



**PASIÓN POR EDUCAR**

**Nombre de alumnos: Cristhian Nájera Jiménez.**

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

**Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico.**

**Materia: Enfermería En El Cuidado De La Mujer.**

**Grado: 4rto Cuatrimestre.**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de Noviembre del 2020.

Anatomía y fisiología.

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 g.

Los ovarios, que se suspenden de la cavidad pélvica a ambos lados del útero a través de ligamentos, muestran un aspecto arrugado.

Una niña recién nacida posee alrededor de un millón de folículos ováricos cada folículo ovárico contiene un ovo cito o célula sexual inmadura.

Estos folículos se transformarán en folículos de Graaf (folículos maduros) y liberarán un óvulo maduro.

Otra función el ovario, además de la ovogenia, es la producción y la secreción de dos hormonas: el estrógeno y la progesterona.

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.

La disminución de las concentraciones de progesterona provoca el desprendimiento del endometrio, lo que da lugar a la menstruación.

Órganos accesorios femeninos.

Los órganos accesorios del aparato reproductor femenino son un conjunto de conductos y glándulas y los genitales externos.

Conductos productores las dos trompas de Falopio (también conocidas como trompas uterinas u oviductos) transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero.

El extremo distal de cada trompa de Falopio desemboca en la cavidad pélvica, por lo que el aparato reproductor femenino se considera un sistema abierto.

Por lo general, la fecundación tiene lugar en el tercio distal de la trompa de Falopio (el tercio más próximo a los ovarios).

El útero es un órgano pequeño de tamaño similar al de una pera, el útero se compone principalmente de músculo (miometrio) y contiene una pequeña cavidad central.

El útero se encuentra suspendido en la cavidad pélvica entre la vejiga urinaria y el recto. El útero se divide en dos porciones: la porción superior se llama el cuerpo y la porción inferior se conoce como el cuello uterino.

La vagina es un tubo de 10 cm de longitud que conecta el cuello uterino con el orificio proximal de la vagina, está formada Mayoritariamente por músculo liso y se encuentra tapizada por una mucosa, esta mucosa forma pliegues (rugas) que hacen posible la distensión vaginal durante el parto.

Aparato reproductor masculino.

Los órganos esenciales del aparato reproductor masculino son un par de gónadas o testículos, los testículos se forman en la porción inferior del abdomen y descienden hacia el escroto antes del nacimiento.

Los testículos se ocupan de la síntesis de hormonas masculinas y la producción de espermatozoides

El desarrollo de espermatozoides normales requiere esta temperatura más baja. El testículo tiene forma ovalada y un tamaño de 3 cm de largo y 2,5 cm de ancho (un tamaño semejante al de una nuez).

Los espermatozoides se producen en las paredes de estos túbulos seminíferos.

La espermatogonia, el proceso de producción de espermatozoides, comienza en la pubertad.

La división meiótica da lugar a cuatro espermáticas que madurarán para convertirse en espermatozoides.

Los testículos se encargan de la síntesis de testosterona además de producir espermatozoides, la hormona testosterona, sintetizada por células intersticiales, interviene en, desarrollo de órganos accesorios masculinos aumento de la masa y potencia musculares, Ciertos rasgos masculinos, como la voz grave y el vello corporal.

Órganos accesorios masculinos.

Los órganos accesorios masculinos son una serie de conductos, glándulas auxiliares y genitales externos.

El epidídimo, situado en la cara superior de cada testículo, es un tubo muy enroscado de unos 6 m de longitud en el que los espermatozoides maduran y adquieren la capacidad de movimiento, este atraviesa la glándula prostática de modo que los espermatozoides se vierten a la uretra y salen del pene al exterior a través del meato urinario externo.

Los términos semen o líquido seminal se refieren a la mezcla de espermatozoides y el líquido generado por las glándulas reproductoras.

Las dos vesículas seminales se encuentran debajo y detrás de la vejiga urinaria. Producen un espeso líquido amarillento que contiene fructosa en abundancia, esta fracción del líquido seminal aporta una fuente de energía a los espermatozoides dotados de una gran movilidad.

La glándula denominada próstata es una glándula en forma de rosquilla que se localiza inmediatamente debajo de la vejiga urinaria y La uretra atraviesa el centro de la próstata. Esta glándula secreta un líquido lechoso poco espeso que activa a los espermatozoides y mantiene su capacidad de movimiento.

Las dos glándulas bulbouretrales o glándulas de Cowper se encuentran debajo de la próstata, secretan un líquido mucoso en la sección de la uretra que atraviesa el pene que ayuda a neutralizar el ambiente ácido de la uretra y lubrica el extremo distal del pene.

Inspección y palpación.

Estas exploraciones son las que deberían realizarse en toda paciente obstétrica o ginecológica.

En toda paciente gestante debe realizarse una exploración básica, en cada visita debe determinarse el peso materno y la presión arterial, en la primera visita debe tomarse la talla de la paciente para el cálculo de índice de masa corporal (IMC).

En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi-Fowler, para considerar la presión arterial diastólica debe tenerse en cuenta el 5º ruido, no el 4º, Si el 5º ruido no está presente, se registrará el 4º ruido (atenuación del ruido).

A partir del segundo trimestre debe medirse la altura uterina. Para ello puede usarse un pelvímtero o simplemente una cinta métrica.

A partir de las semanas 24 -26 de gestación deben realizarse las maniobras de Leopold.

Exploración, Primero mediante inspección, buscando distensiones o abultamientos o cicatrices y, en segundo lugar, mediante palpación para la localización de tumoraciones pélvicas o incluso abdominales.

La palpación debe realizarse con maniobras lentas y cuidadosas usando la parte plana de los dedos, generalmente se aconseja explorar por cuadrantes siguiendo el sentido de las agujas del reloj, empezando por el cuadrante supero externo, seguidamente debe observarse la presencia o no de galactorrea mediante la expresión del pezón, y finalmente deben explorarse las áreas de drenaje linfático mamario más accesibles, como son el hueco axilar y el hueco supraclavicular en busca de adenopatías.

Maniobras de Leopold.

En la primera maniobra de Leopold el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel.

En la segunda maniobra, las manos se colocan a ambos lados del abdomen materno. Así se puede localizar la espalda y determinar la situación fetal (longitudinal, oblicua o transversa) y la variedad (derecha o izquierda).

La tercera maniobra sirve para confirmar la presentación.

La cuarta evalúa el grado de encajamiento de la presentación.

Exploración básica en ginecología.

La exploración ginecológica básica debe incluir: exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica.

Exploración mamaria la exploración mamaria debe comenzarse con la inspección de las mamas, con los brazos de la paciente a los lados y luego con las manos apoyadas en la cadera y/o 30con los brazos en alto.

Exploración mamaria la exploración mamaria debe comenzarse con la inspección de las mamas, con los brazos de la paciente a los lados y luego con las manos apoyadas en la cadera y/o 30con los brazos en alto.

2.1 ADOLESCENCIA EN LA MUJER.

Dice que la adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y el cuerpo se prepara para la función reproductora, (12-19 años de edad).

ADOLESCENCIA Y MATERNIDAD.

Se han identificado riesgos médicos asociados al embarazo en las adolescentes, la hipertensión, la anemia, el bajo peso al nacer, el parto prematuro, la nutrición insuficiente y otros que determinan elevación de la morbilidad materna y la mortalidad infantil en comparación con otros grupos de madres de otras edades.

Fracaso de las funciones de la adolescencia.

Adquisición de independencia, logro de la propia identidad, determinación del papel sexual, desarrollo de un sistema de valores y elección vocacional.

Fracaso en la continuación de sus estudios o en su preparación para la vida adulta.

Fracaso para constituir una familia estable por lo general matricéntricas y monoparental.

Fracaso para sostenerse a sí misma, dependiendo de su familia o del bienestar social (Watora, J., 1986 citado por Peláez., 1996). Por otra parte, la actitud que adoptan las adolescentes frente a la experiencia del embarazo, varía de una etapa inicial y media en la cual la embarazada se preocupa por sus propias necesidades.

CAMBIOS FISICOS EN LA MUJER.

El desarrollo del vello pubiano y crecimiento de las mamas son los hechos más destacados de los cambios en la morfología corporal de los adolescentes: el botón mamario es el primer signo de comienzo puberal y puede acontecer entre los 9 y 13 años (media de 11,2 años).

La menarquia ocurre en el estadio IMS 3 o 4 y está relacionada con la edad de la menarquia de la madre y las condiciones socioeconómicas.

La media de edad de la menarquia está alrededor de los 12,4 años (3,6), también hay cambios a nivel de ovario y tamaño del útero.

El crecimiento implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo, la GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento, otras hormonas, como la paratohormona, dehidrocolecalciferol y calcitonina influyen en la mineralización ósea, la GH es la hormona clave en el crecimiento longitudinal; está secretada bajo la influencia del factor de liberación GHRH y la somatostatina.

Fisiología del crecimiento, el crecimiento implica una correlación entre la actividad endocrinológica y el sistema óseo. La GH, tiroxina, insulina y corticoides influyen en el aumento de la talla y la velocidad de crecimiento. Otras hormonas, como la paratohormona, 1,25 dehidrocolecalciferol y calcitonina influyen en la mineralización

CAMBIOS EMOCIONALES.

Cambios psicosociales las transformaciones físicas tienen un correlato en la esfera psicosocial comprendiendo cuatro aspectos: la lucha dependencia-independencia, la importancia de la imagen corporal, la relación con sus padres y el desarrollo de la propia identidad.

La lucha independencia-dependencia: en la primera adolescencia (12 a 14 años), la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un "vacío" emocional.

Preocupación por el aspecto corporal: los cambios físicos y psicológicos que acompañan la aparición de la pubertad generan una gran preocupación en los adolescentes, sobre todo en los primeros años, con extrañamiento y rechazo del propio cuerpo.

Integración en el grupo de amigos: vital para el desarrollo de aptitudes sociales, la amistad es lo más importante y desplaza el apego que se sentía hasta entonces por los padres.

Desarrollo de la identidad: en la primera adolescencia hay una visión, desarrollo psicosocial (12 a 14 años) dependencia-independencia →Mayor recelo y menor interés por los padres, Vacío emocional, humor variable Preocupación por el aspecto corporal Inseguridad respecto a la apariencia y atractivo Interés creciente sobre la sexualidad Integración en el grupo de amigos.

CUIDADOS DE LA MUJER EN LA ADOLESCENCIA.

La exploración ginecológica es una parte esencial en la atención médica a las adolescentes.

Se recomienda realizar el primer examen ginecológico aproximadamente a los 18 años de edad, independientemente de la actividad sexual.

Se debe adelantar si existe alguna de las siguientes razones: amenorrea, algomenorrea, poli menorrea, dismenorrea importante, flujo vaginal, dolor abdominal de etiología no clara y actividad sexual (pasada o presente).

Es muy importante que mientras se esté haciendo la exploración se vaya explicando lo que hacemos, informando que lo que se va encontrando es normal (si es que lo es) y teniendo siempre en cuenta el estadio de desarrollo puberal.

El examen externo debe incluir el vello pubiano y el periné, para descartar posibles lesiones, tamaño y aspecto del clítoris y glándulas de Bartolino, así como la presencia o ausencia de flujo vaginal y sus características.

En la mayoría de las ocasiones puede ser suficiente realizar una exploración genital externa y un tacto rectal, en el que podemos identificar el útero y anejos.

El cérvix de las adolescentes puede tener un aspecto peculiar, que a veces puede ser difícil de diferenciar de una cervicitis, debido a que el epitelio columna, normalmente situado en el endocervix, se une a este nivel al epitelio escamoso del exocervix30.

