



**Nombre del alumno: Juan Pablo
Aguilar Jiménez**

**Nombre del profesor: D.A.E. María
Cecilia Zamorano Rodríguez**

Nombre del trabajo: Obstetricia

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Ginecología Y Obstetricia

Grado: 4°

Grupo: "A"

Una de las principales ramas de la enfermería más sobresalientes es la ginecológica y obstétrica, esto debido a que en la mayoría de las mujeres tienen esa empatía con otra mujer, el ayudar a llevar un control sobre su salud reproductiva, y en su dado caso en el control prenatal. De esta manera la enfermería juega un papel importante en el desarrollo de esta área, ya que enfermería es la primera línea de contacto con el paciente, se realizan una mayor cantidad de actividades, como el fomento y promoción a la salud, en los cuidados de enfermería o en intervenciones junto con el médico. En el siguiente apartado vigilarémos más el área de la obstetricia,

Historia Clínica en Gineco – Obstetricia

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera. En caso de pacientes sintomáticas, la historia clínica, 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 planteado por la paciente. En el caso de la paciente gestante, la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

La anamnesis debe de ser sistemática, estructurada y dirigida, debe incluir:

- Datos de filiación → Edad, estado de salud
- Motivo de consulta → Escribir signos y síntomas, de forma gradual y si va acompañado de algún otro síntoma
- Antecedentes personales y antecedentes familiares
- Edad de la menarquia
- Fecha de la última menstruación

Atención prenatal

Se define como Es el conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita

que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o síquicas para la madre, el recién nacido o la familia

Para elaborar una historia clínica completa debe de → ser completa, se debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y sicosociales, una organizada revisión por sistema, se debe hacer un enfoque especial en el cálculo de la edad gestacional, considerando la fecha de la última menstruación, su confiabilidad para ser correlacionada con la altura uterina y los hallazgos ecográficos.

Examen físico → Es importante realizar un exhaustivo examen físico, este debe incluir medidas antropométricas, como estatura y el peso para definir el índice de masa corporal, para establecer el riesgo nutricional que tiene la paciente; deben tomarse muy bien los signos vitales, en especial la presión arterial, la cual deberá ser tomada en la gestante en el brazo derecho en posición sentada después de 10 minutos de reposo. Posteriormente se realiza un examen por sistemas, características de los genitales externos, la especuloscopia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos. En caso de un ingreso tardío al control prenatal se debe realizar una valoración obstétrica que incluya medición de la altura uterina, determinar la situación presentación FCF y detectar los movimientos fetales.

SOLICITUD DE PARACLÍNICOS → Se hace necesario pedir exámenes paraclínicos iniciales con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos que puedan alterar el resultado prenatal

Anatomía del aparato genital femenino

Dentro de la información encontrada en la antología, se puede dividir en dos partes →
Genitales externos: La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. El monte de Venus, clítoris, himen, conductos de las glándulas de Bartholino

Y en genitales internos: Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra

Embriología del aparato genital femenino

Desarrollo de la gónada: En los primeros estadios de la embriogénesis es imposible distinguir las células somáticas de las células sexuales, más adelante se reconocen porque las células sexuales son más grandes, ricas en protoplasma y con un núcleo que se destaca, como no se sabe si van a ser oogonios o espermatogonios se las denomina gonocitos. Los gonocitos, en estadios tempranos aparecen en la alantoides, se encuentran también en la hoja visceral del celoma y en el endodermo, y se cree que migran desde el lugar de su primera aparición hasta su lugar definitivo en la glándula genital. La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, la mesénquima subyacente a él y las células germinativas. En la 5ª. Semana el epitelio celómico ubicado en la región dorsal del cuerpo embrionario, entre la raíz del mesenterio y el mesonefros, prolifera, sus células planas al principio, se hacen cúbicas y luego pluriestratifican, la zona longitudinal del epitelio engrosado se llama estría, banda o cresta genital y está constituida por el epitelio celómico y por la mesénquima subyacente que forman un abultamiento en el lado medial del mesonefros.

En la 6ª Semana los gonocitos invaden la glándula, cuyo epitelio ha ido creciendo hacia la mesénquima subyacente formando cordones epiteliales: los cordones sexuales primarios. La gónada consiste ahora en una zona periférica o corteza y una zona interna o médula. Los gonocitos penetran en la mesénquima y se unen a los cordones sexuales primarios de la corteza, su presencia creciente, aumenta el volumen de la gónada que sobresale por dentro del mesonefros. En la 7ª. Semana los gonocitos que pueblan la glándula son muy numerosos y se disponen en grupos formando rosetas, la glándula es voluminosa y se estrecha su unión con el mesonefros formando un meso corto y ancho. Por fuera de ella se invagina el epitelio celómico para constituir el conducto de Müller.

Ciclo sexual, eje hipotálamo

El control de la función reproductora requiere una regulación precisa, cuantitativa y temporal, del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal. Dentro del hipotálamo, ciertos núcleos

liberan hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) con un patrón pulsátil. Se trata de un decapeptido sintetizado por las células peptidérgicas hipotalámicas de la eminencia media, cuya secreción se halla bajo un fuerte control. La secreción de GnRH es pulsátil, siendo dichos pulsos infrecuentes e irregulares, altamente controlados por la retroalimentación de las gonadotropinas. Actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (hormona luteinizante: LH y hormona folículoestimulante: FSH). La liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. Se necesita la secreción pulsátil de GnRh para lograr una secreción sostenida de gonadotropinas. Una secreción continua de GnRh reduce rápidamente la secreción de LH y FSH, lo cual se utiliza en clínica en patologías dependientes de esteroides sexuales

Hipófisis- ovario- endometrio

El desarrollo de los genitales externos se produce de igual forma por la presencia o ausencia de las hormonas mencionadas. Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad, en este momento los órganos reproductores se activan por estimulación de las gonadotropinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamahipofisario. La pubertad coincide con el crecimiento del cuerpo y la aparición de los caracteres sexuales secundarios; se inicia alrededor de los 11 años para las niñas y de 12 años para los niños, aunque presenta una gran variabilidad dependiendo de factores genéticos y ambientales.

La madurez sexual viene marcada por la menarquia o primer sangrado menstrual en las niñas y por la primera eyaculación en los niños. Alrededor de los 50 años se produce en las mujeres la menopausia: los ovarios dejan de responder a las gonadotropinas y los ciclos sexuales y la menstruación cesan gradualmente y desaparecen. En el caso de los varones la producción de células germinales y testosterona continúa, aunque va disminuyendo gradualmente.

Fecundación, nidación ovular, placentación

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. Previo a esto se requieren cambios en el espermatozoide, como es la capacitación y la reacción acrosómica

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

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.

Placenta humana

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, y una porción materna: que deriva del endometrio

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

Diagnóstico clínico del embarazo

Desde las primeras semanas embarazo, cuando el bebé comienza a desarrollarse dentro del cuerpo de la madre, ésta va a descubrir signos y síntomas en su organismo que permiten hacer el diagnóstico presuntivo del embarazo. No todas las mujeres tienen los mismos síntomas, ni tampoco en las mismas semanas del embarazo. Ante la posibilidad del embarazo la mujer podrá utilizar los diferentes métodos diagnósticos. Aunque para confirmar con certeza la existencia de una gestación hay que visualizar al embrión, y esto se hace en la actualidad por medio de la ecografía

La función reproductiva es vital en el desarrollo de la vida, por eso es importante el control de la salud reproductiva, así mismo cuando ya existe un embarazo es de igual importancia, para evitar enfermedades o malformaciones congénitas. De igual manera la importancia que radica en el personal de enfermería para la atención y control de pacientes femeninas.

REFERENCIAS

UDS Universidad del Sureste

2021. Antología de Ginecología Y Obstetricia pp. 10 – 71

PDF. Recuperado el 21 de enero de 2021