



**Nombre del alumno: Brenda Jaquelin Velázquez Salas**

**Nombre del profesor: María del Carmen López silva.**

**Nombre del trabajo: Resumen de antología.**

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

**Grado: 4to cuatrimestre**

**Grupo: B**

## 1.2 EXPLORACION GINECOLOGICA

**CONCEPTO** Valorar abombamientos, fluctuaciones, dolor o la comprensión y presencia de tumorações.

**OBJETIVO** • Determinar la integridad genital de la paciente.

- Determinación de pruebas en medicina legal. (Abuso sexual, violación).
- Atención prenatal integral
- Colocación de dispositivos para la planificación familiar.
- Aplicación de pruebas diagnósticas y terapéuticas (PAP, cristalografía, biopsias).

### MATERIAL Y EQUIPO

- Mesa de exploración
- Adecuada iluminación
- Guantes
- Gel lubricante
- Bata para la paciente
- Cubre bocas
- Espejo vaginal

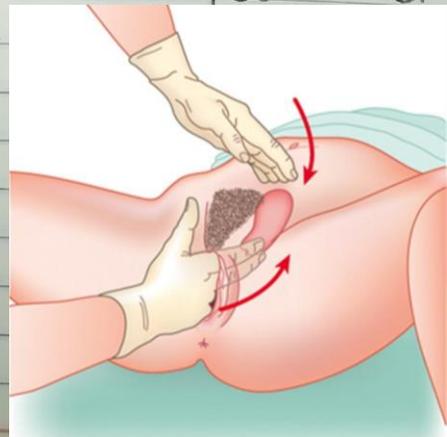


### PROCEDIMIENTO

- \* Presentarse frente a la paciente e iniciar una adecuada relación, explicando el procedimiento.
- \* Realizar el lavado de manos
- \* Realizar enguantado con técnica cerrada
- \* Solicitar a la paciente vaciar la vejiga.
- \* Se indicará que va a descubrir a la paciente e inspeccionará los genitales externos: Implantación de vello púbico, monte de venus, labios mayores y región perianal.

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 personas ancianas, sólo es posible la introducción de un dedo. La mano contraria a la que ésta realizando la exploración se coloca sobre la parte baja del abdomen y utilizando las dos manos se intenta delimitar el útero, trompas, ovarios y parametrias. 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 hacia arriba dirigiéndolo hacia delante mediante la depresión de la pared abdominal. En el caso de que el útero se encuentre en retroversión la palpación del fondo es difícil, por ello los dedos de la mano vaginal se colocarán en el fondo de saco vaginal posterior.

Para la exploración de los anejos 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 anejos en situación normal no se palpán. Se explorará la región del fondo de saco de Douglas para valorar.



## TERMINOLOGÍA

**Menarca:** Inicio de la primera menstruación.

**FUR:** Fecha de última regla

**Dismenorrea:** Menstruaciones dolorosas.

**Ritmo:** Cuantos días de menstruación y cuanto tarda el periodo.

**IVSA:** Inicia la vida sexual activa.

**OTB:** Oclusión tubárica bilateral

**Absceso:** Herida infectada que contiene pus.

**Adhesiones:** Lugares donde los tejidos crecen unidos anormalmente; tejido interno de cicatriz.

**Cistectomía:** Extracción con una operación de un quiste ovárico, generalmente realizada con laparoscopia.

**Espéculo:** Instrumento de metal o plástico que el médico inserta en la vagina para ayudar a examinar la vagina y el cuello uterino.

**Fibromas:** Masas no cancerosas que ocurren más frecuentemente en las paredes del útero.

**Histerectomía:** Operación para extraer el útero.

**Histeroscopia:** Tubo delgado y con luz que se inserta en la vagina para examinar el cuello uterino y el interior del útero.

**Matriz:** Otra palabra que significa útero.

**Ooforectomía:** Extracción de un ovario.

## HISTORIA CLÍNICA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

### CONCEPTO:

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos:

- Que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de esta manera certera.

### OBJETIVOS:

**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.

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.

**En caso de pacientes sintomáticas:** la historia clínica, además de indagar sobre factores de riesgo y antecedentes, debe centrarse en el motivo de consulta, tratando de realizar un interrogatorio dirigido para poder plantear el diagnóstico diferencial más correcto posible del problema planteado.

**En caso de pacientes gestantes:** la historia clínica es clave para considerar una gestación como bajo o alto riesgo.

## A) FICHA DE IDENTIFICACION

- Nombre completo y apellidos.
- Domicilio
- Estado civil
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Edad.



## B) ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelos paternos, maternos, padres. Se escribe si se encuentran vivos o muertos (causa de muerte).

Familiares que padezcan o hayan padecido:

- Cardiopatías
- Distroemias
- Genéticas
- Reumatológicas
- Neurológicas
- Asma
- Neoplásicas.
- Enfermedades padecidas por el esposo o compañero sexual.

## C) ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

1. Vivienda.
  2. Hábitos alimenticios
  3. Higiene personal
  4. Actividad física
  5. Inmunizaciones
  6. Adicciones.
- Relación con infecciones y parasitosis.
  - Estado nutricional en que se encuentra
  - Factores de riesgo para desarrollar ca, disminución de la fertilidad

## D) ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

- \* Enfermedades comunes de la infancia.
- \* Crónico degenerativo
- \* Alérgicos
- \* Quirúrgicos y anestésicos
- \* Traumáticos
- \* Reumatológicos
- \* Diabéticos
- \* GINECO-OBSTÉTRICOS
- \* Menarca: fecha de aparición y características de las mismas.
- \* Características de la menstruación: Frecuencia, duración, Cantidad, Ritmo de eliminación, dolor, coágulos, tejidos.
- \* Dismenorrea: Primaria, secundaria, trans-pre o post-menstrual, fecha y forma de aparición, tipo, sitio, intensidad, fenómenos que la acompañan y calman.
- \* Tensión premenstrual: más frec: Son cefalea, más talgia, congestión pélvica y edema
- \* Fecha de última regla.

## ANTECEDENTES PERSONALES

- \* Relaciones sexuales: edad de inicio, regularidad, frecuencia, dolor, cambios en la menstruación.
- \* Leucorrea: Cantidad, color, olor, causa prurito, ardor y disuria.
- \* Embarazos anteriores: número, tiempo de gesta, complicaciones, tipo de parto, estado del RN.
- \* Anticonceptivos: tipo, tiempo de uso, resultados.

## TERMINOLOGÍA

Amenorrea: ausencia de sangado menstrual clínico en lapsos mayores de tres meses.

Catamenia: Flujo uterino periódico, menstruación.

Colpatresia: Atresia u oclusión de la vagina.

Colpoptosis: Prolapso de la vagina.

Colporrea: Flujo vaginal.

Esterilidad: Incapacidad para producir un nuevo ser.

Histerocresis: Embarazo uterino.

Libido: Instinto o apetito sexual.

Menarquia: Menarca, establecimiento, inicio de la menstruación.

Menopausia: Conclusión natural del flujo menstrual cíclico, climaterio femenino.

Menorragia: Menstruación anormalmente profusa.

Metritis: Inflamación de la matriz o útero.

Metrorexia: Rotura del útero.

Ovulo: Celula reproductora femenina a expensas de la cual se desarrolla el embrión tras la fecundación.

## 1.2.2. ANAMNESIS

**CONCEPTO:** Conjunto de datos que recogen en la historia clínica de un paciente.

**OBJETIVO:**

▲ Obtener datos útiles para diagnosticar

▲ Obtener datos útiles para tratar al paciente.

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. Datos de filiación, los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

▲ Edad

▲ Estado civil. Motivo de consulta en esta apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que el paciente acude a consulta. Se tratan, por lo tanto, de pacientes que manifiestan algún síntoma y/o signo. Debe describirse dicho síntoma o síntomas procurando seguir orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes. Igualmente debe reflejarse de la manera más fidedigna posible, información sobre consultas y/o pruebas realizadas por la paciente con anterioridad a nuestra consulta.



Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

Antecedentes obstetricos y ginecologicos deben recogerse los siguientes datos:

- \* Fórmula de la fertilidad: hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente a 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 que empezó la última menstruación.

- \* La última fecha de la menstruación debe preguntarse siempre.

Fórmula menstrual: indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación. Si hay irregularidades deben reflejarse.

Si la paciente ha tenido partos deben reflejarse la vía del parto, y la edad gestacional en la que se produjo, así como el peso del recién nacido.

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

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

- \* Grupo sanguíneo y Rh.

- \* Alergias a medicamentos, metales o látex.

- \* Fármaco u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente. Debe preguntarse específicos por enfermedades crónicas y/o agudas, que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad.

## Antecedentes generales

Es importante indagar sobre hábitos de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, drogas de uso legal. También debe reflejarse el trabajo que realiza la paciente para determinar los riesgos sanitarios, especialmente en caso de deseo de gestación o en pacientes gestantes. Igualmente debe reflejarse el tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas. Así como intolerancias a la fructosa, lactosa o gluten. Antecedentes familiares desde el punto de vista clínico, los antecedentes familiares más relevantes son los oncológicos y las enfermedades hereditarias.

## TERMINOLOGÍA

**Alergia:** alteración específica de reacción ante un alérgeno, sustancia de naturaleza tóxica que produce sensibilización.

**Cloasma:** Hiperpigmentación de la piel de la cara que se observa durante el embarazo o por disfunción ovárica.

**Afelia:** Falta congénita del pezón.

**galactagogo:** que aumenta la secreción de la leche.

**Tenoleo:** Tumor en el pezón.

**Abraquia:** Falta congénita de brazos.

**Acrodinia:** Enfermedad caracterizada por el dolor

**Artestesia:** Sensibilidad articular.

**Mialgia:** Dolor muscular.

**Coluria:** Presencia de bilis en la orina.

**Disuria:** Emisión dolorosa.

**Disuria:** Emisión de orina

**Diuria:** Polaquiria durante el día

**Odinuria:** Micción dolorosa

**Abdominovaginal:** relativo al abdomen y a la vagina

Universidad del Sureste. (UDS). (2020). **Antología de Enfermería en el cuidado de la mujer. 1.2, Exploración Ginecológica, 1.2.1. Historia clínica y 1.2.2. Anamnesis.** Plataforma Digital. PDF. Recuperado el 17 de septiembre de 2020.