



ASIGNATURA:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

CATEDRATICO:

VICTOR MANUEL NERY GONZALEZ

TEMA:

FECUNDACION, NIDACION, OVULAR PLACENTACION, PLACENTA HUMANA,
ANATOMIA Y FISIOLOGIA Y LIQUIDO AMNIOTICO

ALUMNA:

AZUCENA RAMIREZ HERNANDEZ

LICENCIATURA:

ENFERMERIA

CUTRIMESTRE:

“5”

TRABAJO:

ENSAYO

PICHUCALCO, CHIAPAS 22 DE enero de 2021

INTRODUCCION

POR MEDIO DE ESTE TRABAJO PODREMOS LOGRAR ADAR ACONOCER VARIOS ASPECTOS DE LA IMPORTANCIA QUE ES LA GINECOLOGIA ES UNA EXPOLORACION COMPLEMENTADOS CON ESTUDIOS DE ÑA VORATORIOS Y MEDIDAS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS QUE PERMITEN EVALUAR DESDE UNA PERSPECTIVA MAYOR ALOS PROBLEMAS MAS COMUNES DEL GENERO FEMENINO ASI QUE ES FUNDAMENTAL LA CONFIANSA DEL PACIENTE ASIA EL MEDICO POR PROBLEMAS MUY UNTIMOS BULTOS MAL OLOR, DEL AREA GENITAL DE LA MUJER, EMBARAZO EN EDAD TEMPRANO

FECUNDACION

La fecundación es la unión del espermatozoide con un ovocito secundario; se lleva a cabo en la ampolla de la trompa de Falopio a través de diversos procesos que permiten la fusión entre ambos gametos. Previa a esto se requieren cambios en el espermatozoide, como es la capacitación y la reacción acrosómica. Capacitación del espermatozoide La capacitación del espermatozoide es un requisito indispensable para que ocurra la fecundación; dicho proceso es muy complejo e incluye cambios metabólicos y modificación en la permeabilidad de la membrana plasmática del espermatozoide. Esto ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio. Desde que se deposita el semen en la vagina se inicia la carrera en la que se capacitarán los espermatozoides, y el más apto es el que podrá fertilizar al ovocito. De los millones de espermatozoides que se depositan durante el coito (100 millones por mililitro aproximadamente), la mayoría muere debido a la acidez propia de la vagina. De hecho, la alcalinidad del semen neutraliza este medio. Más tarde, los espermatozoides sobrevivientes atraviesan el conducto cervical ocluido por moco en el que quedan atrapados muchos otros, algunos se almacenan entre los pliegues de mucosa cervical y después se liberan lentamente desde ese lugar. La fecundación comienza desde el momento en que el espermatozoide se abre paso a través de las barreras del ovocito: corona radiada, zona pelúcida y membrana plasmática, así como los eventos que suceden en el interior del ovocito en respuesta a la penetración. En el ciclo menstrual normal se libera un óvulo de uno de los ovarios alrededor del día 14 antes de la siguiente menstruación. La liberación del óvulo se denomina ovulación. El óvulo alcanza el extremo en forma de embudo de una de las trompas de Falopio, donde se puede producir la fecundación, y es transportado hasta el útero. Si no es fecundado, el óvulo degenera y se elimina a través del útero en el siguiente período menstrual. Si, por el contrario, un espermatozoide consigue penetrar en el óvulo y lo fecunda, éste comienza a convertirse en embrión mediante una serie de divisiones celulares. Si se liberan y fecundan más de dos óvulos, se produce un embarazo múltiple (en general, de dos fetos) y en este caso se habla de mellizos. Los gemelos idénticos son el resultado de la separación de un óvulo ya fecundado, en dos células independientes la primera vez que se divide. Durante la ovulación, la mucosidad cervical (el cérvix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina) se vuelve más fluida para permitir que el esperma llegue al útero rápidamente. El espermatozoide emigra desde la vagina hasta el extremo en forma de embudo de la trompa de Falopio (el punto donde normalmente se produce la concepción) en 5 minutos

Durante la ovulación, la mucosidad cervical (el cérvix es la parte inferior del útero que se abre dentro de la vagina) se vuelve más fluida para permitir que el esperma llegue al útero rápidamente. El espermatozoide emigra desde la vagina hasta el extremo en forma de embudo de la trompa de Falopio (el punto donde normalmente se produce la concepción) en 5 minutos. Esos espermatozoides tienen una supervivencia de unos tres días aproximadamente en esta localización. Las células que revisten por dentro la trompa de Falopio facilitan la fecundación y el subsiguiente desarrollo del óvulo fecundado (cigoto). UNIVERSIDAD DEL SURESTE 51 Del óvulo al embrión. El óvulo fecundado (cigoto) se divide en repetidas ocasiones

mientras se desplaza para llegar al útero. Primero, el cigoto se convierte en una sólida bola de células (mórula), luego en una esfera hueca formada por células llamada blastocisto. Dentro del útero, el blastocisto se implanta en la pared uterina y se transforma en el embrión y la placenta. Implantación y desarrollo de la placenta. La implantación es la unión e inserción del blastocisto a la pared del útero.

El blastocisto habitualmente se implanta cerca del fondo del útero, ya sea en la pared anterior como en la posterior. La pared del blastocisto tiene el espesor de una célula excepto en un área en la que tiene de tres a cuatro células. Las células internas de la parte más gruesa de la pared del blastocisto se convierten en el embrión, mientras que las externas penetran en la pared uterina para formar la placenta. La placenta produce hormonas que ayudan a mantener la gestación y permite el intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de desecho entre la madre y el feto. La implantación comienza entre 5 y 8 días después de la fecundación y se completa en 9 o 10 días. La pared del blastocisto se convierte en la capa externa de las membranas (corion) que rodean al embrión. Una capa interna de membranas (amnios) se desarrolla entre los días 10 y 12 y forman el saco amniótico.

Éste se llena de un líquido claro (líquido amniótico) y se extiende para envolver el embrión en desarrollo, que flota en su interior. Por otro lado, las diminutas prolongaciones (vellosidades) de la placenta en desarrollo se extienden hasta la pared del útero y se ramifican hasta formar un complicado patrón arborescente. Esta ramificación aumenta en gran medida el área de contacto entre la madre y la placenta y permite el tránsito de más nutrientes de la madre al feto y de los productos de desecho del feto a la madre. La placenta está completamente formada entre las semanas 18ª y 20ª, pero sigue creciendo durante todo el embarazo; en el momento del parto, alcanza el medio kilogramo de peso. Una vez que se unen en espermatozoide y el óvulo, se forma el embrión. Constituye una célula con la carga genética completa, aportada por ambos padres. Este proceso se conoce UNIVERSIDAD DEL SURESTE 52 como fecundación y en la mayoría de los casos se lleva a cabo en el interior de las trompas de Falopio. El embrión debe viajar hacia el útero, para implantarse en el endometrio, que es una capa mucosa que reviste a la cavidad uterina. De esta manera ocurre la anidación o implantación del embrión, hecho fundamental para que pueda darse el embarazo.

PLACENTA HUMANA: ANATOMÍA: FISIOLOGÍA: LÍQUIDO AMNIÓTICO

La placenta es el asiento principal del intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto. La placenta es un órgano fetomaterno que posee dos componentes:

- Una porción fetal: se desarrolla a partir del saco coriónico.
- Una porción materna: que deriva del endometrio. La placenta y el cordón umbilical crean un sistema de transporte para el paso de las sustancias de la madre al feto. Las membranas fetales y la placenta son expulsadas del útero, con el alumbramiento, poco después del parto. Decidua Es el endometrio grávido, la capa funcional del endometrio de la mujer embarazada que se separa del resto del útero después del parto.

Dependiendo del lugar de su implantación se denomina:

- Decidua basal: situada en la profundidad del producto de la concepción, que forma la porción materna de la

placenta. · Decidua capsular: parte superficial que cubre el producto de la concepción. · Decidua parietal: está constituida por el resto de la decidua. Las células deciduales derivan del tejido conjuntivo de la decidua, que fue estimulado por la progesterona en la sangre materna para darles origen. Estas células degeneran y junto con la sangre materna y las secreciones uterinas, proporcionan al embrión una fuente abundante de UNIVERSIDAD DEL SURESTE 53 nutrición. No se conoce por completo el papel de las células deciduales, pero se ha propuesto, que protegen el tejido materno frente a la invasión descontrolada del sincitiotrofoblasto e interviene en la producción hormonal. Las regiones deciduales, claramente visibles en la ecografía, son importantes para diagnosticar el embarazo temprano. Desarrollo de la placenta Se caracteriza por la proliferación rápida del trofoblasto y el desarrollo del saco y de las vellosidades coriónicas. Hacia el final de la tercera semana se establecen las disposiciones anatómicas necesarias para los intercambios fisiológicos entre la madre y el embrión. Las vellosidades coriónicas cubren todo el saco coriónico hasta el comienzo de la octava semana. Conforme crece el saco, las vellosidades asociadas a la decidua capsular son comprimidas, y el flujo sanguíneo correspondiente disminuye. Estas vellosidades degeneran produciendo una zona desnuda relativamente avascular, el corion liso. A medida que desaparecen estas vellosidades, las asociadas a la decidua basal aumentan rápidamente de número, se ramifican profundamente y se agrandan. Esta región del saco coriónico se conoce como corion frondoso. El crecimiento en tamaño y grosor de la placenta sigue su marcha acelerada hasta que el feto cumple aproximadamente 18 semanas (20 semanas de gestación). La placenta totalmente desarrollada cubre del 15 % al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto. La placenta tiene dos porciones: La porción fetal de la placenta: formada por el corion frondoso. Las vellosidades coriónicas que nacen de él se proyectan al espacio intervelloso que contiene sangre materna. La porción materna de la placenta: formada por la decidua basal. Al final del cuarto mes, la decidua basal es sustituida casi por completo por la porción fetal de la placenta. La porción fetal de la placenta se inserta en la porción materna de la placenta mediante la cubierta citotrofoblástica, la capa externa de las células trofoblásticas situadas en la superficie materna de la placenta Las vellosidades coriónicas se insertan con firmeza en la decidua basal a través de la cubierta citotrofoblástica y fijan el saco coriónico a la decidua basal. Las arterias y las venas endometriales atraviesan libremente las hendiduras de la cubierta citotrofoblástica y desembocan en el espacio intervelloso. La forma de la placenta depende de la zona donde persisten las vellosidades coriónicas. A medida que las vellosidades coriónicas invaden la decidua basal, el tejido decidual es erosionado y se ensancha el espacio intervelloso. Esta erosión crea varias áreas cuneiformes de decidua, los tabiques placentarios, que se proyectan hacia la placa coriónica, la parte de la pared coriónica relacionada con la placenta. Los tabiques placentarios dividen la porción fetal de la placenta en áreas convexas irregulares o cotiledones (de 15 a 20 cotiledones). Cada cotiledón se compone de dos o más troncos vellosos, de dos o más troncos vellosos, cada uno con múltiples ramas. Al final de cuarto mes, la decidua basal ha sido prácticamente sustituida por los cotiledones. La decidua capsular, la capa de la decidua que cubre el saco coriónico implantado, forma una capsula sobre la superficie externa del saco. Conforme va creciendo el fruto de la

concepción, la decidua capsular protruye sobre la cavidad uterina atenuándose notablemente. Al final, la decidua capsular entra en contacto y se fusionan con la decidua parietal, obliterando con ello la cavidad uterina poco a poco. A la semana 22 a 24 la menor perfusión sanguínea de la decidua capsular hace que degenera y desaparezca. Tras la desaparición de la decidua capsular, la parte lisa del saco coriónico se fusiona con la decidua parietal. Esta fusión se puede deshacer, si la sangre escapa del espacio intervelloso.

