



Nombre de alumnos: Keila Elizabeth Velasco Briceño

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Resumen en la libreta

Materia: Enfermería en el cuidado de la mujer

Grado: 4 Cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de septiembre del 2020.

EXPLORACION GINECOLOGICA

La exploración ginecológica permite conocer la situación, tamaño, forma, consistencia y movilidad del cérvix y cuerpo uterino, así como la existencia del dolor.



- Procedimiento -

Para la exploración colocamos a la paciente en posición ginecológica, el sanitario separa los labios menores con los dedos pulgar y anular, luego se introduce el dedo índice y seguidamente el medio en la vagina.

- ▶ En mujeres vírgenes o con introito estrecho como en anagnas solo es posible la introducción de un dedo.

- ▶ se llama posición ginecológica o licotomía. La mano contraria a la que está realizando la exploración se coloca sobre la parte baja del abdomen y utilizando las 2 manos se intenta delimitar el útero, trompas, ovarios y parametros.

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 delante mediante la depresión de la pared abdominal.

Para la exploración de los **anejos** se colocan los dedos de la mano vaginal en el fondo del saco lateral que corresponda.

La mano exterior presiona en la espina iliaca anterosuperior intentando poner en contacto los dedos de ambas manos.



▶ Los anejos habitualmente no se palpán si son normales.

Se explora la región del fondo de saco de Douglas para valorar abombamientos, **fluctuación**, dolor a la compresión y presencia de tumorecciones.

Material y equipo para la exploración

- Mesa o camilla de exploraciones especiales.
- Guantes
- **Vulvoscopia.**
- **Especuloscopia. o especulo vaginal**



HISTORIA CLÍNICA

EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

La historia clínica o anamnesis es la herramienta principal de un médico para diagnosticar.



La correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente 2 requisitos.

- Que se realice de manera estructurada
- Tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.

La historia clínica en una paciente asintomática persigue fundamentalmente identificar factores de riesgo de la paciente, para determinar si se necesita la realización de exploraciones o pruebas complementarias.

En pacientes sintomáticas 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.



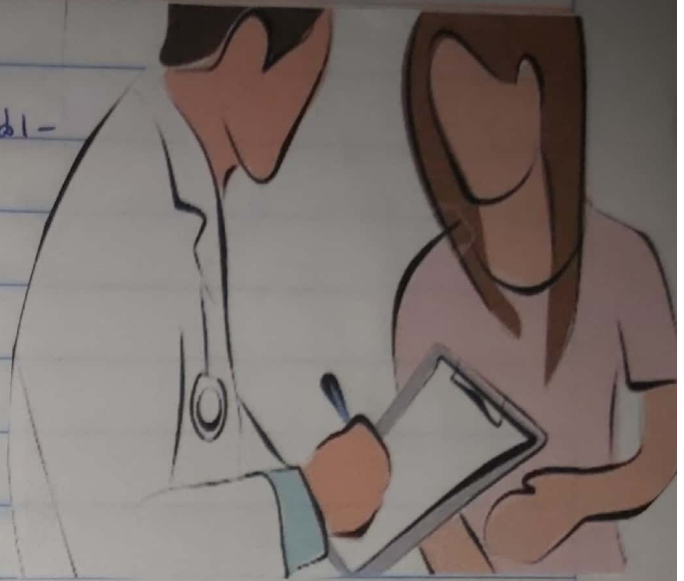
En pacientes gestantes la historia clínica es la clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

La Obstetricia y Ginecología la obtención de esta información también es fundamental de cara al consejo reproductivo y promoción de hábitos de vida saludables.

ANAMNESIS

La anamnesis ha de ser sistemática, estructurada y dirigida, debe incluir los siguientes apartados:

- ▶ Datos de afiliación.
- ▶ Motivo de consulta
- ▶ Antecedentes personales.
- ▶ Antecedentes familiares.



"DATOS DE AFILIACIÓN"

Estos datos deben incluirse en toda historia ginecológica, la cual debe de tener los siguientes:

- ▶ Edad y estado civil

▶ Motivo de consulta.

"MOTIVO DE CONSULTA"

Debe consignarse el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta, donde deben describirse dichos síntomas procurando seguir un orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes, debe reflejarse de la manera más fidedigna posible, información sobre consultas y/o pruebas realizadas por la paciente con anterioridad a la consulta.

Si la paciente es una gestante es importante indagar si la gestación es fruto de una relación

Sexual o una técnica de reproducción asistida.

ANTECEDENTES PERSONALES

Consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos del paciente

ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y GINECOLOGICOS

Deben tener los siguientes datos:

- **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 consulta
- **Edad de la Menarquia:** Cuando tuvo la primera regla.
- **Fecha de última menstruación:** Se refiere al día en que empezó la última menstruación y este día siempre debe de preguntarse en la historia clínica.
- **Formula menstrual:** Este indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación.

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

Si el parto fue instrumentado y que instrumentación se realizó, si fue cesárea cual fue el motivo. Debe interrogarse por complicaciones que hubieran ocurrido tras el parto.

Si la paciente no ha tenido hijos y es o ha sido sexualmente activa hay que indagar si es una esterilidad voluntaria o no, al igual se recoge antecedentes sexuales como:

- Si ha tenido relaciones sexuales o no
- Número de parejas
- Métodos anticonceptivos empleados y en la actualidad.
- Trastornos ginecológicos como **dismenorrea**, dolor con la **menstruación** y **enfermedades de Transmisión Sexual**.

ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS

- Grupo Sanguíneo y **Rh**
- Alergias a medicamentos, metales o látex.
- Si está tomando fármacos u otros tratamientos en la actualidad o recientemente.

ANAMNESIS POR APARATOS Y SIS

CONTENIDO

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMEDAD

1. Identificación del paciente
2. Historia clínica de la enfermedad
3. Antecedentes personales
4. Antecedentes familiares
5. Antecedentes quirúrgicos
6. Antecedentes de traumatismos
7. Antecedentes de infecciones

HISTORIA CLÍNICA ACTUAL

1. Presentación
2. Evolución
3. Tratamiento

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el documento que recoge los datos de la enfermedad del paciente y su evolución, así como los datos de la historia personal, familiar y social del paciente, así como los datos de la historia de la enfermedad y los datos de la historia de la vida del paciente.

El objetivo de la historia clínica es proporcionar al médico la información necesaria para el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

La historia clínica debe ser un documento claro, conciso y objetivo, que permita al médico comprender la situación del paciente y tomar decisiones basadas en la evidencia científica.

La historia clínica debe ser un documento que se actualice de forma continua a medida que el paciente evoluciona.

La historia clínica debe ser un documento que se conserve de forma segura y accesible para el paciente y el médico.

ANAMNESIS POR APARATOS Y SISTEMAS

El objetivo de la anamnesis por aparatos y sistemas es obtener información sobre los síntomas y signos que afectan a los diferentes sistemas del cuerpo humano.

- Debe preguntarse específicamente por enfermedades crónicas y/o agudas que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad (por órganos y aparatos de manera sistemática) incluyendo trastornos psiquiátricos
- Debe interrogarse sobre cirugías a los que haya sido sometida especialmente de abdomen y Pélvis.

ANTECEDENTES GENERALES

- Si tiene hábitos de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal, etc.
- Si el trabajo que realiza es de riesgos sanitarios
- Tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas
- Si es intolerante a la lactosa, fructosa o gluten

ANTECEDENTES FAMILIARES

Desde el punto de vista clínico los antecedentes familiares más relevantes son los oncológicos y las enfermedades hereditarias.

→ Fuente de información.

UDS (2020). Antología cuidados de la mujer. pag. 25-28. PDF
 Historia clínica, exploraciones básicas. J.L. Alcázar. PDF.

TERMINOLOGIA CLINICA

- 1 ▶ **Dismenorrea**: Menstruación dolorosa.
- 2 ▶ **Extrauterino**: Fuera o más allá del útero.
- 3 ▶ **Posparto**: Período después del parto.
- 4 ▶ **Menarquia o menarca**: Inicio de la menstruación.
- 5 ▶ **Hipermenorrea**: aumento en cantidad del sangrado menstrual cíclico.
- 6 ▶ **Polinorrea**: Sangrado menstrual prolongado por más de 8 días.
- 7 ▶ **Menorragia**: Menstruación anormalmente PROFUSA.
- 8 ▶ **Hipomenorrea**: Períodos menstruales excepcionalmente breves y escasos.
- 9 ▶ **Sangrado posmenopáusico**: Sangrado que sobrevive después de la menopausia.
- 10 ▶ **Amenorrea**: ausencia de sangrado menstrual cíclico en lapsos mayores de 3 meses.
- 11 ▶ **Catamena**: Flujo uterino periódico, menstruación.
- 12 ▶ **Dispareunia**: Coito difícil o doloroso.
- 13 ▶ **Histerociesis**: embarazo uterino.
- 14 ▶ **Libido**: Instinto o apetito sexual.
- 15 ▶ **Eutocia**: Parto natural, fácil, normal.

Fuente de Consulta.

Terminología médica. Enrique Cardenas de la Peña.
Cuarta edición. Recuperado el 17/09/2020. PDF.