

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS:

ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

ANTECEDENTES:

Datos generales:

Nombre: Ana María Tovilla Pérez.

Edad: 42 años

Profesión: Ninguna

Estado civil: Casada

Religión: católica

Antecedentes familiares: Paciente femenino que presenta factores hereditarios de T/A.

Antecedentes personales:

Paciente femenino de 42 años con grupo sanguíneo O+, presenta evolución de la presión arterial evadiendo el uso de losartan a el uso de metoprolol , no presenta ningún tipo de alergias a los distintos fármacos , no presenta eventos de transfusiones , menciona que presento hace dos meses incomodidad física y hormonal.

MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA: (datos que presente actualmente)

Paciente que ingresa por dolor abdominal en parte del hipogastrio y fosa iliaca derecha presentado inflamación en los miembros inferiores , escozor en la zona intima pero con presencia de flujo no pruriginoso.

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

Eumenorrea: Regla normal. .

Intervalo: 28±7 días.

Duración: 2-6 días.

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

Transtornos 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 menarquia.

Ataxia Ciclos anárquicos alternantes.

Transtornos 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...).

Transtornos de la intensidad

Hipomenorrea Escasa.

Hipermenorrea Abundante.

Menorragia Hiper + dolicomenorrea.

Sangramiento anárquico: Metrorragia (desde spottings a hemorragias)

Hemorragia ovulatoria.

Sensación de bulto:

No presenta sensaciones de bulto en genitales.

Incontinencia urinaria:

De stress: Iº, IIº ó IIIº grados.

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:

Paciente que presenta zona pélvica abombada con presencia de estrías y una cicatriz del lado de lado del flanco derecho y fosa iliaca derecha

Palpación: Sistemática con la paciente en decúbito:

Paciente que no presenta tumoraciones, presenta sensibilidad dolorosa en hipogastrio con reflejos de defensa

Percusión:

Paciente con áreas timpánicas adecuadas

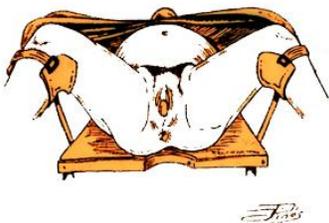
PALPACIÓN INGUINAL. EXAMEN MIEMBROS INFERIORES.

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

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

- Problemas flebíticos.
- Fenómenoscompresiv

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 :

Paciente femenino que presenta higiene sin desgarros ni lesiones en labios menores y mayores

Palpación de la vulva :

Paciente femenino sin ningún problema en la región vulvar.

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).



Evaluaremos

OCE de nulípara (redondo) o multípara (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).

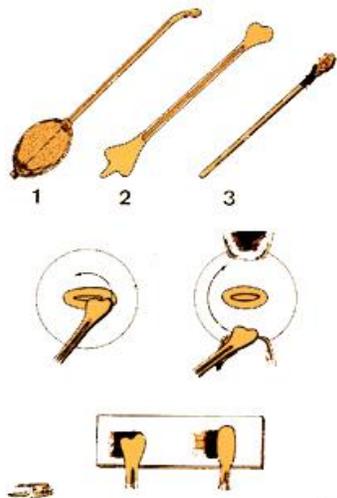
Pruebas complementarias :

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.



Biopsia de cuello uterino.

Histerometría.

Biopsia endometrial/microlegrado.

Pequeñas intervenciones ambulatorias :

Electrocoagulación cervical.

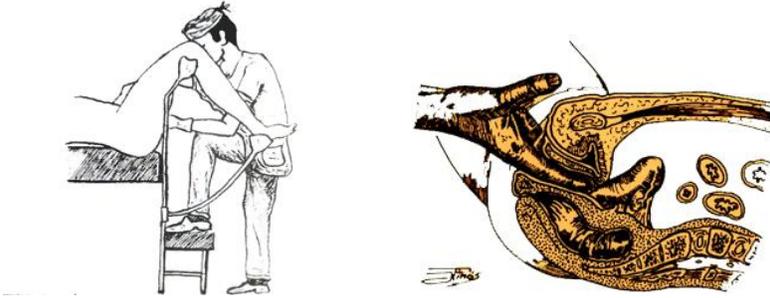
Criocoagulación cervical.

Laserterapia.

Culdocentesis.

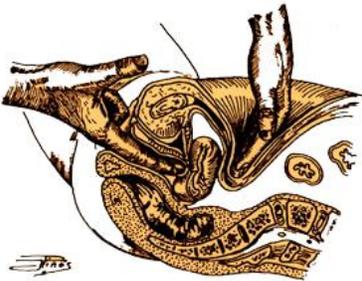
TACTOS GINECOLÓGICOS :

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.



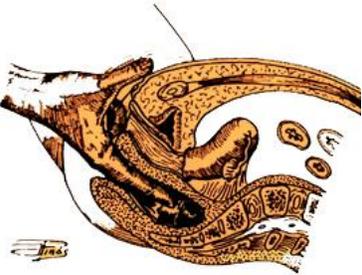
Tacto bimanual :

Paciente femenino con el útero en posición anteversión con tamaño normal poca dureza y mucha sensibilidad. No presenta engrosamientos ni tumoraciones .



Tacto rectal :

Paciente femenino con adecuada anatomía rectal sin presentar lesiones o desgarres.



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