



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



EDITORIAL

Una vez más, y nunca nos cansaremos de insistir, nos ocuparemos de la importancia primordial de que ante cualquier necesidad de diagnóstico se cumpla la clásica triada que debe conducir al hallazgo del diagnóstico correcto y, con mayor amplitud, a la atención integral del paciente: anamnesis orientada, exploración clínica y, si se precisan, pruebas complementarias. Nos centraremos hoy, especialmente, en la anamnesis y la clínica.

En la anamnesis hay que saber lo que se busca, nunca puede ser neutra, debe ser orientada, porque es el primer paso fundamental para llegar al diagnóstico. También en el interrogatorio de los pacientes es válida la célebre frase de Claude Bernard: «El que no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra». Por otra parte, el buen interrogatorio debe intentar la máxima conexión emocional con la paciente, basada en la cordialidad y la empatía. A la vez que se obtienen datos valiosos para la orientación diagnóstica, la anamnesis debe permitir la catarsis de la paciente para que sienta que al médico le interesa su problema y que, por ello, intentará solucionárselo. Esa finalidad se consigue con cordialidad, con atención y también con el contacto visual entre médico y paciente. En este sentido, ¡cuánto PC sobra en muchas entrevistas médicas!

Si la buena anamnesis es siempre necesaria, hay enfermedades cuyo diagnóstico solo será posible a través de esta y de una buena exploración clínica nacida de la orientación proporcionada por el interrogatorio adecuado. Todavía quedan enfermedades en las que ninguna moderna tecnología ni ninguna prueba de laboratorio pueden sustituir a la anamnesis y la clínica para llegar a su diagnóstico.

Para ejemplificar la realidad de lo dicho será interesante describir una de esas enfermedades en que solo la clínica

puede diagnosticar correctamente, como es la parametritis o infección del tejido celular pelviano producida por la entrada de estreptococos o, más raramente, de estafilococos, neumococos o colibacilos, puesto que hoy ya no se ven las producidas por gonococos. En la actualidad, la única entidad que persiste es la parametritis crónica o *atrophicans*, que conduce a la esclerosis del parametrio, a su induración y engrosamiento, con pérdida de su elasticidad y con retracción del mismo. Como es sabido, clínicamente se manifiesta por dispareunia profunda y, a veces, dolor espontáneo o sensación de peso en hipogastrio o fosa ilíaca, acompañado o no de disuria y/o flujo vaginal. Recogidos estos datos en la anamnesis orientada, el diagnóstico solo lo proporcionará una correcta exploración clínica. En efecto, el tacto vaginal hallará el cérvix desplazado de su habitual zona central, el parametrio retraído, rígido, indurado y sin elasticidad; el fondo de saco lateral de la vagina puede estar casi desaparecido, y el desplazamiento contralateral del útero provoca un dolor intenso. En algún caso, la porción afectada es el segmento retrouterino, dando lugar a la denominada parametritis posterior o douglasitis, que involucra a los ligamentos uterosacros que se hallan rígidos y retraídos con desplazamiento del cuello del útero hacia atrás.

El caso descrito, y algunos otros de no infrecuente presencia entre las enfermedades ginecológicas de nuestros días, ilustran de forma meridiana la necesidad de que el clínico no olvide jamás los fundamentos inexcusables de una atención adecuada a sus pacientes que nunca podrá ser sustituida por el incesante incremento de la tecnología disponible.