



Nombre de alumno: Esmeralda Méndez López

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: resumen en libreta de los puntos 1.2 Exploración ginecológica, 1.2.1 Historia clínica, 1.2.2 Anamnesis.

Materia: Enfermería en el Cuidado de la Mujer

Grado: 4

Grupo: A

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

Con la paciente en posición ginecológica, el sanitario separa los labios menores con los dedos pulgar y anular, a continuación se introduce el dedo índice y seguidamente el medio en la vagina; en las mujeres vírgenes o con introito estrecho como en persona ancianas, sólo es posible la introducción de un dedo. La mano contraria a la que está realizando la exploración se coloca sobre la parte baja del abdomen y utilizando las dos manos se intenta delimitar el útero, trompas, ovarios y Parametrios.

Objetivo: Valorar de manera oportuna y eficiente a la paciente que requiere atención médica ginecológica, estableciendo el diagnóstico y tratamiento, mediante el otorgamiento de la consulta externa de primera vez.

MATERIAL Y EQUIPO

Pinzas e instrumental (Hemostáticas, uterinas, tijeras, disección, Derivagos odontológicos, anillos, ganchos, etc.)

Iluminación (Halógena, De colposcopio, frontal, De LED)

Pinzas e instrumental auxiliar

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



Historia Clínica

La Historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. La realización de la historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico. Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera certera.

Objetivo: Depende del Contexto clínico. En la paciente asintomática, 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 solicitarse.

- Datos que lleva una historia clínica de la mujer.

A) Ficha de Identificación (Nombre completo y apellidos, Domicilio, Estado civil, ocupación, Grado de instrucción, Edad)

B) Antecedentes Heredofamiliares

C) Antecedentes Personales NO Patológicos (vivienda, Hábitos alimenticios, Higiene personal, Actividad física, Inmunizaciones Adicionales) -relación con infecciones y Parasitosis

D) Antecedentes Personales Patológicos (enfermedades comunes de la infancia, Crónicas degenerativas, alérgicas, quirúrgicas y anestésicas, Traumáticas, Reumatólogicas, Diatésicas, Lúeticas, tóxicas)

Características de la menstruación.

- Duración	- Cantidad de sangre	- frecuencia
3-5 días	(Hipermenorrea Hipomenorrea)	(Polimenorrea Oligomenorrea, Amenorrea)

- Presencia de dolor
(Dismenorrea)

Antecedentes Personales

- Relaciones Sexuales - Paredes: E - P
- Leucorrea: - Embarazos anteriores:
- Anticonceptivos: (tipo, tiempo de uso, resultados)

Información de embarazos Previos.

- E = Gestas Número de embarazos
- P = Partos Número de Partos
- A = Abortos Número de abortos
- C = Cesáreas Número de cesáreas

- En el caso de una mujer NO embarazada: E3; P2; A1; ha tenido 3 embarazos, 2 Partos y 1 aborto.
- En el caso de una mujer embarazada: E3; P2; A0; ha tenido 3 embarazos, 2 Partos y ningún aborto. La Gesta faltante, corresponde al embarazo actual.

Anamnesis.

La Anamnesis ha de ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares. Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

- Edad
- Estado civil. Motivo de la consulta. En este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta.
- Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente. Antecedentes obstétricos y ginecológicos. Deben recogerse los siguientes datos:
 - fórmula 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 menarquía: cuándo tuvo la primera regla.
 - fecha de última menstruación: se refiere al día en que empezó la última menstruación.

Por último debe interrogarse por trastornos ginecológicos, como dismenorrea - dolor con la menstruación - y enfermedades de transmisión sexual.

TERMINOS

1. Hipermenorrea = hipermenorrea → menstruación abundante en cantidad
2. Hipomenorrea = menstruación escasa en cantidad. que se encuentra normal
3. Polimenorrea = Polimenorrea → menstruación con intervalos de 21 días
4. Oligomenorrea = menstruación que ocurre cada 36 a 90 días
5. Amenorrea = Ausencia de reglas durante un periodo mayor de 90 días
6. Dismenorrea = menstruación dolorosa
7. Disnea = Sensación de falta de aire, dificultad en la respiración
8. Dispepsia = Se refiere a síntomas digestivos inespecíficos que guardan relación con la ingesta de alimentos
9. Edema = Acumulación de líquidos seroalbuminosos en el tejido celular
10. Eritema = Es un enrojecimiento de la piel, en forma de manchas o en forma difusa
11. Glositis = Inflamación de la lengua
12. Hemartrosis = Acumulación de sangre extravasada en la cavidad de una articulación
13. Hematemesis = vómito de sangre
14. Hematuria = orina con sangre
15. Hemoptosis = expectoración de sangre roja extendida por accesos de tos

<https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/salud-femenina/diagn%C3%B3stico-de-los-trastornos-ginecol%C3%B3gicos/exploraci%C3%B3n-ginecol%C3%B3gica>

<https://mx.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010031545122/mujer/maternidad/exploracion-ginecologica/>