



**Nombre de alumnos: Mayra
Jeannette Ramírez Santiago**

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

Nombre del trabajo: Resumen

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

Grado: 4º cuatrimestre

Grupo: "B".

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre de 2020.

EXPLORACIÓN GINECOLOGICA

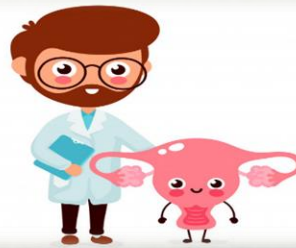
Concepto: Valorar abombamientos, fluctuaciones, dolor o la comprensión y presencia de tumor.

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, citología, biopsias).

Material y equipo:

- ▶ Mesa de exploración
- ▶ Adecuada iluminación
- ▶ Guantes, gel lubricante
- ▶ Bata para la paciente
- ▶ Cubre boca
- ▶ 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 indicara que usa descubrir a la paciente e inspeccionara 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 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. 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 del 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 antero-superior intentando poner en contacto los dedos de ambas manos. Los anejos en situación normal no se palpan, se explorará la región del fondo de saco de Douglas para valorar.

HISTORIA CLINICA

Concepto: 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 la realización de exploraciones o pruebas complementarias, cuales y en que orden deben realizarse o solicitarse.

▶ **En caso de paciente sintomática:**

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 dx diferencial más correcto posible.



▶ **En caso de pacientes gestantes:**

La historia clínica es clave para considerar una gestación como bajo o alto riesgo,

Ficha de identificación

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

Antecedentes Heredofamiliares

- ▷ Abuelos paternos, maternos, padres, se escribo si se encuentran vivos o muertos (causa de muerte).
- ▷ Familiares que padezcan o hayan padecido:
 - ▷ cardiopatías
 - ▷ Dislipidemias
 - ▷ Genéticas
 - ▷ Reumatológicas
 - ▷ Neurológicas
 - ▷ Aoma

Antecedentes personales no patológicos

- ▷ vivienda
- ▷ Hábitos alimenticios
- ▷ Higiene personal
- ▷ Actividad física
- ▷ Inmunizaciones
- ▷ Adicciones
- ▷ Relaciones con infecciones y parásitos
- ▷ Estado nutricional en que se encuentra
- ▷ Factores de riesgo para desarrollar Ca, disminución de la fertilidad.



Antecedentes personales patológicos

- ▶ Enfermedades comunes de la infancia
- ▶ Crónico degenerativo
- ▶ Alergicos
- ▶ Quirúrgicos y Anestésicos
- ▶ Traumáticos
- ▶ Reumatológicos
- ▶ Diatéticos
- ▶ 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-pré o post-menstrual, fecha y forma de aparición, tipo, sitio, intensidad que la acompañan y calman.
- ▶ Tensión premenstrual: más frecuente: cefalea, 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, no/tiempo de gesta, complicaciones, tipo de parto, estado del RIN.
- ▶ Anticonceptivo: tipo, tiempo de uso, resultados.

ANAMNESIS

Concepto:

Conjunto de datos que recogen en la historia clínica del 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, los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica, deben ser los siguientes:
- ▶ Edad, estado civil, motivo de consulta en este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que el paciente acude a consulta. Se trata, por lo tanto, de ptes que manifiestan algún síntoma y/o signo. Debe describirse dicho síntoma procurando seguir un 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 recolectarse los siguientes datos:

- **Formula 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 consulta.
- **Edad de la menarquia:** cuando tuvo su primera regla.
- **Fecha de la ultima menstruación:** se refiere al día que empezó la ultima menstruación. La ultima fecha de menstruación debe preguntarse siempre.

Terminologia

- 1- **Fibromas:** Masas no cancerosas ocurren en la pared del útero.
- 2- **Doforectomia:** Extracción de un ovario
- 3- **Histerectomia:** Operación para extraer el útero.
- 4- **Abceso:** Herida infectada que contiene pus
- 5- **Matriz:** Otra palabra que significa "útero".
- 6- **Espéculo:** Instrumento para examinar la vagina
- 7- **O+B:** Oclusión tubárica bilateral
- 8- **Histeroscopia:** Tubo delgado y con luz, para examinar el cuello uterino y el interior del útero.
- 9- **Pubarquia:** primera aparición del vello púbico
- 10- **ITC:** Infección de transmisión sexual
- 11- **FUR:** Fecha de ultima regla
- 12- **IBSA:** Inicio de la vida sexual activa
- 13- **Dismenorrea:** Menstruaciones dolorosas
- 14- **Metritis:** Inflamación de la matriz o útero.
- 15- **Menarca:** Inicio de la primera menstruación

Bibliografía:

Universidad Del Sureste. (UDS). (2020). ANTOLOGÍA DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA MUJER. Recuperado el 17 de septiembre del 2020 de Plataforma digital UDS.