripción de estos se debe incluir la fecha, la semana de gestación para la cual correspondería esa fecha, el resultado y si se instauró algún manejo (tabla 9.1).

Tabla 9.1. Exámenes paraclínicos básicos del control prenatal a la gestante sin factores de riesgo.

Exámenes paraclínicos básicos	Primera visita antes de 12 semanas	12 a 16 semanas	20 a 24 semanas	24 a 28 semanas	28 a 34 semanas
Hemoglobina y hematocrito	X				X
Hemoclasificación	X				
VDRL	X				X
Prueba de ELISA HIV	X				
Prueba de HBsAg	X				
Urocultivo		X			
Prueba de glicemia a la hora con 50 gramos de glucosa				X	
Ecografía obstétrica		X (11-14)	X		
Frotis de flujo vaginal		X			

Modificado de: Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Ministerio de Protección Social. Bogotá, D.C.

Se debe continuar consignando en la historia clínica los resultados de las ecografías<sup>4</sup>, en orden cronológico. Como la primera ecografía quedó descrita en la enfermedad actual, se puede iniciar escribiendo los datos de la segunda ecografía. La fecha de realización de ecografía, indicando la edad gestacional en ese momento, y la edad gestacional extrapolada al día de la consulta y así sucesivamente con cada una de las ecografías. Además se deben describir hallazgos especiales en los casos que corresponda: placenta previa, presentación podálica, signos de restricción de crecimiento intrauterino, disminución o exceso de líquido amniótico. Si se realizó Doppler se debe escribir el índice de pulsatilidad y el percentil, presencia de malformaciones congénitas y otros hallazgos patológicos referidos en la ecografía (Ver capítulo 10).

Adicionalmente, se debe consignar en la historia el consumo de micronutrientes como sulfato ferroso, ácido fólico y calcio; incluyendo semanas de inicio y finalización del mismo, dosis en miligramos. Del mismo modo, es necesario preguntar exhaustivamente por la ingesta de cualquier medicamento<sup>4</sup>, sugerido por personal de la salud, farmacéutico, familiares o amigos; aclarando datos como fecha de inicio y finalización del medicamento, y edad estacional en la que fue tomado. En algunos casos las pacientes no reconocen como medicamentos las vitaminas, los productos homeopáticos o para adelgazar, que pudieron haber consumido sin darse cuenta de su embarazo. En otras ocasiones cuando existen ciclos irregulares con oligomenorreas las mujeres toman bebidas “para que llegue la

menstruación” como el agua de perejil. Estas sustancias por ser consumidas en el periodo de la organogénesis pueden tener efectos teratogénicos desde sutiles hasta dramáticos<sup>1, 2, 6-8, 10,11</sup>.

En los casos en que el embarazo no es deseado y rechazado las pacientes realizan intentos abortivos que pueden ser fallidos y el embarazo continuar hasta un nacimiento de término; un medicamento usado frecuentemente con ese fin es el misoprostol, que en muchas ocasiones al ser utilizado en dosis bajas no logra interrumpir el embarazo y el recién nacido (RN) puede presentar malformaciones como el síndrome de Möebius o defectos por disrupción vascular<sup>12-14</sup>. Siempre se debe preguntar por consumo de cigarrillo, alcohol y alucinógenos como marihuana, cocaína, bazuco, pepas (popper, anfetaminas y otros), dependiendo de las costumbres de cada región de donde provenga la paciente. Según la respuesta, se debe redactar la edad gestacional de exposición, dosis: número de cigarrillos, tragos, botellas, gramos o pepas por día o por semana, si alcanzaba la embriaguez o la pérdida de los sentidos. También se debe averiguar por toma de rayos X, con o sin protección abdominal.

### **Hospitalizaciones del embarazo actual**

Se debe indagar y consignar en la historia clínica por hospitalizaciones<sup>1</sup> durante el embarazo actual, si ha consultado a un servicio de urgencias, si ha estado en observación u hospitalizada, precisando fecha de ingreso, de egreso, edad gestacional, diagnósticos y tratamientos recibidos.

**Ejemplo 1.** La paciente ha tenido 5 citas en CPN, sin hallazgos patológicos, con adecuada ganancia de peso y de altura uterina. Recibió toxoide diftérico-tetánico a las 18 semanas. El 15 de febrero, cuando tenía 10 semanas de embarazo se realizó: VDRL no reactivo, Hb 12.3 mg/dl, hematocrito 37 mg/dl, hemoclasificación o Rh positivo, Elisa para Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) negativo, citología vaginal negativa para lesiones premalignas o malignas. Tiene un reporte del 15 de marzo, a las 14 semanas, de un urocultivo con más de 100.000 unidades formadoras de colonias de *E. Coli* por lo cual recibió tratamiento con cefalexina 2 g al día por 7 días, de la misma fecha un frotis vaginal que fue interpretado como patológico y fue tratada para una vaginosis bacteriana, le formulan metronidazol en tabletas por 7 días, que la paciente no tomó por presentar síntomas gastrointestinales.

La prueba de O' Sullivan del 5 junio a las 26 semanas, con glicemia pre de 86 mg y glicemia 1 hora, pos carga de 50 gr, de 128. El 30 julio, a las 33 semanas, una segunda hemoglobina de 11.4 gr/dl y hematocrito de

34 mg, un VDRL no reactivo. Nunca se realizó antígeno de superficie para hepatitis B. Recibió desde el inicio del CPN: sulfato ferroso tabletas por 300 mg, una al día; ácido fólico, tabletas por 1 mg, hasta las 22 semanas cuando un ginecólogo las suspendió; y calcio, tabletas por 600 mg, 2 tabletas al día hasta hoy.

La paciente niega rotundamente exposición a cualquier otro medicamento, hasta una consulta que tuvo por urgencias. El 15 de agosto, cuando tenía 35 semanas, consultó al hospital cercano a su residencia, donde estuvo en observación por 12 horas, según la paciente por tener “dolores bajitos”, recibió líquidos endovenosos y medicamentos que no recuerda el nombre; le hicieron exámenes de los que no tiene el resultado porque se quedaron en la historia; le dieron salida con recomendaciones de reposo y no se formularon medicamentos.

Consumió 1 cigarrillo de tabaco diario, tomaba 4 o 5 cervezas cada fin de semana hasta que se dio cuenta que estaba embarazada, aproximadamente a las 7 semanas.

**Ejemplo 2.** La paciente no ha realizado ninguna visita de CPN y no se realizó ningún laboratorio de rutina. Al interrogársele por consumo de medicamentos refirió que se aplicó 2 tabletas dentro de la vagina de misoprostol, y se tomó 2 tabletas de aspirina con sumo de limón, se calcula que esto ocurrió a las 8 semanas de embarazo aproximadamente; presentó un sangrado escaso por un día, y pensó que el embarazo había finalizado. Consumió bazuco, varios cigarrillos al día, hasta ayer.

### ***Revisión por sistemas***

Cuando el médico crea haber obtenido la máxima información sobre la enfermedad actual, deberá pasar una revista rápida sobre el funcionamiento de otros órganos y sistemas. Esta revisión por sistemas proporciona una visión global de la salud general de la paciente. Se debe tener en cuenta que conviene evitar repeticiones de lo ya escrito en la enfermedad actual<sup>1-7</sup>.

En la paciente obstétrica en el servicio de urgencias la revisión por sistemas es obligatoria, pero debe hacerse eficazmente. En algunos casos, después de indagarse por todos los sistemas y órganos, podría escribirse sólo los datos positivos y con un “niega otros síntomas” podría ser suficiente. Siempre que en la revisión por sistemas un hallazgo sea positivo se debe hacer referencia a la relación de ese signo o síntoma con el embarazo y profundizar lo necesario. El siguiente esquema contiene los puntos principales sobre los cuales se debe interrogar.<sup>1-7</sup>

- Cabeza: Cefalea, localización, intensidad, duración; fenómenos aso-



ciados como: Trastornos de la visión, náusea, vómito y sensaciones auditivas relacionadas. Edema en cara, especialmente en párpados.

- Ojos: Dolor, congestión, lagrimeo, visión doble, fotofobia, visión borrosa.

- Nariz: Epistaxis espontánea o relacionada con limpieza nasal, rinitis, descarga purulenta, problemas del olfato.

- Boca: Caries dentales, tratamientos dentarios, sangrado de encías, úlceras, en mucosa oral o lengua, inflamación, xerostomía (sequedad de boca), sialorrea (salivación excesiva), trastornos del gusto.

- Garganta: Disfagia, disfonía.

- Cuello: Dolor con movimiento, adenopatías, agrandamiento de tiroides, relación de estos con el embarazo.

- Cardiorrespiratorio: Dificultad para respirar en la posición supina, sentada, en reposo o en movimiento, dolor torácico, tos, expectoración, color de esta última, palpitaciones.

- Gastrointestinal: Hiporexia (disminución del apetito), polifagia (aumento de la ingesta de alimentos), náuseas, vómito, describiendo frecuencia y relación con ingesta de alimentos, hematemesis (vómito con sangre), diarrea, frecuencia, presencia de sangre y/o moco, estreñimiento, proctorragia (sangrado rectal), melenas (deposición con sangre), dolor abdominal sin relación con el útero, flatulencia, prurito rectal, síntomas dispépticos como dolor/ardor epigástrico, que disminuye con ingesta de alimentos.

- Abdomen-Obstétrico: Movimientos fetales: frecuencia; actividad uterina: intensidad, duración y frecuencia.

- Génitourinario: Disuria (dolor al orinar), polaquiuria (aumento en la frecuencia de la micción), poliuria (aumento en el volumen de orina), coluria (orina de color intenso, naranja), hematuria (orina con sangre), retención urinaria, incontinencia urinaria. Frecuencia de relaciones sexuales, número por semana o mes. Presencia de flujo vaginal, diferenciar las características, cantidad: escasa, moderada o abundante; color: blanco, amarillo, verde; olor: sin olor, con mal olor.

- Extremidades y aparato locomotor: Limitación para desplazarse secundaria al embarazo o no, dolores articulares, dolor en trayectos venosos, edema, cansancio excesivo.

- Neuropsiquiátricos: Síncopes, vértigos, parestesias (sensación de adormecimiento); relacionados con disfunciones familiares, aceptación del embarazo, preparación para el recibimiento del futuro miembro de la familia. Signos de depresión.

- Piel y anexos: Equimosis, erupciones, prurito, pigmentación (ictericia), sudoración excesiva, caída del cabello.

**Ejemplo.** Revisión por sistemas:

- Cefalea ocasional, leve, de predominio frontal, hoy no la ha presentado.
- Cansancio fácil al caminar más o menos 100 metros o subir gradas a un segundo piso.
- Siente mover el feto con frecuencia, aproximadamente cada hora.
- Niega otros síntomas patológicos.

**Antecedentes personales**

Se hará énfasis en enfermedades que con mayor probabilidad hayan podido afectar a la paciente, dependiendo de otros datos que en ese momento se han obtenido en lo que va de la historia clínica<sup>1-4</sup>, por ejemplo si la paciente es adolescente o gestante tardía. Si procede de una zona endémica de una enfermedad tropical como malaria, etc. O enfermedades relacionadas con la enfermedad actual, si tiene un trastorno hipertensivo del embarazo, se hará énfasis en datos que sugieran hipertensión crónica. Se pueden hacer preguntas generales como ¿ha gozado usted de buena salud, o ha sido enfermiza? Se debe preguntar específicamente por enfermedades no necesariamente relacionadas con el embarazo, por ejemplo: anemia, hipertensión arterial, diabetes, tuberculosis, cáncer, neumonía, hepatitis, HIV.

- Exposiciones específicas como: alergias a medicamentos, enfermedades ocupacionales, transfusiones de cualquier producto sanguíneo.
- Traumatismos: fracturas, heridas, accidentes.
- Quirúrgicos: cirugías como apendicectomía, colecistectomía, o del aparato reproductor, etc.

En cualquier caso positivo documentar las fechas, tratamientos, evolución o secuelas de la enfermedad<sup>1-4</sup>.

**Ejemplo:**

- La paciente niega haber padecido de hipertensión arterial, diabetes, cáncer, tuberculosis, neumonía o HIV.
- A los 14 años le formularon hierro en tabletas porque tenía la hemoglobina baja, pero luego los exámenes fueron normales.
- Afirma ser alérgica a un medicamento que no recuerda.
- No ha recibido transfusiones.
- Nunca ha tenido fracturas.
- Refiere que cuando niña presentó varicela y a los 12 años hepatitis.
- Le practicaron una apendicectomía a los 16 años, al parecer estaba perforada y estuvo varios días hospitalizada.

### ***Antecedentes ginecológicos***

Los antecedentes ginecológicos nos darán un acercamiento al estado de salud reproductivo de la paciente, a la integridad y madurez del eje hipotálamo-hipófisis-gónada-endometrio y sobre la sexualidad de la paciente. Cabe resaltar que en esta sección no se incluye el embarazo actual.

En los antecedentes ginecológicos se deberá indagar los siguientes aspectos<sup>6-8</sup>:

- Menarca: Edad de primer sangrado menstrual.
- Pubarca: Edad de aparición de vello púbico.
- Telarca: Edad de aparición de inicio de crecimiento mamario.
- Sexarca: Edad de inicio de relaciones sexuales.
- Ciclos menstruales: Características del sangrado menstrual en el último año, cada cuántos días llega el sangrado, días de duración, número de toallas higiénicas o tampones por día<sup>1</sup>.
  - Anticoncepción: Método para prevenir embarazo usado en el último año, previo al embarazo.
  - Citología vaginal: Fecha y resultado de la última citología, tratamiento instaurado, si fue necesario.
  - Número de compañeros sexuales.
  - Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis, herpes II, HIV.
  - Vida sexual: Preguntar si en el momento tiene compañero sexual o no. Si tiene relaciones sexuales y con qué frecuencia.

### ***Antecedentes obstétricos***

En este ítem se debe hacer correlación con la fórmula gestacional escrita en enfermedad actual. Cada evento obstétrico debe quedar descrito siguiendo un orden cronológico; escribir el mes y el año; el evento: aborto, parto vaginal o cesárea, en qué institución de salud ocurrió o si fue en casa; si fue atendida por auxiliar de enfermería, enfermera jefe, médico general o partera, en los casos en que corresponda; la edad gestacional al momento del nacimiento; el peso del recién nacido; si está vivo o muerto; la edad en que murió y las causas. Complicaciones especiales, trastornos hipertensivos, diabetes, parto pretérmino, malformaciones, etc.

Períodos intergenésicos<sup>7</sup> (tiempo transcurrido entre un embarazo y otro) menores de 18 meses representan riesgos para el embarazo, ya que el tiempo transcurrido no ha sido suficiente para la recuperación total no sólo del útero sino del organismo materno en general, especialmente en aquellas mujeres que lactan por largo tiempo.

**Ejemplo.** Marzo del 2002, parto vaginal, en hospital de Trujillo, atendido por médico, recién nacido de 39 semanas, que pesó 3000 g, está vivo, no tuvo ninguna patología relevante.

Abril del 2004, un aborto espontáneo, de más o menos 8 semanas, ginecólogo le realizó legrado, en hospital de Tuluá, no se encontró causa de la pérdida gestacional.

Noviembre de 2006, cesárea en el Hospital Universitario del Valle por preeclampsia severa, a las 28 semanas de gestación; el recién nacido pesó 1200 g, estuvo hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo neonatal por 1 mes, ahora está vivo, en buenas condiciones.

En agosto de 2008 le realizan cesárea en el Hospital Universitario del Valle por presentar una restricción de crecimiento intrauterino severo a las 35 semanas de gestación, el recién nacido pesó 1800 g. Falleció una semana después del nacimiento, tenía signos sugestivos de síndrome de Down, no le realizaron cariotipo por problemas económicos.

### ***Antecedentes familiares***

Se deben establecer antecedentes familiares de patologías generales y específicas, especialmente aquellas que podrían repetirse. Se puede averiguar por la salud de familiares en primer grado como padres y hermanos<sup>1-4</sup>. Entre otras enfermedades se debe preguntar por hipertensión arterial, patología cardíaca, diabetes, cáncer, asma, alergias, epilepsia, demencia, etc.

En la paciente obstétrica se debe interrogar por datos de su nacimiento, sus hermanos, y datos de enfermedades del embarazo que hayan sufrido sus hermanas, por ejemplo: Abortos, recién nacidos muertos, parto pretérmino, trastornos hipertensivos del embarazo, diabetes gestacional, psicosis posparto, etc. Siempre se debe finalizar preguntando: ¿Alguna otra enfermedad acerca de la que usted me quiera contar?

## **EXAMEN FÍSICO**

El examen físico comienza con la observación de la paciente desde que esta ingresa al consultorio, caminando, en camilla o ayudada por familiares<sup>1-3</sup>. Todos los hallazgos físicos notados durante la anamnesis se pueden escribir en el lugar que corresponda, por ejemplo problemas del habla, quejas por contracciones uterinas, lesiones en piel, etc. El examen físico en ginecología y obstetricia idealmente se debería realizar en un medio estéticamente agradable, acogedor, que le inspire absoluta confianza a la paciente; usualmente en los servicios de urgencias no se dispone de consultorios apropiados. En ocasiones las pacientes son acompañadas a la consulta por

el esposo o un familiar, por esta razón los consultorios deben tener separado el lugar donde se realiza la anamnesis de donde se lleva a cabo el examen físico. La paciente deberá ponerse la bata de examen, la cual debe ser limpia e impecable; ya en la camilla y cuando se procede al examen físico, se deberá descubrir solamente la región que será examinada en ese momento; por ejemplo, cuando se revisa el abdomen se debe cubrir la pelvis con una sábana y evitar la exposición de los genitales innecesariamente.

No siempre es necesario hacer un examen físico exhaustivo, las exploraciones detalladas se deberán hacer y describir en el órgano o sistema comprometido. En muchos casos las pacientes embarazadas no consultan por alguna patología obstétrica, entonces se debe profundizar en el órgano que sospeche enfermo, sin dejar de lado el examen obstétrico. En los casos en que la causa de consulta y enfermedad actual se limita a la parte obstétrica se debe realizar una revisión rápida de todos los órganos y sistemas, pero sólo describir en el documento los más relevantes como cabeza, cardiopulmonar y extremidades, por supuesto profundizando en el examen obstétrico abdominal y el tacto vaginal, que veremos adelante.

Se debe consignar en la historia una descripción del estado general de la paciente, por ejemplo: orientada, colaboradora, en buenas condiciones nutricionales, luce con dolor agudo. Se tomarán los signos vitales: tensión arterial, pulso, temperatura, respiración, se deberá escribir el peso en kilogramos y la talla en metros. Las descripciones de semiología y examen físico de órganos y sistemas diferentes a los comprometidos en la obstetricia sobrepasan los objetivos de este libro y recomendamos la lectura de libros de semiología médica<sup>1-5</sup>.

### ***Inspección del abdomen***

La inspección nos revelará la presencia de lesiones dermatológicas aún no referidas en la anamnesis que en caso de enfermedades infecciosas pueden afectar el feto y que sólo se sospecharían por los hallazgos en la inspección del abdomen y la piel en general. También se pueden observar estrías que no solamente se encuentran en el abdomen sino en glúteos, muslos y aun en mamas. Éstas son más frecuentes en las pacientes primigrávidas<sup>15</sup>. En pacientes mestizas se observa una línea hiperpigmentada que se extiende de la sínfisis púbica hasta el ombligo, conocida como la línea del embarazo. Se deben buscar cicatrices de cirugías previas y reintrogar a la paciente acerca del tipo de cirugía a que fue sometida, ya que las intervenciones quirúrgicas practicadas sobre el útero (cesáreas, miomectomías) tienen gran valor para la escogencia de la vía que se va a utilizar para el parto (vaginal o abdominal)<sup>8</sup>.

### **Palpación**

La palpación de la paciente embarazada a término se efectúa mediante las cuatro maniobras de Leopold<sup>6-8</sup>.

*Primera maniobra* (fig. 9.1): El examinador debe colocarse frente a la paciente, con las palmas de ambas manos colocadas a lado y lado de la parte superior del útero, tratando de abarcar por completo el fondo. Esta maniobra además de darnos una idea del tamaño fetal, nos indica qué parte del feto (cabeza o pelvis) se encuentra en el fondo del útero. En 96% de los casos se encontrarán las nalgas (polo grande, blando, desigual, reductible, en la que alternan partes blandas y duras) y en 3% de los casos, la cabeza (polo redondeado, liso, irreductible, que pelotea)<sup>6</sup>. En la historia clínica deberá describirse como fondo uterino ocupado o vacío; si está ocupado, describir si la estructura fetal que está en el fondo uterino es la cabeza o las nalgas.

*Segunda maniobra* (fig. 9.2): En principio se palpa con las dos manos, deslizándolas desde el fondo uterino hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a derecha e izquierda llegando a la altura aproximada del ombligo. En este momento se deja una mano inmóvil ejerciendo una ligera presión en sentido contrario (derecha a izquierda o izquierda a de-

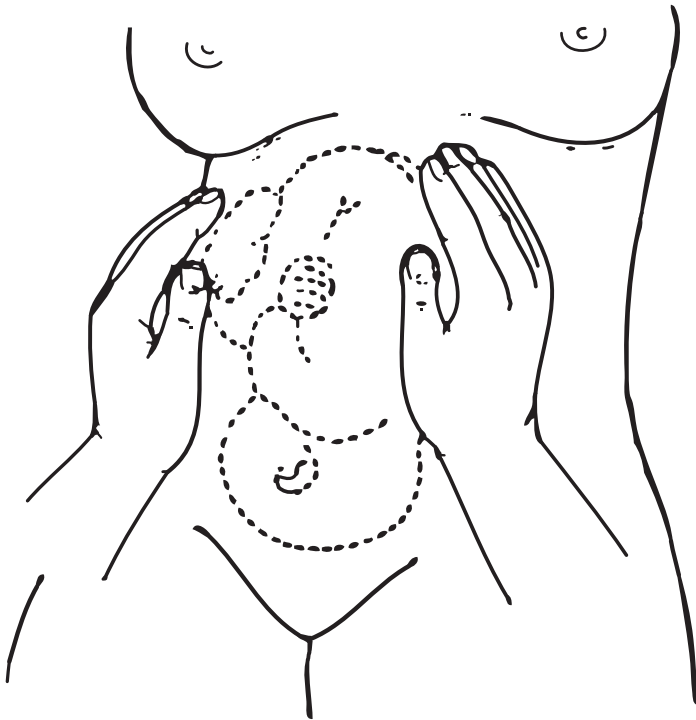


Figura 9.1. Primera maniobra de Leopold.

recha), para llevar el útero y el feto a tener más contacto con la otra mano que ahora se desplazará hacia arriba y hacia abajo. En uno de los lados se apreciará el dorso como una superficie plana o ligeramente convexa, lisa y resistente; en el lado contrario se encontrarán las extremidades como pequeñas partes desiguales, agudas u obtusas, que pueden llegar a desplazarse con la palpación. Con esta maniobra se averigua la posición. Deberá describirse como posición: dorso izquierdo o derecho<sup>6-8</sup>.

*Tercera maniobra* (fig. 9.3): Se efectúa con una sola mano, ubicando la región suprapúbica entre el pulgar de una parte y los dedos índice y medio por la otra. Se debe abarcar el polo fetal que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis y que a su vez ocupa el segmento uterino. Luego se realizan rápidos movimientos laterales, con el objeto de hacer que el polo fetal se choque contra los dedos; cuando se encuentra una estructura dura, lisa y regular que pelotea se considera que es positiva, y que el polo fetal será la cabeza. Si la estructura es lisa, blanda y no pelotea se considerará negativa y el polo fetal será el caudal (podálico), pero también podría no encontrarse alguna estructura fetal y se consideraría que la maniobra es negativa, y que no hay polo fetal en el segmento uterino o en contacto

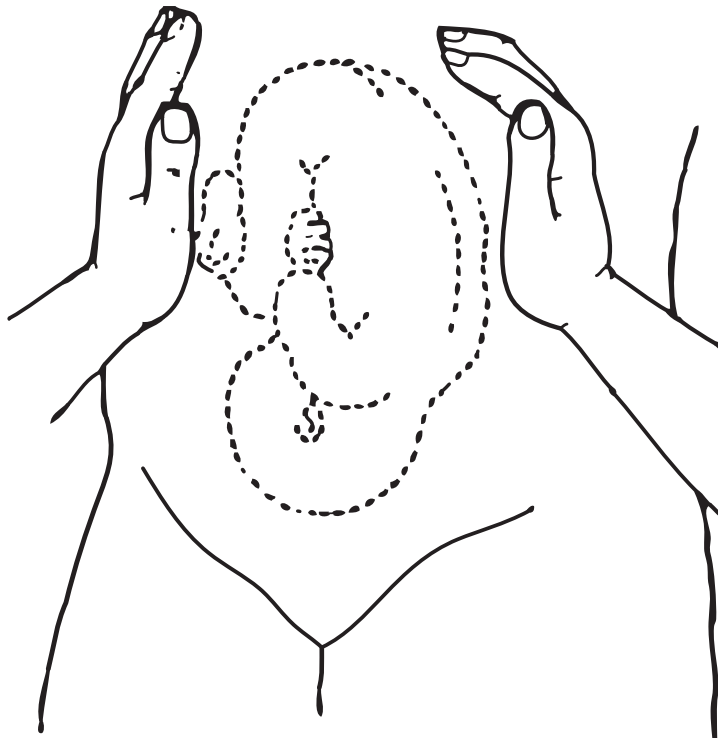


Figura 9.2. Segunda maniobra de Leopold.

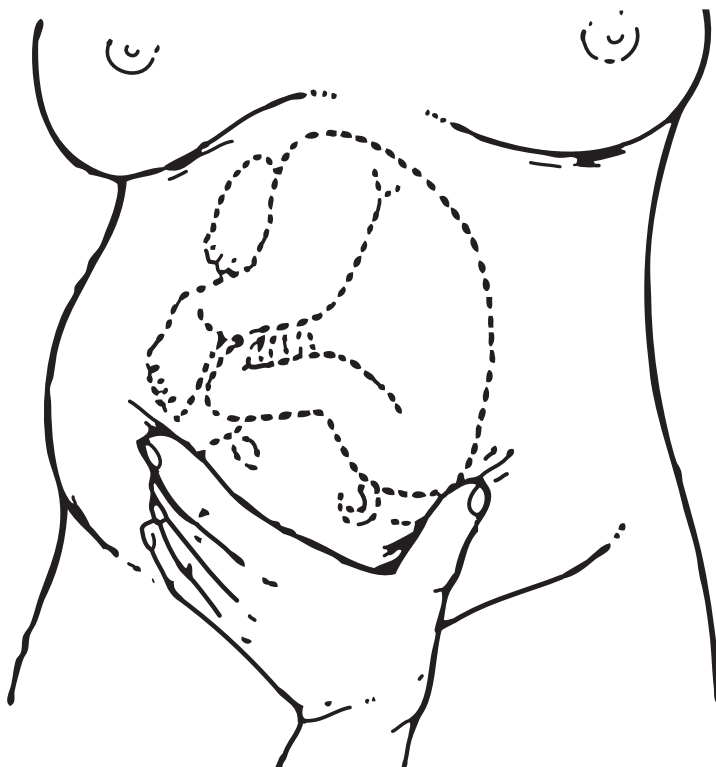


Figura 9.3. Tercera maniobra de Leopold.

con el estrecho superior de la pelvis<sup>6,8</sup>. Con esta maniobra se encuentra la presentación fetal; deberá describirse como positiva: cefálico; negativa: podálico o no encontrado polo fetal. NUNCA presentación transversa.

*Cuarta maniobra* (fig. 9.4): El examinador se colocará de espaldas al rostro de la paciente, se aplican ambas manos en el hipogastrio deslizándolas lateralmente desde la inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis, de modo de alcanzar y abarcar el polo inferior del feto entre las puntas de los dedos de ambas manos que tratan de aproximarse<sup>6,8</sup>. Esta maniobra permite seguir la penetración de la presentación en la pelvis (encajamiento) y apreciar y diagnosticar el polo que se presenta. Se considera la maniobra más importante, por lo cual algunos invierten el orden aconsejado por Leopold e inician el examen con esta maniobra. Con la cuarta maniobra se encontrará el grado de encajamiento, así: cuando el polo fetal está entre el estrecho superior y el medio de la pelvis se considerará como no encajado, cuando está más allá del estrecho medio se describirá como encajado.



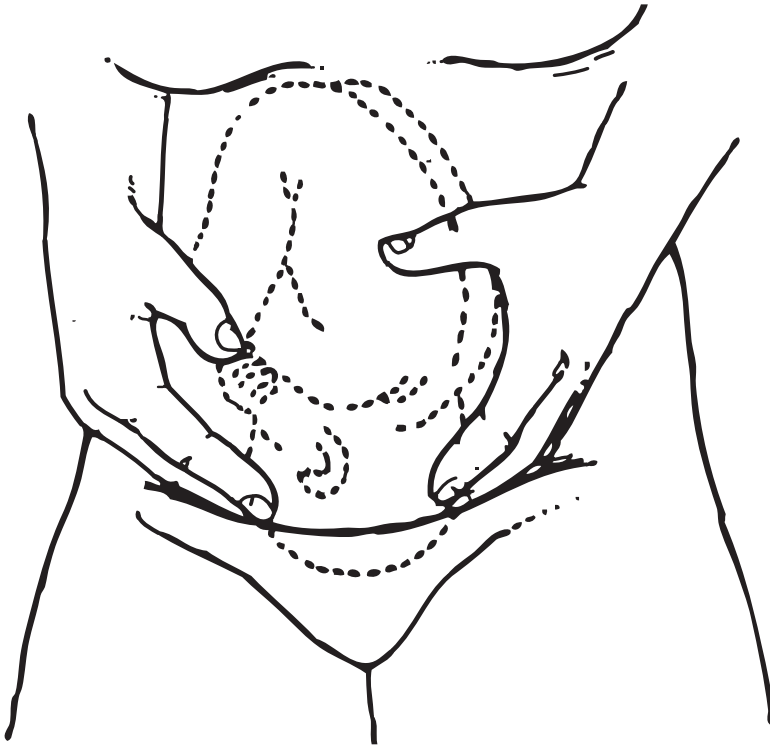


Figura 9.4. Cuarta maniobra de Leopold.

#### **Medición de la altura uterina**

Esta medición hace parte del examen físico de rutina de toda embarazada, en el CPN y en la consulta de urgencias; es útil para evaluar, indirectamente, el crecimiento fetal. La medida debe tomarse desde el borde superior de la sínfisis púbica hasta el “techo” del fondo uterino y es expresada en centímetros<sup>4, 8</sup>. Se debe tener en cuenta que la obesidad y una vejiga llena pueden distorsionar la medida<sup>8</sup>. Entre las semanas 20-31 la altura del fondo uterino medida en centímetros se correlaciona cercanamente con la edad gestacional en semanas<sup>8</sup>.

#### **Percusión**

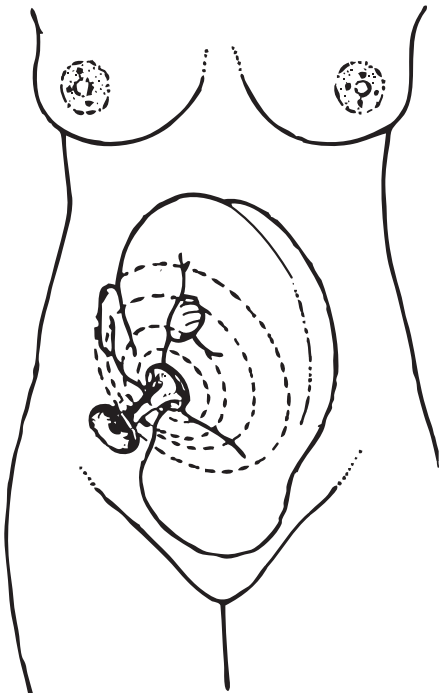
Es el método menos utilizado en obstetricia. Tan solo se usa en circunstancias palpatorias difíciles para apreciar el volumen del útero grávido, reconociendo sus límites por la sonoridad timpánica intestinal que le rodea.

#### **Auscultación**

La auscultación en obstetricia tiene como finalidad encontrar y estudiar

la frecuencia cardiaca fetal. Usualmente se realiza auscultación indirecta, es decir, con la ayuda de instrumentos. El más simple de éstos es la campana de Pinard que se fabrica en aluminio o en madera. Consiste en un tubo que tiene un extremo dilatado llamado colector o campana, terminando por el otro lado en una superficie circular, ligeramente cóncava, con orificio central, llamado auricular ya que allí se aplica el pabellón de la oreja. La auscultación de la frecuencia cardiaca fetal es muy importante porque permite verificar la vitalidad o muerte del feto, siendo este hallazgo trascendental para la atención de la paciente en cualquier servicio de consulta externa o de urgencias. Los latidos fetales se oyen con mayor nitidez en una región que suele corresponder al hombro anterior<sup>6</sup>, este denominado foco de auscultación. Ese foco máximo tiene una ubicación variable según la edad gestacional, presentación, situación y posición del feto<sup>4</sup> (datos que se obtienen a través de la palpación y las maniobras de Leopold), por lo cual se debe seguir un orden estricto en el examen físico obstétrico: Observación, palpación y auscultación (fig. 9.5).

Para realizar la auscultación de los latidos cardiacos fetales, el examinador se coloca de pie al lado de la paciente, luego toma la campana por el tallo y se aplica perpendicularmente sobre la región llamada foco de auscultación. En el caso de usar fonendoscopio, se debe verificar previamente si está por el lado del diafragma o de la campana, se puede utilizar cual-



*Figura 9.5. Auscultación fetal con la campana de Pinard.*

quiera de las dos indistintamente. La transmisión hacia el estereoscopio se hace siguiendo capas sólidas que son buenas conductoras del sonido. El sonido se origina en el corazón, atraviesa el pulmón del feto, la pared torácica y el muñón del hombro en contacto con la pared uterina, que está en relación con la pared abdominal donde se apoya el instrumento. Debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización. La frecuencia normal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto<sup>4,6-8</sup>, con una frecuencia media de alrededor de 140/m.

Los latidos se cuentan en medio minuto (preferiblemente utilizar reloj de segundero, evitar instrumentos digitales) y se multiplican por dos. Los latidos fetales con estetoscopio pueden percibirse desde las 17-19 semanas<sup>7,8</sup>, sin embargo, dependerá del grado de obesidad de la paciente, de la cantidad de líquido amniótico y de la posición del feto en el momento del examen. Con el Doptone® (Doppler de mano), la frecuencia cardíaca fetal puede apreciarse desde las 12 semanas. La intensidad de los latidos aumenta en el curso del embarazo, son débiles a las 20 semanas de embarazo y luego cada vez son más fuertes a medida que el feto crece. Disminuyen la intensidad de los latidos cardiacos: el polihidramnios, las variedades posteriores y la obesidad<sup>6,8</sup>. Por el contrario, las paredes abdominales delgadas permiten auscultar los latidos con mayor intensidad.

Durante la contracción la frecuencia cardíaca fetal puede disminuir, no obstante, a los pocos segundos de terminada la contracción se restablece. Por esto se debe auscultar siempre durante y entre intervalos de las contracciones, para evitar equivocaciones<sup>8</sup>. La hipertermia materna produce taquicardia fetal. La bradicardia puede ser debida a sufrimiento fetal. Durante el encajamiento puede presentarse bradicardia, que es pasajera. La apreciación de la frecuencia cardíaca fetal alterada debe ser evaluada a través de la monitoría electrónica fetal<sup>6-8</sup>.

### ***Terminología obstétrica***

*Actitud:* Relación que guardan los distintos segmentos fetales entre sí (cabeza, tronco y extremidades). La actitud fetal normal es de flexión moderada<sup>8</sup>.

*Situación o postura:* Relación que existe entre el eje longitudinal del feto (eje mayor) y el eje mayor de la madre. Si coinciden, la postura es longitudinal, si son perpendiculares la situación es transversa, si forman un ángulo agudo, la situación es oblícu<sup>8</sup>.

*Posición:* Relación que guarda el dorso del feto con una de las mitades de la pelvis materna, derecha o izquierda. Las posiciones son dos: derecha o izquierda<sup>8</sup>.

**Presentación:** Se refiere al polo fetal que primero toma contacto con el estrecho superior de la pelvis y que ha de seguir un mecanismo definido durante el trabajo de parto. Las presentaciones son dos: cefálica y podálica. La presentación de hombro o de transversa no existe, ya que no corresponde a la definición que de presentación hemos dado; por lo tanto se debe considerar como una postura transversa y no como una presentación transversa.

**Punto de reparo:** Se denomina punto de reparo de la presentación a un elemento anatómico incluido dentro de la misma presentación, el cual una vez individualizado (encontrado, ubicado), permite el diagnóstico de la variedad de presentación en forma categórica.

**Modalidades de presentación:** Son variantes que ofrece la presentación cefálica o podálica, según la actitud que adopte la cabeza sobre el tórax, o la actitud de las extremidades entre sí y con el tronco fetal. En adelante las modalidades de la presentación cefálica y el punto de reparo correspondiente<sup>8</sup>:

- **De vértice:** Cuando la cabeza está en flexión marcada de la cabeza sobre el tórax, y su punto de reparo es el occipucio.
- **De bregma o sincipucio:** Cuando la cabeza se coloca en posición indiferente, es decir, no está flejada ni deflejada; su punto de reparo es la gran fontanela (bregma).

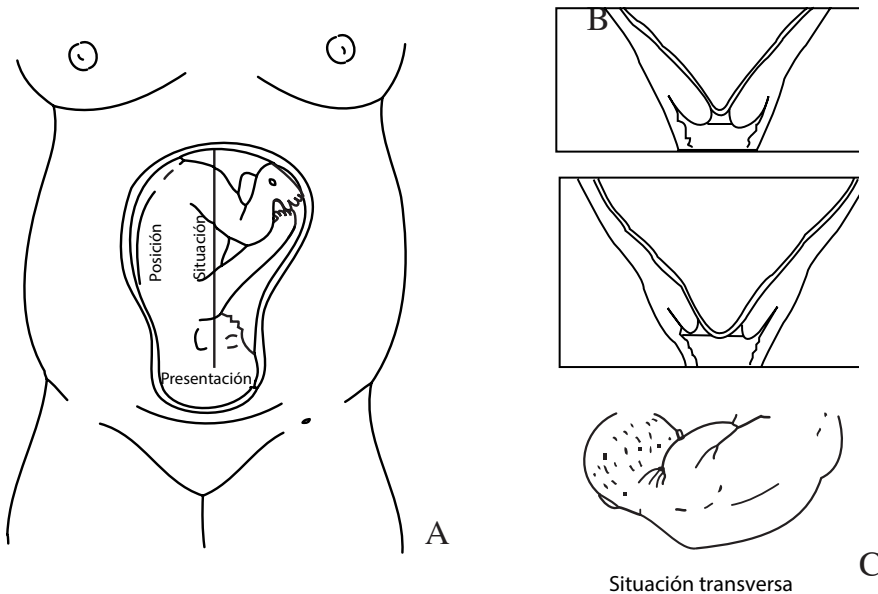


Figura 9.6. Terminología obstétrica. A y B. Postura o situación longitudinal, presentación cefálica. C. Postura o situación transversa.

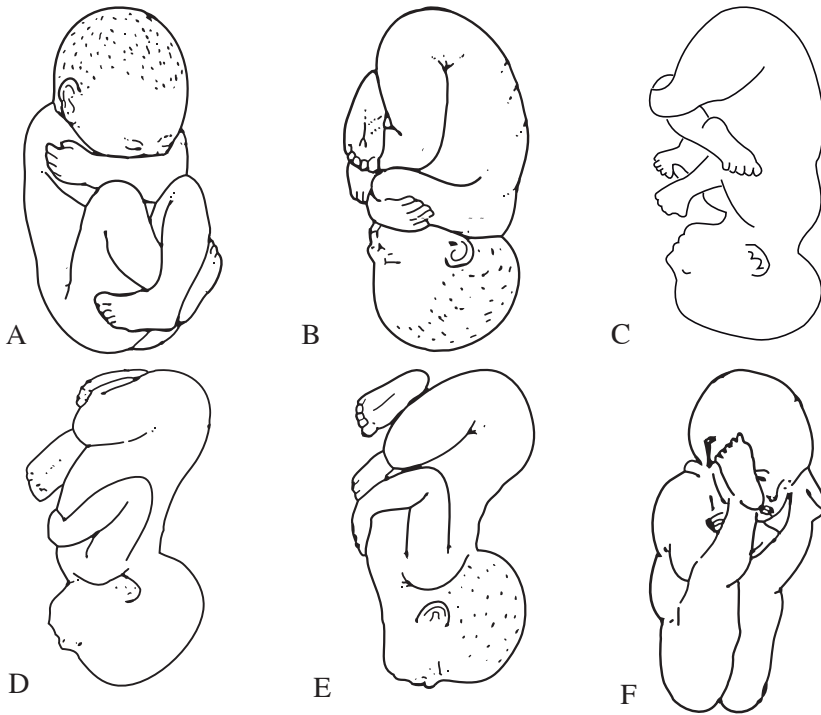


Figura 9.7. A. Situación longitudinal, presentación pélvica, posición derecha. B. Situación longitudinal, presentación cefálica, modalidad de vértice, posición izquierda. C. Situación longitudinal, presentación cefálica, modalidad de sincipucio, posición izquierda. D. Situación longitudinal, presentación cefálica, modalidad de frente, posición izquierda. E. Situación longitudinal, presentación cefálica, modalidad de cara, posición izquierda. F. Situación longitudinal, presentación podálica franca, posición derecha.

- *De frente*: Cuando la cabeza está en deflexión moderada y su punto de reparo es la raíz de la nariz (naso).
- *De cara*: Cuando la cabeza está en deflexión marcada, el punto de reparo es el mentón (mento).

En la presentación de pelvis las modalidades de importancia son dos:

- *De pelvis completa*: Cuando los miembros inferiores del feto se mantienen en actitud fisiológica, con flexión de las articulaciones de la cadera y rodillas (fig. 9.7A).
- *De pelvis incompleta*: Cuando se ha perdido la actitud fisiológica, las articulaciones de las caderas están flexionadas, las rodillas están extendidas, llevando muslos sobre el abdomen y las piernas sobre el tórax y la cara del feto (de nalgas) (fig. 9.7F). Algunos en la presentación de pelvis incompleta incluyen las modalidades en que se encuentra una rodilla o un

pie en vagina, secundario a que una de las articulaciones de la cadera se encuentra en extensión con flexión o extensión de la rodilla de la misma extremidad.

*Variación de posición de la presentación:* Es la relación que guarda el punto de reparo de la presentación fetal con los cuadrantes de la pelvis femenina. Para facilitar la comprensión de esta definición se debe comparar la pelvis ósea femenina de una paciente en posición de litotomía con la esfera de un reloj y trazar una línea imaginaria que uniría las 3 y las 9; se considerará anterior todo lo que se encuentre por encima de ella y posterior lo que esté por debajo. Trazar una segunda línea, entre las 6 y las 12, que dividiría la esfera en derecha e izquierda<sup>6</sup> (fig. 9.8).

Así en la presentación cefálica, modalidad de vértice, donde el punto de reparo es la fontanela menor, también llamada posterior o lambdoidea, se podrán encontrar ocho posibilidades para la ubicación de la fontanela menor (fig. 9.9).

El feto para ser expulsado debe recorrer un canal osteomuscular llamado canal del parto, constituido por dos porciones de distinta constitución: la pelvis ósea y la pelvis blanda o piso pélvico.

## EXAMEN GINECOLÓGICO

### *Observación, especuloscopia y tacto vaginal*

En continuidad con el examen físico del abdomen, se debe informar a la paciente que ahora se seguirá con la revisión de la vagina, con la paciente

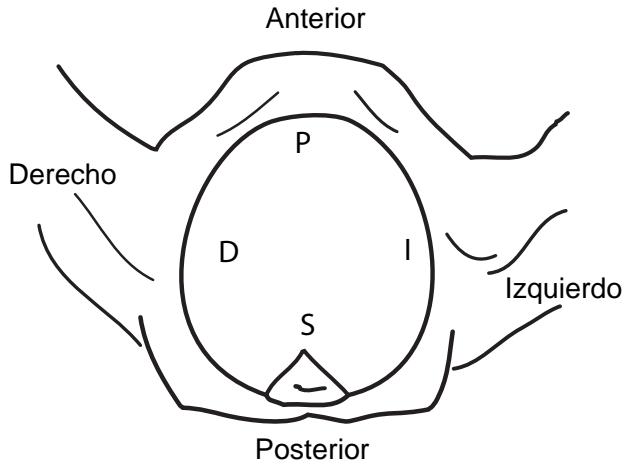


Figura 9.8. Representación de la pelvis en posición de Trendelenburg (Tomado de: Botoro J, Henao G, Jubiz A., *Obstetricia y ginecología*. Fondo editorial de la CIB. 8a. edición. 2008).

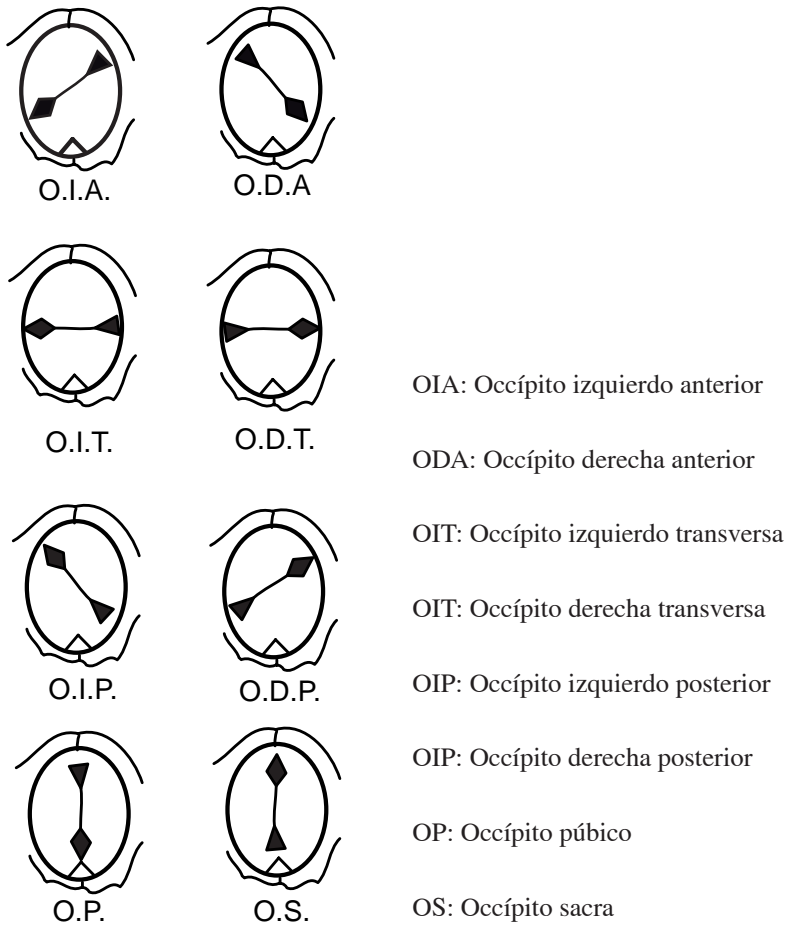


Figura 9.9. Representación en las diferentes variedades de posición en la presentación cefálica de vértice (Tomado de: Botero J, Henao G, Jubiz A., *Obstetricia y ginecología*. Fondo editorial de la CIB. 8a. edición. 2008).

en posición ginecológica o de Trendelenburg: Sobre la mesa de examen, en decúbito dorsal, con la articulación de la cadera flexionada, llevando los muslos hacia el abdomen, también las rodillas en flexión y lo más separado posible, los talones en los estribos y la pelvis lo más cercano al borde inferior de la camilla. Idealmente la paciente debe tener la vejiga vacía<sup>1-4,6-8</sup>, para evitar incomodidades con la exploración (fig. 9.10).

El médico previamente debe realizarse un lavado de manos clínico y usar guantes esteriles.<sup>1-7</sup>

Se deben separar parcialmente los labios menores y observar el Monte de Venus, labios mayores y menores, de esta forma se pueden encontrar diversas lesiones de la piel: Eritema, intertrigo, eczema, vesículas, úlceras,

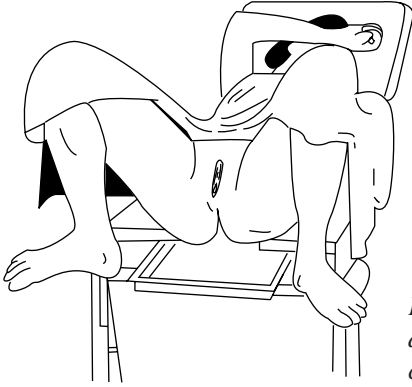


Figura 9.10. Posición ginecológica, de litotomía o de Trendelenburg (Tomado de: Rigol O. *Obstetricia y ginecología*. Ecimed. 2008).

edema, várices, vulvitis, bartholinitis, condilomas, cicatrices de desgarros perineales, prolapsos, hemorroides, flujo vaginal, salida evidente de líquido amniótico o sangrado activo, etc<sup>4</sup>. También se debe detallar la amplitud de la hendidura vulvar. En ocasiones es necesario realizar el examen ginecológico en la cama donde la paciente realiza el trabajo de parto, en ese caso con la paciente en la misma posición se deberá acercar los talones hacia la pelvis, forzando la flexión de las rodillas.

### Especuloscopia

Dependiendo de la historia de la paciente se deben tener algunos accesorios como escobillones, placas de vidrio, tubos de ensayo, solución salina, etc., para la realización de exámenes complementarios<sup>1-7</sup> que pueden ser necesarios; por ejemplo, el test de hehecho o frotis vaginal. Además siempre tener una fuente de luz<sup>1-7</sup>, como la lámpara con cuello de cisne, asegurándose que el bombillo encienda antes de colocarse los guantes. También se debe conocer y manipular el espéculo, las diferentes marcas de espéculos desechables tienen variadas formas de hacerlo funcionar, para separar las valvas, fijarlas o hacerlas regresar a su posición inicial.

Con una mano se separan los labios menores, con la otra mano se toma el espéculo con las valvas juntas y en posición oblicua, tras lo cual se introduce a través del introito vaginal con dirección inferior y posterior. Luego se hace rotar en forma tal que las valvas queden horizontales mientras éstas se abren intentando ubicar el cuello uterino entre ellas<sup>1-4, 6-8</sup> (fig. 9.11)

Se deben observar las paredes vaginales, usualmente violáceas hacia el final del embarazo<sup>1, 4-6-8</sup>. El cuello uterino se subdivide en dos regiones visibles durante el examen ginecológico: El endocérvis y el exocérvis (porción vaginal); este último se halla cubierto por epitelio plano estratificado no queratinizado que se continúa con la cúpula vaginal; el lugar don-



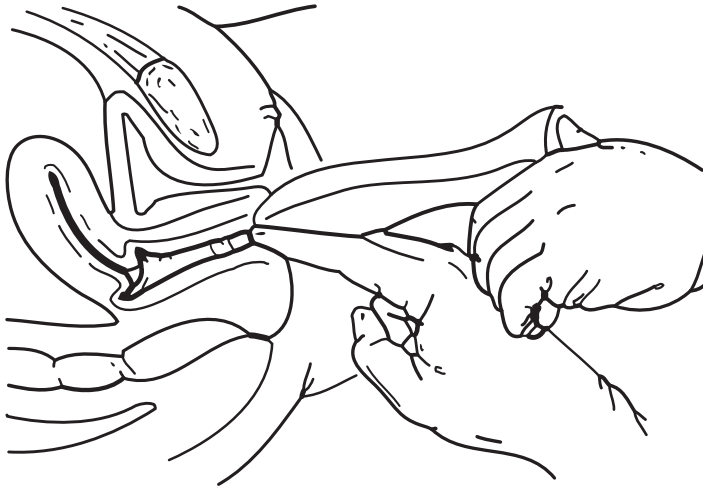
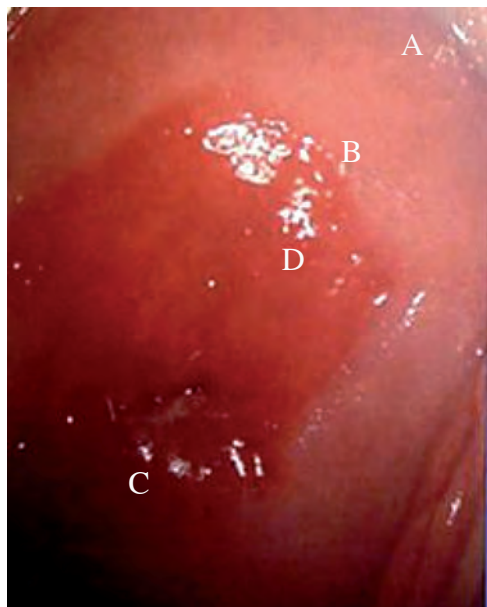


Figura 9.11. Método de inserción del espéculo en la vagina. Tomado de: Llanio R, Perdomo G. *Propedeútica clínica y semiología médica. Tomo 1. Ecimed. 2003.*

de converge el epitelio se denomina orificio externo y está prácticamente obliterado en la nulípara. El endocérnix se halla por encima del orificio externo y está conformado por un epitelio cilíndrico mucosecretor que al invaginarse en el estroma subyacente forma las glándulas endocervicales. Una región anatómicamente importante es la zona de transición, en la cual el epitelio cilíndrico del endocérnix es reemplazado progresivamente por epitelio escamoso; el lugar exacto de la transición se denomina unión escamocilíndrica; la relevancia de esta zona está en que en ella se dan las lesiones precancerosas y los carcinomas escamosos; en la embarazada con frecuencia se observa esta zona desplazada anteriormente, denominándose ectropion<sup>16</sup> (fig. 9.12).

Si se observa flujo vaginal, éste debe ser descrito minuciosamente en la historia clínica: Si es blanco, amarillo, verde, grumoso, de baja o alta densidad<sup>1-8</sup>. También se debe describir si existe sangrado antiguo o reciente, si es rojo oscuro, achocolatado o rojo púrpura, si es activo especificar de dónde proviene, si es del cérnix o de la cavidad uterina, si hay restos placentarios, o si se observa placenta a través del cérnix. En pacientes con historia de salida de líquido por vagina se deben realizar maniobras para aumentar la presión intrabdominal e intrauterina y así provocar activamente la salida del líquido amniótico (LA), igualmente se debe rechazar la cabeza fetal que podría estar obstruyendo la salida de LA al ocluir el lugar de la ruptura de la bolsa amniótica o el cérnix (Maniobra de Tarnier).



*Figura 9.12. Foto de cérvix de gestante en la que se puede observar: A. Exocér-vix. B. Unión escamocilíndrica. C. En-docér-vix. D. Orificio externo.*

### **Tacto vaginal**

Recalcamos que el tacto vaginal está contraindicado absolutamente en pacientes con placenta previa y debe evitarse en pacientes con ruptura de membranas. Usualmente se utiliza algún lubricante hidrosoluble para disminuir la probabilidad de dolor y laceraciones relacionadas con el tacto vaginal, sin embargo deberá evitarse en pacientes con hipersensibilidad a alguno de estos productos<sup>1-4, 6-8</sup>.

Si el tacto vaginal se realiza con la mano derecha, se iniciará separando los labios menores con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda. Luego se introducirá el tercer dedo de la mano derecha mientras se hace presión sobre la pared posterior de la vagina<sup>1-4</sup>, se esperará algunos segundos y al notar relajación del piso pélvico se introducirá el segundo dedo, se dirigirán los dedos en sentido posterior y hacia el fondo de la vagina, hasta encontrar el cérvix<sup>1-4</sup>. Se debe evitar invertir los labios menores y chocar o rozar la región anterior de la vulva donde se encuentran la uretra y el clítoris<sup>1</sup>. Encontraremos pliegues vaginales marcados en las multíparas, la existencia de cicatrices, bridas, tabiques y aun tumores.

Pasaremos entonces a detallar el cuello uterino en el que estudiaremos su ubicación, tamaño, consistencia, forma y las características de su orificio externo.

A veces el reblandecimiento del cuello hace que sea difícil individualizarlo, sobre todo si la presentación está alta, faltando un plano resistente



*Figura 9.13. Orificios cervicales normales y laceraciones. De izquierda a derecha: Orificio oval, orificio en forma de hendidura, laceración transversa unilateral, laceración transversa bilateral y laceración estrellada (Tomado de: Bickley L. Bates' guide to physical examination and history taking. Lippincott Williams & Wilkins. 10a. edición. 2008).*

de apoyo. En ausencia del trabajo de parto, en la nulípara el cuello es largo y cónico, y corto y cilíndrico en la multípara. El orificio externo es circular y está cerrado en la nulípara, en cambio en la multípara el orificio es permeable o dehiscente. Este cuello con orificio externo entreabierto, a veces con cicatrices de desgarros anteriores, tiene la forma de una hendidura transversal, permitiendo la introducción de uno o dos dedos<sup>8</sup> (fig. 9.14).

En pacientes en trabajo de parto, el tacto vaginal determinará:

- Borramiento del cuello.
- Dilatación del cuello.
- Estado de las membranas ovulares.
- Estación o altura de la presentación.
- Borramiento.

### **El borramiento**

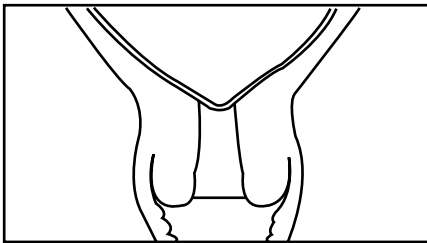
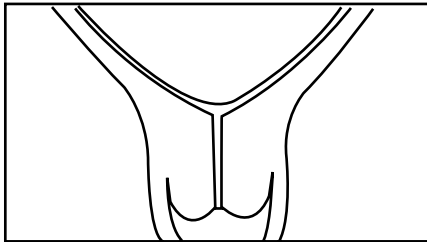
Consiste en la disminución gradual de la longitud del cuello de arriba hacia abajo, hasta la desaparición total del canal cervical, el cual queda reducido al orificio externo, de bordes delgados y cortantes. En la multípara los procesos de borramiento y dilatación cervical se efectúan simultáneamente<sup>6, 8</sup>. El borramiento podrá expresarse en términos de longitud del cérvix<sup>8</sup>; ejemplo: cérvix de 2 cm de longitud, o de porcentaje (utilizado generalmente) de disminución de la longitud del cérvix, ejemplo 60% (fig. 9.15). Sobre todo en la primípara, antecederá a la dilatación del cuello.

### **Dilatación**

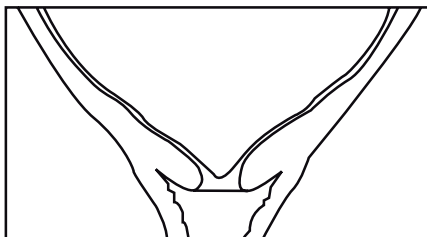
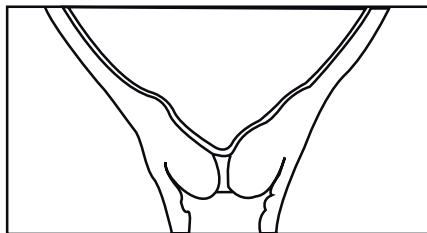
Se entiende por dilatación la abertura en forma circular del cuello uterino; se expresa en centímetros y va desde 1 a 10 cm<sup>8</sup>. El progreso de la dilatación no es regular en la unidad de tiempo; desde el principio hasta la mitad de su abertura sucede lentamente. Después, debido a la elasticidad del cuello uterino, la dilatación progresa con más rapidez. Se calcula que

para alcanzar la mitad de la dilatación total, se emplean dos tercios del tiempo requerido para llegar a la dilatación completa.

Para valorar la dilatación es necesario llevar a cabo un tacto vaginal. Se introducen dos dedos hasta tocar el borde cervical opuesto con cada uno; la separación entre ellos dará cuenta del grado de dilatación así: Un dedo corresponde aproximadamente a 1-1,5 cm y dos dedos a 2-3 cm. Cuando los bordes del orificio alcanzan las paredes de la pelvis se estima que la



*El cuello uterino cerca del término del embarazo pero antes del trabajo de parto. Arriba, primigrávida: orificio cervical interno y externo cerrados; abajo, multípara: orificios cervicales interno y externo abiertos.*



*Comienzo del borramiento del cuello uterino. Arriba, primigrávida: se observa la disminución de la longitud del cérvix y los orificios cervicales cerrados. Abajo, multípara, se observa acortamiento de la longitud del cérvix con dilatación de los orificios cervicales interno y externo.*

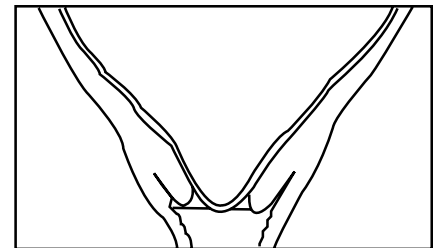
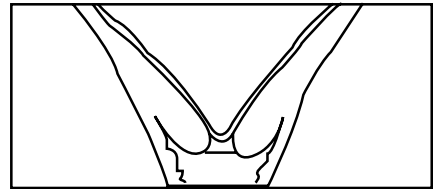
*Figura 9.14. Diferencias entre la primigrávida y la multípara en la progresión del borramiento e inicio de la dilatación (Tomadas de: Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams Obstetrics. 22a. edición. 2005).*

dilatación es completa (10 cm), iniciándose entonces el período expulsivo del trabajo de parto<sup>8</sup>.

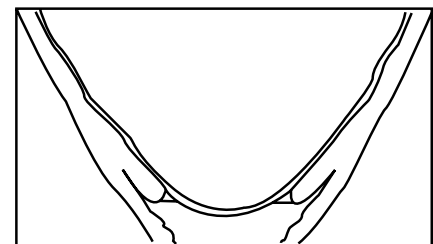
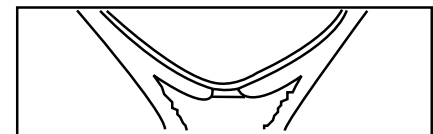
**Membranas ovulares.** Las membranas ovulares son dos:

- El amnios, que se encuentra hacia adentro en contacto con el feto.
- El corión, que entra contacto con la decidua capsular (esta de origen materno); es la membrana externa.

Cuando la presentación es eutócica (el parto concluye con la expulsión por vía vaginal debida únicamente a los fenómenos fisiológicos<sup>7</sup>), la bolsa es menos saliente, se palpa plana o ligeramente convexa. Las membranas actúan como elementos que favorecen la dilatación del cuello, hasta los 6 o 7 centímetros; protegen al feto contra el ascenso de gérmenes patógenos



*Progresión del borramiento del cuello uterino. Arriba, primigrávida; abajo, multipara.*



*Borramiento cercano al 100%. Arriba, primigrávida, persiste el canal cervical obliterado, sin dilatación; abajo, multipara, se alcanzó el borramiento e inició la dilatación al tiempo.*

*Figura 9.14. Continuación en la progresión del borramiento e inicio de la dilatación (Tomadas de: Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams Obstetrics. 22a. edición. 2005).*

vaginales y la fuerza transmitida por las contracciones. Cuando el desarrollo del parto es normal, las membranas se rompen espontáneamente al final del primer periodo, es decir, cerca de los 10 cm de dilatación.

Las membranas se deben describir como íntegras o rotas. Si están rotas se deben describir las características del líquido amniótico, con especial atención a la presencia de meconio. Se debe hacer una aproximación a la temperatura así: De temperatura usual (37°C) o hipertérmico. Si el olor es el usual (a límpido), o fétido. El amnios da origen a líquido amniótico; en ocasiones el amnios produce líquido amniótico que se colecta en la parte más declive (cuello uterino) entre las dos membranas ovulares, originando la bolsa amniocorial; al romperse el corión hay salida de líquido de la bolsa, simulando la ruptura completa de las membranas.

*Ruptura prematura.* Es la ruptura de las membranas ovulares con pérdida de líquido amniótico después de la semana 22 de gestación y antes del inicio del trabajo de parto. El tiempo que transcurre entre la ruptura de membranas y el inicio del trabajo de parto se denomina periodo de latencia, cuando este periodo es mayor a 12 horas, se considera que la ruptura prematura de las membranas (RPM) es prolongada<sup>6-8</sup>. La RPM predispone a una infección ascendente de la cavidad amniótica, por los gérmenes de la flora normal de la vagina.

*Ruptura precoz de membranas.* Cuando el periodo de latencia no es mayor a 6 horas.

*Ruptura alta de membranas.* Cuando la ruptura se efectúa por encima del área cervical. Se aprecia expulsión de líquido amniótico con persistencia táctil de integridad de las membranas.

### ***Índice de Bishop***

El índice de Bishop es un sistema de puntuación para evaluar la “madurez” del cérvix, con el objeto de determinar si este es favorable o no para inducir el trabajo de parto. Este índice evalúa: borramiento, dilatación, posición, consistencia del cérvix y la estación fetal, dando puntos, según el hallazgo (tabla 9.2).

Si el puntaje del índice de Bishop es mayor o igual a 6, se considera que la “madurez” del cérvix es favorable para inducir el trabajo de parto.

**Valoración de la pelvis.** La pelvis se valorará a través del tacto vaginal, con el cual se deben ubicar los puntos anatómicos y sus características. El promontorio del sacro: si es palpable o no, si es prominente; la inclinación del sacro, posterior, media o anterior; el cóccix, si es retráctil o no; las espinas isquiáticas: si son puntudas, romas o planas; el ángulo subpúbico: si es

Tabla 9.2. Índice de Bishop. Puntaje de la madurez del cérvix.

Parámetro	0	1	2	3
Borramiento	< 30%	40 - 50%	60 -70%	> 80%
Dilatación	0	1 - 2	3 - 4	5 - 6
Posición	Posterior	Intemedias	Anterior	--
Consistencia	Dura	Media	Blanda	--
Estación	Flotante	-2	-1 a 0	+1

cercano a 135 grados o si está disminuido; y la distancia entre las tuberósidades isquiáticas usualmente valorado con el puño cerrado aplicado sobre el periné, no debe ser menor a 9 cm.

Con esta valoración se deberá obtener una aproximación métrica de los diámetros de la pelvis y los estrechos (Véase Planos y diámetros de la pelvis femenina), además se hará el examinador una configuración mental de la relación entre la variedad de modalidad de la presentación y el espacio por el que deberá descender el feto.

### **Extremidades inferiores**

Se deben describir en la historia clínica características generales como: si hay o no presencia de edema, várices o cambios dermatológicos.

Si existiese edema se deberá especificar el grado así: I: incluye el pie y el tobillo; II: hasta la rodilla; III: hasta el muslo; IV: pelvis y abdomen; V: generalizado. Vale la pena aclarar que el edema en la embarazada puede presentarse con compromiso en miembros inferiores grado I o II, edema en manos y cara, sin ser necesariamente grado VI.

También várices así: Grado I: telangiectasias y sin síntomas (semejante a “arañas” vasculares); Grado II: venas más visibles, dilatadas y tortuosas, usualmente acompañadas de dolor o inflamación. Grado III: la dilatación y tortuosidad son mayores, hay dolor importante, edema. Grado IV: todo lo anterior acompañado de cambios en la pigmentación, dermatitis ocre, úlceras, muy sintomáticas.

**Trombosis venosa:** generalmente unilateral, puede afectar tanto el sistema venoso superficial como el profundo. Caracterizado por dolor de la región afectada. Cuando la trombosis o la tromboflebitis afecta el sistema profundo, se observa ingurgitación del sistema venoso superficial y edema de la misma pierna. Cuando la afectación es superficial, usualmente sólo hay enrojecimiento de la región afectada y dolor a la palpación. Debe

hacerse diagnóstico diferencial con la celulitis; el diagnóstico suele ser clínico, sin embargo, en casos de sospecha de trombosis venosa profunda, existe dolor, edema blando con fovea al principio del proceso, luego se puede hacer duro el edema, calor local, cianosis, eritema, circulación colateral con dilatación de venas superficiales, cordón venoso palpable, suele haber un aumento del tamaño en la circunferencia del miembro inferior afectado de más de 3 cm al compararlo con el no afectado. Es positivo el signo de Homans: presencia de dolor en la parte alta de la pantorrilla al realizar la dorsiflexión del tobillo con la rodilla flexionada en un ángulo de 30°. Usualmente es necesario confirmar el diagnóstico con ultrasonido Doppler<sup>17</sup>.

### ANÁLISIS

Toda historia clínica deberá tener un análisis, donde se tomen los argumentos, hallazgos en el interrogatorio y examen físico, exámenes de laboratorio e imágenes aportados por el paciente, con los cuales se sustentan los diagnósticos y el plan de manejo.

Se finalizará la historia clínica con la impresión diagnóstica, usualmente varios en obstetricia. Además se debe escribir el nombre y la firma y aplicar el sello de los médicos que atendieron a la paciente.

**Ejemplo:** Paciente G1 P0, con una edad gestacional de 38 semanas según FUM y seguimiento ecográfico, a quien en hospital periférico encontraron tensión arterial elevada y remitieron, en HUV la TA fue 160/110 mm Hg y una proteinuria de 3 cruces (+++), por el método del Ácido Sulfosalícilico (ASS), sin signos premonitorios de eclampsia, por lo cual se hace diagnóstico de preeclampsia severa; se decide iniciar sulfato de magnesio, nifedipina, tomar laboratorios y desembarazar.

Además refirió salida de líquido amniótico por vagina hace aproximadamente 12 horas antes del ingreso al HUV, la salida de líquido amniótico fue evidente al examen físico, sin actividad uterina; se hace diagnóstico de ruptura prematura de membranas, por lo cual se iniciará manejo con ampicilina endovenosa.

En el momento del ingreso la paciente tiene un índice de Bishop de 4, desfavorable, se realizará inducción monitorizada de trabajo de parto con misoprostol.

Impresión diagnóstica:

1. G1 P0.
2. Embarazo de 38 semanas.



3. Feto único vivo en presentación cefálica.
4. Preeclampsia severa.
5. Ruptura prematura de membranas.

### ÓRDENES MÉDICAS

Frecuentemente en las diferentes instituciones existe una hoja especial para las órdenes médicas, deberá diligenciarse el encabezamiento, usualmente con número de historia clínica, nombre de la paciente, fecha y hora. Las órdenes médicas se deberán enumerar y llevar un orden lógico; aquí proponemos el siguiente.

1. El lugar donde la paciente quedará ubicada, ejemplo: Sala de admisión partos, sala de partos, unidad de alto riesgo obstétrico, etc.
2. La vía oral, si la paciente puede o no recibir alimentos, y si pudiera describir qué tipo; ejemplo: dieta líquida, dieta blanda, dieta corriente, dieta hipoglúcida para paciente diabético, etc.
3. Líquidos endovenosos, que tipo: Hartman, solución salina normal, solución salina con dextrosa al 5 o 10%. La velocidad de la infusión, así: 100 cc por hora, 150 cc por hora, o si no hay bomba de infusión: 10 gotas por minuto, 20 gotas por minuto, etc.
4. Medicamentos, el nombre genérico; la presentación: en ampollas, tabletas, etc.; la dosis: en microgramos, miligramos, gramos, unidades o miliunidades; la vía de administración: endovenosa, intramuscular, oral, intravaginal, etc. Además si estos necesitan diluirse aclarar en qué medio (solución salina, dextrosa en agua, etc.) y la velocidad de infusión.
5. Exámenes complementarios: pruebas de laboratorio, VDRL, hemograma, glicemia, creatinina, etc. Imágenes: Ecografía obstétrica, perfil biofísico fetal, radiografías en general, etc. Monitoría fetal.
6. Indicaciones especiales como: colocación de sonda vesical, control de líquidos administrados y eliminados, vigilancia estado de conciencia, control de signos vitales cada cuánto tiempo y si fuera necesario determinar con qué parámetros se deberá informar por parte del personal de enfermería al médico responsable.

**Códigos del CIE 10  
(Codificación Estadística Internacional, décima edición),  
más utilizados en obstetricia**

ANORMALIDADES EN ECOGRAFÍA PRENATAL O283  
ABORTO INCOMPLETO O 03.4  
ABORTO ESPONTANEO O 03.9  
ABORTO RETENIDO O 02.1  
AMENAZA DE ABORTO O 20.0  
ANEMIA Y EMBARAZO O990  
AMNIONITIS O411  
RETARDO CRECIMIENTO P 05.9  
CESAREA PREVIA O342  
DESNUTRICIÓN 025 E441  
DIABETES GESTACIONAL 0244  
DIABETES TIPO I y EMB OZ40 TIPO II 0241  
EMBARAZO ANORMAL O269  
EMBARAZO ALTO RIESGO Z 35.9  
EMBARAZO EN ADOLESCENTE Z356  
EMB ECTÓPICO ROTO O NO O 00.9  
EMBARAZO GEMELAR O 30.0  
EMBARAZO PROLONGADO O48X  
EMB NORMAL Z321  
EMBARAZO EN ADOLESCENTE Z356  
EMBARAZO + INFECCIÓN O234  
ENDOMETRITIS N 71.9  
GANANCIA EXCESIVA DE PESO EN EL EMBARAZO O260  
GESTANTE TARDÍA Z355  
INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV)  
B029  
HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE), 013X  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA Y EMBARAZO O100  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA MÁS PREECLAMPSIA  
SOBREAGREGADA O150  
HIPEREMESIS GRAVÍDICA O210  
INCOMPATIBILIDAD RH Z365- O360  
ISOINMUNIZACIÓN Z 3650  
INFECCIÓN URINARIA Y EMBARAZO O239

MACROSOMIA O366  
MULTÍPARA Z 348  
MASTITIS PUERPERAL O91.2  
OLIGOHIDRAMNIOS O410  
OBESIDAD O669  
PLACENTA PREVIA CON SANGRADO O441  
PLACENTA PREVIA SIN SANGRADO 0440  
PARTO PREMATURO 060 X  
PARTO NORMAL O 809 O800  
PODÁLICA O321  
PREPARTO 0479 - 0471  
PREECLAMPSIA O149  
PREECLAMPSIA GRAVE O 14.1  
PREECLAMPSIA LEVE 0.13 X  
RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO P059  
PROTEINURIA O121  
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O429  
SÍFILIS Y EMBARAZO O981  
TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO O470  
TRABAJO DE PARTO >37 SS O471  
TRABAJO DE PARTO PRETÉRMINO (AMENAZA), O479 <37  
TOXOPLASMOSIS MATERNA O358  
VAGINOSIS Y EMBARAZO O235

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cediell R. Semiología médica. Celsus. 6a. edición. 2008.
2. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica clínica y semiología médica. Tomo 1. Ecimed. 1a. edición. 2003.
3. Argente H, Álvarez M. Semiología médica: Fisiopatología, semiotecnia y propedéutica. Panamericana. 2005.
4. Bickley L. Bates' guide to physical examination and history taking. Lippincott Williams & Wilkins. 10th. edition. 2008.
5. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica clínica y semiología médica. Tomo 2. Ecimed. 1a. edición. 2003.
6. Botero J, Henao G, Jubiz A,. Obstetricia y ginecología. Fondo editorial de la CIB. 8a. edición. 2008.
7. Ahued J, Fernández C, Bailón R. Ginecología y obstetricia aplicadas. Manual Moderno. 2a. edición. 2003.

8. Cunningham, F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams' Obstetrics. 22th. edition. 2005.
9. OMS. Vacunas e inmunización: Situación mundial. 2003.
10. Briggs G, Freeman R, Yaffe S. Drugs in pregnancy and lactation. 8th. edition. Lippincott Williams and Wilkins. 2008.
11. Nussbaum R, McInnes R, Willard H. Thompson & Thompson Genetics in medicine. Elsevier. 7th. edition. 2007.
12. Pastuszak A, Schuler L, Speck-Martins CE, Coelho KA, Cordelo SM, Vargas F, et al. Use of misoprostol during pregnancy and Mobius' syndrome in infants. N Engl JMed 1998; 338:1881-5.
13. Isaza C, Saldarriaga W, Pachajoa H. Uso inadecuado de misoprostol ¿Un problema de salud pública? Colomb Med. 2008; 39(2): 61-5.
14. Ramírez-Cheyne J, Pachajoa H, Isaza C, Saldarriaga W. Síndrome de aglosia-adactilia y exposición prenatal a misoprostol ¿Relación causal o casual? Reporte de un caso. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2008; 59(3). 248-52.
15. Falabella R, Victoria J, Barona M, Domínguez L. Dermatología. Fondo editorial de la CIB. 7a. edición. 2009.
16. Kumar V, Abbas A, Fausto N. Patología. estructural y funcional de Robbins y Cotran. Elsevier. 7a. edición. 2005.
17. Páramo J, Ruiz de Gaona E, García R, Rodríguez P, Lecumberri R. Diagnóstico y tratamiento de la trombosis venosa profunda. Rev Med Univ Navarra. 2007; 51(1):13-7.