



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre de alumnos: **Flor Marisol López Hidalgo**

Nombre del profesor: **María del Carmen López Silba**

Nombre del trabajo: **actividades**

Materia: **Enfermería en el cuidado de la mujer**

Grado: **3er cuatrimestre**

Grupo: **A**

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de Septiembre de 2020.

# RESÚMENES

## 1.2. Exploración Ginecológica



Concepto: Cuando la mujer acude al ginecólogo por cualquier problema relacionado con el aparato genital, el especialista debe someterla a una exploración que consiste en un reconocimiento de los genitales externos, la vagina y cuello

de la matriz o útero. con la paciente en posición ginecológica, el sanitario se para los labios menores con los dedos.

Objetivo material: es determinar que no existan cambios en los órganos reproductivos que puedan indicar riesgo de desarrollo de enfermedad. Si se detecta de forma precoz, las posibilidades de que se pueda tratar son muy altas.



### Equipo:

- Buena luz al alcance
- Espejo vaginal de tamaño adecuado
- Lubricante hidrosoluble
- Equipo para toma de muestra papanicolaou
- cultivos bacteriológicos
- mesa de exploración adecuada
- una bata para la paciente
- guantes, cubrebocas
- desinfectantes
- las herramientas (pincitos).



## EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

### Citología.

Procedimiento:

Colocación del especulo.

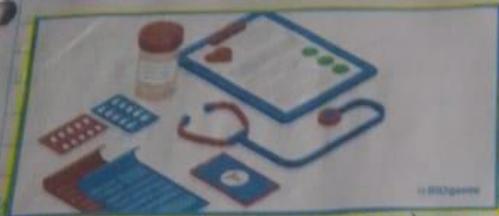


procedimiento:  
1o:

Con la paciente  
en posición  
ginecológica,  
el sanitario

- Separa los labios menores con los dedos pulgar y anular a continuación se introduce dedo índice y seguidamente el medio en la vagina en las mujeres vírgenes o con introito estrecho como en personas ancianas solo es posible introducir el dedo. La mano contraria a la que está realizando la exploración se coloca sobre la parte baja del abdomen y utilizando dos dedos. Se colocan los dedos de la mano vaginal en el fondo de saco lateral que corresponda. La mano exterior presiona en la espina iliaca anterosuperior intentando poner en contacto los dedos de ambas manos. Los ovarios habitualmente no se palpan si son normales.

## 1.2.1 Historia Clínica



Concepto: es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico.

Se origina con el primer episodio de enfermedad o control de salud en el

que se atiende al paciente ya sea en el hospital o en el centro de atención primaria o en un consultorio médico.

Objetivo: depende del contexto clínico. En la paciente a sintomática, la historia clínica persigue fundamentalmente identificar factores de riesgo de la paciente para así determinar si es necesaria la realización de exploraciones o pruebas complementarias, cuáles y en qué orden

deben realizarse o solicitarlos. En el caso de la obstetricia y ginecología la obtención de esta información también es fundamental de cara al consejo reproductivo y promoción de hábitos de vida saludables.

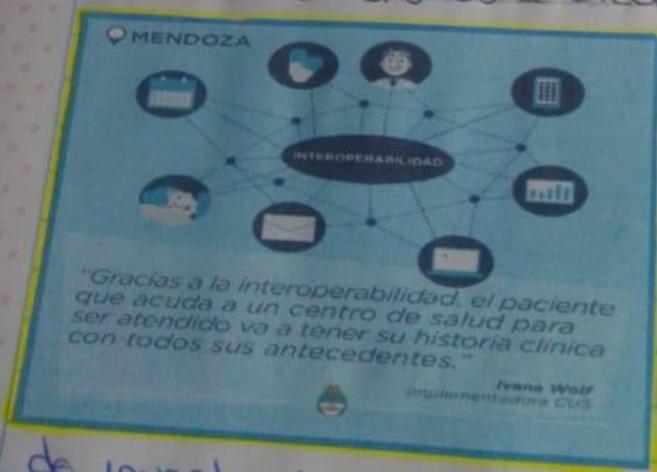
### HISTORIA CLINICA: OBJETIVOS GENERALES

1. Registrar datos e información de los procesos de la atención en salud
2. Servir de documento base para la investigación-docencia en salud



### Equipos

- ✓ Historia Clínica
- ✓ Hoja Kardex
- ✓ Inventario de elementos de trabajo
- ✓ Libro de recibo y entrega de turnos
- ✓ Libro de registro



de inventarios.

- ✓ La recolección de material (datos)
- ✓ su interpretación.

Desarrollo



- Identificación
  - \* Nombre y siempre intentar referirse al paciente por el nombre
  - \* Edad: numérica y clasificación según edad = adolescente

Wagenkordial, adulto (Joven y mayor)  
 \* ocupación: no ayuda a expresarse con el paciente

- \* Raza
- \* Estado civil
- \* Procedencia / Residencia
- \* Acompañante
- \* Motivo de consulta



Enfermedad actual

- \* paciente ginecológica:
  - dolor: tipo - cólico - sordo
  - duración
  - intensidad
  - síntomas
  - dispareunia
  - dismenorrea
  - sangrado
  - flujos vaginales

\* paciente obstétrica

- queja
- control prenatal

Antecedentes Ginecobstétricos

- desarrollo
- ciclo menstruales
- duración
- Fur - FPP

Create something Beautiful everyday

## Datos que llevan.

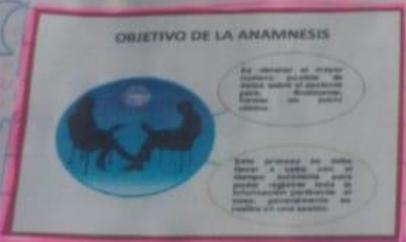
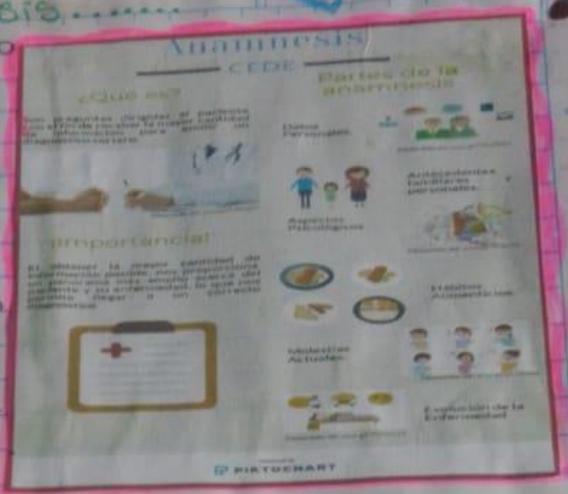
### Datos de una Historia Clínica.

Incluyen los siguientes datos:

- 1ª datos de identificación del paciente.
- 2ª datos clínico-asistenciales que vayan generándose en el curso de la asistencia, que se pueden estructurar como máximo, en función del tipo de asistencia, de la siguiente forma:
  - 3ª a) Antecedentes de interés.
  - 4ª b) Anamnesis y exploración.
  - 5ª c) datos sobre la evolución clínica de la enfermedad.
  - 6ª d) órdenes médicas.
  - 7ª e) el tratamiento farmacológico.
  - 8ª f) Planificación de cuidados.
  - 9ª g) constantes y otros datos básicos pertinentes o estrictamente necesarios.
  - 10ª h) interconsulta: solicitud e informe.
  - 11ª i) información de exploración complementarias.
  - 12ª j) consentimientos informados.
  - 13ª k) información de acto.
  - 14ª l) otra información clínica pertinente.
  - 15ª m) información de anecdotia: valoración pre, per y postoperatoria.
  - 16ª n) información quirúrgica.
  - 17ª o) información de urgencia.
  - 18ª p) información de parto (otras).
  - 19ª q) información de anatomía patológica.
- 20ª datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria.

## 1.2.2. Anamnesis

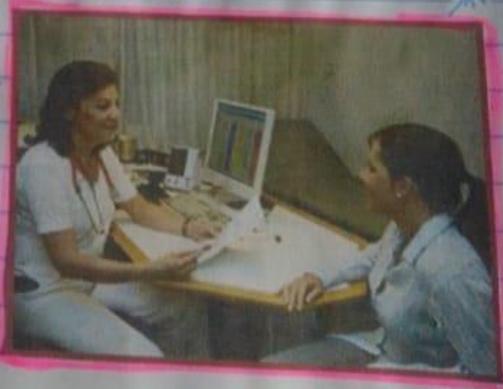
**conceptos** conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico. En las ciencias de la salud la anamnesis alude a la información recopilada por un especialista de la salud mediante preguntas específicas formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas.



**objetivos** la finalidad es la de obtener datos útiles para diagnosticar y tratar al paciente. Generalmente consiste en una conversación entre el médico y el paciente durante la cual el doctor realiza preguntas sobre la historia clínica.

### Equipo

- filiación
- perfil de paciente
- Motiua principal
- enfermedad actual
- Antecedentes patológicos
- Antecedentes familiares
- Revisión anamnéica de regiones y sistemas
- Medicamentos (alergias)
- Alimentos



Create something Beautiful everyday

## Desarrollo:

- Edad: - - - -
- Estado civil: Motivo de consulta. Encuesta apartada de lo consignarse el motivo o motivos por los pacientes acude a consulta.

• **Formula de fertilidad:** hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la consulta.

• **Edad de la menarquia:** cuando tuvo la primera regla

• **Fecha de la última menstruación:** se refiere al día en que empezó la última menstruación.

• **Recuerda:** la fecha de la última menstruación debe preguntarse siempre.

• **Formula menstrual:** indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación.

• **Antecedentes médicos y quirúrgicos de manera general** ha de preguntarse por:

- Grupo sanguíneo y Rh.
- Alergias a medicamentos, metales o latex
- Fármacos u otros tratamientos que está tomando actual

## Antecedentes generales

Es importante indagar sobre hábitos de consumo de alcohol, consumo de sustancias tóxicas como con el alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal.

KU

Anamnesis: 1. Datos de Filiación	
	Nombre, Apellido, N. de doc. y nacionalidad
	Identificación, grupo étnico, procedencia regional, hogar, idioma, idioma, etc.
	Categoría Social: Nº de afiliado, Centro de atención
	Estado civil, número del afiliado, sistema de salud
	Edad y sexo, frecuencia de est. de acuerdo a etapas variables
	Ocupación, enfermedades profesionales
	Religión, implicación en el matrimonio

## **Bibliografía:**

\*Antología enfermería en el cuidado de la mujer Uds. Utilizado el 17 de septiembre 2020 pdf.

\*libro cuidados de enfermería internet

\*[https://www.google.com/search?q=equipo+material++anamnesis&rlz=1C1AWFC\\_enMX869MX869&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiXubitiPHrAhWWHc0KHQC2Bn0Q\\_AUoAXoECA0QAw&biw=1366&bih=657#imgrc=VlwTp3ik7aXR-M](https://www.google.com/search?q=equipo+material++anamnesis&rlz=1C1AWFC_enMX869MX869&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiXubitiPHrAhWWHc0KHQC2Bn0Q_AUoAXoECA0QAw&biw=1366&bih=657#imgrc=VlwTp3ik7aXR-M)