

# Semiología de la mujer gravídica

**EDUARDO VALENTI**

CÁTEDRA DE OBSTETRICIA, FACULTAD DE MEDICINA (UBA)

**JESSICA LILIANA CAMPOS FLORES**

**JULIETA REPETTO**

HOSPITAL MATERNO INFANTIL «RAMÓN SARDÁ»

## Resumen

Conocer la semiología de la mujer embarazada es de suma importancia para la evaluación de sus cuidados durante el control prenatal, trabajo de parto y puerperio. Es la herramienta necesaria para ser utilizada en la atención primaria de salud; herramienta que conociéndola nos entrega una muy rica información de la mujer embarazada.

## Palabras clave

Semiología; control prenatal; maniobras de Leopold.

## Introducción

La semiología es la parte de la medicina que estudia los signos y síntomas de los diferentes sistemas y sus enfermedades, los cuales constituyen el instrumento de trabajo que permite apreciar la situación clínica de un paciente y establecer un diagnóstico.

Todo examen de una mujer embarazada debe comenzar con un adecuado interrogatorio que contemple los antecedentes personales, familiares, ginecológicos, obstétricos, y su caracterización socioeconómica y educativa, seguida por un examen clínico general que incluya la edad de la paciente y los datos antropométricos (peso, altura y BMI).

Una vez realizado el examen clínico general se deberá abordar la semiología obstétrica en particular, abarcando el diagnóstico del embarazo, el establecimiento de la edad gestacional y la fecha probable de parto, y la evaluación de la paciente en el embarazo del primer, segundo y tercer trimestre.

## Semiología del embarazo del primer trimestre

### 1. Diagnóstico del embarazo en el primer trimestre

El diagnóstico de embarazo se basa en la presencia de cualquiera de los siguientes signos:

- Detección de gonadotropina coriónica humana (HCG) en sangre o en orina.
- Visualización ecográfica.
- Identificación de la actividad cardíaca por Doppler.

**Detección de gonadotropina coriónica humana (hCG):** la detección de gonadotropina coriónica humana (hCG) en sangre u orina es la base de todas las pruebas de embarazo. Las pruebas que se realizan en suero son más sensibles, es decir tienen la capacidad de detectar niveles de concentración más bajos de HCG que las pruebas en orina. La hCG se secreta en la circulación materna después de la implantación, lo que generalmente ocurre de 8 a 10 días después de la ovulación, y a partir de ese momento es que se puede detectar con una prueba estándar de hCG en suero.

La concentración de hCG se duplica cada 29 a 53 horas durante los primeros 30 días después de la implantación de un embarazo intrauterino viable; y un aumento más lento sugiere la probabilidad de un embarazo anormal (saco anembrionado, muerte embrionaria precoz o embarazo ectópico). Su concentración alcanza su punto máximo entre las 8 y 10 semanas de gestación, con un promedio de 60.000 a 90.000 miliunidades internacionales/mL, aunque el rango normal es bastante amplio (5.000 a 150.000 miliunidades internacionales/mL o más). De manera que los niveles de hCG no son útiles para estimar la edad gestacional, excepto en las primeras tres semanas posteriores a la concepción. Después de las 8 a 10 semanas de gestación, el nivel de hCG disminuye, alcanzando una concentración media de aproximadamente 12.000 miliunidades internacionales/mL a las 20 semanas, con un rango normal amplio de 2.000 a 50.000 miliunidades internacionales/mL o más. Luego la concentración de hCG se mantiene relativamente constante desde aproximadamente las 20 semanas hasta el término del embarazo.

**Visualización ecográfica:** la ecografía del embarazo precoz debe idealmente realizarse por vía transvaginal, sin que esto genere ningún prejuicio al embarazo.

Por esta vía la secuencia de aparición de estructuras es la siguiente:

- 4,5 a 5 semanas: saco gestacional.
- 5 a 6 semanas: saco vitelino.
- 5,5 a 6 semanas: la visualización del embrión con actividad cardíaca determina o confirma la viabilidad del embarazo.

Por lo tanto, para poder visualizar un embarazo por ecografía transvaginal, éste debe ser mayor a 5 semanas o tener una concentración en sangre de hCG por encima de 3.510 unidades internacionales/L (límite discriminatorio).

La visualización ecográfica permite no solo diagnosticar el embarazo, sino también determinar su correcta localización, la presencia del embrión y su vitalidad, la presencia de embarazo múltiple y en ese caso establecer correctamente la corionicidad y amnionicidad y establecer de manera precisa la edad gestacional.

**Detección de la actividad cardíaca fetal:** la actividad cardíaca fetal puede ser detectada por un dispositivo Doppler manual (detector de latidos fetales) a partir de las 12 semanas.

La anamnesis y la exploración física solamente no son métodos sensibles para el diagnóstico certero de embarazo, pero su conocimiento es útil para la sospecha de embarazo y la de posibles complicaciones.

## **2. Signos y síntomas del embarazo precoz**

Los signos y síntomas más frecuentes en el embarazo precoz son la amenorrea, las náuseas y/o vómitos, el agrandamiento y la sensibilidad de los senos, el aumento de la frecuencia de la micción sin disuria y el cansancio. También pueden presentarse calambres o dolor leve en hipogastrio, distensión abdominal, constipación, acidez, congestión nasal,

antojos o aversión por las comidas, cambios de humor, dolor lumbar y molestias anexiales entre otros.

**Amenorrea:** es la ausencia de menstruación en una mujer de edad fértil. Éste es el signo cardinal del embarazo, y su sospecha aumenta si la paciente refiere actividad sexual sin el uso de método anticonceptivo. Muchas veces este signo es difícil de evaluar debido a que muchas mujeres tienen ciclos irregulares o debido a la presencia de sangrado en las primeras semanas del embarazo que puede confundirse con la menstruación.

**Aumento del tamaño uterino:** el útero aumenta aproximadamente 1 cm por semana a partir de las 4 semanas, y se mantiene intrapélvico hasta las 12 semanas, cuando puede palparse justo por encima de la sínfisis pubiana. A las 16 semanas el fondo uterino se palpa a mitad de camino entre la sínfisis pubiana y el ombligo. El útero y el cérvix también experimentan un reblandecimiento, y es justamente este reblandecimiento del segmento uterino lo que permite que el cuerpo uterino se pliegue sobre el cérvix.

**Cambios en los genitales:** la mucosa de la vulva, la vagina y el cuello se congestionan y se tornan de una coloración azulada (Signo de Chadwick) a partir de las 8-12 semanas.

**Cambios en las mamas:** las mamas aumentan de tamaño, se tornan más sensibles, la areola se oscurece y la red venosa se vuelve más visible.

### **3. Diagnóstico de edad gestacional y fecha probable de parto**

**Diagnóstico de la edad gestacional:** la edad gestacional, corresponde a la edad menstrual, y representa la edad pos-concepcional +14 días. La forma más exacta de establecer la edad gestacional es por medio de la

medición de la longitud embrionaria máxima o longitud craneocaudal (LEM-CRL) por ecografía entre las 10 y las 14 semanas de gestación. A medida que nos alejamos de las 14 semanas de gestación el error de la ecografía para estimar la edad gestacional real del feto es cada vez mayor.

Datar el embarazo en forma precisa es esencial para el seguimiento adecuado posterior, fundamentalmente en lo referido al control del crecimiento fetal y en la toma de conductas que dependen de la edad gestacional.



La fecha de última menstruación (FUM) corresponde al primer día del último ciclo menstrual que presentó la paciente. A partir de esta podemos calcular la edad gestacional sumando los días desde esa fecha hasta al momento actual y luego dividiéndolos por 7 para que nos dé la edad gestacional en semanas. Calcular la edad gestacional de ésta manera solo es posible si la paciente presentó ciclos regulares los últimos 6 meses, no tomaba anticonceptivos ni ningún tratamiento hormonal, no estaba amamantando y recuerda con exactitud esa fecha, y aún en estas condiciones el cálculo de la edad gestacional por medio de la FUM puede tener una variabilidad de hasta 2 semanas.

Por todo esto, si disponemos de una ecografía entre las 10 y las 14 semanas se deberá tomar la edad gestacional calculada por esta y

despreciar la calculada por la FUM, salvo que estas coincidan con una diferencia menor a 3-5 días.

**Diagnóstico de la fecha probable de parto:** la duración normal del embarazo clásicamente ha sido considerada como un período de 280 +/- 14 días, lo que equivale a 40 +/- 2 semanas. Sabiendo esto es muy fácil calcular la fecha probable de parto a partir del conocimiento de la edad gestacional o FUM.

- **Cálculo a partir de la edad gestacional por ecografía precoz:** por todo lo expresado anteriormente, el cálculo de la fecha probable de parto será más preciso si lo calculamos con una edad gestacional lo más precisa posible, idealmente la obtenida entre las 10 y las 14 semanas. El propio sistema del ecógrafo al calcular la edad gestacional a través de la medición del CRL nos informará la fecha probable de parto que corresponde a las 40 semanas de embarazo.
- **Cálculo a partir de la FUM:** se debe tener presente que el diagnóstico de la fecha probable de parto calculada de esta manera presenta una variabilidad de +/- 2 semanas. Existen muchos métodos para calcular la fecha probable de parto a partir de la FUM:
  - **Regla de Pinard:** al día en que terminó la última menstruación se le agregan 10 días y se retroceden 3 meses.
  - **Regla de Naegele:** al primer día de la última menstruación se le suman 7 días y se retroceden 3 meses.
  - **Regla de Wahl:** al primer día de la última menstruación se le suman 10 días y se retroceden 3 meses. Ésta es la más usada.
  - **Uso de calendarios o aplicaciones digitales** que calculan 280 días desde la FUM ingresada.

# Semiología del embarazo del segundo y tercer trimestre

## 1. Diagnóstico de embarazo en el segundo y tercer trimestre

El diagnóstico de embarazo durante el segundo y tercer trimestre puede realizarse por la constatación de los movimientos activos del feto, la auscultación fetal, la palpación de partes fetales a través del abdomen materno, o por medio de una ecografía, constituyendo todos estos signos certeros de embarazo.

## 2. Signos y síntomas en el embarazo del segundo y tercer trimestre

**Exploración del abdomen:** la inspección del abdomen materno tiene mayor utilidad durante la segunda mitad del embarazo. Se pueden observar estrías, cambios en la pigmentación de la piel principalmente a nivel de la línea alba, y la presencia de cicatrices previas que podrían relacionarse con antecedentes ginecológicos u obstétricos de importancia para el embarazo actual.

**Palpación abdominal:** la palpación del abdomen permitirá conocer el tamaño, la consistencia y las posibles desviaciones del útero, así como hacer diagnóstico de la ubicación fetal y sospechar la presencia de más de un feto.

**Valoración de la altura uterina:** la técnica correcta para realizar la medición de la altura uterina es por medio de una cinta métrica inextensible, y se toma desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Si bien este examen es habitual, sólo puede ser orientativo, y no hay evidencia suficiente que recomiende utilizar rutinariamente la medición de la altura uterina durante el cuidado prenatal.



**Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal:** la auscultación de los latidos fetales permite verificar la vitalidad. Esta puede realizarse mediante el uso del Doppler obstétrico (en embarazos mayores a 12 semanas) o del estetoscopio de Pinard (en embarazos mayores a 20 semanas), para lo cual es necesario conocer el foco de auscultación máxima. En los embarazos menores a 20 semanas éste se encuentra en la línea media, infraumbilical, y después de las 28 semanas se identificará el foco de auscultación máxima en el lugar donde estimemos se encuentre el hombro fetal. La frecuencia cardíaca fetal normal oscila entre 110 y 160 latidos por minuto, para no confundir los latidos fetales con los maternos, se pueden auscultar controlando simultáneamente el pulso en la embarazada.

**Uso del Doppler obstétrico:** se aplica una gota de gel para ultrasonido en el transductor doppler, se apoya el transductor sobre el abdomen materno (en el foco apropiado) presionando suavemente para evitar ruido, se enciende el aparato y se ajusta el volumen, el transductor se inclina lentamente en varias direcciones hasta oír los latidos.

**Uso del estetoscopio de Pinard:** se coloca la parte ancha del estetoscopio de Pinard en el foco de auscultación máxima, se aplica el pabellón auricular sobre el extremo opuesto del estetoscopio, presionando suavemente, se quita la mano de modo que el estetoscopio quede aprisionado entre el abdomen materno y el pabellón auricular. Con el silencio ambiental necesario es posible detectar los latidos fetales y medir su frecuencia en un minuto.

**Percepción materna de los movimientos fetales:** al inicio del embarazo los movimientos no pueden percibirse, la percepción materna se produce entre las 16 y las 20 semanas de edad gestacional.

**Percepción palpatoria de partes fetales:** cuando el feto está suficientemente desarrollado, las partes fetales pueden ser diferenciadas

unas de otras por palpación abdominal. Esto es más factible después de las 26 semanas de gestación y aumenta a medida que progresa el embarazo.

El polo cefálico es redondo, regular, duro, irreductible, pequeño, pelotea y está separado del tronco por un surco formado por el cuello fetal.

En cambio, el polo podálico o nalgas, es más blando, grande, reductible e irregular y se continua sin interrupciones con el resto del tronco fetal.

El dorso del feto se palpa como una superficie plana o ligeramente convexa, lisa y resistente, mientras que los miembros son pequeñas partes, irregulares, que aparecen y desaparecen.

## Exploración obstétrica

La exploración obstétrica durante el segundo y tercer trimestre requiere del conocimiento de una terminología especial y de la realización de una serie de maniobras que se detallarán a continuación.

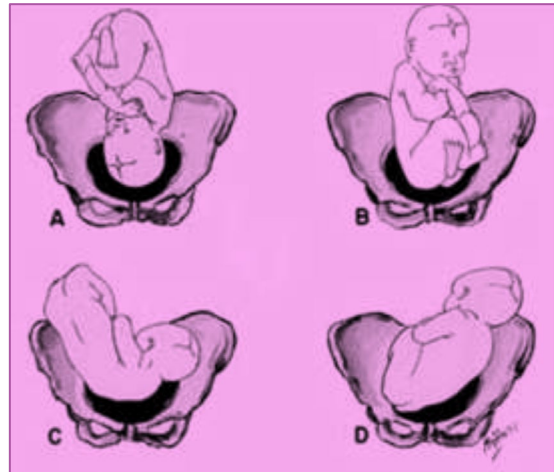
### 1. Situación fetal

La situación o estática fetal describe la relación del eje longitudinal del feto con el eje longitudinal de la madre.

En más del 99 % de los partos a término, la situación fetal es longitudinal.

La situación transversa es menos frecuente, y los factores que la predisponen incluyen la multiparidad, la placenta previa, el polihidramnios y las anomalías uterinas.

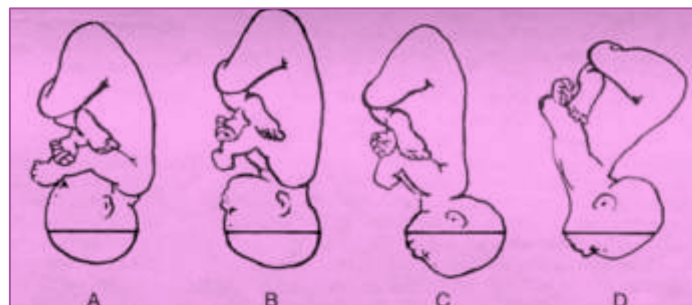
Ocasionalmente, los ejes fetal y materno pueden cruzarse en un ángulo de 45 grados, formando una situación oblicua. Esta posición es inestable y se vuelve hacia longitudinal o transversal durante el parto.



## 2. Actitud

La actitud fetal es la relación que guardan las distintas partes entre sí.

Al final del embarazo la actitud general del feto es de flexión: la cabeza y los miembros superiores flexionados sobre el tronco, los muslos sobre el abdomen y las piernas sobre los muslos, cruzándose.

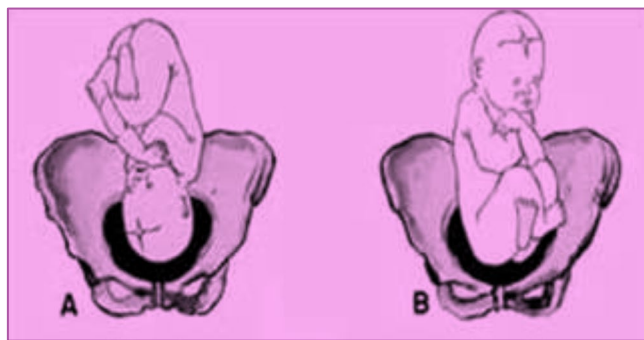


### 3. Presentación

La presentación es la porción del cuerpo fetal que toma contacto directo con el estrecho superior de la pelvis, lo ocupa en su mayor parte y es capaz de desencadenar y cumplir con un mecanismo de trabajo de parto determinado.

Pueden ser dos:

- **Cefálica.** Es la más frecuente de todas las presentaciones al término (97 %).
- **Pelviana o podálica.**



### 4. Modalidad de presentación

La modalidad de presentación son las diferentes variantes que ofrece la presentación fetal según la actitud que adopta la presentación. Estas varían si la presentación es cefálica o pelviana.

Modalidades de presentación cefálica:

ACTITUD	MODALIDAD
Flexión	Vértice
Indiferente	Bregma
Deflexión moderada	Frente
Deflexión máxima	Cara

Modalidad de presentación pelviana:

MODALIDAD	DESCRIPCIÓN
Pelviana completa	Muslos flexionados sobre el abdomen y las piernas cruzadas y flexionadas sobre los muslos
Pelviana incompleta, modalidad de nalgas	Los muslos se flexionan sobre el abdomen y las piernas se extienden frente al tronco
Pelviana incompleta, modalidad de rodillas	Rodillas flexionadas sobre el dorso del muslo
Pelviana incompleta, modalidad de pies	Piernas totalmente extendidas

## 5. Posición y variedad de posición

Para definir la de posición y la variedad de posición debemos comprender los siguientes conceptos:

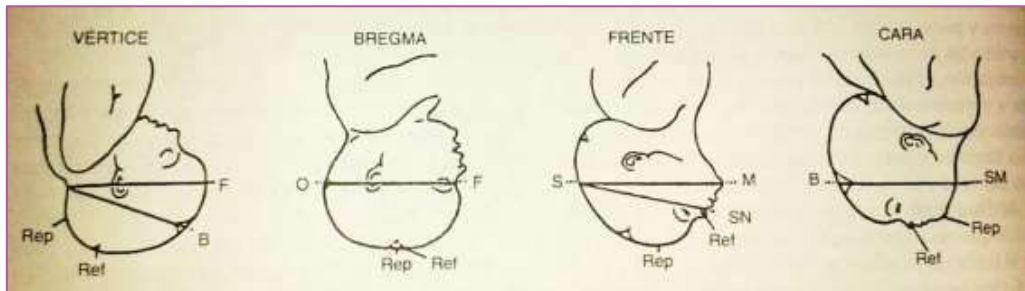
**Punto de reparo o punto diagnóstico:** es el punto anatómico más declive de la presentación que se presenta y ocupa el centro de la excavación pelviana, y permite hacer el diagnóstico de presentación.

**Punto de referencia o punto guía:** es un punto anatómico elegido arbitrariamente, que al relacionarse con la pelvis materna permite hacer el diagnóstico de posición y variedad de posición.

- **Posición:** es la relación que guarda el punto de referencia o punto guía de la presentación fetal con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Son dos: derecha e izquierda.
- **Variedad de posición:** es la relación que guarda el punto de referencia o guía de la presentación fetal con el extremo del diámetro que está utilizando dicha presentación para el mecanismo del trabajo de parto. Son cinco:
  - **Púbica:** cuando el punto de referencia o guía de la presentación se relaciona con el pubis.
  - **Sacra:** cuando el punto de referencia o guía de la presentación se relaciona con el sacro.
  - **Anterior:** cuando el punto de referencia o guía de la presentación se relaciona con la eminencia iliopectinia.
  - **Transversa:** cuando el punto de referencia o guía de la presentación se relaciona con la extremidad del diámetro transversal.
  - **Posterior:** cuando el punto de referencia o guía de la presentación se relaciona con la articulación sacroiliaca.

Las variedades de púbica y sacra se denominan *directas*.

PRESENTACIÓN	MODALIDAD DE PRESENTACIÓN	PUNTO DE REPARO	PUNTO DE REFERENCIA
Cefálica	Vértice	Fontanela menor	Occipital
	Bregma	Fontanela mayor	Ángulo anterior de la fontanela mayor
	Frente	Glabela	Base de la nariz
	Cara	Base de la nariz	Mentón
Pelviana		Sacrocóccix	Cresta sacra



## 6. Nomenclatura obstétrica

La nomenclatura obstétrica es la forma que se utiliza para expresar la posición y la variedad de posición de las diferentes presentaciones.

- La primera letra corresponde al punto de referencia.
- La segunda es siempre el hueso ilíaco materno.
- La tercera indica la posición (derecha o izquierda).
- La cuarta indica la variedad de posición (pública, sacra, anterior, posterior o transversa).

La variedad de posición de la presentación cefálica de vértice se expresa en ocho variedades, según sea la posición del occipucio (punto de referencia) respecto a la pelvis materna. Se expresa como: «occípito ilíaca» (OI) + orientación de la pelvis materna (izquierda o derecha) + anterior o posterior (A o P). Ejemplo: OIIT se refiere a occípito ilíaca izquierda transversa, es decir el occipucio se encuentra en hora 3 si lo relacionamos con las agujas del reloj.

Para la presentación cefálica de vértice:

---

PRESENTACIÓN CEFÁLICA DE VÉRTICE	
OIIA	Occipito ilíaca izquierda anterior
OIIP	Occipito ilíaca izquierda posterior
OIIT	Occipito ilíaca izquierda transversa
OIDA	Occipito ilíaca derecha anterior
OIDP	Occipito ilíaca derecha posterior
OIDT	Occipito ilíaca derecha transversa
OP	Occipito púbrica
OS	Occipito sacra

---

Para las diferentes presentaciones se cambia la primera letra. En las presentación cefálica de bregma, frente y cara se cambia la primera letra por bregmo, naso y mento respectivamente, y para la presentación pelviana también se utiliza la palabra sacro.

## 7. Maniobras de Leopold

Estas maniobras son utilizadas para diagnosticar la situación, presentación y posición fetal. Fueron descritas en 1984 por **LEOPOLD** y consisten en un examen abdominal de forma sistemática con la paciente en posición supina y con el abdomen descubierto. Si bien la técnica es sencilla, puede volverse dificultosa en pacientes obesas, en casos de polihidramnios o cuando la placenta se encuentra en la cara anterior del útero.



La palpación abdominal y la realización de las maniobras de Leopold se puede realizar durante los últimos meses del embarazo así como durante y entre las contracciones del parto.

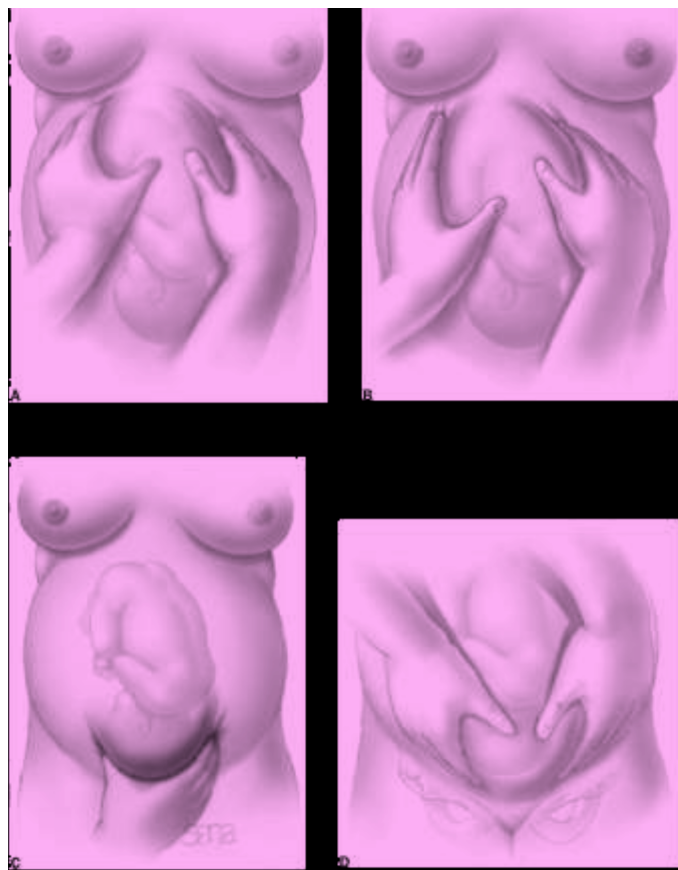
**Primera maniobra:** evalúa el fondo uterino permitiendo la identificación de la estática fetal para determinar cual polo fetal, cefálico o pelviano, ocupa el fondo uterino, valiéndonos de las características ya descritas de cada uno de los polos fetales.

**Segunda maniobra:** se realiza colocando las palmas a ambos lados del abdomen materno y ejerciendo una presión suave pero profunda. Por un lado, se siente una estructura dura y resistente, la espalda o dorso. Por el otro, se sienten numerosas partes móviles pequeñas e irregulares, las extremidades fetales. Con esta maniobra podemos determinar la posición fetal dependiendo si palpamos el dorso del lado derecho o izquierdo del abdomen materno.

**Tercera maniobra:** evalúa el polo inferior. Se realiza con una sola mano, justo por encima de la sínfisis pubiana, se abarca el polo fetal entre el pulgar por una parte y el índice y medio por la otra. Nos permite identificar el polo pelviano que se presenta valiéndonos de las características de cada uno, de manera que nos permite diagnosticar la presentación fetal.

**Cuarta maniobra:** ayuda a determinar el grado de descenso de la presentación. El examinador se coloca frente a los pies de la madre (de espaldas al rostro materno) y los dedos de ambas manos se colocan a ambos lados de la presentación, ejerciendo una presión profunda se deslizan ambas manos en dirección del eje de la entrada pélvica se rodea el polo fetal entre la punta de los dedos de ambas manos que tratan de alcanzarse entre sí. Si el polo fetal se encuentra móvil ambas manos podrán unirse abarcando el polo fetal. En los casos en que la cabeza ha

descendido a la pelvis, el hombro anterior o el espacio creado por el cuello pueden diferenciarse con facilidad de la cabeza (mayor dureza).



## 8. Examen genital

El examen genital consiste en la inspección de genitales externos, la especuloscopia y tacto vaginal.

A toda embarazada se le debe realizar pesquisa oncológica de cáncer de cuello uterino con el método de Papanicolaou en la primera consulta si es que no la presentaba previamente.

El tacto vaginal nos brinda información sobre la consistencia, resistencia o complacencia vaginal, al alcanzar el cérvix se debe verificar su posición, reblandecimiento (consistencia), longitud, espesor y grado de apertura del orificio cervical externo e interno. También deben explorarse los fondos de

saco y la amplitud del segmento inferior y a través de este se busca conocer las características de la presentación.

## Conclusiones

La semiología es la forma con la que iniciamos el contacto con la paciente obstétrica, conociendo sus antecedentes médicos y obstétricos por medio de la anamnesis, sus miedos y preocupaciones a través de las diferentes entrevistas del control prenatal, y es la herramienta que nos permite distinguir situaciones comunes del embarazo normal de aquellas que no lo son.

A pesar de los avances de la ciencia y la tecnología, el conocimiento de la semiología obstétrica y su adecuada utilización forman parte fundamental y habitual del arte obstétrico.

Poder comprender los términos específicos y la nomenclatura obstétrica permite que todos hablemos el mismo idioma y podamos comprendernos a la hora de compartir la evaluación de una paciente y tomar decisiones acertadas.

Por otro lado, sin el conocimiento adecuado de la semiología obstétrica, no podremos comprender la fisiología fetal y fundamentalmente el mecanismo del trabajo de parto.

## Bibliografía

- CUNNINGHAM F, MACDONALD P, GANT N, LEVENO K, GILSTRAP L. Trabajo de parto, capítulo 22. En *Williams Obstetricia* (25ª edición español). Editorial McGraw-Hill; 2019; pp. 421-439.

- DAVIES S, BYRN F, COLE LA. Human chorionic gonadotropin testing for early pregnancy viability and complications. *Clin Lab Med.* 2003;23(2):257-264. <doi:10.1016/s0272-2712(03)00026-x>
- O'CONNOR RE, BIBRO CM, PEGG PJ, BOUZOUKIS JK. The comparative sensitivity and specificity of serum and urine HCG determinations in the ED. *Am J Emerg Med.* 1993;11(4):434-436. <doi:10.1016/0735-6757(93)90186-f>
- SALOMON LJ, ALFIREVIC Z, BILARDO CM, CHALOUHI GE, GHI T, KAGAN KO, LAU TK, PAPAGEORGHIOU AT, RAINE-FENNING NJ, STIRNEMANN J, SURESH S, TABOR A, TIMOR-TRITSCH IE, TOI A, YEO G. ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013;41:102-113. <<https://doi.org/10.1002/uog.12342>>
- SCHWARCZ RL et al. *Obstetricia Schwarcz, Sala, Duvergers.* 5° edición. 8° reimpresión. Buenos Aires: El Ateneo, 2002; pp. 74-136.
- URANGA IMAZ F, URANGA IMAZ F (h). *Obstetricia Práctica.* 5° Edición. Buenos Aires: InterMedica; 1985.
- VOTTA RA, PARADA OH. *Compendio de Obstetricia.* Editores La Prensa Médica Argentina; 2003; pp. 27-46.

