



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
CENTRO DE HABILIDADES Y DESTREZAS EN SALUD



Protocolo de:

**“EXAMEN GINECOLÓGICO”**

Revisado por:

Dr. Salvador Álvarez Castro

Aprobado por:

PERSONAL DOCENTE DEL  
CENTRO DE HABILIDADES Y DESTREZAS EN SALUD

Ciudad Universitaria, 2017

## INDICE

|   |  |    |
|---|--|----|
| - | Introducción.....  | 3  |
| - | Objetivos.....   | 4  |
| - | Anatomía de los Genitales Femeninos.....                 | 5  |
|   | • Órganos Reproductores Externos.                        |    |
|   | • Órganos Reproductores Internos.                        |    |
| - | Anamnesis .....  | 11 |
| - | Preparación Psicológica para el Examen Ginecológico..... | 12 |
| - | Condiciones Generales para el Examen Ginecológico.....   | 12 |
| - | Técnica del Examen .....                                 | 13 |
|   | • Exploración Externa .....                              | 13 |
|   | • Exploración Interna .....                              | 14 |
|   | • Citología de Papanicolau.....                          | 17 |
|   | • Exploración Bimanual .....                             | 21 |
| - | Bibliografía.....  | 23 |
| - | <b>Anexo:</b> Formato de Toma de Citología.....          | -  |

## I. INTRODUCCION

El presente manual va encaminado a la adecuada realización de examen semiológico del aparato genital femenino y explica los pasos de la técnica universalmente usada para la realizar dicho examen.

Este examen es uno de los mas delicados de realizar por tratarse de la parte más íntima del cuerpo de la mujer. Aquí, la clave del éxito al realizar el examen ginecológico es la comunicación, la intimidad, confidencialidad y el respeto.

Por lo anterior, la adecuada comunicación medico-paciente reviste gran importancia para una completa colaboración de la paciente; y que en ningún momento el examen vaya a ser interpretado como ataque o abuso sexual. Se sugiere realizar dicho examen siguiendo todas las recomendaciones que se hacen y siendo muy acuciosos, individualizando en cada una de las pacientes.

Recordar que el examen ginecológico completo va acompañado de exploración de mama y axila. Habilidades del examen físico que fueron revisadas previamente en Diagnostico Físico I.

CENTRO DE HABILIDADES Y DESTREZAS EN SUJUEXAM-GINECOLOGICO-DXIII-08/2017

## II. OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL:**

El estudiante al finalizar el laboratorio será capaz de:

- Aplicar las técnicas semiológicas necesarias para realizar un examen físico ginecológico minucioso, detallado y completo, respetando y protegiendo el pudor de la paciente.

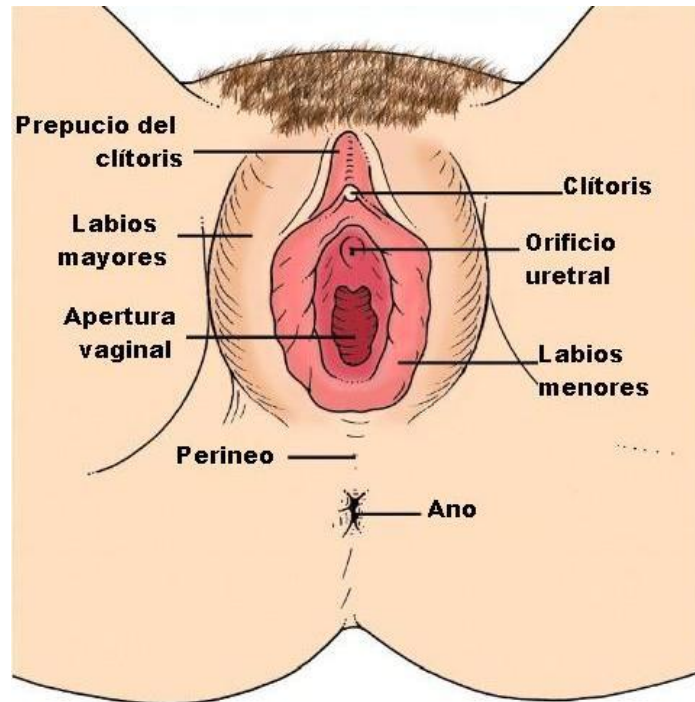
### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Describir las estructuras externas e internas que conforman los genitales femeninos.
- Utilizar la técnica semiológica adecuada para el examen físico de los genitales femeninos externos e internos.
- Describir la técnica adecuada para la toma de la citología cervico vaginal (toma de Papanicolaou)
- Realizar la técnica adecuada para la toma de la citología cervico vaginal (toma de Papanicolaou)

CENTRO DE HABILIDADES Y DESTREZAS EN SALUD, EXAMEN GINE CODIGO: -DXTII-08/2017

### III. ANATOMIA DE LOS GENITALES FEMENINOS

La anatomía de los órganos genitales femeninos se divide en Órganos genitales externos e internos.



#### ✓ ORGANOS REPRODUCTORES EXTERNOS

El área pudenda y órgano externo de la reproducción comúnmente se le denomina Vulva, la cual incluye todas las estructuras visibles externamente desde el monte de Venus hasta el perineo; es decir, el monte de Venus, los labios mayores y menores, el clítoris, el himen, el vestíbulo, el orificio uretral y diversas estructuras glandulares y vasculares

- ✓ **MONTE DE VENUS:** Se conoce como **monte de Venus** (o **mons Veneris**) a una almohadilla de tejido adiposo que descansa sobre la cara anterior de la sínfisis púbica de la mujer. Los vellos pubianos aparecen en la mujer a inicios de la pubertad (pubarquia), y ya en la adolescencia recubren totalmente al monte de Venus teniendo una distribución ginecoide.

#### ✓ **LABIOS MAYORES:**

Los labios mayores son dos grandes pliegues de piel que contienen en su interior tejido adiposo subcutáneo y que se dirigen hacia abajo y hacia atrás desde el monte de Venus. Miden aproximadamente 7-8 cm de largo, 2-3 cm de ancho y entre 1 y 1,5 cm de espesor.

La superficie externa es rugosa y, luego de la pubertad quedan revestidos de piel pigmentada que contiene glándulas sebáceas, sudoríparas y es cubierta por vello púbico, mientras que la superficie interna es lisa y en continuidad con los labios menores. El orificio entre los labios mayores se llama hendidura vulvar. Son homólogos al escroto masculino.

- ✓ **LABIOS MENORES:** también llamados *ninfas*, se encuentran por dentro de los labios mayores, se extienden desde el capuchón del clítoris, formando un prepucio, hasta rodear el orificio de la uretra, la vagina y terminan en la llamada horquilla perineal, a pocos centímetros del ano. El revestimiento de los labios menores es distinto al de los labios mayores, es una membrana mucosa que está ricamente inervada e irrigada, por lo que son más sensibles, de color más rosado y no tienen glándulas sudoríparas ni folículos pilosos. En mujeres jóvenes sin hijos, habitualmente los labios menores están cubiertos por los labios mayores. En mujeres que ya han tenido hijos, los labios menores pueden protruir a través de los labios mayores.
- ✓ **CLITORIS:** Es un pequeño órgano cilíndrico de 2-3 cm de longitud compuesto por tejido eréctil ubicado en la parte superior de la vulva de la mujer que se agranda al rellenarse con sangre durante la excitación sexual. homólogo con el glande del pene en el hombre. La porción de los labios menores que rodea al clítoris recibe el nombre de prepucio del clítoris
- ✓ **VESTIBULO DE LA VAGINA:** Es un área con forma de almendra circundada por los labios menores lateralmente, que se extiende desde el clítoris hasta la horquilla. En donde se localizan seis orificios, el meato de la uretra, el orificio vaginal, las glándulas de Bartolino (Vestibulares mayores) y las glándulas parauretrales de Skene (vestibulares menores).



- ✓ **ORIFICIO URETRAL:** Está en la línea media del vestíbulo su aspecto es de una hendidura vertical. El orificio uretral externo se localiza 2 - 3 cm. por detrás del clítoris, e inmediatamente por delante del orificio vaginal
- ✓ **ORIFICIO VAGINAL :** El tamaño y la forma del orificio vaginal varia en forma considerable, es mucho más grande que el orificio uretral, y en su aspecto hay marcadas diferencias que dependen de la forma y consistencia del himen
- ✓ **HIMEN:** es un delgado pliegue incompleto de membrana mucosa delgada y frágil que se encuentra en el límite respectivo de unión del conducto vaginal y la vulva. Hímenes considerados **normales** o **típicos:** son aquellos en los cuales el orificio está en el centro, hacia arriba o en la línea media y se reconocen tres tipos de hímenes típicos: anular, semilunar, tabicado, cribiforme y labiado. el himen más frecuente entre los examen médico legales ginecológicos es el dilatado (complaciente) y dependiendo de la elasticidad de las estructuras a veces son dilatables, no sufren desgarramiento de la mucosa.
- ✓ **PERINEO:** El **periné** o **perineo** es la región anatómica correspondiente al piso de la pelvis, conformada por el conjunto de partes blandas que cierran hacia abajo el fondo de la pelvis menor, la excavación pélvica.

### Límites

Los límites del perineo están dados por un marco osteofibroso que tiene forma romboidal, donde:

- el vértice anterior está dado por el borde inferior de la sínfisis del pubis y las ramas isquiopubianas.
- el vértice posterior lo marca la extremidad del cóccix y los ligamentos sacrociáticos mayores.
- las tuberosidades isquiáticas son los vértices laterales.

La superficie romboidal es dividida en 2 triángulos trazando una línea transversal entre las tuberosidades isquiáticas. Queda así delimitado:

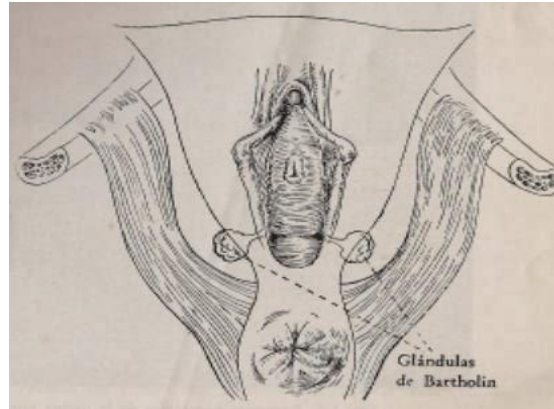
- un triángulo posterior (o triángulo ano rectal): atravesado por la parte anal del recto, es el **perineo posterior** o **periné anal**.
- un triángulo anterior (o triángulo urogenital): atravesado por la uretra en el hombre, y en la mujer por la uretra y la vagina; es el **perineo anterior** o **periné urogenital**.

La región perineal anterior (diafragma urogenital) posee considerables diferencias entre el hombre y la mujer que en mayor parte determinan orgánicamente el género de un individuo; mientras que el perineo posterior es igual en ambos sexos.

✓ **BULBOS DEL VESTIBULO VAGINAL:**

Los bulbos del vestíbulo son dos masas alargadas de tejido eréctil de unos 3 cm. De longitud que se encuentran por debajo de la membrana mucosa del vestíbulo a ambos lados del orificio vaginal. Estos bulbos están conectados con el glande del clítoris por unas venas.

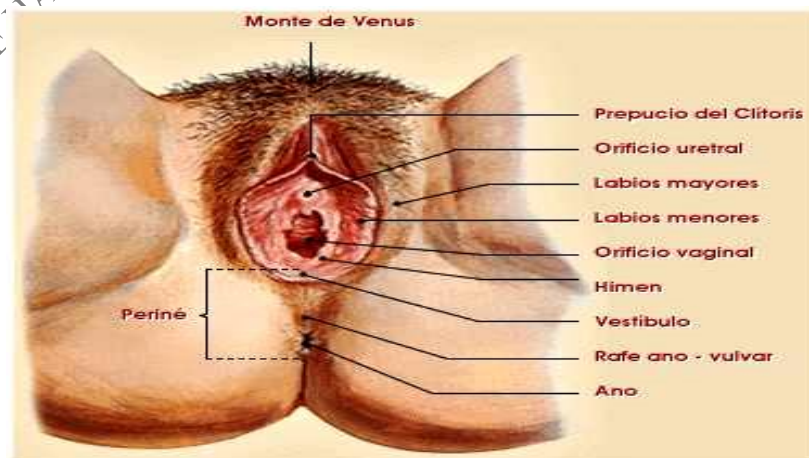
✓ **GLÁNDULAS GENITALES AUXILIARES:** glándulas vestibulares y glándulas parauretrales



**GLANDULAS DE BARTHOLIN (de Bartolino):** Las Glándulas vestibulares mayores son dos. Constituyen un par de pequeñas estructuras de aproximadamente 0.5 a 1cm. de diámetro, cada una está situada debajo del vestíbulo a cada lado del orificio vaginal, tienen unos conductos por donde sale su secreción de moco para lubricar el vestíbulo de la vagina durante la excitación sexual.

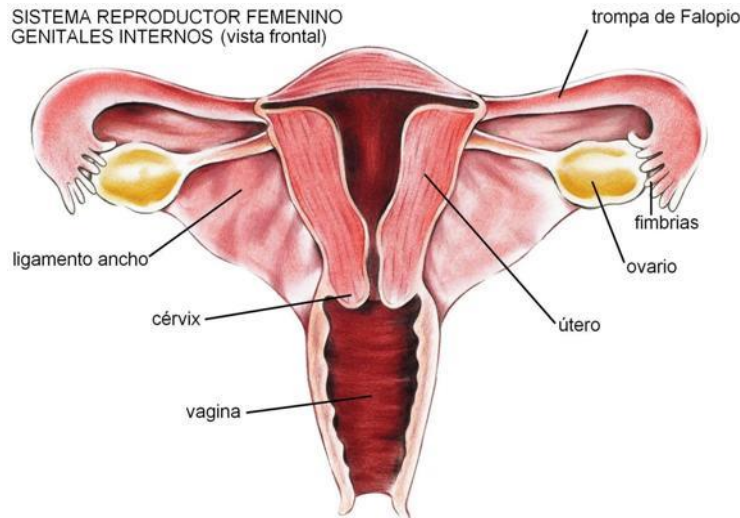
**GLANDULAS DE SKENNE (Glándulas Parauretrales):** Las glándulas vestibulares menores son pequeñas y están situadas a cada lado del vestíbulo de la vagina y también secretan moco que lubrica los labios y el vestíbulo desembocan a cada lado del orificio externo de la uretra.

**Figura1.**





## ORGANOS REPRODUCTORES INTERNOS.



JDIGO:-DxFII-08/2017

### ✓ **VAGINA**

La vagina es el órgano femenino de la copulación, el lugar por el que sale el líquido menstrual al exterior y el extremo inferior del canal del parto. Se trata de un tubo músculo membranoso que se encuentra por detrás de la vejiga urinaria y por delante del recto.

En posición anatómica, la vagina desciende y describe una curva de concavidad anterior. Su pared anterior tiene una longitud de 6 - 8 cm., su pared posterior de 7 - 10 cm. Y están en contacto entre sí en condiciones normales.

La pared vaginal tiene 3 capas: una externa o serosa, una intermedia o muscular (de músculo liso) y una interna o mucosa que consta de un epitelio plano estratificado no queratinizado y tejido conectivo laxo que forma pliegues transversales.

- ✓ **UTERO:** El útero es un órgano muscular hueco con forma de pera aplanada Tiene unos 7-8 cm. de longitud, 5 - 7 cm. de ancho y 2 - 3 cm. de espesor ya que sus paredes son gruesas. Su tamaño es mayor después de embarazos recientes y más pequeño cuando los niveles hormonales son bajos como sucede en la menopausia. Está situado entre la vejiga de por delante y el recto por detrás y consiste en dos porciones: los 2/3 superiores constituyen el cuerpo y el 1/3 inferior, el cuello o cérvix. La porción superior redondeada del cuerpo se llama fondo del útero

La pared del cuerpo del útero tiene **tres capas:**

- una capa externa serosa o perimetrio
- una capa media muscular (constituida por músculo liso) o miométrio
- una capa interna mucosa (con un epitelio simple columnar ciliado) o

endometrio, en donde se implanta el huevo fecundado y es la capa uterina que se expulsa, casi en su totalidad, durante la menstruación.

✓ **CERVIX UTERINO:** Esta dividido por la inserción de la vagina en porciones vaginal y supravaginal. Siendo importantes la unión escamocolumnar, en donde se unen endocérvix y exocérvix.

✓ **TROMPAS DE FALOPIO:**

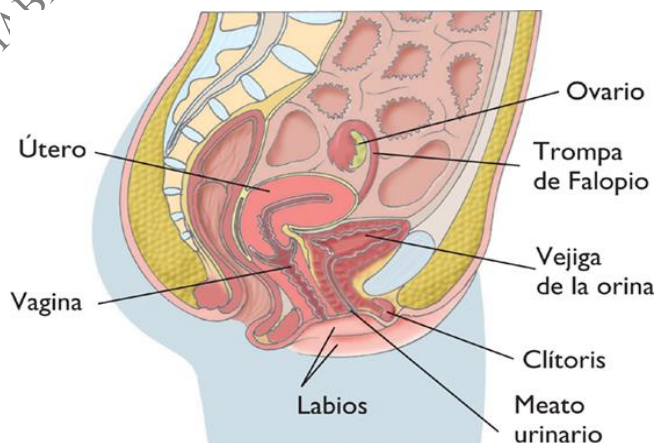
Las trompas de Falopio son 2 conductos de 10 - 12 cm. de longitud y 1 cm. de diámetro que se unen a los cuernos del útero por cada lado.

Con propósitos descriptivos, se divide cada trompa **en cuatro partes:**

- El infundíbulo que es el extremo más externo y en donde se encuentra el orificio abdominal de la trompa, que comunica con la cavidad peritoneal.
- La ampolla que es la parte más ancha y larga de la trompa y la que recibe al ovocito desde el infundíbulo. Es el lugar en donde tiene lugar la fertilización del ovocito por el espermatozoide
- El istmo que es una porción corta, estrecha y de paredes gruesas. Se une con el cuerno del útero en cada lado
- La porción uterina que es el segmento de la trompa que atraviesa la pared del útero y por donde el ovocito es introducido en el útero.

✓ **OVARIOS:** Son órganos con forma de almendra cuyas funciones son el desarrollo y expulsión de los óvulos; así como también la síntesis y secreción de hormonas esteroideas. Los ovarios son 2 cuerpos ovalados en forma de almendra, de aproximadamente 3 cm. De longitud, 1 cm. de ancho y 1 cm. de espesor. Se localiza uno a cada lado del útero y se mantienen en posición por varios ligamentos. Los ovarios constituyen las gónadas femeninas En los ovarios se forman los gametos femeninos u óvulos, que pueden ser fecundados por los espermatozoides a nivel de las trompas de Falopio, y se producen y secretan a la sangre una serie de hormonas como la progesterona y los estrógenos.

**FIGURA 2**



## IV. ANAMNESIS.

Al realizar la historia clínica ginecológica y obstétrica, deben indagarse los siguientes antecedentes:

### A- Antecedentes Personales.

#### 1. Historia Menstrual:

- a. Edad de la menarquía, pubarquia, telarquia
- b. Fecha del último período menstrual (primer día del último ciclo)
- c. Fecha penúltima de regla
- d. Menstruación regular o irregular, presencia de dismenorrea.
- e. Edad de la menopausia
- f. Climaterio.
- g. Sangrados anormales.
- h. Síndrome premenstrual
- i. Terapia de reemplazo hormonal

#### 2. Historia Obstétrica:

- Gravidéz, número de embarazos incluyendo el actual; términos a reconocer: nuligestas, primigrávida, multigrávida, múltipara, nulípara
- Paridad: compuesta por cuatro dígitos que corresponden a:
  - Embarazos a término, prematuros, abortos (embarazo ectópico, enfermedades gestacional del trofoblasto), hijos vivos. PPAV
  - Infertilidad, si o no y su clasificación.
- Historia de cada uno de los embarazos, resultados, complicaciones etc.

#### 3. Costumbres de limpieza:

Uso de spray, talco, perfume, jabón antiséptico, desodorante, óvulos, duchas vaginales y otros tipos.

#### 4. Historia Sexual:

- a. Inicio de relaciones sexuales.
- b. Número de parejas sexuales.
- c. Problemas: dispareunia, sangrado post coito, alteraciones de libido.
- d. Preferencias sexuales.
- e. Infecciones de transmisión sexual (ITS)
- f. Métodos de planificación familiar.

#### 5. Fecha del último examen ginecológico y resultados de Papanicolaou.

## **V. PREPARACION PSICOLOGICA PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO.**

Explicar a su paciente:

1. Que es un examen del área más íntima de su cuerpo y su realización es necesaria. Pero se protegerá de pudor.
2. Puede haber un poco de incomodidad, a veces molestia.
3. Si ya le han practicado anteriormente este examen, indagar sobre como lo sintió y que experiencia tuvo.
4. Aclarar y contestar dudas de la paciente.

## **VI. CONDICIONES GENERALES PARA EL EXAMEN GINECOLOGICO.**

### **CONDICIONES PARA LA PACIENTE:**

1. Realizar el examen en privacidad.
2. Antes de realizar la exploración solicítele que evacúe su vejiga.
3. Coloque a la paciente en posición ginecológica (decúbito dorsal con las piernas flexionadas y abiertas pies colocarlos en los estribos),

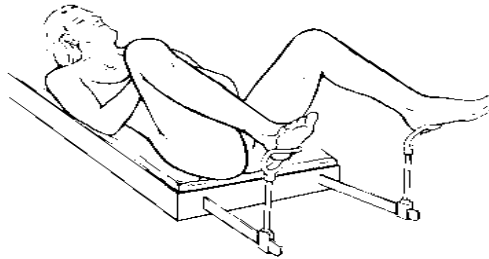


Fig. 1-1. Posición de litotomía para el examen físico

4. Cúbrela de manera apropiada, respetando su pudor, facilitando el examen físico.
5. La paciente debe tener sus brazos a los lados cruzados sobre el tórax, no sobre la cabeza ya que esta última posición tiende a estirar los músculos abdominales.

### **CONDICIONES PARA EL MEDICO.**

1. Debe tener las uñas cortas, las manos tibias y lavadas.
2. Explique cada paso de la exploración a la paciente y pregúntele como se siente.
3. Compruebe los efectos de su exploración observando la cara de la paciente.
4. Sea lo más suave o gentil posible.
5. Para llevar a cabo la exploración interna se puede utilizar guantes en una sola mano (mano exploradora); pero si sospecha un proceso infeccioso cúbrase ambas manos. Durante la exploración bimanual el uso de una mano sin guantes sobre la pared abdominal facilita la palpación del útero y los ovarios.

6. Para la mujer virgen solo puede realizar exploración externa y abordaje por tacto rectal o puede apoyarse con un método de ayuda diagnóstica, la ultrasonografía.

El examen debe de **realizarse en presencia de una enfermera o de la madre**, si la paciente es menor de edad, si ha sido víctima de violencia sexual o si padece de alguna enfermedad mental, todo esto para evitar malas interpretaciones que generan demanda.

7. No realizar el examen ginecológico si la paciente no lo permite, y debe dejarse nota escrita y firmada por el médico, paciente, enfermera y otro testigo si lo hubiera.

## VII. TECNICAS DEL EXAMEN GINECOLOGICO

Antes de iniciar, verifique que todos los materiales estén listos y las condiciones generales descritas para el examen ginecológico, tanto de las pacientes, como del médico.

### A. EXPLORACION EXTERNA.

#### 1. INSPECCION:

##### Inspeccion:

- a. El monte púbico, los labios mayores y el perineo.
- b. Observe la presencia de algún tipo de inflamación, ulceración, descarga (secreción), ganglios o tumoración.
- c. La distribución del vello en la mujer es de forma triangular, observar en el vello la presencia de ectoparásitos (ladillas). Buscar si la piel no tiene signos de rascado.
- d. Los labios mayores usualmente son simétricos y pueden contener diferente cantidad de tejido graso que modifica su volumen, según la edad de la paciente.
- e. Separar los labios mayores con su dedo índice y el pulgar de la mano menos dominante, (usar guantes).
- f. Respecto a labios menores, clítoris, prepucio e introito, debe evaluarse lo siguiente.
  1. Sitio.
  2. Posición
  3. Forma
  4. Tamaño
  5. Superficie
  6. Simetría
  7. Color
  8. Salida de secreción (color, olor y cantidad)

## 2. PALPACION

(Utilice dos guantes)

Separando los labios mayores con su dedo índice y el pulgar de una mano, palpe las siguientes estructuras con la otra mano, en esta mano también hay que usar el dedo índice y el pulgar.

- a. Labios Mayores:  
Palpe consistencia, superficie, realizar expresión de glándulas de Bartholin, Busque masas, quistes y tumores, pápela.
- b. En los labios menores, prepucio y clítoris, seguir los mismos pasos.
- c. Con los labios mayores y menores separados con ayuda de su dedo índice y el pulgar, solicite a la paciente que haga esfuerzo, observe si existe algún descenso de la vejiga, prolapso del útero y/o recto a nivel de paredes vaginales (Uretrocele, Cistocele, Rectocele).
- d. Examine las glándulas de Skenne y Bartholin con los labios todavía separados, explique a la paciente que va a insertar un dedo en su vagina y que va a sentir presión. Inserte el dedo índice hasta la segunda articulación con la palma de la mano hacia arriba. Para las glándulas de Skenne haga presión arriba y hacia fuera, note si sale algún líquido (color, olor, cantidad, hacer frotis) y si se provoca dolor.
- e. Pídale a la paciente que cierre fuertemente la abertura vaginal alrededor de su dedo, explicando que está probando el tono de la musculatura.
- f. Palpe el perineo (con el dedo índice y el pulgar) el cual es de superficie lisa y gruesa en nulíparas y más delgada y rígida en múltiparas.
- g. Si accidentalmente se toca el ano o la piel perianal y hay contaminación con heces, cambie de guantes para evitar infecciones.

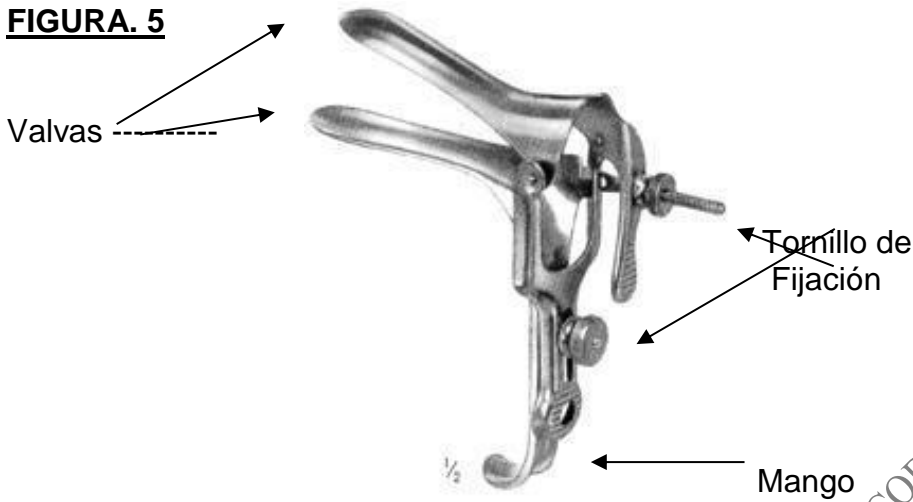
### A. EXPLORACION INTERNA:

#### Inserción del espéculo e Inspección del Cérvix o Cuello Uterino.

Antes de hacer la exploración interna por medio del espéculo, el médico debe saber bien como funciona este instrumento y cuales son las diferentes partes (ver fig.5)

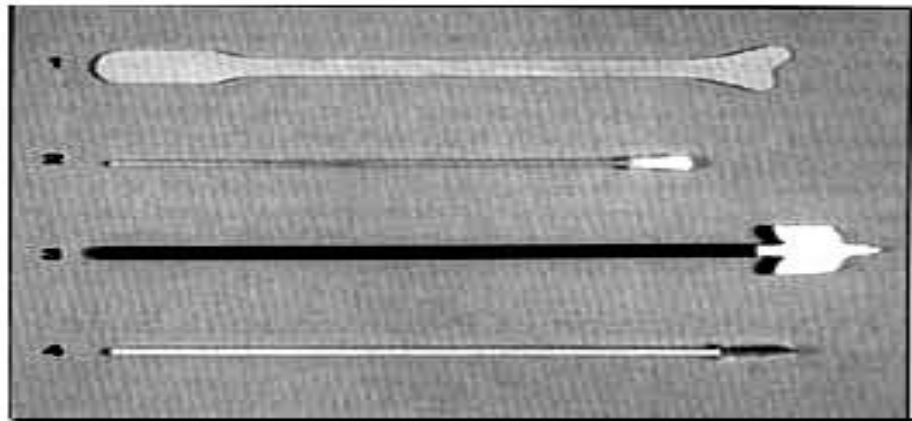
**Partes del espéculo.**

**FIGURA. 5**



Dejar preparados los materiales para hacer una muestra de Papanicolaou (espátula de Ayre, laminilla y spray, citobrush, hisopo)

**FIGURA 6.**



Seleccione un espéculo del tamaño y forma apropiada para la paciente, lubríquelo con agua o solución salina si es necesario por resequedad vaginal. Otros tipos de lubricación pueden alterar el resultado de la muestra.

-Coloque sus dedos índice y medio de la mano no dominante y enguatada, separe los labios y presiones hacia abajo suavemente sobre el cuerpo perineal, con su otra mano introduzca el espéculo cerrado en un ángulo de 45°.grados.

-Las hojas del espéculo deben mantenerse oblicuas, la presión ejercerla hacia la pared vaginal posterior a fin de evitar tocar la pared anterior y la uretra que son más sensibles. Tenga cuidado de no tirar el vello púbico, ni de pellizcar los labios con el espéculo. (Ver figura 7)

-Después de que el espéculo haya penetrado en la vagina quite sus dedos del introito. Rote las hojas del espéculo a una posición horizontal manteniendo la presión en la pared posterior.

-Abra las hojas y mueva el espéculo hacia arriba para que se vea por completo el cuello (ver figura 7,8)

-Inspeccione el cuello del útero y su orificio externo, observe su forma, color, posición, tamaño y superficie y presencia de cualquier tipo de ulceraciones, nódulos, masas, hemorragias y salida de algún tipo de líquido, el color tiene que ser rosado homogéneo y el orificio puede ser redondo en nulípara o transverso en multíparas

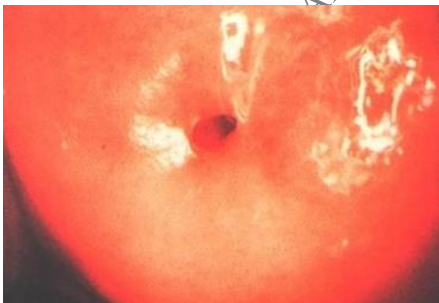
-Luego asegure el espéculo con sus hojas abiertas apretando el tornillo con el pulgar.

**FIGURA.7.**



**FIGURA.8.**

**Visualización del cuello uterino posterior a la colocación del espéculo.**



Cuello de Nulípara



Cuello de Multípara



## **VIII.CITOLOGIA DE PAPANICOLAOU (OBTENCION DE MUESTRAS)**

***Se recomienda iniciarla a partir de la primera relación sexual en un período no menor de 6 meses posterior a la primera relación sexual, independientemente de la edad.***

### **a. Las recomendaciones previas a la toma de la citología cérvico vaginal serán:**

- Preferentemente será tomada en período sin menstruación (aunque no es una contraindicación absoluta).
- En la mujer embarazada se recomienda tomar citología después de la semana 12 de embarazo.
- Posterior al parto, el momento recomendado es a partir de las 8 semanas
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina, ni haber tenido relaciones sexuales en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- Orientar a la usuaria que orine previo a la toma de PAP
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal y colocación de espéculo sin gel.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra.
- Para la toma de citología cervico vaginal se utilizara espátula de ayre modificada, deberá tomarse primero muestra del exocérvix y posteriormente el endocérvix ( en este caso se deberá utilizar el hisopo)
- Se utilizará cepillo endocervical en los siguientes casos: cuellos de nulípara, post menopaúsicas, posterior a un parte por cesárea y en casos especiales post tratamiento (crioterapia, cerclajes, cono quirúrgicos, LEEP y otros.

### **b. Aspectos básicos para su realización**

- La realización del PAP no debe ser una experiencia desagradable o dolorosa para la paciente
- Asegúrese de explicar claramente la importancia del procedimiento y los pasos a seguir
- Asegurarse que la paciente se encuentre con la vejiga vacía al menos 30 minutos previos.
- Comprobar que fuente de luz, instrumentos y suministros estén listos para su uso
- No realice PAP si la paciente tiene secreciones abundantes indique tratamiento y cite en un mes para evaluar la toma de PAP
- El estándar de oro tradicional para que la muestra sea adecuada es la presencia de células endo-cervicales. Debe recordarse que la unión escamocolumnar se localiza más cercanamente al orificio externo en las mujeres jóvenes y dentro del canal endocervical en mujeres de mayor edad.
- Utilice la parte más larga de la espátula de Ayre Modificada e introdúzcala en el Orificio Cervical y gírela 360 ° (Exocérvix).(ver figura 9)

- Para tomar una muestra adecuada del endocérnix es necesario introducir 1.5 cm de un hisopo previamente humedecido en SSN o un citobrush girándolo 360°. (ver figura 9)
- Disponer de recipientes con solución de cloro al 0.5%.

#### **c. Extensión adecuada del material.**

El material debe ser extendido de manera rápida en un solo sentido para evitar que se seque y dañen las células, sobre las 2 superficies de la espátula, y corresponderá cada una a la mitad de la lámina o porta objeto. Parte superior para el endocérnix y la parte inferior para el exocérnix. (Ver Figura 10)

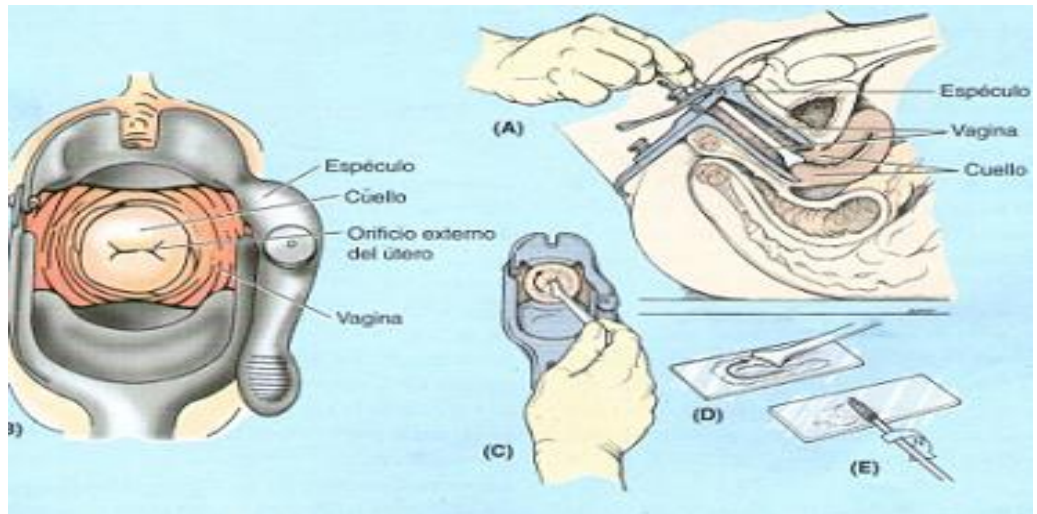
#### **d. Fijación de la lámina**

- Fijación con citospray: Es muy importante que el tiempo transcurrido entre la recogida de la muestra y su fijación sea inmediatamente a la toma, a fin de evitar que se seque el material objeto de estudio.

#### **e. Aspectos Generales**

- No lubrique el espéculo porque tiende a oscurecer el detalle celular, si fuere necesario utilice agua especialmente en las mujeres de mayor edad.
- Para el resultado citológico se utilizará la nomenclatura del sistema de clasificación Bethesda 2001.
- Toda mujer con citología cérvico vaginal satisfactoria / negativa para lesión intraepitelial o malignidad continuará el seguimiento citológico según protocolos de la institución cada año o cada dos años.
- En mujeres que han tenido tres citologías negativas consecutivas cada dos años, el intervalo en el tamizaje podrá ser espaciado a discreción del médico pero se recomienda que no exceda los tres años.
- El tamizaje podrá ser discontinuado a los 65 años de edad a discreción de la paciente y el médico si se cumplen los siguientes requisitos:
  - Las mujeres han sido regularmente tamizadas
  - Ha tenido dos muestras satisfactorias/negativas en forma consecutiva
  - No ha tenido citologías anormales en los seis años previos
  - En mujeres mayores de 65 años que no han sido previamente tamizadas, tres citologías satisfactoria/negativas cada dos años deberán ser documentadas antes de discontinuar el tamizaje.
- Cuando una muestra sea insatisfactoria para evaluación por alguna de las siguientes causas: celularidad inadecuada, fijación o preservación inadecuada, sangre, citólisis, falta de información clínica, entre otras; deberá ser informado el establecimiento de salud donde fue tomada la muestra, para realizar una búsqueda de la usuaria a través del personal comunitario y repetir la prueba a la brevedad posible.

**TECNICA:**



Los materiales para hacer la citología deben estar listos:

1. Guantes.
2. Espátula de Ayre-cepillo cervical (citobrush)
3. Laminilla debidamente identificada (nombre o expediente) a lápiz.
4. Spray
5. Aplicador con algodón humedecido con solución salina.

- Todavía teniendo el espéculo en buena posición, el cérvix se debe visualizar y asegurar que haya una buena iluminación.

- Tome una espátula de Ayre y coloque la punta guía en el orificio vaginal e introdúzcala a través de las hojas abierta del espéculo el extremo más largo de la espátula se coloca en el orificio cervical externo.

- Gire en forma circular la espátula (360 grados) de manera que la punta frote moderadamente el cuello (ver figura 9)

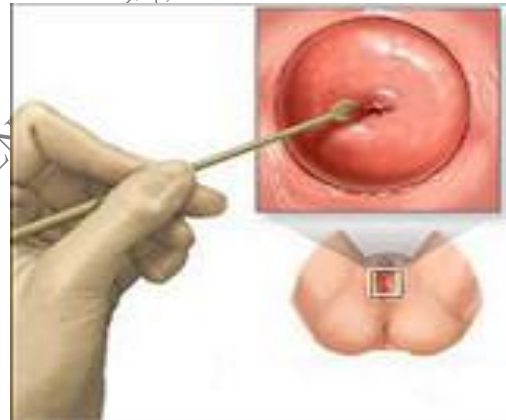
- Extienda sobre una laminilla el material de manera que quede una capa delgada y uniforme (ver. Figura 10)

- Posteriormente prepare una extensión con material del conducto endocervical.

- Utilice un aplicador con algodón (hisopo) en la punta humedecida con solución salina o citobrush si tiene disponible.(ver figura 9)

- Coloque el aplicador en el endocérvix y hágalo girar sobre la pared del conducto, siendo cuidadoso en el momento de retirarlo de no tocar las paredes vaginales, ni el espéculo.
- Extienda el material en una laminilla, fijelo de inmediato con spray a una distancia de aproximadamente 30 cm.
- Envíe la muestra a un laboratorio de patología para evaluación.
- Extraiga lentamente el espéculo mientras observa la vagina. En el momento en que el espéculo libera el cuello del útero suelte el tornillo y, por medio de sus pulgares mantenga abierto el instrumento en su posición. Cierre las hojas del espéculo (pero no por completo). Durante el movimiento de extracción inspeccione la mucosa vaginal, observando su color y la presencia de cualquier tipo de inflamación, descargas o úlceras.

**Figura 9** Toma de la Muestra

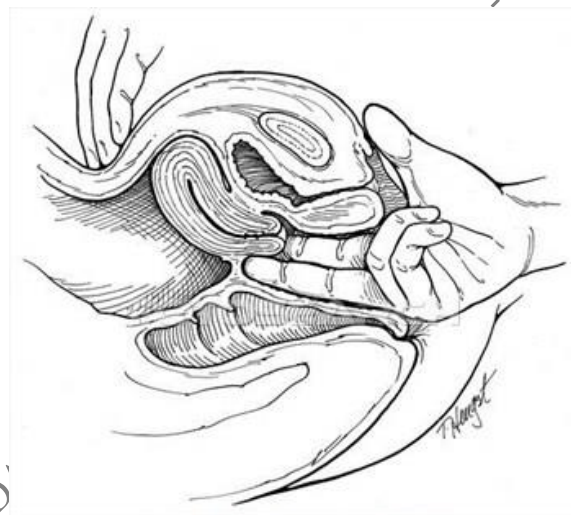


**Figura 10**

LAMINILLA

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Identificación<br>de Paciente | Muestra Endocérvix                          |
|                               | Muestra Exocérvix<br>(Unión escamocolumnar) |

**EXPLORACION BIMANUAL:**



cog03001 www.fotosearch.com

- Use dos guantes

La exploración bimanual siempre debe realizarse después del examen con espéculo.

1. Aplique jalea lubricante en sus dedos índice y medio de la mano derecha (enguantada).
2. Con el pulgar y el meñique de su mano derecha separe los labios e introduzca el índice y el medio
3. Introduzca los dedos en la vagina hasta donde le sea posible. evite tocar el clítoris con el pulgar.

4. Palpe el cuello uterino, evalúe su posición, forma, consistencia, regularidad, movilidad y dolor. Normalmente el cuello se mueve discretamente sin causar dolor.
5. Palpe los fondos de saco vaginal alrededor del cuello.
6. Coloque la mano izquierda sobre la parte inferior de la pared abdominal y ejerza presión suave hacia adentro, por arriba de la sínfisis del pubis. Palpe el útero entre sus mano trate de evaluar la forma, tamaño, movilidad y si hay algún dolor a la presión

Lateralmente evalúe los ovarios derecho e izquierdo y los tejidos adyacentes al útero mediante la exploración bimanual. Determine el tamaño y la forma y si hay hipersensibilidad o dolor en ambos tejidos. Por lo general el ovario normal no es palpable. Sin embargo en pacientes de complexión delgada los anexos son fácilmente palpables.

7. Evalúe el fondo del saco posterior. Advierta si hay acumulación de líquido, resistencia o hipersensibilidad.
8. Examine los tejidos pélvicos profundos ejerciendo presión con los dedos a ambos lados del cuello uterino. Los tejidos pueden estar engrosados o sentirse duros y dolorosos.
9. Extraiga cuidadosamente los dedos de la vagina, observe la presencia de algún tipo de material o secreción en los guantes, y luego quítese los guantes.
10. El examen vaginal y el tacto rectal pueden combinarse para obtener un examen más preciso del perineo y de las regiones rectovaginales. El dedo medio puede introducirse por el recto y el índice por la vagina.

**NOTA:**

**NO SIEMPRE QUE SE REALIZA UN EXAMEN GINECOLOGICO DEBE TOMARSE LA CITOLOGIA. EXISTEN INDICACIONES PRECISAS.**

## **IX.BIBLIOGRAFIA**

1. BATES BARBARA. PROPEDEUTICA MEDICA.10º EDICIÓN. ESTADOS UNIDOS: WOLTERS KLUWER; 2010.
2. INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL. MATERIAL TÉCNICO PARA LAS HABILIDADES OBSTETRICAS, NEONATALES, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA.EL SALVADOR: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL; 2011.

CENTRO DE HABILIDADES Y DESTREZAS EN SALUD, EXA - GINE CODIGO: -DXF1135101