



**Nombre de alumno: DULCE ALEJANDRA
MARTINEZ AGUILAR**

Nombre del profesor: ---

Nombre del trabajo: RESUMEN

**Materia: ENFERMERIA CUIDADO DE LA
MUJER**

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 1º-

Grupo: B

UNIDAD I: "CUIDADOS BÁSICOS DE LA MUJER"

1.1 ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA

Aparato reproductor femenino.

Los órganos esenciales del aparato reproductor femenino son los dos ovarios. Cada ovario presenta la morfología y el tamaño, típicos de una almendra y pesa unos 3 gramos.

La hormona estimulante del folículo (FSH) sintetizada por la hipófisis estimula el aumento del espesor de esta capa, que da lugar a una cámara hueca denominada ovtro.

La síntesis hormonal se pone en marcha al comienzo de la pubertad como consecuencia del desarrollo y la maduración de los folículos de Graaf. El estrógeno es la hormona que dirige el desarrollo y el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo del endometrio, el revestimiento interno del útero.

Órganos accesorios.

Los órganos accesorios del aparato reproductor femenino son un conjunto de conductos y glándulas y los genitales externos, cada uno de los cuales se abordará por separado.

El útero es un órgano pequeño de tamaño similar al de una pera, se compone principalmente de músculo y contiene una pequeña cavidad central, forma un domo redondeado denominado fondo uterino inmediatamente por debajo del punto de anclaje de las trompas.

Glandulas sexuales accesorias.

Las pequeñas glandulas de Bartolino se localizan a ambos lados de la vagina. Los conductos de estas glandulas desembocan en el vestibulo. Secretan una espesa sustancia mucosa que actúa como lubricante en el transcurso del coito.

Aparato reproductor masculino.

Organos esenciales.

Los organos esenciales del aparato reproductor masculino son un par de gonadas o testiculos. Los testiculos se forman en la porción superior del abdomen y descienden hacia el escroto antes del nacimiento. Los testiculos se ocupan de la síntesis de hormonas masculinas y la producción de espermatozoides.

La hormona testosterona sintetizada por células intersticiales interviene en:

- Desarrollo de organos accesorios masculinos.
- Aumento de la masa y potencia musculares
- Ciertos rasgos masculinos, la voz, vello corporal.

Organos accesorios

Los organos accesorios masculinos son una serie de conductos, glandulas auxiliares y genitales externos

Conductos reproductores: El epididimo situado en la cara superior de cada testiculo, es un tubo muy enroscado

de unos 6 m de longitud en el que los espermatozoides maduran y adquieren la capacidad de movimiento. Al salir del epidídimo, los espermatozoides recorren el conducto deferente.

Glandulas reproductoras accesorias: Los términos semen o líquido seminal se refieren a la mezcla de espermatozoides y el líquido generado por las glandulas reproductoras. Las dos vesiculas seminales se encuentran debajo y detrás de la vejiga urinaria. Producen un espeso líquido amarillento que contiene fructosa en abundancia. La glandula denominada próstata es una glandula en forma de rosquilla que se localiza inmediatamente debajo de la vejiga urinaria. La uretra atraviesa el centro de la próstata. Esta glandula secreta un líquido lechoso poco espeso que activa a los espermatozoides y mantiene su capacidad de movimiento. Las dos glandulas bulbouretrales o glandulas de Cowper se encuentran debajo de la próstata.

Genitales externos: Los genitales masculinos externos se componen del pene y el escroto. El pene es el organo masculino encargado de la cópula o el coito. El tallo del pene contiene tres columnas independientes. De tejido eréctil: un cuerpo esponjoso, que rodea a la uretra, y dos cuerpos cavernosos, que se disponen a lo largo de la superficie anterior al pene. Este tejido se rellena de sangre durante la fase de excitación sexual para lograr la erección del pene. La uretra desemboca en el centro del glande. El escroto es una bolsa recubierta de piel que se encuentra suspendida de la ingle.

Autoexploración

La exploración clínica se efectúa en dos tiempos: inspección y palpación.

Inspección

La inspección se realiza con la vista. La paciente se encontrará sentada con el torax y brazos descubiertos bajo una iluminación adecuada y con el examinador frente a ella. Se divide en estática y dinámica.

Inspección estática: Con las extremidades superiores colgando a lo largo del tronco, en posición de relajación, se inspeccionan las mamas, areolas y pezones. Se observa la forma, volumen, simetrías, bultos, hundimientos, cambios de coloración de la piel y red venosa.

Inspección dinámica: Se realiza en 3 pasos:

Primero: Se indica al paciente que levante los brazos por encima de la cabeza.

Segunda: Sentada, se le pide que presione las caderas con las manos y con los hombros rotados hacia atrás.

Tercera: Sentada e inclinada hacia delante de la cintura. Esta postura también induce tensión sobre los ligamentos suspensorios.

Palpación

Después de la inspección se procede a la palpación que se realiza con la palma de la mano o con la yema de los dedos para buscar lesiones en las mamas, axilas y regiones supra-subclaviculares. Se debe realizar la palpación en dos posiciones: sedente y supino.

DULCE ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN EN GINECOLOGÍA
ELABORADO POR CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ

1

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS:

ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

ANTECEDENTES:

Datos generales:

Nombre. Dania Méndez Molina

Edad. 23

Profesión. Estudiante

Estado civil. Soltera

Religión. Católica

Antecedentes familiares: De abuelos, padres, hermanos y eventualmente de la pareja (enfermedades crónicas y metabólicas; hipertensión; tumores malignos; ginecopatías y mastopatías benignas; gemelaridad; malformaciones y defectos congénitos y/o hereditarios; infertilidad, etc.). Por parte de la madre Diabetes

Antecedentes personales:

Generales: Grupo y Rh. O+

Antecedentes médicos y quirúrgicos.

Alergias. Ningunas

Transfusiones. Ningunas

Medicaciones habituales y hábitos. Ninguna, hábitos: Hacer ejercicio

Ginecológicos:

Menarquia. A los 15 años

Menopausia. -

Fórmula menstrual; caracteres menstruales. Al inicio un flujo escaso color marrón, a medida que aumenta el volumen este toma un color rojo

Anticoncepción. Uso de preservativos

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas.

Obstétricos: período menstrual: Regular, uso de preservativos

-gesta. Ninguno

-para (características del parto). -

Otros: Aborto, embarazo ectópico, etc. -

Características del RN. -

Puerperio y lactancia. -

MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA: (datos que presente actualmente)

Dolor: -

Localización: -

Hipogastrio (⇒uterino). -

Fosas ilíacas (⇒anexial). "Punto ovárico". -

Sacralgia (⇒irradiado; útero-sacros, ortopédico). -

Tipo:

Cólico (⇒víscera hueca). Al inicio de la menstruación

Continuo (⇒distensión, compresión, inflamación, isquemia). la inflamación es continua.

Formas especiales:

Dismenorrea. Algunas veces

RUXE ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR
RUXE ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR

2

Tensión premenstrual. Algunas veces
Dispareunia (coitalgia ± coitorragia). No sucede
Disconfort vulvo/perineal; escozor; prurito. —
Flujo (leucorrea)
Aumento fisiológico: Claro no fétido; no pruriginoso.
Ovulación. Son de 5 a 6 días
Embarazo —
Excitación sexual. No sucede frecuentemente
Aumento patológico: Coloreado; fétido; pruriginoso o urente ⇒ Colpitis (vaginítis). —
Trichomoniasis. —
Candidiasis. —
Vaginosis. —
Otras.

Trastornos hemorrágicos (relacionados o no con la menstruación) Diagnóstico y representación sobre el **menograma de Kaltenbach**.

Eumenorrea: Regla normal. . ciclo 28 días
Intervalo: 28 ± 7 días.

Duración: 2-6 días.

Intensidad: 50-150 g/día (2-6 compresas/día).

Trastornos del intervalo

Polimenorrea (proiomenorrea) <21 días.

Oligomenorrea

Opsomenorrea Entre 35 días y 2 meses.

Spaniomenorrea Entre 2 y 6 meses.

Amenorrea secundaria >6 meses.

Amenorrea primaria Ausencia de menarquía.

Ataxia Ciclos anárquicos alternantes.

Trastornos de la duración

Braquimenorrea <2 días.

Dolicomenorrea >6 días.

I Intensidad semejante todos los días (⇒ miomas...).

II Sangramiento escaso los días precedentes al sangramiento menstrual normal (⇒ endometriosis cervical, cervicitis, pólipos...).

III Una menstruación normal se prolonga varios días con un sangramiento en escasa cantidad (⇒ patología miometrial ± cervical...).

IV La menstruación se inicia y finaliza con un sangramiento escaso durante varios días (⇒ patología disfuncional...).

Trastornos de la intensidad

Hipomenorrea Escasa.

Hipermenorrea Abundante.

Menorragia Hiper + dolicomenorrea.

Sangramiento anárquico: Metrorragia (desde spottings a hemorragias)

Hemorragia ovulatoria.

Sensación de bulto:

En hipogastrio. —

En genitales externos: —

- Distopias (prolapsos; colpoceles). —
- Inflamatorias. —
- Incontinencia urinaria:**
- De stress: Iº, IIº ó IIIº grados. 1º
- De urgencia. —
- Lesiones vulvares**
- Inflamatorias. —
- Distróficas. —
- Premalignas y malignas. —
- Consulta de reproducción**
- Esterilidad/infertilidad. —
- Planificación familiar. —
- Hirsutismos y virilizaciones.**
- Consulta de mastología.**
- Consulta de diagnóstico precoz del cáncer genital.**
- Disfunciones sexuales.**
- Sintomatología urológica y/o digestiva asociadas.**

EXPLORACIÓN CLÍNICA EN GINECOLOGÍA:

MORFOGRAMA.

Tipología general de la mujer y evaluación de los caracteres sexuales secundarios (genitales) y terciarios (desarrollo mamario; distribución de la grasa,

INSPECCIÓN PALPACIÓN, PERCUSIÓN ABDOMINALES.

Inspección:

- Abombado o deprimido. Péndulo, relajado, etc.
- Asimetrías localizadas. —
- Tejido graso y su distribución. *en las caderas*
- Presencia de cicatrices, pigmentaciones o estrías. *En el abdomen presenta estrías*
- Vascularización superficial. —
- Herniaciones. *NO presenta*
- Señalamiento de puntos dolorosos. —

Palpación: Sistemática con la paciente en decúbito:

- Presencia o no de tumoraciones: Valorar si son intraabdominales o de la pared abdominal.
- Sensibilidad dolorosa. *Muy poca*
- Reflejos de defensa. *Depresibilidad. No sucede*
- Diástasis musculares. *NO presenta*
- Hepatoesplenomegalias. —
- Palpación renal. —

Percusión:

- Diferenciación de áreas timpánicas —
- Niveles de colecciones líquidas. —
- Signo de la "oleada". —

DULCE ALEJANDRA MARTÍNEZ AGUILAR

4

PALPACIÓN INGUINAL. EXAMEN MIEMBROS INFERIORES.

Palpación inguinal: Sobre todo en busca de adenopatías y hernias.

Miembros inferiores: Edemas y trastornos de la circulación de retorno.

- Problemas flebíticos.
- Fenómenos compresivos

NO APLICA

EXPLORACIÓN DE GENITALES EXTERNOS : En posición ginecológica. ESTE EXAMEN NO LO REALIZARA A MENOS QUE SU PACIENTE ESTE DE ACUERDO SOLO REALICE LA LECTURA DE LA INSPECCION Y VALORACION QUE DEBE REALIZARSE)



Inspección de la vulva : Hay que valorar :

- Desarrollo.
- Trofismo.
- Signos de virilización (clítoris de >1 cm).
- Pilificación.
- Separación de labios e inspección del introito.
- Himen.
- Periné : Longitud, estado, desgarros, cicatrices, lesiones, etc.

NO APLICA

Palpación de la vulva :

- Labios mayores.
- Glándulas re Bartholino.
- Región suburetral.

Biopsia de vulva : Ante toda lesión dudosa que no responda a tratamiento a corto plazo.

ESPECULOSCOPIA : La visión directa del cuello uterino y conducto vaginal puede realizarse empleando valvas no articuladas o espéculos autoestáticos, entre los que los tipos de Collins y Cusco son los más habituales (de metal o desechables).



NO APLICA

Evaluaremos
OCE de nulípara (redondo) o múltipara (rasgado).
Epitelización uniforme.
Anomalías de forma, tamaño, situación.

Lesiones rojas (eritroplasias) o blancas (leucoplasias).

Lesiones exofíticas.

Lesiones ulceradas.

Procesos inflamatorios.

Aspecto del moco cervical y del flujo vaginal que lo envuelve.

En caso de lesiones localizadas conviene expresar su posición mediante un sistema horario (p.ej. lesión en posición entre 3 y 5 horarias).

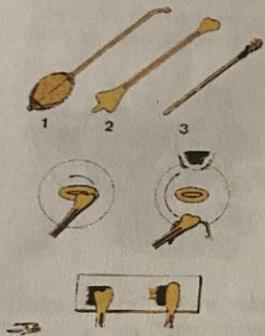
Pruebas complementarias :

Test de Chrobak: Presionando una tumoración suavemente con una sonda fina, ésta permite su penetración si se trata de un carcinoma, pero no en caso de tumores benignos por su consistencia y organización.

Toma para análisis del flujo en fresco.

Colposcopia.

Toma citológica.



No aplica

Biopsia de cuello uterino.

Histerometría.

Biopsia endometrial/microlegrado.

Pequeñas intervenciones ambulatorias :

Electrocoagulación cervical.

Criocoagulación cervical.

Laserterapia.

Culdocentesis.

TACTOS GINECOLÓGICOS :

Tacto vaginal uni o bidigital, a través de vagina, podemos comprobar su localización, longitud, tamaño, consistencia, dilatación del canal, dolor a la movilización, etc.. Igualmente podemos valorar las características también de posibles tumoraciones asociadas.

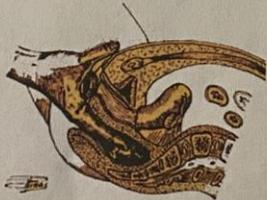


Tacto bimanual : En ginecología la mano exploradora hábil será la abdominal, en Obstetricia será lavaginal. Exploración genital completa (cuello, cuerpo uterino y anexos).
Útero : Posición (anteversión, retroversión, indiferente), forma, tamaño, dureza, movilidad, sensibilidad.
Anexos : Apreciar engrosamientos, tumoraciones, empastamientos, dureza, sensibilidad, fijación. La tumoración ovárica se movilizará independientemente del útero (diagnóstico diferencial con las tumoraciones uterinas).
Douglas : Ocupación, dolor.



NO APLICA

Tacto rectal : Para valoración sobre todo de parametrios y ligamentos posteriores (útero-sacros). Tacto alternativo también en mujeres vírgenes.
Parametrios : Valorar fibrosis, retracciones, infiltraciones o afectación por tumoraciones y sus características.
Valoración de tabique recto-vaginal, ligs. útero-sacros y Douglas.



Tacto recto-vaginal: Valoración fundamentalmente del tabique recto-vaginal.