

Historia clínica, exploraciones básicas y pruebas complementarias en obstetricia y ginecología

J. L. Alcázar



OBJETIVOS DOCENTES

Tras el estudio de este capítulo, el alumno deberá:

- Saber realizar una historia clínica a una paciente obstétrica y/o ginecológica.
- Comprender la importancia clínica de la correcta realización de la anamnesis.
- Conocer los fundamentos de las exploraciones básicas que deben realizarse en la consulta a la paciente obstétrica y ginecológica.
- Conocer los fundamentos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de las exploraciones complementarias más frecuentemente realizadas en la consulta de ginecología y obstetricia.

CONTENIDO

Historia clínica en obstetricia y ginecología

Exploraciones básicas en obstetricia y ginecología

Pruebas complementarias más frecuentes en obstetricia y ginecología

HISTORIA CLÍNICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico.

¿Por qué es importante la historia clínica?

La realización de la historia clínica o anamnesis es la **principal herramienta diagnóstica** de un médico.

Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera **estructurada** y tener **conocimientos** adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.

¿Qué objetivo persigue la realización de la historia clínica?

Depende del contexto clínico. En la paciente asintomática, la historia clínica persigue fundamentalmente **identificar factores de riesgo** de la paciente, para así determinar si es necesaria la realización de exploraciones o pruebas complementarias, cuáles y en qué orden deben realizarse o solicitarse.

En el caso de la obstetricia y ginecología, la obtención de esta información también es fundamental de cara al **consejo reproductivo** y promoción de hábitos de vida saludables.

En caso de pacientes sintomáticas, la historia clínica, además de indagar sobre factores de riesgo y antecedentes, debe centrarse en el **motivo de consulta**, tratando de realizar un interrogatorio dirigido para poder plantear el diagnóstico diferencial más correcto posible del problema planteado por la paciente.

En el caso de la paciente gestante, la historia clínica es clave para considerar una **gestación** como de **bajo o alto riesgo**.

¿Cómo debe realizarse la anamnesis?

Como ya se ha dicho, la anamnesis ha de ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares.

Datos de filiación

Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

- Edad. 📖 **Caso clínico 4-1.**
- Estado civil.

Motivo de consulta

En este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta. Se tratan, por lo tanto, de pacientes que manifiestan algún síntoma y/o signo.

Debe describirse dicho síntoma o síntomas, procurando seguir **orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes**.

Igualmente debe reflejarse de la manera más fidedigna posible, información sobre consultas y/o pruebas realizadas por la paciente con anterioridad a nuestra consulta.

Si se trata de una paciente gestante es importante indagar si la gestación es fruto de una relación sexual o tras técnica de reproducción asistida (v. **capítulo 30**).

Antecedentes personales

Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos

Deben recogerse los siguientes datos:

- **Fórmula de fertilidad:** hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la consulta. 📖 **Caso clínico 4-2.**
- **Edad de la menarquia:** cuándo tuvo la primera regla.
- **Fecha de la última menstruación:** se refiere al día en que empezó la última menstruación. 📖 **Caso clínico 4-3.**

RECUERDA



La fecha de la última menstruación debe preguntarse siempre

- **Fórmula menstrual:** indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación. Si hay irregularidades deben reflejarse (v. **capítulo 26**).

Si la paciente ha tenido partos deben reflejarse la vía del parto y la edad gestacional en la que se produjo, así como el peso del recién nacido. Si el parto fue instrumentado y qué instrumentación se realizó. Si fue cesárea, su motivo (v. **capítulo 25**). Debe interrogarse por complicaciones que hubieran podido ocurrir tras el parto.

Si la paciente no ha tenido hijos y es, o ha sido, sexualmente activa hay que indagar si es una «esterilidad voluntaria» o no (v. **capítulo 29**).

Igualmente deben recogerse antecedentes sexuales: si ha tenido relaciones sexuales o no, número de parejas, métodos anticonceptivos empleados en el pasado y en la actualidad.

Por último debe interrogarse por trastornos ginecológicos, como dismenorrea -dolor con la menstruación- y enfermedades de transmisión sexual (v. capítulo 33).

Antecedentes médicos y quirúrgicos

De manera general ha de preguntarse por:

- Grupo sanguíneo y Rh.
- **Alergias** a medicamentos, metales o látex.
- Fármacos u otros **tratamientos** que está tomando en el momento actual o recientemente.

Debe preguntarse específicamente por **enfermedades crónicas y/o agudas**, que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad. Es importante realizarlo de manera sistemática por órganos y aparatos, incluyendo los trastornos psiquiátricos.

Debe interrogarse sobre **cirugías** a las que la paciente haya sido sometida, especialmente de abdomen y pelvis.

Antecedentes generales

Es importante indagar sobre hábitos de consumo de **sustancias tóxicas** como alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal.

También debe reflejarse el **trabajo** que realiza la paciente para determinar los riesgos sanitarios, especialmente en caso de deseo de gestación o en pacientes gestantes.

Igualmente debe reflejarse el tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas. Así como intolerancias a lactosa, fructosa o gluten.

Antecedentes familiares

Desde el punto de vista clínico, los antecedentes familiares más relevantes son los **oncológicos** y las **enfermedades hereditarias**.

EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

En este apartado se explican cuáles son las exploraciones básicas en obstetricia y gineco-

logía. Estas exploraciones son las que deberían realizarse en toda paciente obstétrica o ginecológica.

Exploración básica en obstetricia

En toda paciente gestante debe realizarse una exploración básica.

En cada visita debe determinarse el **peso materno** y la **presión arterial**. En la primera visita debe tomarse la talla de la paciente para el cálculo de índice de masa corporal (IMC).

En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi-Fowler. Para considerar la presión arterial diastólica debe tenerse en cuenta el 5º ruido, no el 4º. Si el 5º ruido no está presente, se registrará el 4º ruido (atenuación del ruido).

RECUERDA



El 5º ruido y no el 4º.

A partir del segundo trimestre debe medirse la **altura uterina**. Para ello puede usarse un pelvómetro o simplemente una cinta métrica. La altura uterina se corresponde con la edad gestacional y con el tamaño fetal, por lo que es un buen método de despistaje de anomalías del crecimiento fetal en gestaciones simples (Fig. 4-1). Es una herramienta de cribado en las gestaciones de bajo riesgo, es barata y un método extendido en la práctica clínica diaria a partir de las 24 semanas de gestación.

A partir de las semanas 24 - 26 de gestación deben realizarse las **maniobras de Leopold** (Fig. 4-2):

- En la primera maniobra de Leopold el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel. Por lo tanto, puede deducir la parte presentada, la cabecera (cefálica) o la nalga (podálica).
- En la segunda maniobra, las manos se colocan a ambos lados del abdomen ma-

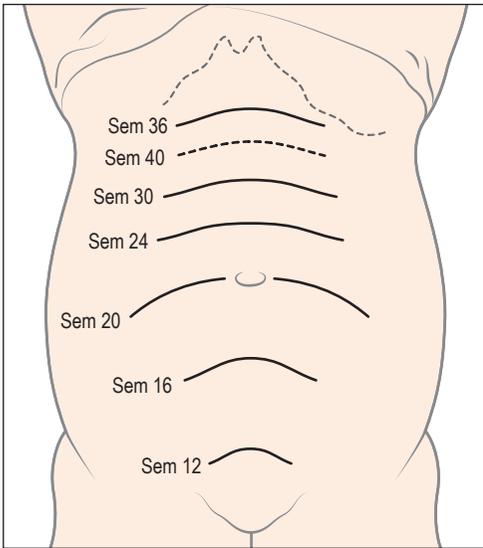


Figura 4-1. Edad gestacional según altura uterina.

terno. Así se puede localizar la espalda y determinar la situación fetal (longitudinal, oblicua o transversa) y la variedad (derecha o izquierda).

- La tercera maniobra sirve para confirmar la presentación y,
- La cuarta evalúa el grado de encajamiento de la presentación.

Exploración básica en ginecología

La exploración ginecológica básica debe incluir: exploración mamaria, exploración

abdominal y la exploración propiamente ginecológica.

Exploración mamaria

La exploración mamaria debe comenzarse con la inspección de las mamas, con los brazos de la paciente a los lados y luego con las manos apoyadas en la cadera y/o con los brazos en alto. Deben localizarse **cicatrices, cambios de coloración o úlceras**, tanto en la piel de la mama como el complejo areola-pezones. Es importante observar la presencia o no de un edema que confiere un aspecto arrugado y áspero de la piel (lo que se denomina **piel de naranja**), ya que es un hallazgo anormal.

Seguidamente debe realizarse palpación de la mama para detectar la presencia de **nódulos**. Esto puede hacerse con la paciente en bipedestación, sedestación o decúbito supino. La palpación debe realizarse con maniobras lentas y cuidadosas usando la parte plana de los dedos.

Generalmente se aconseja explorar por cuadrantes siguiendo el sentido de las agujas del reloj, empezando por el cuadrante superoexterno. Seguidamente debe observarse la presencia o no de **galactorrea** mediante la expresión del pezón, y finalmente deben explorarse las áreas de drenaje linfático mamario más accesibles, como son el hueco axilar y el hueco supraclavicular en busca de adenopatías.

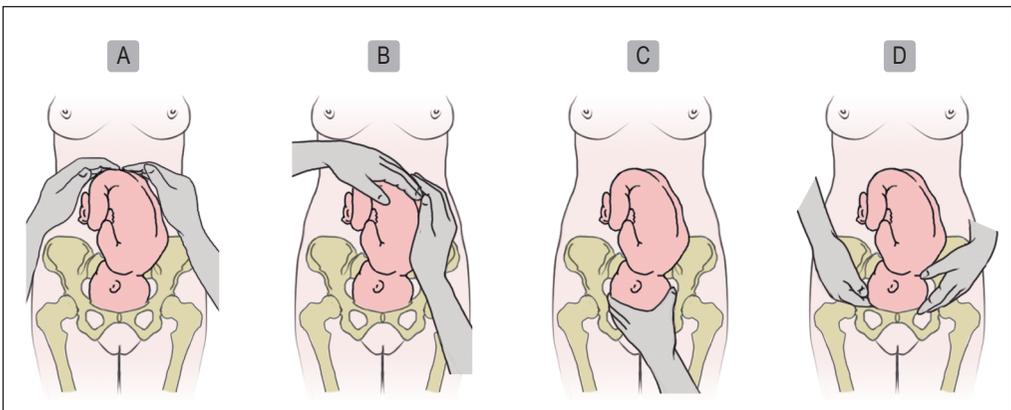


Figura 4-2. Maniobras de Leopold.

Exploración abdominal

En toda mujer que acude a la consulta ginecológica es prudente realizar una exploración del abdomen, al menos de las fosas ilíacas e hipogastrio. Primero mediante inspección, buscando distensiones o abultamientos o cicatrices y, en segundo lugar, mediante palpación para la localización de tumoraciones pélvicas o incluso abdominales.

Exploración ginecológica

Esta es la parte más delicada de la exploración. Es prudente **ser cuidadoso**, explicar a la paciente lo que se va a hacer y por qué. Invitar a la paciente a relajarse debe facilitar este examen. Es importante evitar órdenes bruscas o estrictas.

La exploración ginecológica requiere que la paciente se sitúe en lo que se denomina «**posición ginecológica**» o **de litotomía**, y para ello hay que usar una mesa/camilla de exploraciones especial, equipada con perneras a tal efecto (Fig. 4-3).

La exploración ginecológica debe realizarse con guantes y comienza con la inspección de los genitales externos, monte de Venus y perineo. Deben explorarse los labios mayores, menores y el introito vaginal. Deben identificarse y localizarse la presencia o no de lesiones, como úlceras, verrugas, cicatrices o tumoraciones. También deben inspeccionarse la zona clitoriana y el meato uretral.

En ocasiones la exploración requiere una inspección con lente de aumento. Esto se denomina **vulvoscopia**.



Figura 4-3. Mesa de exploración ginecológica con perneras y colposcopio.

Tras la inspección hay que realizar palpación, especialmente de los labios mayores para localizar las glándulas de Bartolino.

Tras explorar la vulva y el perineo se procede a la exploración de la vagina y el cérvix uterino. Primero mediante inspección, para ello se usará un espéculo vaginal (**especuloscopia**). Se trata de un instrumento metálico o de plástico con dos valvas articuladas en un punto que permite su apertura. Existen diversos tipos de espéculos, el uso de uno u otro dependerá fundamentalmente de las condiciones anatómicas de la paciente (Fig. 4-4).

Al introducir el espéculo hay que tener en cuenta las condiciones anatómicas normales, es decir, introducir el espéculo siguiendo el eje anteroposterior del introito. El uso de lubricantes facilita la inserción y no altera la toma de un frotis en fresco o una citología cervicovaginal. Tras introducir el espéculo se procede a su apertura, con cuidado, para visualizar las paredes vaginales y el cérvix. Una vez expuesto el cérvix, el espéculo es manipulable con una mano, quedando la otra mano libre para la realización de un frotis, toma de **citología cervicovaginal** o realización de **colposcopia**. Una vez finalizada la especuloscopia se retira el espéculo y se procede a realizar el tacto bimanual.

El **tacto bimanual** consiste en la introducción de los dedos índice y mediano en la vagina («mano vaginal»), mientras la otra mano explora el abdomen («mano abdominal»). De esta manera se pueden explorar las paredes vaginales, el cérvix uterino, el útero y los anejos uterinos (trompas y ovarios). En



Figura 4-4. Espéculo para exploración ginecológica.

la vagina es importante valorar la consistencia de las paredes y la presencia de nódulos o puntos de dolor.

Respecto al cérvix, debe valorarse sus dimensiones, movilidad y presencia o no de dolor a la movilización.

En cuanto al útero, deben valorarse sus dimensiones, regularidad, consistencia, movilidad y posición.

Finalmente deben evaluarse los anejos. En condiciones normales es frecuente no poder «palpar» los anejos, pero hay que evaluar la presencia de tumores y sus características (dimensiones, consistencia, movilidad y dolor asociado a palpación o movilización).

La **exploración rectovaginal** puede ser importante en determinados contextos clínicos, por lo tanto, no es una exploración rutinaria. Fundamentalmente esta exploración debe realizarse ante la sospecha de afectación del tabique rectovaginal en determinadas enfermedades, como la endometriosis o el cáncer ginecológico.

Para realizar esta exploración, tras cambiar de guante, el dedo índice se introduce en la vagina y el mediano en el recto. De este modo, el tabique rectovaginal queda entre ambos dedos y puede ser evaluado.

En este vídeo se explica lo referido anteriormente, así como la toma de la citología cervicovaginal (v. más adelante)  **vídeo 4-1**.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS MÁS FRECUENTES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

En este apartado se explican los fundamentos básicos de las pruebas complementarias más frecuentemente empleadas en obstetricia y ginecología.

Pruebas complementarias más frecuentes en obstetricia

Ultrasonidos o ecografía

La ecografía es una técnica basada en ultrasonidos que genera imágenes visibles en

una pantalla en tiempo real. Es una de las técnicas que más ha evolucionado en los últimos años y se ha convertido en una **herramienta fundamental** en el diagnóstico y diagnóstico diferencial de multitud de problemas clínicos.

En el ámbito de la obstetricia es una técnica fundamental en el diagnóstico prenatal de anomalías anatómicas, sospecha de anomalías cromosómicas, evaluación del crecimiento fetal, localización placentaria y cuantificación del líquido amniótico.

El uso de la ecografía Doppler, también basada en ultrasonidos, permite el estudio de la hemodinámica fetal, habiéndose convertido en herramienta fundamental para la evaluación del bienestar fetal.

Esta técnica también se emplea como ayuda en la realización de procedimientos invasivos como la amniocentesis, la biopsia corial o la funiculocentesis.

Actualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) aconseja realizar al menos **tres ecografías a toda mujer gestante**:

- Una primera en el primer trimestre (11-14 semanas) para datar la gestación, comprobar la vitalidad fetal, determinar el número de fetos -así como la cigosidad y la corionicidad en el caso de gestaciones múltiples (v. capítulo 24)- y cribado de aneuploidias (v. capítulo 9).
- Una segunda en segundo trimestre (18-22 semanas) para estudio de la anatomía fetal y cribado de malformaciones anatómicas, y
- Una tercera en tercer trimestre (32-36 semanas) para evaluación de crecimiento fetal, localización placentaria y cuantificación de líquido amniótico.

Recientemente se ha introducido la ecografía tridimensional que aporta información relevante en determinadas patologías fetales. Una ventaja muy importante de esta técnica, especialmente en obstetricia, es que **carece de complicaciones y contraindicaciones**. Es inocua para el feto.

Amniocentesis

Consiste en la punción de la bolsa amniótica, a través de las paredes abdominales y uterinas, para la toma de una muestra de líquido amniótico y su análisis. Se realiza bajo guía ecográfica y en condiciones de asepsia.

Se indica fundamentalmente para **diagnóstico prenatal** de ciertas enfermedades fetales (v. capítulo 9). En este caso se realiza en el segundo trimestre de la gestación.

Otras indicaciones en desuso son el estudio de la **madurez pulmonar fetal** y en casos de **isoimmunización Rh**. En estos casos suele realizarse en el tercer trimestre (v. capítulos 14 y 20).

Tiene potenciales complicaciones (pérdida fetal (0,1-1 %), amenaza de aborto, lesiones de estructuras vecinas -asa de intestino o vejiga-, hematoma de pared abdominal, corioamnionitis, parto pretérmino) y algunas contraindicaciones relativas (miomas, localización placentaria en cara anterior uterina, dinámica uterina, sospecha clínica de corioamnionitis, sangrado genital no filiado).

Biopsia corial

Consiste en la toma de una muestra de vellosidades coriales para el estudio citogenético y cromosómico, bajo guía ecográfica, por lo tanto, su única indicación es el **diagnóstico prenatal** (v. capítulo 9).

Puede realizarse vía transcervical o transabdominal. Eso va depender de ciertos factores como la edad gestacional, la ubicación placentaria y la experiencia del que realiza la prueba. En la mayoría de los centros se usa la vía transabdominal.

Se podría decir que tiene las mismas complicaciones potenciales y contraindicaciones que la amniocentesis. Sin embargo, la tasa de pérdida es algo superior en la biopsia corial (1-2 %). No debe realizarse antes de la semana 10 porque aumenta el riesgo de algunas anomalías fetales.

Cordocentesis o funiculocentesis

Consiste en la punción del cordón umbilical para obtener una muestra de sangre fetal.

Está en desuso. Sus indicaciones son fundamentalmente diagnósticas (determinar cariotipo fetal, infecciones intrauterinas, enfermedades genéticas, anemia fetal), pero también terapéuticas (transfusión fetal).

También tiene complicaciones potenciales (corioamnionitis, rotura de membranas, parto pretérmino, hemorragia, hematoma o trombosis del cordón, bradicardia fetal, pérdida fetal -2 a 6 %-) y contraindicaciones (infección materna por hepatitis B, C o VIH).

Exploraciones complementarias más frecuentes en ginecología

Citología cervicovaginal

La toma de la citología cervicovaginal es una de las exploraciones complementarias más frecuentemente realizadas en la consulta ginecológica. Consiste en la toma de una muestra del flujo vaginal y/o células de las paredes vaginales y cervicales. La toma realizada con una espátula especial se pasa a un portaobjetos o a un pequeño recipiente con un líquido fijador para su posterior análisis al microscopio. Debe tomarse una toma exocervical y una toma endocervical. Si se usa el recipiente con líquido también será posible determinar la presencia o no de infección por el virus del papiloma humano (HPV).

La citología cervicovaginal es especialmente útil para la detección de **lesiones pre-neoplásicas** o neoplásicas de cérvix uterino, **infecciones** cervicovaginales o conocer el estatus hormonal de la paciente.

RECUERDA



La citología cervicovaginal es el método más importante para el cribado del cáncer de cérvix.

Colposcopia

La colposcopia consiste en la visualización del cuello uterino con una lente de aumento para identificar la presencia de lesiones

(Fig. 11). Se emplean fundamentalmente dos tipos de tinciones: el test de acético y la prueba de Schiller, con una solución de yodo (Lugol) (Fig. 4-5). Pueden observarse imágenes normales o lesiones (Tabla 4-1). La presencia de cualquiera de las lesiones anormales debe hacer sospechar una lesión preneoplásica o incluso de cáncer, y debe plantearse la toma de una biopsia.

La variante de esta técnica para el estudio de la vagina se denomina **vaginoscopia** y para el estudio de la vulva, **vulvoscofia**.

Biopsia ginecológica

La biopsia ginecológica debe plantearse como método de **diagnóstico de lesiones** o para el estudio del endometrio en casos de problemas de esterilidad (v. capítulos 29 y 35).

La vulva, vagina, cérvix y endometrio son accesibles fácilmente para la toma de biopsia. No así el ovario, trompas o la pared uterina.

Para las lesiones de vulva y vagina habitualmente se usa un instrumento denominado *punch* y se requiere uso de anestesia local.

RECUERDA



No debe hacerse biopsia de vulva o vagina sin anestesia local.

Para el cérvix se usan unas pinzas especiales (Fig. 4-6) y no requiere anestesia.



Figura 4-5. Imagen colposcópica de una lesión cervical tras tinción con Lugol. Obsérvese que la zona de lesión no tiñe de marrón oscuro.



Figura 4-6. Instrumentos para biopsia ginecológica: pinza de Kervokian para toma cervical.

Tabla 4-1. Clasificación de las imágenes colposcópicas

Imágenes colposcópicas normales	Definición
Epitelio originario	Visualización del límite escamocolumnar normal
Epitelio columnar o ectopia	Visualización del epitelio endocervical cubriendo parte del exocérvix
Imágenes colposcópicas anormales	Definición
Epitelio acetoblanco	Área blanquecina tras tinción con ácido acético
Área yodonegativa	Zona que no tiñe tras aplicación de Lugol
Punteado o base	Área de puntos rojizos tras aplicación de acético
Mosaico	Área de aspecto empedrado
Leucoplasia	Área blanca, sobreelevada

Para el endometrio se pueden usar varios tipos de instrumentos. Lo más común es usar una cánula de aspirado. Habitualmente no requiere anestesia.

Ultrasonidos o ecografía

Puede realizarse vía transabdominal y/o transvaginal. En algunos casos especiales pueden realizarse por otra vía como la transrectal (por ejemplo, en mujeres vírgenes) o la transperineal (por ejemplo, para el estudio del suelo pélvico).

El uso del Doppler, también basado en ultrasonidos, permite el estudio de la vascularización de los tejidos y órganos, habiéndose convertido en herramienta fundamental para la evaluación de determinadas patologías ginecológicas.

Esta técnica también se emplea como ayuda en la realización de procedimientos invasivos de ginecología como la punción de quistes ováricos.

Recientemente se ha introducido la ecografía tridimensional que aporta información relevante en determinadas patologías ginecológicas, como las malformaciones congénitas de útero.

En este link se observa un vídeo de una ecografía ginecológica en la exploración del útero: [vídeo 4-2](#).

Histeroscopia

Es una técnica empleada en ginecología que consiste en la introducción de una lente dentro de la cavidad uterina para su evaluación (Fig. 4-7). Puede servir como método de diagnóstico o puede emplearse como método

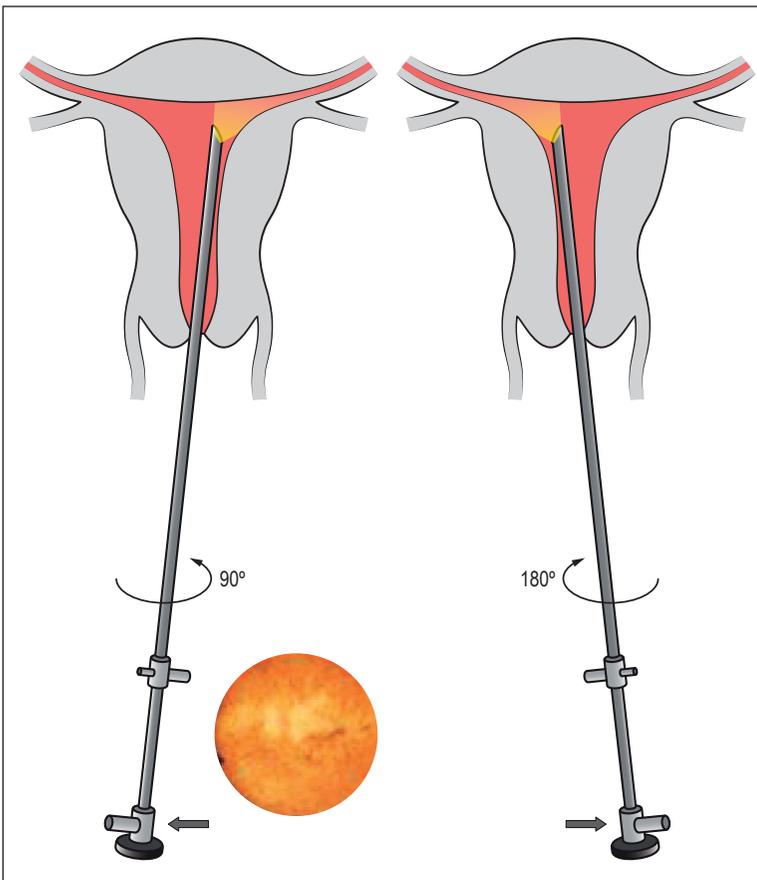


Figura 4-7. Esquema de visión en histeroscopia.

do quirúrgico para el **tratamiento de lesiones uterinas intracavitarias**, como cirugía mínimamente invasiva.

En este vídeo se aprecia la realización de una histeroscopia para exéresis de un pólipo endometrial:  **vídeo 4-3**.

Sin embargo, tiene potenciales complicaciones (perforación uterina, sangrado, infección, dolor, lesiones cervicales, embolias) y contraindicaciones absolutas (enfermedad inflamatoria pélvica aguda, endometritis aguda) y relativas (sangrado uterino profuso, cáncer de cérvix, gestación precoz).

Histerosalpingografía

Esta técnica consiste en la introducción de un contraste yodado a través del cérvix uterino para el estudio de la cavidad uterina y trompas mediante radiología. Su principal indicación es el estudio de la **permeabilidad tubárica** (Fig. 4-8). Actualmente se encuentra en desuso.

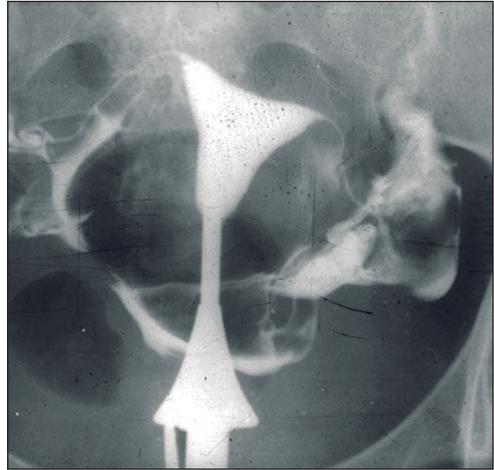


Figura 4-8. Imagen de histerosalpingografía en la que se aprecia relleno de cavidad uterina y permeabilidad tubárica bilateral.

Al igual que la histeroscopia tiene similares contraindicaciones y potenciales complicaciones. En este caso se puede dar también una reacción alérgica al contraste yodado.



RESUMEN FINAL

- ✓ La historia clínica es la herramienta clave para el manejo de la paciente obstétrica y ginecológica. Debe ser sistemática y completa, y sirve para identificar factores de riesgo de la paciente y establecer el diagnóstico diferencial de su dolencia.
- ✓ La exploración básica ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia y el tacto bimanual.
- ✓ La exploración básica obstétrica debe incluir la toma de peso y presión arterial, la medición de la altura uterina y la realización de las maniobras de Leopold en segundo y tercer trimestre.
- ✓ Las exploraciones complementarias en ginecología que deben realizarse según el caso son: la citología cervicovaginal, la colposcopia, la ecografía, la histeroscopia y la biopsia, y la histerosalpingografía.
- ✓ Las exploraciones complementarias en obstetricia son: la ecografía, la ecografía Doppler, la amniocentesis, la biopsia de corion y la cordocentesis, que se emplearán según caso e indicación.

BIBLIOGRAFÍA

American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Women's health care: a resource manual. 3ª ed. Washington, DC. ACOG; 2007.

ACOG Committee on Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion No. 357: Primary and preventi-

ve care: periodic assessments. *Obstet Gynecol.* 2006; 108 (6): 1615-22.

Protocolos SEGO. Asistencia al embarazo normal. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54(6): 330-49.

Protocolos SEGO. Consulta Preconcepcional. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54: 272-80.



Material Web

- Preguntas de autoevaluación y soluciones
- Casos clínicos
- Vídeos