



Nombre de alumno:

Beatriz Cahue Aranda

Nombre del profesor:

María Del Carmen López Silba

Nombre del trabajo:

Resumen

Materia:

Enfermería en el cuidado de la mujer

Grado: 4°

Grupo: “A”

Bibliografía: UDS.2020. Antología de enfermería en el cuidado de la mujer. Utilizado 09 de septiembre del 2020.PDF c89cace07b9d386d286a88f5729bba58.

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 septiembre del 2020



Exploración Ginecológica

Con la paciente en posición ginecológica, el sanitario separa los labios menores con los dedos pulgar y anular, después introduce el dedo índice y segundo el medio en la vagina. La mano contraria se coloca sobre la parte baja del abdomen. Los dedos introducidos en la vagina deslizan el cuello del útero hacia arriba y atrás para delimitar el útero y la mano externa delimita el fondo del útero dirigiéndolo hacia adelante mediante la presión de la pared abdominal.

Historia Clínica

Es la principal herramienta diagnóstica de un médico. Para la correcta elaboración se requiere fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.

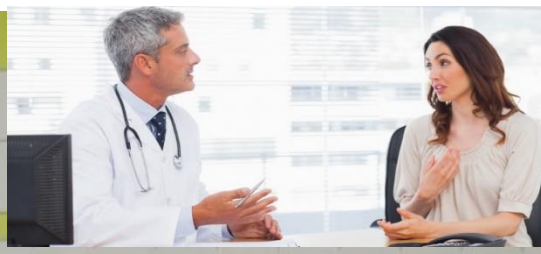
En la paciente asintomática, la historia clínica persigue identificar factores de riesgo de la paciente, para así determinar si es necesaria la realización de exploraciones o pruebas complementarias, cuáles y en qué orden deben realizarse o solicitarse.

En el caso de pacientes sintomáticas, además de indagar sobre factores de riesgo y antecedentes, debe centrarse en el motivo de la consulta, tratando de realizar un interrogatorio dirigido para poder plantear el diagnóstico diferencial más correcto del problema planteado por la paciente. En el caso de pacientes gestantes, la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

Anamnesis

Debe ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes datos: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares.

Datos de filiación: edad, estado civil, motivo de consulta; en este apartado se debe considerar el motivo o motivos por los que el/la paciente acude a consulta. Debe describirse dicho síntoma o síntomas.



procurando seguir orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes; antecedentes personales, consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos:

- Fórmula de fertilidad: hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida.
- Edad de la menarquia: cuando tuvo la primera regla.
- Fecha de la última menstruación: se refiere al día que empezó la última menstruación.
- Fórmula menstrual: indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar. Si hay irregularidades deben reflejarse. Deben recogerse antecedentes sexuales: si ha tenido relaciones sexuales o no, número de parejas, métodos anticonceptivos empleados en el pasado y en la actualidad.

Antecedentes médicos y quirúrgicos de manera general:

- Grupo sanguíneo
- Alergias a medicamentos, metales o latex.
- Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente. Debe preguntarse por enfermedades crónicas y/o agudas, cirugías a las que haya sido sometida.

Antecedentes generales:

Hábitos de consumo de sustancias tóxicas. También el trabajo que realiza la paciente para determinar riesgos, el tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas. Antecedentes familiares desde el punto de vista clínico, los más relevantes son los oncológicos y las enfermedades hereditarias.