

ENFOQUE Y EVALUACION DE LA PACIENTE GINECO-OBSTETRICA

Dr. Salomón Charanek (versión optimizada para su publicación web)

A través de la historia clínica se establece la relación médico-paciente con la identificación de factores de riesgo e información diagnóstica para brindar beneficio en salud de óptima calidad. Los elementos más importantes son la confiabilidad, privacidad, con la identificación, antecedentes familiares, pubarca, fecha de menopausia entre otros, además del motivo de consulta que dentro de los más frecuentes encontramos hemorragia y dolor.

Se averigua cuidadosamente por la sintomatología asociada y no asociada mediante la revisión por sistemas. En cuanto a la exploración física se inspeccionan fascias, la forma, volumen del abdomen, la distribución del vello, la altura uterina y la vascularización. Se evalúa talla y el peso. Se utiliza la palpación profunda y superficial para recoger datos con relación al tamaño, movilidad y sensibilidad. Si el útero es grávido y mayor de 28 semanas se realiza las maniobras de Leopold que nos indica la orientación, situación, presentación y encajamiento.

A la auscultación la ausencia de ruidos intestinales son señal de obstrucción o íleo. Se valoran signos vitales, glándulas, cardiopulmonar y columna vertebral. En cuanto al examen ginecológico será lo más completo posible según la edad de la paciente, se practica con ésta acostada, se valoran mamas por cuadrante, ganglios axilares, si hay simetría y cambios en la piel. En caso de hallar masa se le enseña a la paciente el autoexamen para vigilancia periódica.



En cuanto al **examen genital** se observa distribución del vello, lesiones en vulva, se revisa vagina a través de espéculos con la observación del cuello, paredes vaginales, presencia de flujo, la relajación del piso pélvico y si hay prolapso; con el examen bimanual se delimitan anexos y ligamentos.

VULVA

Encontramos:

1. **Hematoma vulvar**
2. **Elefantiasis vulvar**
3. **Glándulas de bartholino**

VAGINA

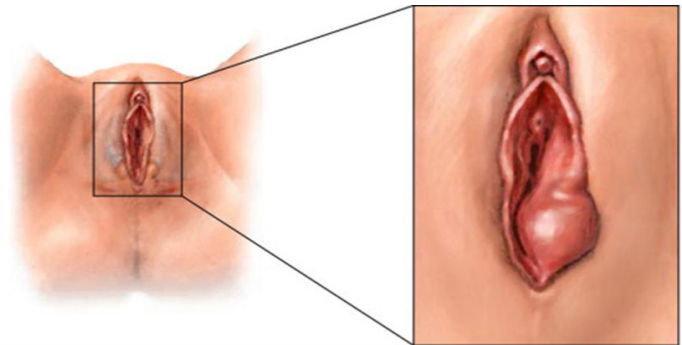
Características de las paredes: contextura, aspereza, blandura, endurecimiento, tumefacción, relajación. Cicatrices o deformidades, estrechez o amplitud de la luz, dolor y temperatura, presencia de exudados. Podemos además explorar la base de la vejiga, el tabique recto vaginal y el recto, características del piso pélvico



Elefantiasis vulvar

CUELLO

Se evalúa **Posición, Dirección, Forma y tamaño, Consistencia, Sensibilidad, Movilidad.**



Bartolinitis

PALPACION BIMANUAL O ABDOMINOVAGINAL

La palpación bicombinada representa la piedra angular del diagnóstico. Para hablar de la palpación abdominovaginal primero tenemos que hablar de la palpación abdominal y de la palpación vaginal de manera independiente, en cuanto a la palpación del abdomen, tenemos que decir que se debe realizar con una idea clara de lo que posiblemente podríamos encontrar, motivo por el cual hay que tener presente que las masas de origen tumoral en ginecología serían, el embarazo, el mioma uterino, el quiste ovárico, entre otras. Estos ayudan a diagnosticar en cada uno de los elementos del sistema reproductor femenino.

Respecto a los **anexos, ovario y trompa de Falopio** se busca colocando la mano interna a nivel de los ángulos uterinos y el dedo vaginal en el fondo del saco correspondiente, el ovario se mostraría como una masa redondeada que resbala y escapa en nuestros dedos.

EXAMEN RECTAL

Este examen debe considerarse dentro del examen del abdomen y ginecológico ya que aporta información valiosa, se realiza de forma uni o bidigital la palpación rectoabdominal y rectovaginal. Dentro de los principales motivos de consulta encontramos la hemorragia como signo de funcionamiento anormal del útero, se presenta en distinta época de cada ciclo menstrual, oligomenorrea o polimenorrea, en cuanto a cantidad, hipomenorrea, menorragia, en cuanto a duración hipermenorrea. Las causas obstétricas dentro de la hemorragia tenemos:

- Las del primer trimestre: embarazo ectópico, abortos, enfermedad trofoblástica.
- El segundo trimestre: placenta previa y abrupto placentae.
- Tercer trimestre: vasos previos.

Después del parto las causas de hemorragia son las asociadas a hipotonía y atonía uterina, acretismo placentario e iatrogénica por traumas en el canal genital. En el puerperio sangrados por desgarros en el periné y raias del introito vaginal. Entre las causas sistémicas tenemos púrpura, enfermedad de Von Willebrand. Posterior a la menopausia se da el sangrado por pólipos, lesiones benignas y malignas. El dolor como manifestación principal se averigua: forma de comienzo, duración, localización, factores asociados que lo exacerban o alivian. En ginecología los dolores más frecuentes son cefalea, dolor abdominal, mamario, pélvico agudo, pélvico crónico (mayor de 3 meses) y se debe establecer el diagnóstico diferencial con patología tipo abdominal y psiquiátricas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS PALPABLES EN EL EXAMEN ABDOMINAL

El reto que nos plantea la masa abdomino-pélvica a los ginecólogos empieza por el diagnóstico clínico. Los síntomas son muy inespecíficos; desde ligeras molestias abdominales, sensación de peso o distensión abdominal hasta síntomas de origen gastrointestinal, urinarios o incluso endocrinos.

Es una de las quejas principales en la consulta ginecoobstetrica, puede ser el hallazgo por parte de la paciente de la presencia de una masa en hemiabdomen inferior y esta puede ser la manifestación de diversas enfermedades benignas o malignas, tanto de órganos genitales como extragenitales. El examen físico permite descubrir o descartar desordenes en

otros aparatos y sistemas, pero el objetivo final del examen físico ante el hallazgo de una masa es el examen local del abdomen y de los órganos genitales externos e internos. Este examen se hace con los cuatro componentes del examen como son inspección, palpación, percusión y auscultación, complementado con diversos métodos auxiliares de diagnóstico. De esta forma acercarnos de alguna manera a una posible etiología ya que esta sintomatología puede ser por diversas causas.

Vamos a comenzar hablando de examen abdominal, como se dijo anteriormente es elemento diagnóstico fundamental para la evaluación de las masas palpables. La exploración clínica supone un paso fundamental en el abordaje diagnóstico donde se obtiene una sensibilidad del 93% con una especificidad del 63%.



INSPECCION

Cuando a través del examen físico hayamos detectado la presencia de una masa, debemos buscar:

1. localización
2. forma
3. tamaño
4. consistencia
5. contorno
6. movilidad respiratoria
7. sensibilidad.
8. relación con los órganos vecinos
9. relación con la pared abdominal
10. Presencia de pulso

Sin dejar de lado la importancia de la PERCUSION y la AUSCULTACION

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASAS ABDOMINALES MASAS DE ORIGEN PARIETAL

Los tumores parietales dan lugar a una masa circunscrita, móvil con la pared e inseparable de ella, sin conexión con órganos profundos y de sonido mate sobre un fondo claro.

MASAS DE ORIGEN PERITONEAL

La mayoría son colecciones serosas, sanguíneas o purulentas que pueden producir gran tensión y en ocasiones dar la impresión de que hubiera una masa. La peritonitis tuberculosa o de otro origen, generalizada o localizada, es

una causa común; también la ascitis enquistada, generalmente tuberculosa, o más frecuentemente la ascitis libre de cualquier origen.

MASAS DE ORIGEN INTESTINAL

La distensión gaseosa, sumada a la laxitud de la pared, produce abultamiento uniforme y timpanismo. Los bolos fecales se confunden a menudo con blastomas. Su sitio más común es el asa sigmoidea.

POR AUMENTO DE VOLUMEN DE UN ÓRGANO DETERMINADO

Casi todos los órganos abdominales deben tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial.

POR NEOPLASIAS ABDOMINALES

La tumoración abdomino-pélvica puede ser de origen ginecológico, urinario, intestinal, retroperitoneal y otros. Cuando se sospecha una masa ginecológica el diagnóstico diferencial sigue siendo muy amplio y va a depender en gran medida de la edad de la paciente y de la imagen ecográfica. La sospecha de malignidad se ve aumentada en la mujer premenárquica y en la posmenopáusica.

MASAS UTERINAS

1. con respecto a su situación, lo hace preferentemente en el hipogastrio
2. cuando le imprimimos movimientos a la masa en su polo superior, éstos son transmitidos al cérvix.
3. cuando desplazamos la masa, en dirección hacia la línea media del abdomen, manteniendo localizado el cuello uterino, también se aleja éste de la mano exploradora, si permanece en su sitio, sin desplazarse, comprobaremos que la masa no hace parte del cuerpo uterino.

MASAS PARAUTERINAS

Pueden estar separadas del útero en forma muy neta o bien, por su tamaño o localización, ser tan contigua que da la impresión de formar parte del mismo. La mayoría de las masas parauterinas se encuentran a los lados izquierdos o derecho del útero menos frecuentemente por detrás de él y más raras veces por delante.

MASAS DE ORIGEN OVARICO

Generalmente son redondos y lisos, su tamaño es variable y depende de su movilidad; cuando se encuentra en la pelvis menor puede ocupar el espacio lateral y posterior a la izquierda o derecha del útero.

MASAS DE ORIGEN TUBARICO

Son extremadamente raras y casi siempre corresponden a procesos infecciosos o gestacionales, la acumulación de material purulento en su interior distiende la trompa y le confiere una forma de huso y consistencia quística renitente.

MASAS DEL LIGAMENTO ANCHO

Estos tumores no son tan comunes, pero ofrecen las características precisas que con tan solo el examen físico se puede hacer diagnóstico en la mayoría de los casos. Corresponden a tumores originados en el paraoóforo o resto embrionario de tubulillos mesonéricos, situado en el ligamento ancho junto al útero (quiste ovárico), o fibromas subserosos del útero cuyo pedículo ha desaparecido y han migrado a hojas del ligamento ancho o a fibromas originados directamente entre dichas hojas, indiferenciables, en la práctica, de otros tumores.

MASAS DE ORIGEN EXTRAGENITAL

Las masas de origen extragenital de acuerdo con el lugar de aparición puede decirse que son provenientes tanto de genitales externos como internos.

DISTOPIAS UTERINAS

Son trastornos que se relacionan con la ubicación del útero en la cavidad pélvica. Para ello debemos conocer las nociones de posición, versión y flexión del útero

TIPOS DE DISTOPIAS UTERINAS:

Variaciones de la posición: son menos frecuentes, estas se presentan por que el útero pierde su posición habitual por desplazamiento producido por una gestación ortotopica en desarrollo, por una fibro-matosis o un proceso neoplásico o infeccioso.

1. Anteposición:
2. Retroposición.
3. Latero posición
4. Elevación

5. Descenso

Variaciones de la versión: Cuando el útero gira en torno a un plano que pasa por el istmo pero los ejes longitudinales del cuerpo y del cuello conservan su misma relación.

1. Ante versión
2. Retroversión
3. Latero versión

Variaciones de la flexión: corresponde a alteraciones de la relación entre el eje longitudinal del cuerpo uterino y del cuello,

1. Hiperanteflexion
2. Retroflexión
3. Lateroflexion



Flujo vaginal

FLUJO VAGINAL

Como se dijo anteriormente la presencia de masas puede ser debido a diversas etiologías, por lo que se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial de las masas palpables en abdomen. Las masas de importancia en ginecoobstetricia son aquellas que se originan en la pelvis. Los fluidos vaginales son

absolutamente normales, varían de mujer a mujer, según su edad y también según el periodo del ciclo menstrual, pero cualquier cambio en su consistencia, color, olor, cantidad, textura, puede ser indicativo de que algo está sucediendo, que está causando anomalías. La vagina es una cavidad fisiológicamente húmeda, ya que contiene las secreciones de las glándulas vestibulares y endocervicales, del cérvix y sus paredes, y las células vaginales vertidas desde el útero, cérvix y las paredes de la vagina, la cantidad y carácter de esta descarga cambian sobre el curso del ciclo y a lo largo de la vida de la mujer. La vagina produce líquido para mantener saludable la zona de los genitales, estos líquidos limpian la vagina y ayudan también a luchar contra las infecciones.

Muchas mujeres no comprenden el funcionamiento normal de su cuerpo y confunden el fluido normal de su cuerpo con infecciones, sobretodo en adolescentes y adultas jóvenes. El flujo vaginal constituye una de las consultas más frecuentes en ginecología, puede tener causas infecciosas y no infecciosas. Hay factores que pueden contribuir a que se presente el flujo vaginal anormal, como lo son:



- Duchas vaginales frecuentes. Las mujeres aumentan el riesgo de infecciones por hongos si las hacen más de una vez por mes. [Las mujeres no deberían hacerse duchas vaginales al menos que un doctor se las prescriba.].
- Uso de irritantes químicos en la vagina.
- Ropa jeans ajustados, trajes de baño húmedos, ropa interior de nylon, y medibachas (pantyhoses)
- Exceso de peso.
- Uso de antibióticos
- Inmunidad deprimida
- Diabetes

Las tres infecciones más frecuentemente asociadas a flujo vaginal son: La vaginosis bacteriana, tricomoniasis y candidiasis; con menor frecuencia: la infección por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.

DIAGNOSTICOS MÁS FRECUENTES EN LA EDAD REPRODUCTIVA

Vaginosis bacteriana, Cervicitis, Candidiasis, Trichomoniasis, Mucorrea cervical (***Mucorrea o flujo blanco – gris, Gonorrea***).

AYUDAS DIAGNOSTICAS EN LA EVALUACION DE LA PACIENTE GINECOOBSTETRA

1. Especuloscopia
2. Citología exfoliativa
3. Colposcopia
4. Biopsias. Se toman generalmente de mama, vulva, vagina, cuello y endometrio.
5. Curetaje
6. Histeroscopia
7. Histerosalpingografía
8. Laparoscopia
9. Tomografía axial computarizada
10. Resonancia magnéticas



HISTORIA CLINICA GINECOBSTETRA

D__ M__ A__
HISTORIA CLINICA

No. _____

1) DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRES _____ Y _____ APELLIDOS _____
TIPO DE _____

DOCUMENTO No. _____

EDAD _____ SEXO _____

DIRECCION _____

BARRIO _____

CIUDAD/DPTO _____ TEL _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____

TEL _____ RELIGION _____ RAZA _____

2) MOTIVO DE CONSULTA

3) EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

4) ANTECEDENTES FAMILIARES:

LINEA MATERNA

LINEA PATERNA

5) ANTECEDENTES PERSONALES :

QUIRURGICOS _____

TRAUMATICOS _____

PATOLOGICOS _____

FARMACOLOGICOS _____

TOXICO-ALERGICOS _____

GINECOLOGICOS _____

GINECOBSTETRICOS: PUBARQUIA _____

TELARQUIA _____ MENARQUIA _____

CICLOS _____ INICIO VIDA SEXUAL _____

No. COMPAÑEROS SEXUALES _____

METODO ANTICONCEPTIVO _____



TIPOS _____
 ULTIMA CITOLOGIA _____ RESULTADO _____
 INICIO VIDA OBSTETRICA _____
 FUM _____
 FPP _____ G P A C _____
 INTERVALO INTERGENESICO _____
 ULTIMO PARTO _____
 COMPLICACIONES _____
 VIA DEL PARTO _____

6) EVALUACION POR SISTEMAS

7) EXAMEN FISICO

SIGNOS VITALES TEM _____ PESO _____ TALLA _____
 FR _____ TA _____ FC _____ PULSO _____
 ASPECTO GENERAL _____
 CABEZA, CRANEO, CARA Y CUELLO _____
 TORAX Y PULMONES _____
 CORAZON _____
 AUSCULTACION MATERNA _____
 GRAFICA DE MAMA _____
 TORAX _____
 MAMAS _____
 ABDOMEN _____
 ALTURA UTERINA _____ FCF _____

GINECOLOGICO

GENITALES EXTERNOS _____
 ESPECULOSCOPIA _____
 TACTO RECTAL _____

MIEMBROS INFERIORES _____

NEUROPSICOLOGICO _____



8) IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

9) CONDUCTA Y PLAN
