

HISTORIA CLÍNICA Y SEMIOLOGÍA EN GINECOLOGÍA

La historia clínica en general se trata de un acercamiento entre dos personas: Un médico, cuyo objetivo será aliviar alguna queja de su paciente, la cual puede ser una dolencia física o psicológica, o dar explicación a un signo fisiológico el cual la paciente no ha entendido como un proceso normal. En ese orden de ideas, habrá una serie de preguntas y respuestas bidireccionales que al final le producirán al médico un contexto general acerca de qué puede estar afectando la salud de la paciente. Adicionalmente, otros hallazgos del interrogatorio específico y del examen físico, lo llevarán a una impresión diagnóstica y acorde a ésta se establecerá un plan de ayudas diagnósticas y/o de tratamiento¹⁻⁷. Específicamente en la ginecología y obstetricia se tendrá especial cuidado con el abordaje de la sexualidad en la paciente o la pareja que consulta, y se deberá tener el máximo de cuidado para realizar un examen ginecológico adecuado.

La historia deberá ser completa, ordenada y legible. Teniendo en cuenta que no sólo es de gran valor para el ejercicio profesional, sino que debe cumplir con los parámetros de ley establecidos. Será el instrumento más importante para la defensa en caso de problemas médico-legales, cada vez más frecuentes.

ANAMNESIS

Identificación

- Nombre y apellidos: idealmente como aparece en la cédula.
- Edad: en años.

- Estado civil:

- Unión estable: Convive con un compañero; la unión pudo ser ante un grupo religioso, por lo civil ante un notario, o en unión libre.

- Divorciada.

- Soltera: Sin compañero sexual o con compañero sexual pero que no comparten el mismo hábitat. Entre estas incluimos a las madres solteras.

- Viuda: Cada vez más frecuente en nuestro país por los altos índices de criminalidad.

- Escolaridad: El continuo cambio del mundo y la superación de la mujer, la ha llevado a extremos de su escolaridad. Campesinas o ciudadinas de muy bajos recursos pueden ser analfabetas, así como profesionales con doctorado. Existe un gran abanico en los grados de escolaridad que puede tener la paciente: analfabeta, básica primaria incompleta o completa, educación secundaria completa o incompleta, carreras técnicas, tecnológicas, profesionales, especialización, maestría y doctorado.

- Ocupación: Durante siglos la mujer estuvo confinada al hogar, al cuidado de su familia, sin embargo en los últimos años y de acuerdo con el cambio en su escolaridad esta situación ha cambiado; así podemos encontrar respuestas muy variadas, desde los oficios domésticos en su propia casa, hasta profesionales especializadas en altos cargos, pasando por conductoras de bus u oficios de fuerza. Cada profesión tendrá riesgos específicos¹⁻⁶.

- Origen: Hace referencia a la población en la cual la paciente vivió en sus primeros años, debido a que el nacimiento pudo ocurrir en un lugar accidental; por ejemplo: por la remisión de la madre de un municipio a la capital del departamento.

- Procedencia: Hace referencia a la población en la cual la paciente vive en el momento; esta podría corresponder a un corregimiento de un municipio lejano. El lugar de procedencia de la paciente puede orientarnos acerca de la naturaleza del proceso patológico específico⁶, por ejemplo, en la costa del Pacífico y en los Llanos Orientales son frecuentes las enfermedades tropicales transmitidas por vectores, como el paludismo, el dengue, etc.

- Barrio, comuna: La ubicación de una paciente en un lugar específico dentro de un municipio hace que el médico se haga una idea de cuál es el medio en el que la paciente se desenvuelve cotidianamente y puede orientarlo hacia la exposición de un contaminante ambiental.

- Etnia: Derivado del griego *ethnos* que significa pueblo o nación, haciendo referencia a costumbres y características fenotípicas específicas, incluyendo color de piel. En Latinoamérica somos una mezcla de diferentes grupos raciales, y a pesar de que algunos tengan color de piel blanca

o negra, ninguno es representativo de un grupo específico, por esta razón este término de clasificación está en desuso, pero en el caso particular de la historia clínica en ginecología y obstetricia podremos utilizar términos como afrocolombiano, indígena, no blanco, no negro.

- Seguridad Social: Afiliado a Empresa Promotora de Salud (EPS) del régimen contributivo como cotizante o beneficiario, EPS de régimen subsidiado, carta del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales - SISBEN, regímenes especiales como el de las Fuerzas Armadas, o sin seguridad social.

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^{1, 3, 4}, 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. Con frecuencia señala el camino a seguir en el interrogatorio posterior. En los casos en que las causas de consulta son múltiples se podrán enumerar las quejas o síntomas ordenándolos de acuerdo con su importancia.

Enfermedad actual

Es el capítulo más extenso y quizás el más importante de la historia clínica, debido a que constituye el desarrollo de la causa de consulta. Se debe iniciar por la cronología de los síntomas, en este caso ginecológicos, pudiendo abordarse con una fecha aproximada, o preguntando hace cuántos días, meses o años apareció el síntoma expresado en la causa de consulta. Luego se describe la intensidad de los síntomas; en un ejemplo clásico, la intensidad del dolor en una escala de 1 a 10, siendo diez un dolor intolerable y 1 un dolor muy ligero; también se debe preguntar por si esa molestia afecta sus actividades, en su trabajo, deportivas, sexualidad o en sus labores domésticas, entre otras.

En los casos en que la paciente ha consultado a otros médicos, describir los diagnósticos realizados por ellos, si trae algunas ayudas diagnósticas imagenológicas, transcribir los datos relevantes. Igualmente los tratamientos recibidos y los efectos producidos: disminución, aumento o sin cambios en los síntomas.

Revisión de 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 actual¹⁻⁷.

En la paciente, 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. El siguiente esquema contiene los puntos principales que se deben tener en cuenta en el momento de interrogar¹⁻⁷.

- Cabeza: Cefalea, localización, intensidad, duración; fenómenos asociados 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 la tiroides.

- Cardiorrespiratorio: Dificultad para respirar en la posición supino, 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 o ardor epigástrico, que disminuye con ingesta de alimentos.

- Abdomen: Dolor relacionado o no con alimentos, sensación de masa.

- Génitourinario: Disuria (dolor al orinar), polaquiuria (aumento en la frecuencia de la micción), poliuria (aumento en el volumen de orina), coloria (orina de color intenso, naranja), hematuria (orina con sangre), retención urinaria, incontinencia urinaria. Dolor pélvico, hemorragias uterinas anormales, síntomas menstruales, trastornos de la sexualidad.

- Presencia de flujo vaginal, diferenciar las características, cantidad:

escasa, moderada o abundante; color: blanco, amarillo, verde; olor: sin olor, con mal olor.

- Extremidades y locomotor: Dolores articulares, dolor en trayectos venosos, edema, cansancio excesivo.
- Neuropsiquiátricos: Síncopes, vértigos, parestesias (sensación de adormecimiento); relacionados con disfunciones familiares, síntomas de depresión.
- Piel y anexos: Equimosis, erupciones, prurito, pigmentación (ictericia), sudoración excesiva, caída del cabello.
- Síntomas relacionados con la menopausia.

Antecedentes personales

Se deben establecer antecedentes personales de patologías generales y específicas; por supuesto, haciendo énfasis en las que pueden afectar el curso de la historia natural de la enfermedad que en el momento se está sospechando, además de tener en cuenta factores como la edad: adolescentes o postmenopáusicas, ocupación, procedencia de un área endémica de una enfermedad tropical o lo ya documentado en lo que va de la historia clínica¹⁻⁴.

- Antecedentes patológicos: Entre los antecedentes patológicos generales de mayor frecuencia y relevancia: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes, asma, alergias, epilepsia, demencia, tuberculosis, enfermedad ácido péptica, litiasis renal, infecciones urinarias, etc.
- Antecedentes quirúrgicos: Se debe escribir idealmente la fecha de la cirugía, la institución donde se realizó el procedimiento, el nombre del procedimiento, incluyendo los órganos extraídos y describir la patología, si fuera del caso.

Este antecedente tiene a menudo importancia decisiva para el diagnóstico y tratamiento en algunos trastornos ginecológicos, con mayor relevancia cuando la cirugía fue ginecológica.

Ginecológicos

Los antecedentes ginecológicos nos darán un acercamiento al estado de la salud reproductiva de la paciente, a la integridad y madurez del eje hipotálamo-hipófisis-gónada-endometrio y sobre la sexualidad de la paciente. Se deberá indagar acerca de los siguientes aspectos⁶⁻⁸:

- Menarca: Edad de primer sangrado menstrual.
- Pubarca: Edad de aparición de vello púbico.
- Telarca: Edad 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 día¹. En este aparte de la historia clínica es de vital importancia consignar las alteraciones en el flujo menstrual que haya presentado previamente la paciente; estas serán descritas más adelante en este capítulo.

- Anticoncepción: Método para prevenir embarazo usado en el último año.

- Citología vaginal: Fecha y resultado de la última citología, tratamiento instaurado, si fue necesario.

- Número de compañeros sexuales.

- Vida sexual: Preguntar si en el momento tiene compañero sexual o no. Si tiene relaciones sexuales y con qué frecuencia.

Patológicos

- Enfermedades de transmisión sexual: Sífilis, herpes I y/o II, HIV, condilomatosis, hepatitis B, etc.

- Dolor pélvico, flujo vaginal, hemorragias uterinas, excesivos síntomas menstruales, trastornos relacionados con la sexualidad, síntomas secundarios a la menopausia.

Obstétricos

Los antecedentes obstétricos se deben construir a partir de la fórmula gestacional (Véase: Enfermedad actual y antecedentes obstétricos, en Historia Clínica Obstétrica).

Familiares

Se deben establecer antecedentes familiares de patologías generales y específicas, especialmente aquellas que podrían repetirse. Se debe averiguar por la salud de familiares en primer grado como padres y hermanos¹⁻⁴. Entre otras enfermedades se debe preguntar por hipertensión arterial, patología cardíaca, diabetes, cáncer, asma, alergias, epilepsia, demencia, etc.

En la paciente ginecológica se debe interrogar por familiares con cáncer de ovario, seno, endometrio, cuello uterino.

En los casos donde la causa de consulta es la fertilidad se debe indagar por problemas de reproducción en la familia, como defectos congénitos, mayor o menor fecundidad de las mujeres, partos múltiples, abortos espontáneos.

En los casos necesarios construir un heredograma.

Siempre se debe finalizar el interrogatorio 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. Las mujeres con grandes prolapsos o inflamaciones agudas de genitales externos (grandes bartholinitis) caminan con las piernas abiertas; las embarazadas o las portadoras de grandes tumores abdominales o ascitis importantes, lo hacen también pero con la mitad superior del cuerpo dirigida hacia atrás¹⁻³.

Todos los hallazgos físicos notados durante la anamnesis se pueden escribir en el lugar que corresponda; por ejemplo, problemas del habla, quejas generales, lesiones en piel, etc. El examen físico en ginecología y obstetricia se debería realizar, idealmente, 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 van acompañadas a la consulta por el esposo o por 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 ginecológico. 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.

Siempre se debe realizar un examen físico completo, pero las exploraciones detalladas se deberán hacer y describir en el órgano o sistema comprometido. En los casos en que la causa de consulta y enfermedad actual se limita a la parte ginecológica, 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 abdominal y ginecológico, que veremos adelante.

Se debe consignar en la historia una descripción del estado general de la paciente, por ejemplo: luce orientada, es colaboradora, en buenas condiciones nutricionales, aparenta dolor agudo, deprimida, hipoactiva (podría ser secundario a anemia por una hemorragia uterina). Se iniciará con la toma de los signos vitales: tensión arterial, pulso, temperatura, respiración,

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 ginecología sobrepasan los objetivos de este libro y recomendamos la lectura de libros de semiología médica¹⁻⁵.

Inspección del abdomen

La inspección del abdomen, encontrando un abdomen globoso, podría poner de manifiesto la presencia de embarazo, tumores: quísticos (ovario) o sólidos (fibromas), ascitis: tuberculosa, neoplasia maligna (carcinoma de ovario), etc.

Distribución pilosa del monte de Venus: Más o menos copiosa, de forma triangular, de base superior y vértice inferior que apunta al clítoris, en las mujeres normales (distribución ginecoide). En forma de rombo (dos triángulos unidos por sus bases) cuyo vértice inferior apunta hacia el clítoris y el superior hacia el ombligo (distribución androide), en las mujeres con exceso de andrógenos; vale la pena decir que en las pacientes que tienen por costumbre depilación total es difícil valorar este signo. Se buscan cicatrices operatorias, alteraciones tróficas de la piel, estrías del embarazo.

Pigmentaciones: Las irradiaciones en tratamientos de afecciones malignas producen una pigmentación uniforme en las zonas irradiadas, con engrosamiento de la piel.

El ombligo: Se encuentra elevado en las mujeres embarazadas o con grandes tumores abdominales y más cerca del pubis debido a contractura muscular cuando existen afecciones inflamatorias dolorosas.

Palpación del abdomen

Para la palpación del abdomen el examinador debe trazar en forma imaginaria cuatro líneas, dos verticales que, pasando por la parte medial de la cara anterior de la reja costal, atraviesen la espina ilíaca anterosuperior a cada lado (derecha e izquierda) y dos líneas transversales, la primera que una las partes más declives de la reja costal a cada lado y la segunda que una las partes más elevadas de las crestas iliacas, quedando el abdomen así dividido en nueve regiones: tres superiores que son, en la parte media, el epigastrio y a cada lado de éste los hipocondrios (derecho e izquierdo); tres regiones medias, al centro la región umbilical y a cada lado de ella los flancos (derecho e izquierdo); y tres regiones inferiores, al centro el hipogastrio y a cada lado de él las fosas iliacas (derecha e izquierda).

Lo anterior sirve al examinador para sospechar la patología del órgano correspondiente a cada una de estas regiones; así, por ejemplo, el dolor

localizado en el hipocondrio derecho hará pensar en patología de vesícula biliar o conductos biliares, en cambio el dolor en fosa iliaca derecha hará pensar en patología de la tuba o el ovario derecho, el apéndice o un cálculo de la parte baja del uréter de ese lado.

Las tumoraciones o masas más frecuentes que aparecen en hipogastrio corresponden generalmente a embarazo, mioma uterino, quiste de ovario o absceso tubo-ovárico. Para la ejecución de una buena palpación se necesita que la vejiga y el recto estén vacíos. El meteorismo intestinal aumentado, la ascitis y el excesivo grosor de la pared abdominal de la paciente por panículo adiposo abultado, dificultan el examen.

En general las masas que ocupan las fosas iliacas y el hipogastrio son más fáciles de abordar a través del tacto vaginal bimanual.

El mioma uterino aparece como un tumor central duro, indoloro, a veces móvil (pediculado), pero en ocasiones fijo al útero (base sésil).

Los quistes de ovario de gran tamaño ocupan la parte central del abdomen; su consistencia es fluctuante. Se diferencia de la ascitis por la disposición central de su abultamiento y la matidez percutoria que no varía con los cambios de posición de la paciente.

El hematocolpos (acumulación de sangre en la vagina) puede ocasionar una masa accesible en la parte baja del abdomen; sin embargo es más evidente con la palpación combinada vaginoabdominal.

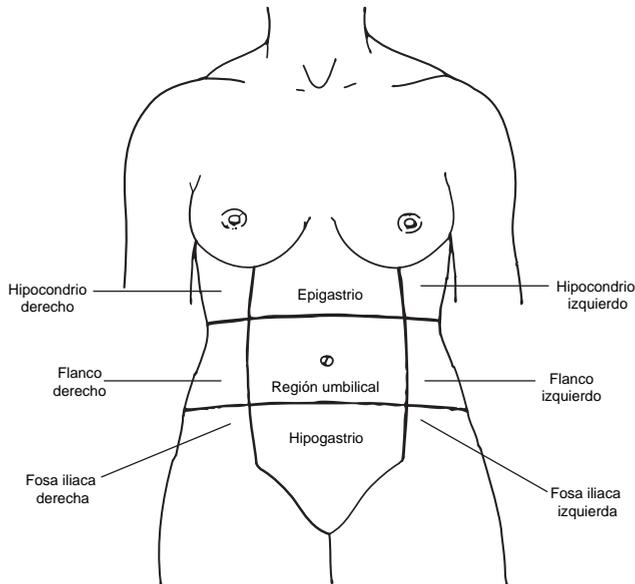


Figura 4.1. División regional del abdomen.

Los procesos anexiales agudos ocasionan franjas cutáneas hiperestésicas entre el ombligo y la región inguinal a cada lado, y una zona sensible a la presión en la parte baja del hipogastrio, a lado y lado de la línea media. Pueden presentarse con el típico signo de Blumberg, dolor de rebote; después de una presión moderada, el dolor se intensifica agudamente, usualmente después de retirar la mano.

En caso de encontrar una masa abdominopélvica, se debe realizar percusión superficial y profunda, que practicadas detenidamente, nos acercaran a la forma, volumen y profundidad de las tumoraciones con origen ginecológico. Por ejemplo, si se trata de ascitis, al desplazar a la paciente y cambiarla del decúbito dorsal al lateral, los límites se modifican.

EXAMEN GINECOLÓGICO

Inspección

Para llevar a cabo un examen ginecológico apropiado es necesario preparar todos los elementos que en algún momento pudieran utilizarse para evitar demoras e incomodidades a la paciente, entre otros: guantes estériles, espéculo, gel o vaselina (para lubricar el espéculo), placas para citología vaginal o frotis, recipiente con alcohol al 95% o formol, spray con fijador de citología vaginal, espátula para tomar frotis o citología, pinza para biopsia cervical, cureta de Novak para biopsia endometrial.

Durante el examen será conveniente la presencia de la auxiliar de enfermería no sólo para ayudar al médico y confortar a la paciente, sino para testificar posteriormente, en caso de ser necesario, acerca de la actitud del médico durante el examen. El examen debe comenzar por la observación de los genitales externos o vulva. La paciente reposará en posición decúbito dorsal con los muslos bien flexionados sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos, los cuales se separarán para visualizar la vulva. El bajo vientre se cubrirá con una sábana (fig. 4.2)⁸.

El médico previamente debe realizarse un lavado clínico de manos y usar guantes limpios. Se observará el desarrollo adiposo del monte de Venus y de los labios mayores así como la cantidad de vello, excesiva en el hirsutismo, mínima en el hipogonadismo y la craurosis. Con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se abren los labios, los cuales pueden observarse rosados y llenos en la mujer en edad reproductiva o adelgazados y con arrugas en la posmenopáusica. Es posible ver los labios mayores edematizados, rojizos y con excoriaciones que pueden ser secundarias a rascado por prurito, o pequeñas heridas por la depilación vaginal total con máquina de afeitar, cera, etc. Estos signos de vulvitis pueden ser secun-

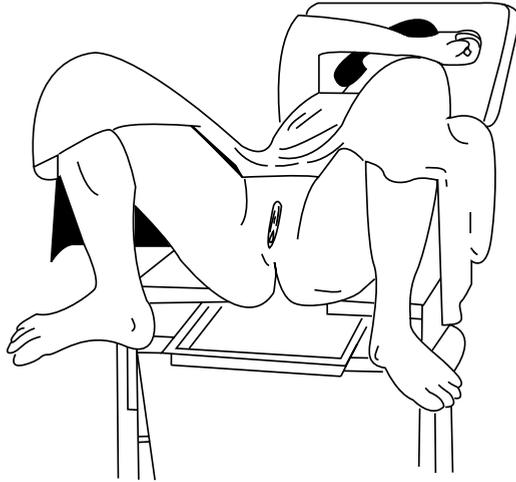


Figura 4.2. Posición ginecológica, de litotomía o de Trendelenburg. (Tomado de: Rigol O. *Obstetricia y ginecología*. Ecimed. 2008).

darios a una patología propia de la vulva como la infección por hongos, alergias al uso de protector vaginal, o el no uso de ropa interior por comodidad para la ubicación de los jeans, sin embargo, pueden ser producto de secreciones provenientes de la mucosa vaginal o del cérvix uterino. El flujo vaginal persistente produce una pigmentación de color café oscuro en la raíz de los muslos y en la cara interna de los mismos.

Los labios mayores pueden presentar edema mecánico, por falla cardíaca, nefropatía o infección sistémica. La elefantiasis de los grandes labios y del clítoris con ulceración crónica asociada se llama *estiomene*, aparece después del linfogranuloma venéreo y es el resultado de una extensa afectación linfática.

En la cara interna, en el límite de los dos tercios superiores con el tercio inferior de los grandes labios, se encuentran las glándulas de Bartholino, asiento de procesos inflamatorios (bartholinitis, abscesos) de fácil diagnóstico, por el aumento de volumen del labio, muy doloroso y deformado por una tumoración ovoide y tensa, además hay presencia de todos los signos del proceso inflamatorio (dolor, tumor, calor, rubor). Al pinzar la masa se puede obtener pus. Cuando la tumoración de la glándula de Bartholino no presenta signos inflamatorios, estamos en presencia de un quiste de Bartholino, cuyo contenido es gelatinoso (fig. 4.3).

Los labios menores o ninfas pueden ser hipertróficos o estar casi borrados (craurosis) o adheridos entre sí (sinequias). La hipertrofia puede ser uni o bilateral, es antiestética; las ninfas sobresalen de los grandes labios

y a veces causan molestia a la mujer al sentarse, por quedar comprimidos entre los muslos y el asiento. Es una anomalía frecuente en la raza negra (bosquimanas) presentando labios menores de 15 a 20 cm que en ocasiones cuelgan hasta la mitad de los muslos (delantal de las hotentotas).

Las várices vulvovaginales se observan con cierta frecuencia (21%) en las gestantes. Suelen limitarse a un lado y a nivel del surco interlabial. Son masas turgentes y azuladas. Originan sensación de peso y prurito.

En la comisura superior de los pequeños labios aparece el clítoris y algo por debajo el meato uretral en cuyos lados existen los orificios excretores de las glándulas Skene. Igualmente, la mucosa del meato uretral puede prolapsarse y también podemos hallar pólipos pediculados. En casos de virilismo o en hiperplasia suprarrenal congénita puede encontrarse hipertrofia del clítoris.

En el himen imperforado se observa una procidencia de color azulado si hay hematocolpos o amarillenta si retiene contenido seroso (hidrocolpos) a nivel del orificio vaginal. Si el material retenido alcanza gran tamaño puede originar trastornos compresivos de las vías urinarias o a nivel del recto.

Además en la vulva podemos encontrar formaciones vegetantes conocidas con el nombre de condilomas acuminados, de origen viral, que se extienden sobre la región vulvar, perianal y anal. La presencia de lesiones ulcerosas en la vulva debe hacer pensar en un chancro blando, un chancro sifilítico o un herpes genital (fig. 4.4.). Por encima de los sesenta años toda lesión ulcerosa en vulva es sospechosa de carcinoma.

Con el objeto de tener una mejor observación del introito vaginal y del himen se recomienda utilizar la maniobra de las riendas, en la cual con los dedos índice y pulgar de cada mano se traccionan los labios mayores en



Figura 4.3. Quiste de Bartholino. (Tomado de: <http://www.elkonsultorio.es/elkonsultorio-de-sexualidad/bartolinitis-42520.html>).

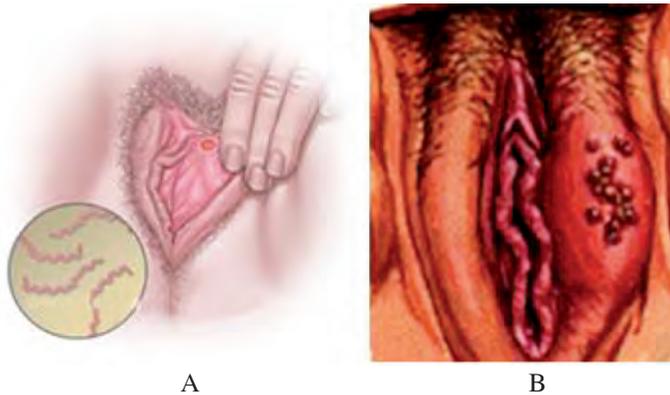


Figura 4.4. Lesión sifilítica y herpética. A. Chancro sifilítico en mucosa de labio menor. (Tomado de: www.sexualityandu.ca/adults/sti-1-9.aspx). B. Vesículas de herpes vaginal en labio mayor (Tomado de: <http://html.rincondelvago.com/000434681.png>).

sentido lateral y anterior, además se le pide a la paciente que aumente la presión intrabdominal (que puje), y así el himen quedará expuesto (Ver capítulo Anatomía de la pelvis). Posteriormente se realiza una depresión de la pared posterior de la vagina con el primer y/o segundo dedo y se le pide a la paciente que puje, esto con el fin de detectar la presencia de prolapso vesical, rectal o, en casos especiales, prolapso cervical o uterino. Esta maniobra también es útil para detectar incontinencia urinaria o fecal.

Especuloscopia

Para realizarla se utiliza un espéculo. El más empleado en la actualidad es el espéculo bivalvo de plástico desechable (fig. 4.5). La vaginoscopia es un procedimiento fácil en mujeres con vida sexual activa o que han tenido hijos. Por lo regular no se practica en niñas menores de 14 años o que no hayan tenido relaciones sexuales, sólo en casos muy especiales, empleándose espéculos pequeños conocidos como virginales o nasales. Para realizar la especuloscopia se escoge un espéculo de tamaño apropiado; con una mano se separan los labios menores, con la otra mano se toma el espéculo con las valvas juntas y en posición oblícuca, 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^{1-4, 6-8}.

Idealmente el espéculo no debe lubricarse ya que se perdería la posibilidad de tomar muestras para citología, flujos, etc. Si es necesario humedecerlo se utilizará agua o solución salina. Los datos que nos ofrece la especuloscopia se refieren al aspecto de la mucosa vaginal, desgarros,

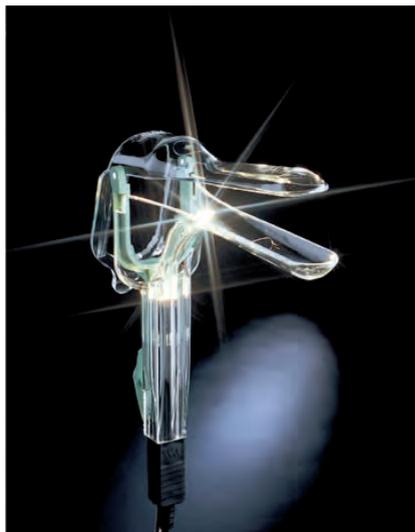


Figura 4.5. Espéculo desechable con luz incorporada. (Tomado de: <http://dimaher.com/Espéculo%20vaginal.jpg>).

cuerpo extraño, presencia de secreciones, heridas o neoformaciones, condilomas, úlceras.

Durante la especuloscopia también se evalúa el aspecto del cuello uterino, el orificio nos sugiere la paridad: redondeado e íntegro en la nulípara, con una hendidura transversal en las múltiparas. Esta hendidura forma los labios anterior y posterior del cérvix (fig. 4.6).

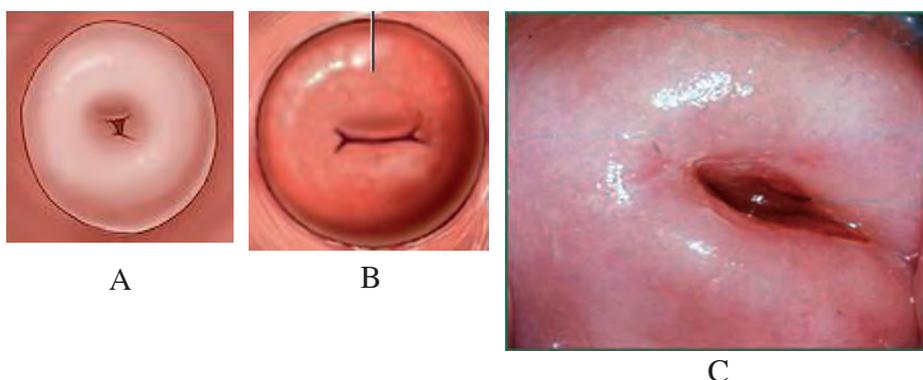


Figura 4.6. Cérvix. A. Cérvix de nulípara (Tomado de: <https://members.kaiserpermanente.org/kpweb/healthspanish.do?hwid=hw140091oshg§ionId=hw140091oshg-sec&contextId=tw9600oshg>). B. Cérvix de múltipara (Tomado de: <http://lomalinda-health.org/health-library/centro-de-embarazo/38/000194.htm>). C. Foto de cérvix de múltipara (Tomado de: www.drparra.net/consulta.html).

Tacto vaginal

Es condición indispensable que la vejiga esté vacía e idealmente la ampolla rectal; para ello se le ordenará a la paciente que orine antes del examen pero si sus condiciones no se lo permiten se recurrirá al empleo de la sonda vesical y del enema rectal, si fuera necesario. Siempre deben usarse guantes estériles, con o sin lubricante, dependiendo del caso.

El tacto vaginal nos suministra datos acerca de la permeabilidad, amplitud, profundidad de la vagina, estado de los fondos de sacos vaginales, si el saco de Douglas se encuentra libre u ocupado. Se pueden palpar algunas condiciones físicas del cuello uterino.

Situada la paciente en posición ginecológica, se separan los labios mayores y pequeños con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda y luego de inspeccionar el introito, se introduce el tercer dedo de la mano derecha mientras se hace presión sobre la pared posterior de la vagina¹⁻⁴, se espera algunos segundos y al notar relajación del piso pélvico se introduce el segundo dedo (fig. 4.7), se dirigen los dedos en sentido posterior y hacia el fondo de la vagina, hasta encontrar el cérvix¹⁻⁴. La introducción



Figura 4.7. Tacto vaginal. Obsérvese la separación de los labios para evitar su inversión con el tacto.

se facilita deprimiendo con los dedos la comisura vulvar posterior a fin de no presionar o lastimar el clítoris y la uretra. La mucosa vaginal permite el deslizamiento de los dedos. La estrechez de la luz vaginal de las nulíparas es, en parte, motivada por la contracción involuntaria de los elevadores, que se palpan a ambos lados como gruesos pliegues.

El cuello uterino se palpa como una especie de cono de unos 2 cm de longitud, liso, móvil y de una consistencia elástica. En su vértice se encuentra el orificio externo, el cual es redondeado en las nulíparas y hendidamente transversalmente en las multíparas, como se mencionó anteriormente; en la gestante está reblandecido por el efecto de la retención de líquido; en el cáncer de cuello uterino es rugoso, duro, friable y sangra con facilidad. Los fondos de los sacos vaginales son más amplios en las nulíparas y sólo se ocupan en casos de embarazo o tumores de ovario.

El fondo de saco de Douglas o fondo de saco posterior es de gran importancia en el tacto vaginal ya que allí se acumulan secreciones hemáticas peritoneales, exudados y por gravedad se encuentran masas que corresponden a ovarios o tubas. Normalmente es depresible pues se encuentra vacío. La palpación es dolorosa en casos de procesos inflamatorios de los anexos que se alojan en él.

Palpación combinada vaginoabdominal

Complementa el tacto vaginal. Es el método más útil para la exploración ginecológica, pues hace accesibles el útero, los anexos y los tejidos parauterinos. Al terminar el tacto vaginal y sin retirar los dedos de la vagina se disponen éstos de tal modo que los pulpejos queden laterales y al fondo del cérvix y en contacto con la pared anterior de la vagina. La segunda mano se coloca por encima del abdomen comprimiéndolo más o menos a 10 cm por encima de la sínfisis púbica (fig. 4.8).

La mano abdominal desempeña un papel esencial. Define, cuando la pared lo permite, los órganos contenidos en la cavidad pélvica y los envía sobre los dedos exploradores colocados en la vagina; en esta forma se examinan las características de los anexos o masas pertenecientes a ellos. Cuando se desea examinar las características del útero, con los dedos colocados en la vagina se empuja el útero hacia atrás y hacia arriba y la mano abdominal puede palpar fácilmente este órgano o las condiciones patológicas que lo afecten (miomas), si existen (fig. 4.8). La palpación debe ser suave. Idealmente la pared debe ser delgada; cuanto más gruesa es la pared, menos permite descubrir lesiones de los órganos pélvicos a menos que sean muy voluminosas. Aun siendo delgada la pared debe ser depresible. A toda mujer que se le manipulan los órganos genitales inter-

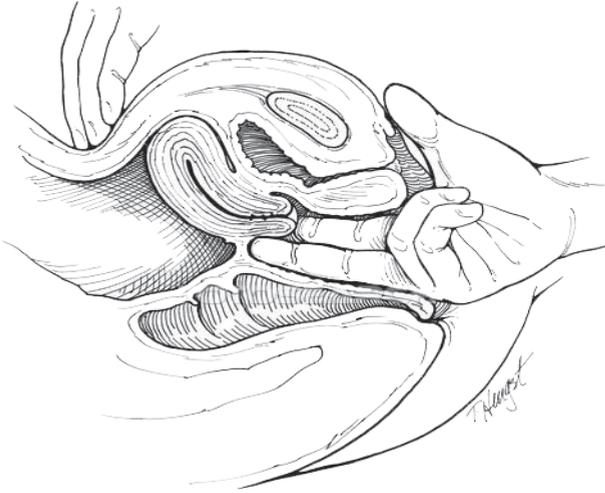


Figura 4.8. Tacto vaginal bimanual. Nótese el útero en anteversoflexión (Tomado de: <http://www.fotosearch.es/LIF153/cog03001/>).

nos se le produce una sensación desagradable, que puede ser referida como dolorosa. Especialmente la compresión del ovario puede ser dolorosa en mujeres sanas. En la enfermedad pélvica inflamatoria el útero y los anexos usualmente son dolorosos. La movilización lateral izquierda-derecha y derecha-izquierda que produce un dolor especial, es sugestiva de enfermedad pélvica inflamatoria, pero también puede estar presente en el embarazo ectópico o en un quiste torcido.

Topografía de la zona pélvica que se desea explorar

Los dedos colocados en vagina están en contacto con:

- Por delante, la vejiga, luego por encima y delante de la vejiga y a través de sus paredes, el útero en anteflexión; por consiguiente, si la vejiga está llena, los dedos sólo encuentran el globo vesical. Si la vejiga está vacía y el útero en retroflexión, se pueden palpar a través de la vejiga los órganos abdominales situados en el fondo de saco vesicouterino; en particular, se pueden palpar miomas, tumores de ovario, etc. En la práctica se exploran, pues, por delante, los órganos sub-peritoneales, es decir, los anexos y el tejido celular laterovaginal y la pared pelviana osteomuscular. Los relieves óseos son perceptibles debido a la gran elasticidad del tejido vaginal.
- Por detrás, el fondo de saco vaginal amplio y distendido está parcialmente recubierto de peritoneo. Es importante recalcar la sensibilidad clásica del fondo de saco de Douglas en los derrames intrabdominales de cualquier origen y también en la patología especial de esta región de la pelvis, donde se observan fenómenos inflamatorios, masas, etc.

Tacto rectal

Este examen debe ser practicado en algunos casos, como por ejemplo durante el examen pélvico de la paciente virgen y en los casos de valoración de los parametrios para diagnosticar el estado clínico del cáncer de cérvix. Como el examen es doloroso y bastante molesto para la paciente, se debe utilizar bastante lubricante y pasar el dedo con suavidad sin forzar el esfínter anal. El tacto rectal en niñas y mujeres vírgenes debe hacerse idealmente bajo anestesia general, para evitar que la contractura de los músculos del piso pélvico y los esfínteres inmovilicen el dedo explorador.

Se practica siempre con guantes, utilizando el dedo índice con abundante aceite o vaselina; en estas condiciones se introduce en el recto con el pulpejo dirigido hacia arriba. En condiciones normales se palpará la prominencia del cuello uterino. Esta prominencia es voluminosa, hay que acostumbrarse a su topografía y a su volumen. Para hacer una aproximación a los órganos pélvicos a través del tacto rectal se necesita mayor experiencia.

Palpación recto-abdominal

Se practica colocando el índice de la mano derecha o izquierda en el recto lo más profundo posible y la otra mano en el abdomen. Con experiencia pueden obtenerse los mismos datos que con la palpación vaginoabdominal. El dedo, profundamente hundido, debe rebasar los ligamentos uterosacros, pudiendo tener conocimiento de los anexos si se incurva el pulpejo de derecha e izquierda. Con el tacto rectal se aprecia mejor el estado de los parametrios posteriores y con el dedo vaginal el del anterior y los laterales.

Palpación recto-vaginal

Es un método muy practicado por algunos clínicos. El dedo medio se introduce en el recto y el índice de la misma mano en la vagina, hasta encontrar el intersticio entre los dos ligamentos uterosacros. Cuando se alcanza esta separación, la falange del dedo rectal se dirige hacia adelante y hacia arriba hasta abordar toda la cara posterior del útero. Una vez individualizado el útero, sigue la exploración del nacimiento de las trompas y de éstas en toda su longitud. Si el dedo rectal gira en abanico y la mano abdominal sigue presionando, se puede entrar en contacto con los ovarios (fig. 4.9).

Palpación combinada vaginoperianal

El dedo índice en la vagina presiona hacia atrás y abajo, el pulgar de la misma mano y los dedos de la otra ejercen presión lateralmente evirtiendo el anillo anal. Este método es muy útil para revelar las hemorroides internas y fisuras del ano.

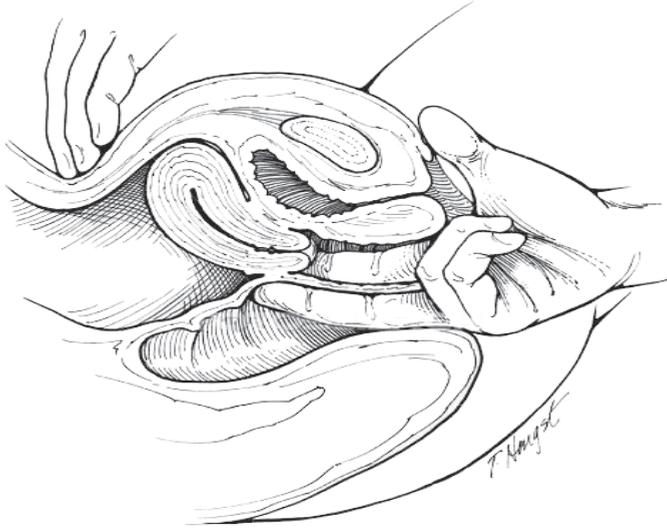


Figura 4.9. Tacto recto-vaginal. Nótese el tabique recto-vaginal en medio de los dedos segundo y tercero (Tomado de: <http://www.fotosearch.es/LIF153/cog03002/>).

ANÁLISIS Y PLAN

Toda historia clínica debe finalizar con un análisis que relacione e involucre los hallazgos en la anamnesis y en el examen físico. Este análisis se debe hacer por problemas, así se facilita el proceso en pacientes con múltiples causas de consulta, que pueden estar o no relacionadas entre sí. A cada problema se le debe hacer al menos una impresión diagnóstica (y, si fuera el caso, los diagnósticos diferenciales) y un plan que puede incluir ayudas diagnósticas, respuestas al paciente o un manejo médico o quirúrgico.

Se concluye la historia clínica con el nombre en letra clara y/o sello y/o firma de quien elabora la historia clínica; en el caso de instituciones universitarias, la firma del docente que revisa a la paciente y se hace responsable.

CAUSAS DE CONSULTA FRECUENTE, SEMIOLOGÍA Y TERMINOLOGÍA UTILIZADA

Dolor pélvico

En el abordaje de una paciente con dolor pélvico es muy importante evaluar la posibilidad de existencia o no de un embarazo. Una vez este se sospeche se debe realizar una prueba de embarazo. En el dolor de origen

ginecológico las causas serán diferentes dependiendo de factores como la edad, actividad sexual y la cronicidad del dolor. Se debe tener en cuenta que el dolor pélvico en la mujer es muy frecuente y de etiología variada. Hasta el 40% de las mujeres con dolor pélvico no presentan patología ginecológica. Por eso se deberá realizar una historia clínica completa^{9, 10, 11}.

La historia de toda paciente con dolor abdominopélvico debe incluir:

- Fecha aproximada del inicio del dolor.
- Forma de aparición del dolor: de forma lenta y progresiva, constante o súbita.
- Intensidad: Se pueden utilizar escalas numéricas, teniendo en cuenta que puede ser variable de unas mujeres a otras, dependiendo del umbral de excitación, de la intensidad del estímulo y del componente psicosocial, etc.
- Localización e irradiación, solicitando a la paciente que señale con un dedo el área dolorosa. Teniendo en cuenta la posibilidad de un dolor reflejo o indirecto que enmascara la localización exacta del dolor, que varía según la zona afectada. Por ejemplo: procesos del cuello o istmo, uretra, trigono vesical y recto, duelen en la parte inferior del sacro, irradiándose a miembro inferior, mientras que los del fondo del útero, vejiga y porción de trompa duelen en la región abdominal entre el ombligo y la ingle. No hay que olvidar que los procesos de columna también duelen en estas zonas.
- Naturaleza del dolor. En forma de picotazos, de peso, quemante (urente), lancinante, continuo, episódico, cólico, etc. Depende del mecanismo de producción que puede ser por: a) contracción violenta de una víscera hueca; b) distensión brusca de la cápsula de un órgano sólido; c) compresión o distensión de los vasos sanguíneos; d) anoxia del tejido muscular activo; e) irritación nerviosa; f) disminución del umbral de excitación. Wolff admite dos tipos de dolor uterino: cólico por contracciones enérgicas uterinas ante cuerpos extraños, como pólipos, fibromas submucosos, restos placentarios, dispositivos intrauterinos, etc. y dolor tipo “peso” por irritación de las terminaciones nerviosas, sea por diseminaciones linfáticas (cervicitis), por tracción (prolapsos) o por compresión (tumores). La retroflexión uterina y la congestión pélvica originan un dolor de este tipo.
- Ritmo. Fecha de aparición en relación con el ciclo menstrual, o durante el día, en la mañana, tarde o noche.
- Signos asociados. Fiebre, metrorragias, flujos, trastornos urinarios, diarrea y vómitos. Elementos que modifican el patrón del dolor, como la micción, la defecación, el coito, la actividad y el estrés.

Se debe indagar sobre episodios similares previos, incluyendo el diagnóstico clínico, ayudas diagnósticas como microbiológico, ecográfico o laparoscópico, el tratamiento y la respuesta a la terapia.

Este punto es importante en mujeres con un diagnóstico poco fundamentado usualmente de infección pélvica o en endometriosis con tratamientos empíricos.

En el examen físico, como ya se describió anteriormente, se debe hacer explícito el estado general de la paciente, signos vitales, etc. Además, por supuesto, de una valoración abdominal, pélvica y ginecológica. El conjunto de estos hallazgos nos acercarán a si la paciente presenta un abdomen agudo ginecológico, que requiera o no de intervención quirúrgica de urgencia o programada, a un manejo médico hospitalario o ambulatorio.

Abdomen agudo ginecológico

Usualmente de iniciación rápida; se encuentra un signo claro de rebote, Blumberg positivo. Con o sin compromiso hemodinámico, idealmente se debe realizar una prueba de embarazo. Cuatro son sus causas fundamentales:

1. Hemorragias intraperitoneales. Embarazo extrauterino, traumatismos, perforaciones uterinas (por legrados o maniobras abortivas), rupturas de las trompas por persuflaciones, persistencia de un folículo hemorrágico o ruptura de un tumor. Se manifiestan por dolor abdominal intenso, con defensa muscular (abdomen en tabla) y signos de hemorragia aguda copiosa: palidez, sudor frío, taquicardia, hipotensión arterial, confusión, etc. El diagnóstico diferencial se hará de acuerdo con la historia previa.
2. Infección pélvica aguda. Por colonización del útero y/o las trompas. Anexitis (salpingitis), abscesos tubo-ováricos, pelviperitonitis (final de muchas infecciones genitales), etc. Sensibilidad a la palpación y defensa muscular en el epigastrio y en cada una de las fosas iliacas conforman los signos abdominales más prominentes. A medida que hay un compromiso peritoneal más extenso se presenta dolor a la descompresión en el abdomen inferior más evidente, existen picos febriles elevados, con leucocitosis y desviación a la izquierda. En la pelviperitonitis el útero aparece fijado por un magma inflamatorio organizado.
3. Origen mecánico. Por torsión de quistes ováricos, trompa normal (en presencia de un tumor ovárico o quiste paraovárico), miomas pediculados, etc. Puede conducir a necrosis y compromiso peritoneal al torcer los vasos sanguíneos. Un mioma o fibroma que se necrosa puede llegar a producir un cuadro abdominal agudo, todavía

más si tenemos en cuenta que la necrosis se asocia con frecuencia a torsión e infección.

4. Perforaciones. Además de las perforaciones mecánicas por manipulaciones de útero o trompas, hemos de considerar los cuadros determinados por ruptura espontánea de un quiste o colección tubárica.

Dolor pélvico sub-agudo o crónico. Sus causas son:

1. *Anexitis crónica.* Unilateral o bilateral. El dolor se manifiesta en las fosas iliacas; puede ser localizado o difundirse extensamente; se irradia a la cara interna del muslo del mismo lado, vía nervio obturador; se exagera a veces en la etapa premenstrual, con el ejercicio y el coito. La enfermedad inflamatoria crónica puede aparecer después de un parto o aborto. También recién iniciada la actividad sexual.
2. *Endometriosis.* En los casos típicos, el dolor (dato fundamental para el diagnóstico) aparece con el sangrado menstrual, se acentúa progresivamente hasta su terminación, con progresión del dolor con cada ciclo menstrual.
3. *Fibromioma del útero.* Indoloro en sus comienzos, pero en el proceso de necrosis aséptica, degeneración o torsión puede producir dolor sub-agudo o crónico, también en los casos de fibromas submucosos induce al músculo uterino a contraerse hasta salir el fibroma por el cuello (parto del mioma), originando hipermenorrea y dolor.
4. *Cáncer de cérvix.* Produce dolor al aparecer metástasis que se extienden al tejido pelviano profundo, superficie peritoneal o afecta ligamentos o nervios.
5. *Prolapso uterino.* Generalmente va acompañado de cistocele y rectocele. El dolor es producido por el atirantamiento del peritoneo hacia abajo por descenso del útero y la vejiga; es de tipo sordo, continuo, en la región pélvica y sacra con molestias durante la micción y la defecación.
6. *Retroversión uterina.* La movilización no duele. En el periodo postoperatorio o en presencia de patología inflamatoria con congestión concomitante puede producir una sensación dolorosa gravitativa, con irradiación a la parte inferior de la espalda o a las piernas.
7. *Varicocele pélvico.* La agudización de la formación varicosa de los plexos venosos útero-ováricos es motivo de dolores moderados. Entre sus causas predisponentes se encuentran: coitus interruptus, trabajo en máquina de coser de pedal, postura de pies prolongada, etc. No es un cuadro alarmante y el estado general es bueno, pero puede ser muy incómodo para la paciente.

Se deben tener en cuenta otras patologías de origen abdominal como la enfermedad ácido péptica, colelitiasis, colecistitis, colon irritable, diverticulosis, diverticulitis, estreñimiento, tumores de origen gastrointestinal, apendicitis, urolitiasis e infecciones de vías urinarias.

Trastornos del sangrado menstrual

Se debe tener en cuenta que son muchas las patologías que pueden manifestarse a través de trastornos del sangrado menstrual, pudiendo ser patologías sistémicas o ginecológicas; a su vez, condicionantes como la edad podrían sugerir una causa en especial. Por ejemplo, en adolescentes con un primer sangrado vaginal excesivo, sugiere un trastorno de la coagulación como una púrpura trombocitopénica. Las causas de los trastornos del sangrado uterino se clasifican así: de origen hematológico, trastornos de la coagulación; anatómico, miomatosis, usualmente de ubicación submucosa, cáncer de endometrio, hiperplasia o atrofia endometrial, cáncer de cérvix, cuerpo extraño (dispositivos intrauterinos); endocrinológicos: hiperprolactinemia, hiper o hipotiroidismo, ciclos anovulatorios con déficit o exceso de estrógenos, defectos müllerianos; farmacológicos, relacionados con terapias hormonales como los anticonceptivos en cualquiera de sus presentaciones, orales, inyectables, transdérmicos, o terapia de reemplazo hormonal; no se debe olvidar anticoagulantes. Siempre debe descartarse que los signos y síntomas se relacionen o no con embarazo a través de la estimación de la hormona gonadotropina coriónica.

Para realizar un adecuado abordaje de la paciente que consulta por trastornos del sangrado uterino se debe realizar una exhaustiva historia clínica, con énfasis en la historia menstrual y las características del sangrado que la aqueja, con una adecuada utilización de los términos semiológicos⁹⁻¹⁴.

Historia menstrual. Intervalos menstruales, cantidad y características

Aunque tradicionalmente el intervalo menstrual es de 28 días, existen amplias variaciones individuales, aun en el caso de mujeres sin patologías. Sin embargo las desviaciones hasta de 7 días representan la variación normal.

Durante el primer año después del primer sangrado, las menstruaciones son irregulares y la fecundación es menos probable, luego se hace regular. La cantidad de sangre perdida por menstruación es variable, dependerá de los días que dura el sangrado y el volumen producido por día, también las variaciones serán amplias y difíciles de cuantificar.

Podemos formarnos una idea general de la cantidad de flujo menstrual averiguando el número de toallas higiénicas o tampones utilizados diariamente. La pérdida normal de sangre en una menstruación oscila entre

100 y 200 ml. Se puede establecer una fórmula menstrual *más* o menos constante, la cual expresa cada cuanto llega el sangrado, cuántos días dura y una cantidad aproximada, así: cada 30 días por 5 días, 4 toallas o 4 tampones por día.

La sangre menstrual tiene aspecto venoso oscuro característico y normalmente no presenta coágulos por la presencia de una sustancia que impide que el fibrinógeno se convierta en fibrina. Sin embargo, cuando la menstruación es excesiva, la sangre puede tener color rojo brillante y coágulos. No es rara la presencia de unos cuantos coágulos pequeños incluso con menstruaciones normales, pero cuando son muchos y voluminosos, se relaciona con dismenorrea.

Dolor menstrual

El dolor asociado a la menstruación es uno de los síntomas ginecológicos más comunes, y de él son causantes muchos factores, no necesariamente de naturaleza anatómica o estructural, ya que muy a menudo lo hayamos relacionado con factores constitucionales, psíquicos o generales. Al interrogar a las pacientes, es bueno indagar el carácter del dolor, por lo general es de tipo continuo o cólico y también el momento de aparición y duración del mismo. En la dismenorrea primaria el dolor se presenta en forma característica el día o dos días antes de que se inicie el sangrado y desaparece en cuanto se establece definitivamente la menstruación.

DEFINICIONES UTILIZADAS EN LA HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTES CON TRASTORNOS DEL SANGRADO UTERINO

- Menarca precoz: En casos de pubertad precoz esencial, la ovulación y la menstruación aparecen antes de los nueve años, por lo cual estas pacientes pueden quedar embarazadas a esta edad.

- Menarca tardía: La menstruación aparece pasados los 16 años. Es relativamente frecuente y sin significación alguna. Las esquimales suelen menstruar pasados los 23 años.

- Amenorrea: Es la ausencia de la menstruación. Se clasifica como primaria y secundaria; en la primaria la mujer mayor de 18 años no ha tenido nunca la menstruación; la amenorrea secundaria se define como la ausencia de menstruación en mujeres que han tenido al menos 3 meses de periodos normales.

- Criptomenorrea: Hay percepción de los síntomas subjetivos que acompañan a la menstruación, tensión pre-menstrual, mastodinia, trastornos congestivos pélvicos, pero el flujo menstrual no aparece.

- Menopausia precoz: Desaparición del sangrado menstrual por menos de un año, antes de los 40 años.
- Menopausia tardía: La menstruación persiste más allá de los 52 años, con la posibilidad de embarazos.
- Polimenorrea: Está alterada la duración de las fases del ciclo normal. Las pérdidas menstruales son normales en cantidad y duración, pero se suceden con un ritmo acelerado (menor a cada 21 días). Suele coincidir con ciclos anovulatorios.
 - Oligomenorrea: El sangrado uterino es de cantidad y características normales, pero se presenta espaciado, más de 35 días, a veces, cada 40, 50, 60 días o más, con un máximo de 90 días.
 - Hipermenorrea o menorragia: Sangrado menstrual excesivo, casi siempre con una duración superior a la usual.
 - Hemorragia intermenstrual o metrorragia: Sangrado que se presenta entre menstruación y menstruación. Si estas ocurren después del coito se denominan sinusorragia. Este tipo de hemorragia es un síntoma característico del cáncer cervical, aunque también es muy común en otras lesiones como pólipos cervicales y cervicitis aguda.
 - Hipomenorrea: Menstruación escasa y de corta duración, pero de ritmo normal. Es signo de hipogonadismo constitucional.
 - Síndrome premenstrual: Se designa el conjunto de síntomas que presentan algunas mujeres en los días que preceden a la menstruación. Surge por desequilibrio hipófisis-ovario con predominio de los estrógenos sobre la progesterona. Algunas comienzan a sufrir a partir de la ovulación, 14 días antes del próximo sangrado menstrual. Los síntomas y signos son variados, hay dolor hipogástrico intenso, congestión mamaria con dolores y nudosidades de celulitis grasa en el cuadrante superior externo de ambas mamas (mastodinia premenstrual relacionada con el desarrollo de la mastopatía quística), edema que puede ser generalizado; variaciones del timbre de la voz que se torna opaca, todo ello por retención hidrosalina que cede al comenzar el flujo menstrual. Jaqueca, sed aumentada, excesivo apetito, insomnio y variaciones del carácter (irritabilidad, nerviosismo, fatigabilidad). La tensión arterial puede aumentar. La relajación hiperestrogénica de sus ligamentos las hace sentir menos seguras en la posición erecta, torciéndoles más fácilmente los tobillos. Todos estos fenómenos ceden al aparecer el sangrado.

Menopausia y climaterio

Se considera menopausia al cese de la menstruación, debido a una falla en el desarrollo folicular en presencia de una adecuada estimulación de go-

nadotropinas. Acompañado de manifestaciones objetivas y subjetivas, son expresión física de la declinación fisiológica, terminal del ovario después de 25 a 35 años de actividad. Además de no producirse ovulación, tampoco se producirán las hormonas pertinentes: estrógenos, progestágenos, se demorará un poco más de tiempo la no producción de andrógenos. Su comienzo y terminación son imprecisos^{15,16}.

Es una condición cada vez más frecuente. En el año 1900 la edad promedio de la menopausia era a los 47 años y el promedio de expectativa de vida era 48 años. Actualmente la expectativa de vida para las mujeres en Colombia se encuentra en los 76 años, lo cual quiere decir que cada vez hay más mujeres que se encuentran en menopausia.

La edad en que aparece la menopausia está determinada genéticamente y no está influenciada por el número de embarazos, duración de la lactancia, uso de anticonceptivos orales, edad de la menarca, educación, raza. Fumar y el aumento del índice de masa corporal son dos factores ambientales que pueden adelantar la edad a la cual se presenta la menopausia^{15,16}.

La característica básica de la menopausia es la degeneración de la granulosa y la teca del ovario, lo cual hace que se produzca menos estrógenos, lo que resulta en aumento de las gonadotropinas especialmente de la FSH, lo cual va haciéndose progresivo hasta el cese definitivo de la menstruación. Estos cambios que se presentan en la menopausia van ocurriendo desde aproximadamente 5 años antes de que esta se dé^{15,16}.

Cerca de un 75% de las mujeres climatéricas presentan algún grado de síntomas tales como fogajes, sudoración, nerviosismo, irritabilidad, insomnio, cefalea, vértigo, depresión, labilidad emocional, disminución en la capacidad de memorizar, parestesias, palpitaciones, mialgias, artralgias, disminución de la libido, sequedad de la piel, caída del cabello, adelgazamiento ungueal, sequedad vaginal, dispareunia y otros^{15,16}.

- *Irregularidad menstrual*: El patrón menstrual puede variar bastante en la perimenopausia. Inicialmente se manifiesta como un acortamiento del ciclo que puede ser consecuencia del acortamiento de la fase folicular, o por una fase lútea inadecuada. Este cuadro de irregularidades puede durar meses o años hasta el cese definitivo de la menstruación.

- *Fogajes*: Es el más típico y frecuente síntoma climatérico, encontrándose en el 60-75% de las mujeres. Se trata de un episodio súbito de calor, generalmente en la parte superior del cuerpo. Acompañado de rubor y sudoración. Se debe indagar a la paciente por cuántos episodios de estos le aparecen al día, a la semana, si son más frecuentes en la noche.

- *Alteraciones urogenitales*: Los tejidos vaginales y uretrales son dependientes de los estrógenos, por lo cual la deficiencia estrogénica del clima-

terio puede ocasionar incontinencia urinaria, dificultades en el vaciamiento vesical, disuria y polaquiuria.

Osteoporosis: El hipoestrogenismo acelera la pérdida de masa ósea, siendo del orden de 1-4% por año, por lo cual 15-20% de las mujeres menopáusicas sufren fracturas relacionadas^{15,16}.

Ya que la menopausia no es una enfermedad sino una condición relacionada con la edad, el tratamiento se encamina a mejorar algunas condiciones que pueden interferir con el normal funcionamiento de la paciente, como por ejemplo disminuir las oleadas de calor o fogajes, manejo de la osteoporosis. En el enfoque de manejo de las pacientes menopáusicas se debe realizar tamizaje en órganos posiblemente afectados. Estos exámenes son: mamografía, citología cérvicovaginal (tumoral y hormonal), densitometría ósea, perfil lipídico, ecografía pélvica transvaginal y hormona estimulante de la tiroides.

Flujo vaginal

Se designa con el nombre de flujo vaginal a toda pérdida no hemática que sale por los genitales femeninos.

Normalmente en la vagina hay un exudado compuesto por los siguientes elementos:

1. Moco: secreción de glándulas cervicales.
2. Células: descamación vaginal.
3. Secreción vestibular: bartholino y otros.

El flujo vaginal excesivo puede ser el resultado de la exageración de un fenómeno natural (fig. 4.10.)

Los flujos genitales se clasifican así:

Fisiológicos:

1. Premenstrual (de origen cervical por hiperemia).
2. Postmenstrual (alteraciones del pH vaginal, sangre, etc.).



Figura 4.10. Secreción cervical fisiológica que se convierte en flujo vaginal (Tomado de: www.hayatcenter.com/gyne.aspx).

3. Intermenstrual (de origen cervical por aumento de niveles hormonales durante la ovulación).
4. En la adolescencia aparece un flujo escaso, mucoso, de origen hormonal.
5. En la menopausia, flujo escaso, inodoro, líquido, asociado a hipotrofenismo.

Patológicos:

1. Con origen infeccioso: bacterias, hongos, parásitos, mixtas.
2. Alérgicos o irritativos.
3. Tumorales.

Características clínicas

Vaginosis bacteriana: Usualmente secundaria a infección por *Gardenerella Vaginalis* (bacteria gram negativa a gram variable) y *Mobiluncus* (bacteria curvo, anaerobio, gram negativo). Las pacientes consultan por flujo con o sin mal olor, el cual puede ser apenas percibido o muy abundante. La mayoría refiere que tiene un color amarillento, esto se debe a que notan el flujo en la ropa interior por lo cual este ya está seco y ha tomado esa coloración. La mayor incomodidad será el olor, francamente fétido. Este puede notarse con mayor intensidad con la menstruación o después de las relaciones sexuales; estas secreciones son alcalinas y harán volátiles las aminas presentes en el flujo (putrescina y cadaverina).

Al examen físico de la paciente con una vaginosis bacteriana pura (sin sobreinfección por hongos), los hallazgos son relativamente pocos, hay un flujo fluido, mal oliente, no adherente, sin grumos, homogéneo, de color blanco grisáceo. La paciente no tiene dolor en los órganos pélvicos, si este existiese sugeriría otra patología concomitante^{17,18,19}.

Gonococo: La *Neisseria Gonorrhoeae* es un diplococo gram negativo; puede presentarse en forma asintomática, colonizando el cérvix, útero o trompas, pero también puede ocasionar una infección discriminada dando lugar a septicemia, artritis, dermatitis; sin embargo estas formas son infrecuentes. La secreción secundaria a *Neisseria Gonorrhoeae* es mucopurulenta, verde o amarilla. Además el endocervix sangra fácilmente al estímulo con escobillón, bajalenguas o las valvas del espéculo. Cuando es originada en el endocervix usualmente no produce dolor al tacto vaginal, pero cuando la neisseria ha colonizado el útero o las trompas el dolor será exquisito en la movilización latero-lateral del cérvix, a la palpación bimanual del útero y/o las trompas^{17,18,19} (fig. 4.11).

Chlamydia trachomatis: Son bacterias intracelulares obligadas; no captan la coloración de gram, pero tiñen con yodo; no tienen peptidoglicano. Pueden producir linfogranuloma venéreo, uretritis, cervicitis, salpingitis; neumonía, conjuntivitis del recién nacido. La infección por esta bacteria puede presentarse subclínica o producir síntomas de leves a severos. Las pacientes con uretritis se quejan de disuria y puede observarse piuria, con urocultivo negativo. También una cervicitis mucopurulenta, o una cervicitis folicular, ocasionada por la proliferación de folículos linfoides en la submucosa (fig. 4.12). Puede complicarse con una enfermedad inflamatoria pélvica pudiendo presentarse con dolor pélvico, exacerbado a la palpación bimanual; puede producir obstrucción tubárica^{17,18,19}.

El flujo proveniente del cérvix puede confundirse con secreciones vaginales, por lo tanto se sugiere que al realizar la especuloscopia se limpie el cérvix, luego introducir un aplicador de algodón en el endocérvix completamente, darle vueltas, observarlo; si el moco obtenido es amarillo, es un signo objetivo de cervicitis^{17,18,19} (fig. 4.12).

Hongos (vaginits): La *Candida albicans* es la causante del 85 a 90% de las infecciones por hongos en la vagina. Los síntomas más frecuentes son el prurito vulvar y el flujo vaginal. La paciente puede presentarse con

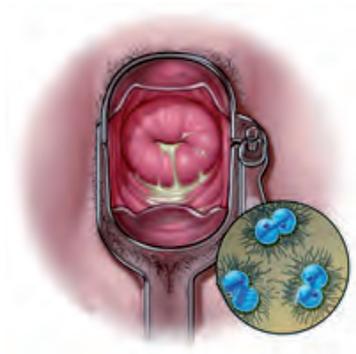


Figura 4.11. Cérvix con secreción purulenta, producida por *neiseria gonorrhoeae* (Tomado de: www.sexualityandu.ca/adults/sti-1-6.aspx).

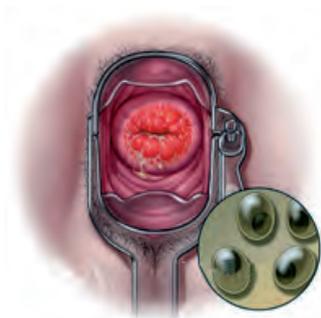


Figura 4.12. Cérvix con hallazgos clásicos de *Clamidia trachomatis* (Tomado de: www.sexualityandu.ca/adults/sti-1-2.aspx).

los dos síntomas o sólo con uno. La vulva se puede ver eritematosa, edematizada y con excoriaciones por el rascado. El flujo se describe clásicamente con aspecto de leche cortada, blanco, grumoso, adherente, sin olor. Se exagera el flujo y el prurito en la etapa premenstrual. Disminuyen los síntomas con la menstruación. El epitelio vaginal se observa eritematoso y usualmente no hay alteración en el cérvix.

La paciente puede referir disuria externa, por sensación de ardor vulvar al orinar. Además dispareunia por ardor en el introito. Se encuentra con frecuencia en pacientes que han sido sometidas a terapia con antibióticos, en embarazadas, en diabéticas y en asiduas bañistas de piscinas^{17,18,19} (fig. 4.13A y 4.13B).

Tricomonas: La *Trichomona vaginalis* es un parásito flagelado, origina un flujo amarillo, en ocasiones verdoso, fétido, con burbujas. Puede producir prurito pero menos que el moniliásico. La vulva puede estar inflamada, eritematosa. El exocérvix puede tener lesiones puntiformes eritematosas. También otros síntomas como sangrado poscoito y signos de cervicitis^{17,18,19} (fig. 4.13A y 4.13B).

Alérgicos: Por empleo de protectores vaginales, toallas higiénicas con sustancias químicas usualmente con olor especial. Uso de duchas vaginales, óvulos espermicidas, lubricantes vaginales. En otras ocasiones secundario al rasurado total de la vagina, o no uso de ropa interior. Son flujos serosos, fluidos, urentes y/o pruriginosos¹⁷.

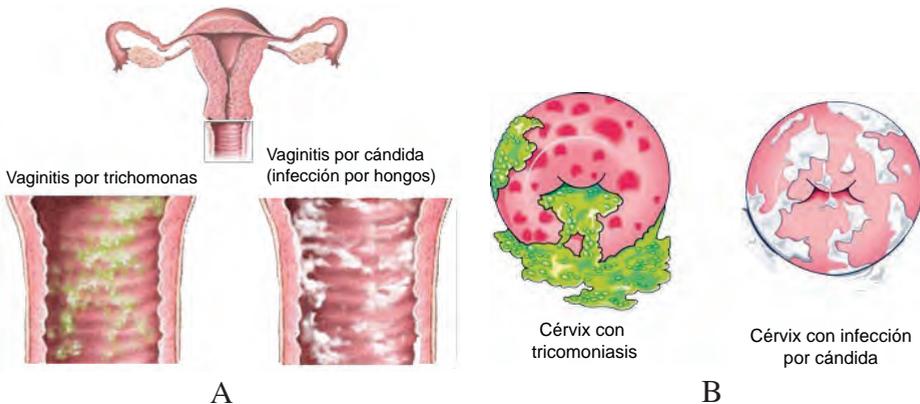


Figura 4.13. A. Flujo en vagina, a la izquierda, verdoso, sugestivo de tricomonas; a la derecha, blanquecino, sugestivo de candida (Tomado de: <http://info-kesihatan-anda.blogspot.com/2009/08/what-is-vaginitis.html>). B. Cérvix izquierda con hallazgos clásicos de tricomoniasis; a la derecha, candida (Tomado de: <http://www.wellnessworkscenla.org/resources/selfcareguide/VaginalInfections.html>).

Tumorales: Se presentan en casos de carcinomas de cérvix, endometrio o vagina. Son flujos seropurulentos, serosanguinolentos o hemáticos, con fragmentos de tejido maloliente¹⁹.

Vaginitis atrófica: Con frecuencia las pacientes postmenopáusicas, las que han sido sometidas a extracción quirúrgica de los ovarios o por irradiación, presentan un epitelio vaginal muy delgado por falta de estrógenos. Estas paredes vaginales son muy propensas a infectarse e inflamarse causando irritación y hemorragias locales. También pueden presentar ardor, dolor y en ocasiones prurito, flujo vaginal, cistitis o dolor hipogástrico¹⁹.

Cuadro 4.1. Características clínicas que ayudan a la diferenciación etiológica del flujo vaginal de origen infeccioso.

Características	Tricomonas	Candida	Vaginitis (Gardenella)
Leucorrea	+++	+ / ++	++
Olor	Maloliente	-	A pescado
Aspecto	Espumoso	Grumoso	Creoso (adherente y homogéneo)
Color	Amarillo-verdoso	Blanco	Grisáceo
Signo característico	Cérvix en fresa	Leche cortada	Olor a pescado (aminas) al añadir KOH
Observación al microscopio con solución salina	Tricomonas móviles	Esporas, micelios o pseudomicelios	Abundante flora mixta, Gardenella y anaerobios. Células clave en el 20% de las células epiteliales.

Virus del papiloma humano

Los virus del papiloma humano (VPH o HPV, del inglés *human papillomavirus*) son un grupo diverso de virus ADN pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae. Como todos los virus de esta familia, los VPH sólo establecen infecciones productivas en el epitelio estratificado de la piel y mucosas de humanos, así como de una variedad de animales. El virus del papiloma humano es un grupo grande de virus de los cuales se han identificado más de 200 tipos, de éstos cerca de 40 son transmitidos sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino. El virus del papiloma humano produce infecciones de piel y también afecta las mucosas del tracto anogenital, oral (boca, garganta) y respiratorio, lugares en los que se pueden producir las llamadas verrugas vulgares. Las lesiones anogenitales incluyen las verrugas genitales (condiloma acuminado, cresta de gallo)

que son formaciones carnosas con aspecto de coliflor que aparecen en las zonas húmedas de los genitales. Las verrugas genitales, por lo común, son causadas por los tipos VPH 11 y VPH 16. Estos tipos de VPH también pueden producir verrugas en el cuello del útero, en la vagina, la uretra y el ano. Los virus del papiloma humano también están relacionados con varios tipos de cáncer, entre los cuales se incluyen: cáncer del cuello del útero (cervicouterino) y cáncer de varios órganos, tales como: amígdala, faringe, esófago, mama, próstata, ovario, uretra y de piel.

Los VPH de bajo riesgo de producir cáncer de cérvix son los VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57. Estos pueden causar cambios leves en el cuello del útero; no son perjudiciales y desaparecen con el tiempo. Los VPH de alto riesgo de producir cáncer de cérvix incluyen el VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos el VPH 16 y el 18 se encuentran con más frecuencia vinculados al cáncer cervicouterino. Sin embargo cabe aclarar que la gran mayoría de las infecciones por el virus del papiloma humano remitirán espontáneamente sin dejar secuelas graves. El tiempo habitual de resolución espontánea de las infecciones transitorias por VPH es de 6 a 18 meses. Es necesario que se dé una infección por VPH de alto riesgo persistente para el desarrollo, mantenimiento y progresión a neoplasia cervical intraepitelial grado 3 (NIC-3).

El cáncer de cuello uterino constituye una complicación poco habitual de una infección cervical común producida por un VPH de alto riesgo. Usualmente este tipo de cáncer se presenta en mujeres con múltiples factores de riesgo además del VPH, entre otros: conducta sexual de riesgo, consumo de tabaco, mujeres con múltiples embarazos, sistema inmunológico deprimido, uso prolongado de anticonceptivos (más de 5 años) y malnutrición²⁰.

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

ANEXITIS AGUDA N 700

ANEXITIS CRÓNICA N 701

ABUSO SEXUAL T742

ABSCESO DE BARTHOLINO N 751

AMENORREA N 912

ASCITIS R 18 X

CERVICITIS N 72 X
CANDIDIASIS VAGINAL B 37.3 + N 77.1
CA DE CÉRVIX IN SITU 53.9
LEI BAJO GRADO N870
LEI ALTO GRADO N872
CONDILOMAS A 630
CISTITIS N 30.9
DOLOR PÉLVICO R102
EPI N 73.9
EMBARAZO NO CONFIRMADO Z320
ENDOMETRIOSIS N 809
ENF FIBROQUÍSTICA MAMARIA N 60.1
FIBROADENOMA MAMARIO D 24X
GALACTORREA N 6.43
HUD N 93.8
HUA N939
HEMORRAGIA POST MENOPAUSIA N950
HEMORROIDES EMB 0224
INFECCIÓN URINARIA N 39.0
INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO R 32 X
INFERTILIDAD N 97.9
LEUCORREA N 89.8
MIOMATOSIS UTERINA D 25.9
MASA EN SENO N63 X
MASTITIS N61 X
MENOPAUSIA N 95.9
OVARIO POLIQUÍSTICO EZ82
OTRAS NO EN OTRA PARTE T 889
PROLAPSO GENITAL N 81.9
PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Z309
POMEROY Z 30.2

PÓLIPO CERVICAL N 84.1

QUISTE DE BARTHOLINO N750

QUISTE OVARIO N 83.2

QUISTE MAMARIO N 60.0

VAGINITIS N 76.0

VAGINITIS ATRÓFICA N 95.2

INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) BQ77

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. 1a. edición. 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. Rigol O. Obstetricia y ginecología. Ecimed. 1a. edición. 2008.
9. Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham G. Williams' Gynecology. McGraw-Hill. 23a. edición. 2008.
10. Curtis MG, Overholt S, Hopkins MP. Glass' Office Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins. 6th. edition. 2006.
11. Berek J. Berek and Novak's Gynecology. Lippincott Williams & Wilkins. 14th. edition. 2006.
12. Edmonds K. Dewhurst's Textbook of Obstetrics & Gynaecology. Blackwell Publishing. 7th. edition. 2007.
13. Molina C, Pérez S, Pérez R, Felicitas A. Dolor pélvico agudo y crónico. En: Libro electrónico de Temas de Urgencia.
14. Zanagnolo V, Cullins V. "Dolor pélvico agudo y crónico". En: Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia (edición en español). Lambrou NC, Morse An, Wallach EE editores. Marbán. Madrid 2001.
15. Estrogen and progestogen use in postmenopausal women: July 2008 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. July/ August 2008; 15(4):584-602.

16. Nelson HD. Menopause. *Lancet*. 2008 Mar 1;371(9614):760-70.
17. Agudelo A, Montoya J. Infecciones propias de la mujer. Feriva. 1a. edición. 2002.
18. Decherney A, Nathan L, Laufer N, Goodwin M. Current diagnosis and treatment in obstetrics and gynecology. McGraw-Hill. 10th. edition. 2007.
19. Adler M, Cowan F, French P, Mitchell H, Richens J. ABC of Sexually Transmitted Infections. BMJ Books. 5th. edition. 2004.
20. Consenso Eurogin 2006 sobre la Prueba de Detección de ADN del VPH en el Cribado de Cáncer de Cuello Uterino: De la evidencia a las recomendaciones. HPV Today. No. 09. Agosto, 2006.