



**Nombre de alumnos: Laura Guadalupe
Álvarez Gómez**

**Nombre del profesor: María Cecilia
Zamorano**

Nombre del trabajo: Obstetricia

Materia: Ginecología y obstetricia I

Grado: 5°

Grupo: "A"

OBSTETRICIA

Para comenzar hablaremos sobre la obstetricia es la especialidad médica que se ocupa del embarazo, el nacimiento y el puerperio o posparto, incluyendo las situaciones de riesgo que requieran una intervención quirúrgica. El obstetra principalmente se encarga de la preparación integral de la maternidad para contribuir a la salud tanto de la madre como del bebé, realizando controles prenatales, acciones de prevención para la buena salud reproductiva, y de atención al parto y al posparto, incluyendo información acerca de los cuidados del bebé, higiene, alimentación, lactancia y la evolución del cuerpo de la embarazada durante la gestación, como así también el obstetra no sólo se ocupa de la salud física de la madre y del bebé, sino que también cuida los factores psicológicos y sociales vinculados a este periodo tan especial de la maternidad, por lo que su calidad humana es tan importante como la profesional. También se hablara lo importante que se debe plantear una historia clínica se dice que la historia clínica es un documento legal de la rama médica que surge del contacto entre un paciente y un profesional de la salud, donde se recoge toda la información relevante acerca de la salud del paciente, de modo que se le pueda ofrecer una atención correcta y personalizada. En la medicina, esta rama sanitaria se suele combinar con la ginecología bajo la especialidad de ginecología y obstetricia, ya que ambas van de la mano. Pero su función es diferente, el ginecólogo se encarga de la revisión y tratamiento de las enfermedades relacionadas con los órganos reproductivos femeninos (incluyendo aspectos como menstruación, los problemas reproductivos o la menopausia). Pues estos son los puntos a tratar claro también se hablarán sobre las exploraciones ginecológicas de las gestantes, entre otros puntos de la obstetricia.

Las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología, en toda paciente gestante debe de realizarse una exploración básica, en la cual se incluyen las maniobras de Leopold, en la primera maniobra el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel por lo tanto, puede deducir la parte presentada, la cabecera o la nalga. 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, en lo que es la tercera maniobra sirve para confirmar la presentación y la cuarta evalúa el grado de encajamiento de la presentación.

La exploración ginecológica básica debe incluir, exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica, explicare como es que se debe de realizar 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 con los brazos en alto. Deben localizarse cicatrices, cambios de coloración o úlceras, tanto en la piel de la mama como el complejo aréola-pezones. Es importante observar la presencia o no de un edema que confiere un aspecto arrugado y áspero de la piel ya que es un hallazgo anormal. Seguidamente debe realizarse palpación de la mama para detectar la presencia de nódulos. Esto puede hacerse con la paciente en bipedestación, sedestación o decúbito supino. 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 superior 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. La exploración abdominal en toda mujer que acude a la consulta ginecológica es prudente realizar una exploración del abdomen, al menos de las fosas ilíacas e hipogastrio, 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 exploración ginecológica esta es la parte más delicada de la exploración, es prudente ser cuidadoso, explicar a la paciente lo que se va a hacer y por qué, Invitar a la paciente a relajarse debe facilitar este examen es importante evitar órdenes bruscas o estrictas la exploración ginecológica requiere que la paciente se sitúe en lo que se denomina posición ginecológica o de litotomía, y para ello hay que usar una camilla de exploraciones especial, equipada con perneras a tal efecto, la exploración ginecológica debe realizarse con guantes y comienza con la inspección de los

genitales externos, monte de Venus y perineo deben explorarse los labios mayores, menores y el introito vaginal, deben identificarse y localizarse la presencia o no de lesiones, como úlceras, verrugas, cicatrices o tumoraciones, también deben inspeccionarse la zona clitoriana y el meato uretral.

La atención prenatal sus principales objetivos son identificar aquellos pacientes de mayor riesgo, con el fin de realizar intervenciones en forma oportuna que permitan prevenir dichos riesgos y así lograr un buen resultado perinatal. Esto se realiza a través de la historia médica y reproductiva de la mujer, el examen físico, la realización de algunos exámenes de laboratorio y exámenes de ultrasonido. Además es importante promover estilos de vida saludables, la suplementación de ácido fólico, una consejería nutricional y educación al respecto, el control prenatal es importante incluso en embarazos saludables. Los controles regulares ayudan a identificar pacientes con mayor riesgo tanto obstétrico como perinatal, agregan intervenciones ligadas a la prevención de dichos riesgos y también contribuyen a promover conductas saludables durante el embarazo.

La anatomía del aparato genital femenino, pues bien la vagina es un tubo musculomembranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina, el extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa anteroinferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. La vagina perfora la membrana perineal, normalmente se encuentra colapsada excepto en el extremo inferior donde el cuello uterino las mantiene abiertas, en esta parte se describen las porciones anterior, posterior y lateral, la porción posterior del fondo de saco es la más profunda y está íntimamente relacionada con el fondo de saco recto uterino. El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino, el cuerpo del útero está situado entre las capas del ligamento ancho y es libremente móvil, tiene dos caras, la vesical y la intestinal, los cuernos uterinos son las regiones superolaterales donde entran las trompas uterinas, el cuello del útero está dividido en las porciones vaginal y supravaginal esta última está separada de

la vejiga por tejido conectivo laxo y del recto posteriormente por el fondo de saco rectouterino. Las trompas uterinas se extienden desde los cuernos uterinos y se abren a la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosálpinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Los ovarios tienen forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario, el extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario. Este ligamento transporta los vasos, linfáticos y nervios ováricos hacia y desde el ovario, y constituye la porción lateral del mesovario. El ovario también se fija al útero mediante el ligamento propio del ovario, que se extiende dentro del mesovario. La vejiga urinaria tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra.

Embriología del aparato genital femenino El desarrollo del aparato genital femenino está marcado por la existencia de un estadio indiferenciado, cualquiera sea el sexo del embrión, hasta el final de la sexta semana, y por las relaciones con el desarrollo del aparato urinario a partir de esbozos parcialmente comunes. La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, el 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 el 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 el 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 el 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. Hasta este período del desarrollo es imposible determinar si la gónada es testículo u ovario por lo que se denomina a éste período indiferente 8ª Semana: Hay una clara diferenciación de la gónada, determinando el comienzo del período de diferenciación sexual.

El eje hipotálamo-hipófisis-gonadal da 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 con un patrón pulsátil. Las manifestaciones clínicas del síndrome climatérico (SC) se consideran expresión de los cambios neuroendocrinos consecutivos al cese de la función reproductiva, por tanto, sería de esperar que la intensidad del SC tenga relación con el hipoestrogenismo o los niveles de gonadotropinas. Con el objetivo de relacionar niveles de estradiol y gonadotropinas con la intensidad de los síntomas climatéricos, La transición de la vida reproductiva de la mujer hacia la senescencia está caracterizada por una progresiva disminución de la función ovárica, refractaria a la estimulación que la hipófisis realiza sobre los folículos ováricos, los cuales van perdiendo su capacidad de crecer, madurar y ovular; proceso caracterizado por un progresivo aumento en los niveles plasmáticos de hormona estimuladora de los folículos (FSH), asociado a una disminución de los niveles de estradiol. Las manifestaciones clínicas del SC son consideradas como expresión de los cambios neuroendocrinos consecutivos al cese de la función reproductora, es decir, al hipoestrogenismo y al aumento de las gonadotropinas; sin embargo, cuando se analizan los factores que influyen en la intensidad del SC no son muchos los reportes que se refieren al impacto de los niveles plasmáticos de estas hormonas.

Hipófisis- ovario- endometrio. El hipotálamo produce la hormona reguladora de la secreción de las gonadotropinas (GnRH), que estimula a la hipófisis para que produzca a su vez las hormonas gonadotropinas, que son la LH (que favorece la maduración del folículo ovárico y la secreción de progesterona) y la FSH (que estimula el crecimiento normal del folículo ovárico). Los análogos de la GnRH se suelen usar en los tratamientos de reproducción asistida, para evitar que una ovulación espontánea de la paciente ocasione la pérdida de los óvulos empleados en el tratamiento de reproducción. La hipófisis, o glándula pituitaria, rige el funcionamiento de casi todas las demás glándulas endocrinas y es controlada, a su vez, por el hipotálamo. Es la responsable de secretar las hormonas FSH y LH. La secreción de LH se produce en una segunda fase y su principal acción es facilitar la maduración y rotura del folículo, con la consiguiente liberación del óvulo. Además, también contribuye (junto con la HCG, que es la hormona que suele detectarse en los test de embarazo) en la transformación del folículo en el cuerpo lúteo, que secreta progesterona y, en caso de producirse la fecundación del óvulo, mantendrá el embarazo durante las primeras semanas. El ciclo menstrual recurre aproximadamente cada 28 días durante el periodo de vida reproductiva de la mujer: desde la pubertad hasta la menopausia. Las fases del ciclo incluyen desarrollo de un folículo ovárico y su ovocito, ovulación, preparación del conducto reproductivo para recibir el óvulo fecundado y desprendimiento del revestimiento endometrial si no hay fecundación.

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. Durante la fecundación, los espermatozoides se enfrentan a la primera barrera, la corona radiada, la cual eliminan principalmente por el movimiento de sus

colas, aunque se ha mencionado también como responsable a la hialuronidasa fija a su membrana plasmática, 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. 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. 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.

Concluyendo con este tema puedo decir que ha sido demasiado amplio ya que tiene muchos subtemas muy interesantes e importantes nos habla sobre la gineco obstetricia ya que estas dos ramas de la medicina van de la mano, ya que nos hablan sobre la mujer gestante y la historia clínica que es de gran importancia realizarlas, ya que ahí va explicado con detalle la valoración que se le hace a dicha persona, considero y fue de suma importancia para mí ya que con lo leído y lo explicado ya tengo más conocimientos.

“La única función del enfermero es ayudar al individuo sano o enfermo”

Virginia Henderson