

TALLER N°01

1

GUÍA DIDÁCTICA "CONTROL DE EMBARAZO NORMAL"

Autores: *Pineda Bermeo Laura Yasmin, * Zúñiga Vire Rebeca Isabel
Editores: **Dra. Yoredy Sarmiento, ***Dra. Katty Briceño
*Estudiante de la Titulación de Médico UTPL ** Tutor Asigando-Docente
Investigador UTPL ***Coordinadora de los Talleres de Obstetricia-Docente
Investigador UTPL



2

GUÍA DIDÁCTICA "EXAMEN GINECOLÓGICO Y TOMA DE PAP TEST"

Autores: *Astrid Estefanía Murillo Sotomayor, *Gabriela Maribel Morocho
Guadalima
Editores: **Dr. Paúl Castillo, ***Dra. Katty Briceño
*Estudiante de la Titulación de Médico UTPL ** Tutor Asigando-Docente
Investigador UTPL ***Coordinadora de los Talleres de Obstetricia-Docente
Investigador UTPL



EXAMEN GINECOLÓGICO Y TOMA DE PAP TEST

2

1. INTRODUCCIÓN

Dentro de la semiología ginecológica, la evaluación de los síntomas y signos se realiza mediante la anamnesis, examen físico general, examen ginecológico y exámenes complementarios.

El aspecto más importante en la exploración ginecológica lo constituye el examen ginecológico el cual, junto con una adecuada anamnesis, orienta al facultativo hacia un probable diagnóstico, en la mayoría de los casos.

El test de Papanicolaou o citología vaginal, es una de las pruebas diagnósticas de mayor importancia en la detección de cáncer de cuello de útero y vagina, que consiste en la recolección de una muestra de las células de estas partes anatómicas. También permite tener una idea de la actividad hormonal de la mujer, y orienta sobre posibles infecciones vaginales.

1.1. SEMIOLOGÍA GINECOLÓGICA

HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS:

La anamnesis constituye un elemento de orientación diagnóstica, y es importante puesto que por medio de ella se inicia la relación médico-paciente.

El profesional debe desarrollar una aptitud especial para interesarse por la problemática de la paciente, no interrumpirla innecesariamente, ser respetuosos y discretos en la formulación de nuestras preguntas y emplear un lenguaje adecuado para ella.

La anamnesis ginecológica debe realizarse en un ambiente privado y confortable, en donde la paciente comprenda que sus consultas están siendo sólo conocidas por el médico. Es necesario que incluya lo siguiente:

a. Identificación de la paciente

1. Nombres y apellidos
2. Edad
3. Estado civil
4. Dirección del domicilio y del lugar de trabajo
5. Profesión u ocupación
6. Datos del cónyuge (nombres y apellidos, edad, profesión u ocupación y dirección laboral)
7. Fecha de la consulta

b. Antecedentes gineco-obstétricos

1. **Menarquía:** fecha del primer episodio de sangrado menstrual
2. **Ciclos menstruales:** frecuencia mensual, días de duración, volumen, color del sangrado, dolor.
3. **FUM:** fecha de la última menstruación, tiene especial interés, no sólo porque sirve de punto de partida para calcular la edad de un posible embarazo normal, sino también porque puede marcar el comienzo de una patología importante (por ejemplo: embarazo ectópico).
4. **Historia obstétrica:** preguntar: número de embarazos, patologías coexistentes (ej: embarazo ectópico o embarazo de alto riesgo), número de partos vaginales, número de cesáreas, número de abortos, mortinatos, hijos vivos, hijos muertos y fecha de último parto.
5. **Métodos anticonceptivos:** tipo de anticonceptivo empleado, el inicio de su uso, su suspensión, control y seguimiento, la regularidad de uso y los efectos colaterales y patógenos que puede estar determinando en la mujer.

6. **Historia de Papanicolaou:** número total de pruebas realizadas, fecha y resultado de última prueba.
7. **Otros:** preguntar si le han realizado alguna vez cauterización o conización del cuello uterino, si ha recibido radioterapia u hormonoterapia o si ha sido hysterectomizada u otra cirugía pélvica.

c. Factores de riesgo ginecológico:

1. **Parejas sexuales:** las personas que tienen contacto sexual con muchas parejas (<2) diferentes corren un mayor riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) que quienes permanecen con la misma pareja. Mientras se tenga contacto sexual con más gente, mayor es el riesgo de exposición global.
2. **Relaciones sexuales sin protección:** el preservativo (masculino o femenino) es el único método anticonceptivo que reduce el riesgo de contraer una ETS. Los espermicidas, diafragmas y demás métodos anticonceptivos pueden prevenir el embarazo, pero no protegen contra las ETS. El uso incorrecto o inconsistente del condón también puede incrementar su riesgo.
3. **Inicio de vida sexual:** cuanto menor es la edad de comienzo de la vida sexual activa, mayores son las probabilidades de una persona de contraer una ETS puesto que a edades tempranas hay baja percepción del riesgo, falta de habilidad para negociar con la pareja el uso de un método de prevención, entre otros factores.
4. **Antecedentes de ETS:** si una paciente se encuentra infectada (o lo estuvo alguna vez) con una ETS, tiene mayor probabilidad de contraer con mayor facilidad otra ETS, puesto que la piel puede encontrarse más sensible y por tanto más propensa a infectarse con el contacto.
5. **Antecedentes de cáncer de mama:** el riesgo de padecer cáncer de mama es más alto si se tiene un familiar cercano que haya padecido este tipo de cáncer. Alrededor del 20 al 30% de las mujeres con cáncer de mama tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

EXÁMEN FÍSICO:

a. Local del examen

Por las características y la naturaleza de la consulta, el ambiente exige mayor privacidad que el habitual, lo que contribuye a disminuir la tensión de la mujer y facilita su relajación.

El local del examen debe tener ciertas comodidades, en lo posible debe ser grato y debe disponer de iluminación adecuada.

b. Examen general

Es parte de una buena exploración ginecológica, y debe incluir:

-
- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Actitud | 7. Aspecto general |
| 2. Estado psíquico-intelectual | 8. Coloración de la piel y mucosas |
| 3. Estado nutritivo | 9. Grado de hidratación |
| 4. Biotipo constitucional | 10. Signos vitales |
| 5. Deambulación | 11. Medidas antropométricas |
| 6. Capacidad de realizar movimientos | |
-

Debemos recordar que algunos cuadros ginecológicos determinan marcado compromiso del estado general como: metrorragia profusa, embarazo ectópico complicado, pelviperitonitis aguda, sepsis, entre otros, situaciones que pueden llevar a la paciente a cuadros de anemia aguda, shock e incluso a la muerte.

c. Examen Ginecológico

Todo médico debe estar capacitado para realizar una exploración ginecológica adecuada, que incluya una técnica correcta y sistemática del examen genital, sin causar

dolor a la paciente, que le proporcione información útil y completa para la adecuada interpretación de los hallazgos semiológicos.

A. Elementos necesarios para realizar el examen ginecológico:

✓ Agua y jabón para lavarse las manos.	✓ Taburete.
✓ Guantes estériles.	✓ Mesa de exploración ginecológica.
✓ Lubricante hidrosoluble.	✓ Hisopo de algodón grande.
✓ Fuente de luz para examinar el cuello uterino (lámpara de cuello de ganso).	✓ Espéculo vaginal estéril del tamaño adecuado.

B. Preparación de la paciente:

ⓐ **Requisitos previos:** antes de realizar el examen ginecológico, la paciente debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Vaciar su vejiga, a menos que se necesite evaluar una incontinencia urinaria de esfuerzo durante el examen.
2. Es aconsejable que la mujer no esté menstruando, sin embargo, un examen urgente puede practicarse en cualquier condición.
3. Evitar las relaciones sexuales 24 horas antes del examen.
4. No haberse efectuado lavados vaginales el día anterior.
5. No haberse aplicado medicamentos intravaginales 48 horas antes.
6. Se recomienda realizar un baño normal previo al examen
7. Cambiar toda su ropa por una bata amplia que permita realizar fácilmente un examen físico general, lo cual facilitará también el examen genital, el examen físico general.
8. Se recomienda la presencia de una persona de enfermería durante la realización del examen.

ⓑ **Colocación de la paciente:** la exploración pélvica se realiza sobre la camilla ginecológica, la cual debe ser suave pero firme, y con la paciente en posición de litotomía:

1. Se debe solicitar permiso a la paciente para realizar el procedimiento, y explicar cada detalle de la exploración por adelantado, pues esto permitirá una mayor relajación. Además la mujer debe tener la seguridad de que puede detener o pausar el examen en cualquier momento.



Fuente: Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.



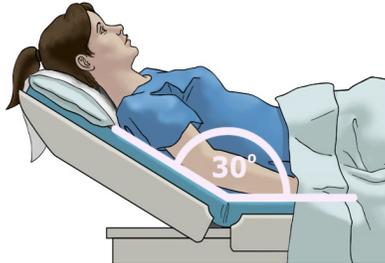
Fuente: Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

2. Las extremidades inferiores deben descansar en las piernas de la mesa, para lo cual el examinador debe facilitar a la paciente la colocación de una extremidad y luego de la otra.

3. Solicite a la paciente que se deslice por la camilla, hasta que las nalgas sobrepasen ligeramente el borde de la misma, de forma que la vulva pueda ser fácilmente inspeccionada y que el espéculo pueda insertarse en la vagina sin tropezar con la camilla.



Fuente: Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.



Fuente: Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.



Fuente: Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

4. Las extremidades superiores descansarán relajadas sobre la mesa al costado del tronco.

5. La cabecera de la cama se eleva 30° para relajar los músculos de la pared abdominal, lo cual permitirá realizar el examen bimanual con mayor facilidad.

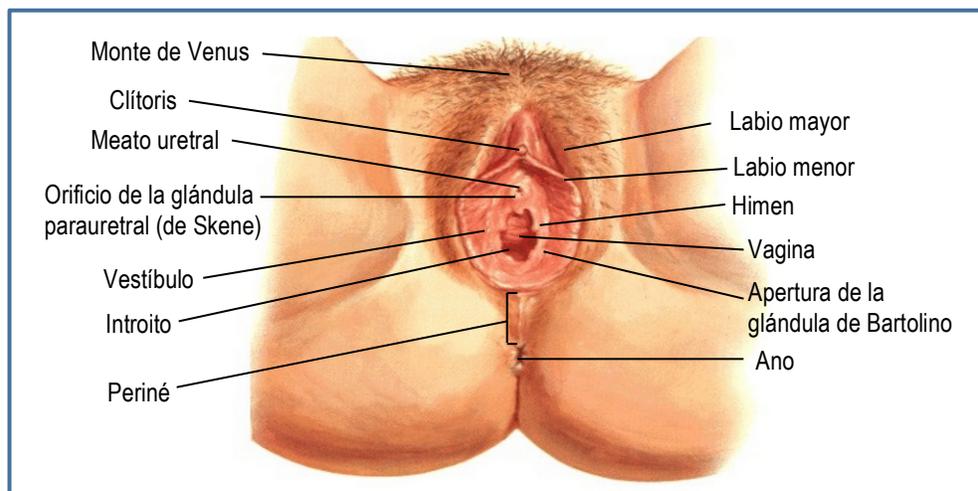
6. Cubra con un sábana a la paciente, desde la mitad del abdomen hasta las rodillas, disponiéndola de tal manera que esté lo suficientemente baja como para poder ver su expresión y facilitar la comunicación.

C. EXPLORACIÓN PÉLVICA DE LA MUJER

a) Exploración externa

■ **Inspección de genitales externos:** el examinador debe:

1. Realizar un correcto lavado de manos.
2. Ubicarse frente a los genitales externos, sentado en el taburete.
3. Colocarse guantes estériles.
4. Iluminar los genitales de forma convenientemente.
5. Inspección visual general
6. Separe los labios mayores con el dedo pulgar e índice de la mano no dominante e inspeccione las características de la epidermis y la mucosa y la configuración anatómica de las estructuras.



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

VALORACIÓN DE LOS GENITALES EXTERNOS											
EXAMINACIÓN NORMAL	<p>Se recomienda examinar en el siguiente orden:</p> <table border="0"> <tr> <td>a. Labios mayores</td> <td>f. Introito vaginal</td> </tr> <tr> <td>b. Labios menores</td> <td>g. Himen</td> </tr> <tr> <td>c. Clítoris</td> <td>h. Horquilla vulvar</td> </tr> <tr> <td>d. Orificio uretral</td> <td>i. Periné</td> </tr> <tr> <td>e. Vestíbulo vaginal</td> <td>j. Ano</td> </tr> </table>	a. Labios mayores	f. Introito vaginal	b. Labios menores	g. Himen	c. Clítoris	h. Horquilla vulvar	d. Orificio uretral	i. Periné	e. Vestíbulo vaginal	j. Ano
a. Labios mayores	f. Introito vaginal										
b. Labios menores	g. Himen										
c. Clítoris	h. Horquilla vulvar										
d. Orificio uretral	i. Periné										
e. Vestíbulo vaginal	j. Ano										
HALLAZGOS PATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Dermatitis infecciosas <ul style="list-style-type: none"> ○ Virus: HPV (condiloma acuminatum), herpes genital, molusco contagioso, CMV, EBV. ○ Parásitos: escabiosis, esquistosomiasis, vulvovaginitis (<i>trichomona vaginalis</i>) ○ Hongos: dermatofitosis, candidiasis ○ Bacterias: sífilis, <i>Treponema P.</i> (chancroide, condiloma lata), <i>Chlamydia</i> (linfogranuloma venéreo), tuberculosis • Dermatitis no infecciosas <ul style="list-style-type: none"> ○ Liquen simple, plano y escleroatrófico • Intertrigo • Aglutinaciones de los labios • Puntos de Fordyce. • Tumores masculinizantes del clítoris • Inflamación, eversión de la mucosa y pólipos del orificio uretral. • Inflamación de las glándulas de Skene • Lesiones inflamatorias, úlceras herpéticas y condilomas en el vestíbulo y en los labios menores. • Himen imperforado 										

b) Exploración Interna

Introito

1. Con los labios mayores todavía separados con los dedos: índice y pulgar, pida a la paciente que puje.
2. Debe fijarse claramente: si existe descenso de la pared anterior de la vagina significa que la paciente presenta un cistocele y si nota la presencia de un abombamiento de la pared posterior se tratará de un rectocele o un enterocele. El abombamiento de ambas puede acompañarse de un prolapso completo del útero. La inspección del introito vaginal también puede mostrar el himen conservado con su abertura central normal, un himen roto o sólo sus restos, denominados carúnculas mirtiformes.

ESPECULOSCOPIA

La especuloscopia consiste en la introducción de un espéculo en la vagina, que permite al examinador determinar la presencia de anomalías cervicales o vaginales. Además de ser un examen observable sugerido como adyuvante de los frotis rutinarios de Papanicolaou para aumentar la sensibilidad de los programas de cribado de cáncer cervical.

La especuloscopia debe preceder a la palpación vaginal puesto que, esta última, puede provocar alteraciones en el resultado de la examinación debido a la manipulación que se produce en la misma (ej: sangrado).

- i. Espéculos:** los espéculos son de metal o de plástico y vienen en dos formas fundamentales conocidas como espéculos de *Pedersen* y de *Graves*. Ambos se presentan en un tamaño pequeño, intermedio o grande. La introducción del espéculo no debe producir dolor. Para esto es preciso escoger el instrumento adecuado a la paciente. El espéculo intermedio de *Pedersen* suele resultar el más cómodo para las mujeres con actividad sexual. El espéculo de *Pedersen*, de hojas

estrechas, es preferible para las pacientes con un introito relativamente pequeño, como las vírgenes o las ancianas. Los espéculos de Graves se adaptan mejor a las mujeres nulíparas con prolapso vaginal.

Los espéculos de plástico suelen producir un clic de tono alto o pueden pellizcarse durante el bloqueo o su liberación. La advertencia a la paciente evita sorpresas innecesarias.

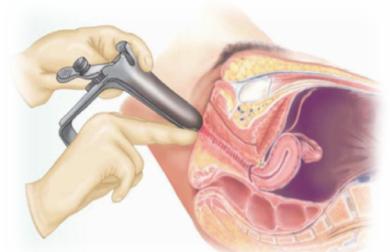


Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

Espéculos, de izq a der: espéculo metálico pequeño de Pedersen, metálico intermedio de Pedersen, metálico intermedio de Graves, metálico de Graves y plástico grande de Pedersen.

ii. Técnica:

1. El espéculo debe estar esterilizado y debe introducirse a la vagina seco, o en caso necesario se utilizará lubricante, excepto si se requiere tomar muestra para un estudio citológico.
2. Tomar con la mano derecha el espéculo y con los dedos pulgar e índice de la mano izquierda entreabrir los labios mayores y menores de la vulva.
3. Solicitar a la paciente que relaje sus músculos perineales y abdominales y que realice un pujo suave con el objeto de precisar mejor el introito vaginal.
4. Introducir el espéculo bien cerrado dirigiéndolo oblicuamente hacia atrás y deprimiendo ligeramente el periné.
5. Rotar el espéculo hasta una posición horizontal.



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

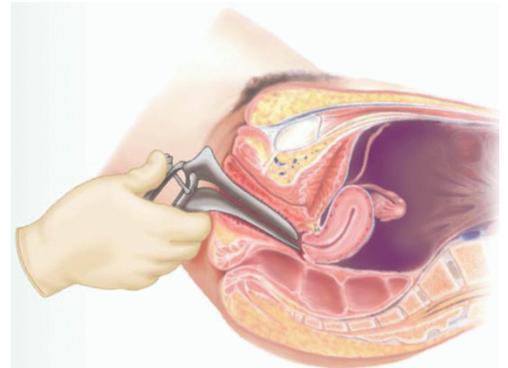


**ÁNGULO DE
ENTRADA**

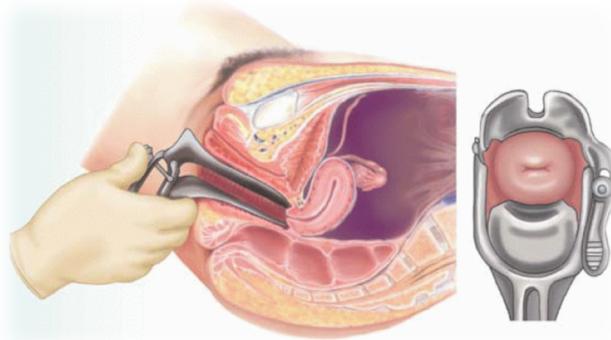


**ÁNGULO DE INSERCIÓN
COMPLETA**

Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.



6. Iniciar la apertura de sus valvas una vez introducido (aproximadamente 6-8 cm), en este momento también es útil hacer pujar a la paciente para que el cuello uterino "baje" a la altura que han dejado las valvas del espéculo.
7. Ajustarlo hasta que abrace el cuello uterino y pueda verlo en su integridad.

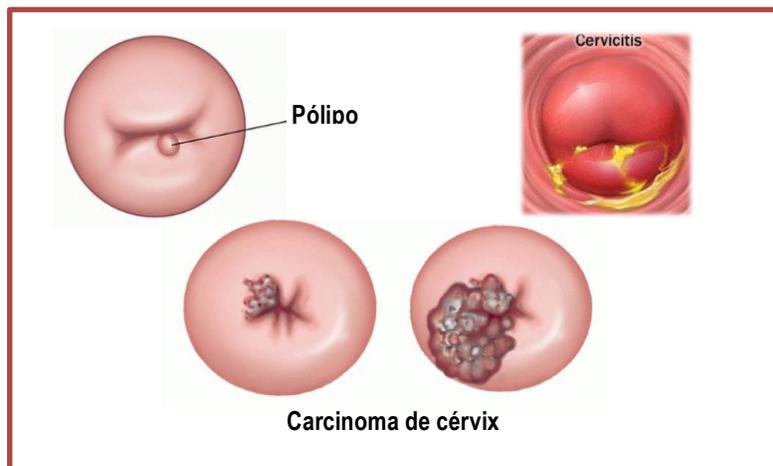


Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

8. Una vez colocado el espéculo inspeccionar las paredes vaginales, el cuello uterino y la presencia de flujo. Si tiene dificultades para encontrar el cuello uterino, retire ligeramente el espéculo y vuelva a colocarlo con una pendiente distinta.
9. Retirar suavemente las secreciones con un hisopo de algodón grande en caso de que estas dificulten su visión.
10. Anote:

CARACTERÍSTICAS DEL CUELLO UTERINO

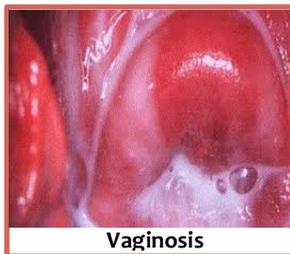
- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Color • Posición • Características superficiales | <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ulceraciones ○ Nódulos ○ Tumores visibles ○ Hemorragia o secreción |
|--|--|



Hallazgos patológicos en cuello uterino

FLUJO VAGINAL

<p>Vaginosis bacteriana</p>	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Síndrome polimicrobiano producido por el desbalance entre lactobacillus productores de peróxido de hidrógeno y gardnerella vaginalis, mycoplasma hominis y anaerobios (mobilluncus, prevotella, etc.) ✓ Leucorrea grisácea homogénea, olor a pescado. ✓ Criterio Clínico de Amsel y de Nuget 	<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Metronidazol 500 mg c/12 horas v.o. x 7 días, ó ➤ Metronidazol gel 0.75%, 5 g/día por 5 días, ó ➤ Clindamicina 2% crema, 5g por 7 días
<p>Tricomoniasis vaginal</p>	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Producido por el protozoo flagelado Tricomona vaginalis. ✓ Leucorrea amarillo-verdosa, mal olor, ardor, petequias vaginales 	<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Metronidazol 2gr x 1 vez, ó ➤ Tinidazol 2 g x 1 vez
<p>Candidiasis vaginal</p>	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Producida por la Candida Albicans. ✓ Produce edema vulvar, fisuras, excoriaciones y flujo genital blanquecino espeso. 	<p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Butoconazol 2% crema 5 g iv por 3 días, ó ➤ Clotrimazol 1% crema 5 g iv por 7-14 días, ó ➤ Miconazole 100 mg óvulos, 1 óvulo por 7 días, ó ➤ Nistatina 100.000 U por 14 días, ó ➤ Fluconazol 150 mg vo por 1 vez.



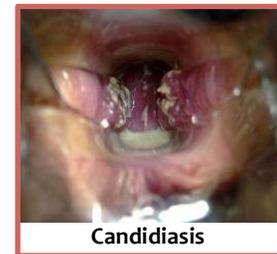
Vaginosis

Fuente: <http://materno-fetal.blogspot.com/2011/06/vaginosis-bacteriana-y-embarazo.html>



Tricomoniasis

Fuente: <http://arantxarivera7.blogspot.com/2013/05/enfermedades-venereas-son-enfermedades.html>



Candidiasis

Fuente: <http://microbiologiaulat.blogspot.com>

Criterio diagnóstico	Normal	Vaginosis bacteriana	Vaginitis por <i>Trichomonas</i>	Vulvovaginitis por <i>Candida</i>
pH vaginal	< 4.5	> 4.5	> 4.5	< 4.5
Flujo vaginal	Claro o blanco flocular	Blanco, grisáceo, homogéneo	Amarillo, verdoso, homogéneo, con frecuencia espumoso	Blanco, en agregados adherentes
Prueba de aminas (olor a pescado)	No	Sí	Sí	No
Microbiota vaginal	<i>Lactobacillus</i> spp.	<i>Gardnerella vaginalis</i> Mycoplasmas y anaerobios	<i>Trichomonas vaginalis</i>	<i>C. albicans</i> y otras levaduras
Examen microscópico	Células epiteliales, predominio de <i>Lactobacillus</i> .	Células "clave". Escasos polimorfonucleares, flora mixta	<i>Trichomonas vaginalis</i> , leucocitos	Levaduras, seudomicelios leucocitos, células epiteliales.

TACTO VAGINAL

1. Colocarse guantes esterilizados.
2. Separar los labios mayores y menores con los dedos índice y pulgar de la mano derecha para facilitar la introducción de los dedos de la mano izquierda.
3. Los dedos de la mano que realiza el tacto (mano izquierda) deben colocarse de la siguiente manera:

➤ El meñique y anular flectados sobre la mano; pulgar, índice y medio extendidos. Esta disposición permite la adecuada depresión del periné, facilitando la exploración de la parte profunda del conducto vaginal, aunque los dedos del examinador sean cortos. La depresión perineal es especialmente fácil cuando la paciente tiene su musculatura relajada.



4. Lubricar con vaselina líquida o jalea esterilizada los dedos índice y medio, si es conveniente, e introducirlos en el conducto vaginal. En ocasiones (niñas, mujeres postmenopáusicas, secuelas de tratamiento radiante) el examen sólo puede practicarse con un dedo (índice).
5. El primer tiempo del tacto es la exploración del extremo terminal de la uretra:
 - Con el dedo índice se realiza la expresión de la parte terminal del conducto y de las glándulas periuretrales observando el meato. En caso de uretritis se puede observar la salida de pus por el meato y/o por los conductos de las glándulas periuretrales al realizar esta maniobra.
6. A continuación, con el dedo índice en la pared lateral del introito vaginal y el dedo pulgar en el espesor del labio mayor se palpan las glándulas de Bartholino ubicadas debajo del músculo constrictor de la vagina, cuyo conducto excretor se abre a los lados del vestíbulo, inmediatamente por fuera del borde lateral del orificio de la vagina, aproximadamente en la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior del introito. Las glándulas normales prácticamente no se palpan.
7. Se continúa con la introducción de los dedos índice y medio de la mano izquierda por el conducto vaginal. Esta maniobra debe ser suave, teniendo especial cuidado de no producir dolor. Una vez dentro se debe inspeccionar lo siguiente:

Valoración de la vagina

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Consistencia: girando los dedos exploradores abiertos. 2. Longitud: Comparando con la longitud de los dedos del examinador. 3. Diámetro: Calculando la apertura de los dedos. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Masas palpables: Palpando fondos de saco y caras laterales. 5. Conducto vaginal: Se debe palpar todo el conducto vaginal buscando deformaciones, cicatrices, tabiques, quistes, etc., y los fondos de saco, detectando la presencia de dolor, abombamiento, retracción, etc. |
|---|--|

9. Posteriormente se palpa el cuello uterino examinando lo siguiente:

Valoración del cuello uterino

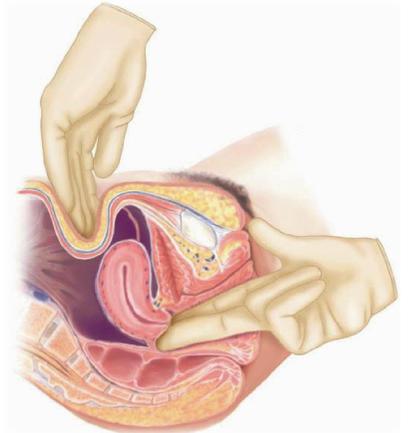
1. **Tamaño:** mediante palpación. Es menor en pacientes no gestantes y mayor en pacientes gestantes.
2. **Consistencia:** presionando sobre el cérvix con los dedos; en un útero no gestante la sensación a la palpación es similar a la punta de la nariz, y en útero gestante similar a los labios de la boca.
3. **Regularidad:** palpando el contorno. Puede ser irregular en pacientes multíparas.

4. **Situación:** estableciendo la localización en relación con la luz de la vagina.
5. **Permeabilidad:** procurando introducir el dedo índice a través del orificio cervical externo.
6. **Dolor:** valorando en qué momento de la exploración se ocasiona dolor. Ante una anexitis el dolor será mayor al desplazar el cérvix hacia el lado contralateral, y mucho más intenso en casos de embarazo ectópico.

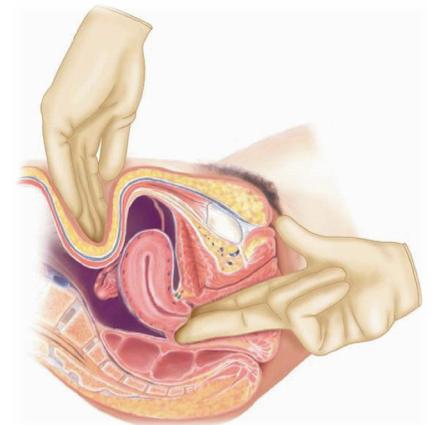
PALPACIÓN BIMANUAL

Sigue y complementa el tacto vaginal. Es sumamente útil, ya que nos hace accesible el útero y los anexos.

1. Una vez terminado el tacto vaginal y sin retirar los dedos de la vagina, estos se giran de manera que la cara palmar de los mismos toquen la pared vaginal anterior.
2. *Palpe el útero:*
 - a) Coloque la otra mano sobre el abdomen, a la mitad de la distancia entre el ombligo y la sínfisis del pubis.
 - b) Mientras se eleva el cuello uterino y el útero en la mano introducida en la vagina, presione con la otra mano tratando de agarrar el útero entre las dos manos.
 - c) Anote su tamaño, forma, posición, consistencia, sensibilidad, movilidad, superficie y reconozca si hay alguna zona de dolor o masas.
 - d) Ahora deslice los dedos de la mano introducida en la vagina hasta el fondo de saco anterior y palpe el cuerpo del útero entre las dos manos. En esta posición, los dedos vaginales pueden palpar la cara anterior del útero y la mano, colocada en el abdomen, la cara posterior.
 - e) Si no puede palpar el útero con ninguna de estas maniobras, quizá esté inclinado hacia atrás (retroversión). Deslice los dedos vaginales hasta el fondo de saco posterior y palpe el útero apoyando con firmeza los dedos. A veces, una pared abdominal obesa o poco relajada impide la palpación del útero, aun cuando se coloque en posición anterior.
3. *Palpe cada ovario:*
 - a) Coloque la mano del abdomen en la fosa ilíaca derecha y los dedos vaginales en el fondo de saco lateral derecho.
 - b) Presione hacia abajo con la mano, intentando empujar los anexos hacia los dedos vaginales. Trate de reconocer el ovario derecho o cualquier masa anexial adyacente. Si desplaza suavemente las manos, logrará deslizar los anexos entre los dedos y registrar su tamaño, forma, consistencia, movilidad o dolor.
 - c) Repita el procedimiento en el lado izquierdo. Los ovarios normales suelen doler un poco. En general, se palpan bien si la mujer es delgada y está relajada, pero es difícil o resulta imposible si es obesa o se relaja mal.
 - d) En mujeres delgadas se puede palpar la trompa y el ligamento redondo como un delgado cordón y el ovario como una formación elíptica o redondeada de aproximadamente 2 x 3 cm.



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

4. En caso de niñas pequeñas el examen bimanual se realiza introduciendo cuidadosamente, el dedo meñique en el recto.
5. Cuando no se logra una adecuada relajación abdominal es conveniente indicar a la paciente que realice una inspiración profunda seguida de una espiración también profunda y al final de ésta, que debe mantenerse por algunos segundos, deprimir la pared abdominal en busca de los órganos pélvicos. En ocasiones, la tensión de la paciente o el dolor que determina su enfermedad es tan intenso que no se logra practicar un tacto vagino-abdominal adecuado y es necesario recurrir al examen bajo anestesia.

VALORACIÓN EN PALPACIÓN BIMANUAL

- + **Posición del útero:** debe valorarse la relación del cuerpo con el cuello (flexión y versión).
- + **Exploración del istmo uterino:** se debe valorar el reblandecimiento de este segmento del útero (signo de Hegar) es uno de los más precoces de gestación.
- + **Tamaño del cuerpo uterino:** causas comunes de aumento son, el embarazo (crecimiento uniforme, de consistencia blanda, e indoloro) y el mioma uterino (crecimiento irregular y consistencia más dura).
- + **Anexos:** se palpan con facilidad cuando se encuentran engrosados
- + **Región parauterina:** se pueden palpar tumores o quistes de los ovarios, abscesos tuboováricos, procesos inflamatorios agudos o crónicos de los oviductos, hidrosálpinx, embarazo ectópico, procesos pelviperitoneales agudos o crónicos (consistencia leñosa), entre otros.

TACTO RECTO VAGINAL

El tacto bimanual (rectovaginal) cumple tres propósitos fundamentales:

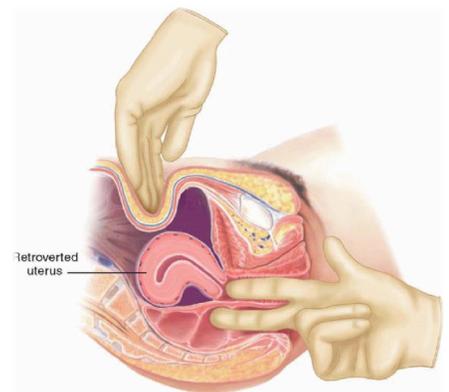
- ✓ Palpar el útero retrovertido, los ligamentos uterosacros, el fondo de saco y los anexos.
- ✓ Cribar el cáncer colorrectal de las mujeres de 50 años o más.
- ✓ Evaluar posibles enfermedades pélvicas.

Las **Indicaciones específicas** para el presente examen son las siguientes:

Presencia de síntomas rectales	Rectorragia, hemorroides, fisuras
Patología del tabique recto-vaginal	Rectocele, infiltración tumoral, fístulas, etc.
Infiltración inflamatoria o tumoral de parametrios y necesidad de palpar ligamentos úteros sacros	Endometriosis

Procedimiento:

1. Después de retirar los dedos del tacto bimanual, cámbiese de guantes y lubríquelos de nuevo si es necesario.
2. Reintroduzca lentamente el dedo índice en la vagina y el dedo medio en el recto.
3. Pida a la paciente que empuje hacia abajo tratando de relajar el esfínter anal. Recuérdela que con ello podría estimular el intestino pero que no defecará.
4. Aplique presión sobre las paredes anterior y lateral con los dedos exploradores y comprima el abdomen con la mano.
5. Compruebe si hay masas en la bóveda rectal.
6. Después de la exploración, limpie los genitales externos y el recto o dé un pañuelo de papel a la paciente para que lo



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

haga ella misma.

7. No olvidar que después de cada exploración se debe revisar en los guantes la presencia de mucosidad, sangre o líquido.

D. PRUEBA DE PAPANICOLAOU (Pap Test)

a) Definición:

Es una prueba basada en una cadena de procedimientos en la cual, mediante el raspado o cepillado, se obtienen células exo y endocervicales (incluida las células de la zona de transformación), para formar una monocapa de material en el portaobjetos, que se fijará y se teñirá correctamente en el laboratorio, para su posterior interpretación; esto permitirá detectar inflamación, infección y lesiones preinvasoras o invasoras del cuello uterino. Por lo tanto, es el método de tamizaje de elección, a nivel mundial, para la detección temprana del cáncer cervico-uterino.

b) Origen:

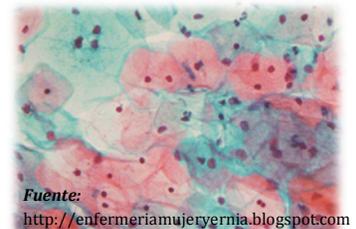
George N. Papanicolaou (1833-1962), médico griego, quien en 1917 utiliza el frotis vaginal para estudiar la fisiología del ciclo menstrual en animales, posteriormente lo hizo en mujeres. Más tarde (1925), inicia la citología hormonal, descubriendo las células naviculares en la gestante. En 1939 junto a Traud identifican, en extendidos vaginales, células cancerosas del cuello y endometrio, en pacientes que no tenían sospecha de cáncer. Finalmente en 1941 publica su monografía "Diagnóstico del cáncer uterino por el extendido vaginal", siendo reconocido, de esta manera, por haber desarrollado una prueba para la detección temprana de cáncer en el cuello uterino, hoy en día llamada "prueba de Papanicolaou".

c) Tinción de Papanicolaou:

La tinción de Papanicolaou es un método de tinción policrómico que consta de una tinción nuclear y un contraste citoplasmático. Tiene como ventaja:

- Una buena definición del detalle nuclear, evidenciando el patrón de cromatina de las células.
- Un aspecto transparente de los citoplasmas y una diferenciación celular, que permite apreciar grados de maduración celular y actividad metabólica.

Es un método basado en la diferenciación de color de los diversos componentes celulares, que se aplica a los diferentes tipos celulares para el diagnóstico de cambios malignos y tipificación celular.



Colorante	Elementos celulares
Hematoxilina de Harris	Afinidad por la cromatina Tiñe el núcleo
Orange 6 (OG 6)	Tiñe la queratina Penetra rápidamente el citoplasma
Eosina Amarillenta 50 (EA 50)	Tiñe el citoplasma de las células escamosas cianófilas y eosinófilas. Nucléolos y cilios

d) Frecuencia con la que se debe realizar el Pap test:

Según el Instituto Nacional del Cáncer (NCI por sus siglas en inglés), la Sociedad Estadounidense del Cáncer (ACS), y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), entre las pautas generales se incluyen:

- Las pruebas de detección del cáncer cervical deben iniciar, aproximadamente, tres años después de que la mujer comenzó a tener relaciones sexuales, o desde los 21 años para todas las mujeres, incluidas las que no son sexualmente activas.

- ✿ Los expertos recomiendan esperar aproximadamente tres años después de la iniciación de la actividad sexual puesto que las infecciones por HPV transitorias y los cambios celulares cervicales no significativos son frecuentes, pero una anomalía significativa o cáncer tarda años en desarrollarse.
- ✿ Las mujeres deben someterse a una prueba de Papanicolaou por lo menos una vez cada tres años.
- ✿ El ACOG entre sus pautas generales incluye que la mayoría de las mujeres menores de 30 años puede realizarse una prueba de Papanicolaou cada dos años en lugar de anualmente.
- ✿ Las mujeres de 65 a 70 años de edad que han tenido por lo menos 3 pruebas de Papanicolaou consecutivas normales, sexualmente inactivas, y ninguna prueba anormal en por lo menos 10 años pueden decidir, en consulta con su profesional de la salud, suspender las pruebas de detección de cáncer cervical.
- ✿ Las mujeres a quienes se les ha practicado una histerectomía total (extirpación del útero y cuello uterino) no necesitan someterse a pruebas de detección de cáncer cervical, a menos que la cirugía se haya realizado como tratamiento para la etapa previa al cáncer o para el cáncer cervical.

e) Técnica:

Materiales:

- Agua y jabón para lavarse las manos.
- Una fuente de luz (lámpara cuello de ganso).
- Una mesa de exploración ginecológica limpia.
- Un espéculo vaginal estéril.
- Guantes de exploración desechables.
- Espátula de Ayre.
- Cepillo endocervical.
- Portaobjetos de vidrio.
- Lápiz rotulador.
- Fijador.
- Hoja de solicitud y reporte de resultados de citología cervical.



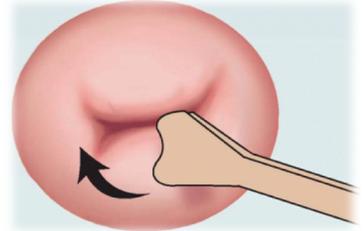
Procedimiento:

El examen de Papanicolaou debe preceder a la práctica del tacto vaginal, si se desea obtener una muestra de citología adecuada, puesto que si lo realiza después, el resultado se encontrará alterado.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1. Lavarse las manos con agua y jabón, siguiendo la técnica correcta de lavado de manos.
2. Explicarle el procedimiento a la paciente.
3. Pedirle a la paciente que evacue la vejiga, para que se relajen los músculos perineales.
4. Colocar a la paciente en la posición de litotomía (mencionada con anterioridad).
5. Introducir el espéculo (sin vaselina ni jalea lubricante) utilizando la técnica referida anteriormente.
6. *Realizar el raspado del cuello uterino:*

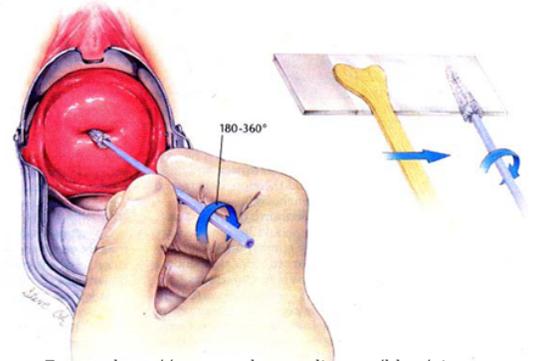
- Coloque el extremo más largo de la espátula de Ayre en el orificio del cuello uterino.
- Presione, gire y raspe un círculo completo (360°), asegurándose de incluir la *zona de transición* y la *unión escamocilíndrica*.
- Extienda la muestra sobre la mitad (ya sea derecha o izquierda) del portaobjetos en un lugar seguro, de fácil acceso. Recuerde que, si obtiene el raspado cervical como primera muestra, se reduce el oscurecimiento de las células con sangre, como sucede a veces cuando se utiliza el cepillo endocervical.



Fuente: Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.

7. Realizar el cepillado endocervical:

- Tome el cepillo endocervical e introdúzcalo en el orificio del cuello uterino.
- Gírelo entre el pulgar y el dedo índice, en sentido horario y antihorario.
- Retire el cepillo y tome el portaobjetos que ha dejado apartado a un lado.
- Extienda la muestra sobre la otra mitad del portaobjetos con el cepillo, aplicando un movimiento suave, como si estuviera pintando, para que no se destruya ninguna célula.
- Coloque el portaobjetos en una solución de éter-etanol al momento o pulverícela enseguida con un fijador especial a 20 centímetros de distancia. Recuerde que, en lugar del cepillo endocervical, se aconseja el uso de un aplicador con algodón en su punta, humedecido con solución salina, si la mujer está embarazada.



Fuente: <http://www.androsmedic.com/blog/virus-del-papiloma-humano/>

- Retire el espéculo.
- Finalmente, complete la hoja de solicitud y reporte de citología cervical.

f) **Interpretación:**

Para la clasificación citológica del Papanicolaou se utiliza el Sistema Bethesda 2001:

SISTEMA BETHESDA	
NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL Y/O MALIGNIDAD	
Microorganismos	<ul style="list-style-type: none"> Trichomonas vaginalis Hongos morfológicamente consistentes con especies de <i>Cándida</i> Cambio en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana Bacterias morfológicamente consistentes con especies de <i>Actinomyces</i> Cambios morfológicos compatibles con infección por herpes virus
Otros hallazgos no neoplásicos	<ul style="list-style-type: none"> <i>Cambios celulares reactivos asociados a:</i> Inflamación Radiación Dispositivo intrauterino Regeneración Status glandular posthisterectomía Atrofia
ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES	
CÉLULAS ESCAMOSAS	

Células escamosas atípicas (ASC)	<ul style="list-style-type: none"> • De significado no determinado (ASC-US) • No se puede excluir una lesión de alto grado (ASC-H)
Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) , incluyendo infección por virus del papiloma humano/ displasia leve (NIC I)	
Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) , incluyendo displasia moderada, grave y carcinoma in situ. (NIC II y NIC III)	
Carcinoma epidermoide invasor	
CÉLULAS GLANDULARES	
Células glandulares atípicas (AGC)	<ul style="list-style-type: none"> • Endocervicales • Endometriales
Células glandulares endocervicales atípicas que favorecen neoplasia	
Adenocarcinoma endocervical in situ	
Adenocarcinoma endocervical, endometrial, extrauterino (NOS)	
OTRAS	
Células endometriales en mujer mayor de 40 años	

BIBLIOGRAFÍA:

EXAMEN GINECOLÓGICO Y TOMA DE PAP TEST

1. Berek, J. (2008). *Ginecología de Novak*. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
2. Bickley, L. (2010). *Bates, guía de exploración física e historia clínica*. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins.
3. García, M. J. (2006). *Técnico Especialista en Anatomía Patológica del Gallego de Salud*. Sevilla: Editorial MAD.
4. Hoffman, B. (2012). *Ginecología de Williams*. México: Mc Graw Hill Interamericana.
5. Mares, C. (Septiembre de 2008). Conocimientos básicos para la tinción de citología cervicovaginal. Guadalajara, México.
6. Nauth, H. F. (2005). *Citodiagnóstico ginecológico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
7. Palo, G. D. (2007). *Patología y tratamiento del tracto genital inferior*. Barcelona: ELSEVIER MASSON.
8. Pérez, A. (2003). *Ginecología*. Santiago de Chile: Mediterraneo.
9. Salud, O. M. (2007). *Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
10. Tapia, F. L. (2008). *Citología del Tracto Genital Femenino y de la Glándula Mamaria*. Barcelona: Editorial VÉRTICE.
11. Guarderas, C. (1995). *El Examen Médico*. Quito: Universidad Central del Ecuador.



Esta versión impresa, ha sido licenciada bajo las licencias Creative Commons Ecuador 3.0 de Reconocimiento -No comercial- Sin obras derivadas; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales ni se realicen obras derivadas. <http://www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ec/>