



**Nombre del alumno:**

**José Caralampio Jiménez Gómez**

**Nombre del profesor:**

**María Cecilia Zamorano Rodríguez**

**Nombre del trabajo:**

**Ensayo**

**Materia:**

**Ginecología y obstetricia**

**Grado:**

**Quinto cuatrimestre de la licenciatura en enfermería**

**Grupo: A**

## **Obstetricia**

¿De qué tratará este ensayo? Bueno en este ensayo hablaremos de temas de mucha importancia que intervienen en la obstetricia y así poderlos aplicar en la práctica clínica en las instituciones de salud, uno de los temas que aborda es la historia clínica en Gineco-obstetricia, esta historia clínica es muy importante para un médico o enfermero, ya que es una herramienta indispensable que nunca puede faltarles es la herramienta principal para trabajar, y así llevar a cabo un buen diagnóstico. Como siguiente tema está la atención prenatal, cuidados correspondientes y frecuencia de consulta, es donde se tiene que tener primero el concepto claro de salud reproductiva, que es el estado completo de bienestar físico y mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos las herramientas utilizadas para este control ayudan a lograr una maternidad y nacimientos seguros. En el tema anatomía del aparato genital femenino nos explica sobre cuáles y como están constituidos los genitales externos e internos, así como el útero, las trompas de Falopio, los ovarios, la vagina, la vejiga urinaria entre otros que a continuación se explicará más detalladamente. En la embriología del aparato genital femenino nos damos cuenta que el principal propósito es estudiar las características de la evolución prenatal del aparato genital femenino desde el inicio de su desarrollo y comprobar las diferentes etapas evolutivas para comprender las anomalías que se presentan frecuentemente, por alteraciones de la morfología durante el desarrollo, se estudiarán organogénesis de la gónada, de los conductos genitales y de los genitales externos. En el ciclo sexual será de mucha importancia hablar del eje hipotálamo, y principales acciones que se deben de dar en los ovarios. En la hipófisis, ovario y endometrio hablaremos sobre la diferenciación sexual, así como el sistema reproductor masculino, en donde incluye la espermatogénesis, síntesis y secreción de testosterona, la retroalimentación negativa y las acciones de los andrógenos. En el aparato genital femenino conoceremos la ovogénesis, el desarrollo de los folículos ováricos ocurre en las siguientes etapas, sobre la menstruación y entre muchos más que serán abordados a continuación. En el tema fecundación, nidación ovular y placentación como bien

dice hablara sobre temas donde explican sobre el proceso de fecundación enseguida de cómo se da una nidación ovular y el proceso de la placentación. En el tema de la placenta se conocerá como es que este órgano se encuentra estructurado cuáles son sus funciones durante el embarazo. Y por último se encuentra el tema de los diagnósticos clínicos durante el embarazo esto con el fin de que se lleve un buen control a la mujer embarazada, y conocer su fecha probable de parto.

**Historia clínica en gineco- obstetricia:** Para comenzar, como bien sabemos es muy importante conocer una historia clínica ya que es la principal herramienta que el médico debe de trabajar, así como si principal diagnostico lo hace con la historia clínica. Para poder llevar a cabo una 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. La anamnesis tiene que ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares.

En las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología nos dice que Estas exploraciones son las que deberían realizarse en toda paciente obstétrica o ginecológica. Exploración básica en obstetricia 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) y que, en la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler. La historia clínica es la herramienta clave para el manejo de la paciente obstétrica y ginecológica. Debe ser sistemática y completa, y sirve para identificar factores de riesgo de la paciente y establecer el diagnóstico diferencial de su dolencia. Sabemos que la exploración básica ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia y el tacto bimanual. Y es por eso que la exploración básica obstétrica debe incluir la toma de peso y presión arterial, la medición de la altura uterina y la realización de las maniobras de Leopold en segundo y tercer

trimestre. Es importante saber que las exploraciones complementarias en obstetricia son: la ecografía, la ecografía Doppler, la amniocentesis, la biopsia de corion y la cordocentesis, que se emplearán según caso e indicación.

**Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta:** en la atención prenatal sabes que se tiene que tener primero el concepto claro de salud reproductiva, que es el estado completo de bienestar físico y mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es aquí donde hablamos de la consulta preconcepcional y el control prenatal, para lograr una maternidad y nacimiento seguros. En la identificación y promoción de los factores protectores van a ser estudiados el estado de inmunidad frente a diversas infecciones, como hepatitis viral y las incluidas en el grupo TORCHS, así como completar el esquema del tétano, deficiencia de suplementación de ácido fólico preconcepcional para prevención de defectos abiertos del tubo neural. El control prenatal son 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. aquí es muy importante la elaboración de la historia clínica ya que debe 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. En el 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. Se realiza un examen por sistemas, características de los genitales externos, la especuloscopia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos.

Hay que hacer solicitud de paraclínicos esto con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos que puedan alterar el resultado prenatal. Es importante impartir actividades para la promoción de un buen estado de salud, así como saber identificar y entender muy bien la clasificación de riesgos, por eso es importante llevar a cabo consultas de seguimiento.

**Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné:** Sabemos que existen los genitales externos: los cuales son: la vulva que está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal, el monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. Los labios menores se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. El clítoris es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas. 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. En la fijación de las vísceras pélvicas el útero se fija gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares. Los ligamentos redondos son prolongaciones aplanadas que se extienden desde los cuernos uterinos hacia abajo, siguiendo el conducto inguinal, para terminar en los labios mayores. Los ligamentos anchos parten de la pared pélvica lateral formando dos amplias alas que rodean al útero dividiendo la cavidad pélvica en un compartimento anterior y otro posterior. En la vascularización la mama recibe su aporte sanguíneo a través de tres vías principales: 1) Arteria mamaria interna. 2) Arteria torácica inferior (rama de la axilar): También llamada arteria mamaria externa. 3) Arterias intercostales posteriores (ramas de la aorta): se dirigen de atrás hacia delante para acabar anastomosándose con las arterias intercostales anteriores (ramas de la mamaria interna). En la

inervación: La piel que recubre la glándula recibe inervación de los 6 primeros nervios intercostales. Y en el drenaje linfático es importante reseñar la gran cantidad de anastomosis linfáticas existentes y las grandes variaciones anatómicas individuales. Podemos diferenciar cuatro vías principales: 1) Vía axilar: Vía fundamental de drenaje mamario. Recibe el drenaje de la porción superior y externa de la mama.

**Embriología del aparato genital femenino:** se dice que el propósito de este trabajo es estudiar las características de la evolución prenatal del aparato genital femenino desde el inicio de su desarrollo y comprobar las diferentes etapas evolutivas para comprender las anomalías que se presentan frecuentemente, por alteraciones de la morfología durante el desarrollo. Conoceremos el 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. En el desarrollo de los conductos genitales: Tempranamente en el desarrollo, los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos: los mesonéfricos o de Wolf, y los paramesonéfricos o de Müller. Los conductos de Wolf o mesonéfricos, en los fetos masculinos darán origen al epidídimo, conductos deferentes y eyaculador. En el desarrollo de los genitales externos: Los primeros estadios del desarrollo son indiferenciados. A partir de la 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de “diferenciación” En la 5ª y 6ª Semana el extremo caudal del embrión está obturado por una membrana: la membrana cloacal, en la 7ª semana, aparece en su extremo anterior el tubérculo genital, y a cada lado del mismo los pliegues anteroposteriores urogenitales, por fuera de éstos, una tumefacción genital o labioescrotal.

**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 Gn-RH 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). Acciones de FSH sobre el ovario: Estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico. Sólo uno llegará a la maduración completa. Favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca. Se encuentran receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos preantrales. Estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario. Acciones del LH sobre el ovario: En la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células. Sus receptores específicos se hallan en las células de la teca, siendo éstos inducidos por la FSH y los estrógenos. Su incremento brusco en sangre provoca la ruptura folicular y la ovulación. Induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo. Hormonas relevantes en el ciclo femenino: Estrógenos: En la mujer fértil son una mezcla de estradiol y estrona, menos potente. Producidos en el ovario y la corteza suprarrenal. Su acción en la adolescencia es impulsar el desarrollo del miometrio. En el endometrio aumentan el contenido de agua, electrolitos, enzimas y proteínas. Promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de la proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos. Fase ovárica: Tomando como base la función ovárica, se divide en 2 fases: una preovulatoria (folicular) y otra postovulatoria (lútea).

**Hipófisis- ovario- endometrio: Diferenciación sexual** El sexo genético depende de la dotación de cromosomas sexuales, en el caso femenino XX y el masculino XY, y viene estipulado ya desde el momento de la fecundación. En los humanos hasta la sexta semana de vida fetal las gónadas son indiferentes, a partir de este momento comienza la diferenciación gonadal en ovarios o testículos. En el caso masculino, la presencia de un gen en el cromosoma Y da lugar a la diferenciación de las gónadas

en testículos; en el caso femenino la ausencia de este gen da lugar a la diferenciación de las gónadas en ovarios. En este estadio, el feto presenta unos conductos genitales primordiales comunes (conductos de Wolff y conductos de Müller). En el feto masculino la testosterona secretada por los testículos da lugar a que se desarrollen los conductos de Wolff para dar lugar a los genitales internos y la formación de una hormona peptídica denominada hormona inhibidora de los conductos de Müller da lugar a la involución de los mismos. En el feto femenino la ausencia de estas hormonas da lugar al desarrollo de los genitales internos femeninos. En el sistema reproductor masculino: Los órganos reproductores primarios o gónadas son los testículos, encargados de formar espermatozoides (espermatogénesis) y de secretar hormonas sexuales masculinas o andrógenos. Además, están los órganos reproductores secundarios o accesorios (conductos) y las glándulas secretoras. En el sistema reproductor femenino: Las gónadas femeninas son los ovarios que, junto con el útero y las trompas de Falopio (oviductos), constituyen el conducto reproductivo femenino. Los ovarios, análogos de los testículos en el hombre, tienen dos funciones: ovogénesis y secreción de las hormonas esteroideas sexuales femeninas, progesterona y estrógeno.

**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. Se da el proceso de 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. En el inicio de 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 luego se da la Dispersión de la corona radiada Al encuentro del ovocito sólo llegan los espermatozoides más aptos

(alrededor de 200), los cuales siguen mecanismos quimiotácticos que producen las células foliculares del cúmulo oóforo, entre ellos la progesterona. 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. Luego del 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. Y por último 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: 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. 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. Circulación placentaria Las vellosidades coriónicas proporcionan una amplia superficie para intercambio de nutrientes y oxígeno de la madre al feto, así como, dióxido de carbono y otros metabolitos del feto a la madre, estos intercambios son a través de la delicada membrana placentaria. Circulación fetal Sangre fetal tipo venosa fluye a la placenta a través de dos arterias umbilicales, estas arterias se dividen de manera radial en la placa coriónica (arterias coriónicas), posteriormente entran a las vellosidades coriónicas (arterias troncales) y forman un sistema de redes capilares, este sistema permite el intercambio de productos metabólicos y gaseosos. La sangre fetal bien oxigenada de los capilares pasa a las venas, las cuales convergen en cordón umbilical para formar la vena umbilical. Circulación materna La sangre materna ingresa al espacio intervelloso a través de 80-100 arterias endometriales espirales de la decidua basal, los vasos desembocan en el espacio intervelloso a través de hendiduras de la cubierta citotrofoblástica, la sangre es inyectada a chorros y asciende hasta la placa coriónica por la alta presión, las vellosidades coriónicas son bañadas y se lleva a cabo el intercambio de los productos metabólicos y gaseosos con la sangre fetal.

Diagnóstico clínico del embarazo: auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto: Se dice que 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. Cuando hay 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. Métodos auxiliares de diagnóstico clínico del embarazo: Subunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica (hCG): se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotrofina coriónica, (es una hormona que se produce exclusivamente si la mujer está embarazada, en las células que formarán la placenta). Se puede medir a partir de los 7 días siguientes a la implantación del huevo. Método de certeza: Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo. Se puede realizar por vía transabdominal (la mujer debe un tiempo antes no orinar y tomar líquido para distender la vejiga y desplazar el intestino hacia arriba, permitiendo la visualización del útero) o por vía transvaginal (la paciente se coloca en posición ginecológica y se introduce por vía vaginal un dispositivo, llamado transductor, cubierto por material descartable como un preservativo, que tiene el grosor de un lápiz). El embarazo es un estado fisiológico que puede detectarse desde un tiempo temprano que va a depender de la técnica utilizada. En la mayoría de las ocasiones, en el medio hospitalario, el diagnóstico de embarazo va a tener lugar en una mujer con síntomas del mismo (retraso menstrual, que puede ser de unos días, manchado, molestias hipogástricas). Las modificaciones que tienen lugar en la embarazada al inicio de la gestación pueden orientar al diagnóstico de la misma.

Para concluir, como bien sabemos la importancia de la historia clínica es muy alta ya que con ello los médicos logran hacer su trabajo y llegar al punto exacto de identificar las complicaciones que la paciente llega a tener. Para poder llevar a cabo una 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. La anamnesis tiene que ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares. Con el tema atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta: en la atención prenatal sabes que se tiene que tener primero el concepto claro de

salud reproductiva, que es el estado completo de bienestar físico y mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Con el tema de anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné nos explicó sobre genitales externos e internos. En la embriología del aparato genital femenino: se dice que el propósito de este trabajo es estudiar las características de la evolución prenatal del aparato genital femenino desde el inicio de su desarrollo y comprobar las diferentes etapas evolutivas para comprender las anomalías que se presentan frecuentemente. Ciclo sexual, eje hipotálamo: El control de la función reproductora requiere una regulación precisa, cuantitativa y temporal, del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal. Estos y entre otros más temas fue importante estudiarlos y comprenderlos ya que en el área de la obstetricia es muy importante conocer todo acerca de ello para llegar a un buen diagnóstico o control del embarazo.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

UDS 2021. Antología de Ginecología y Obstetricia. Utilizado el 22 de enero del 2021. PDF.

URL:<file:///F:/QUINTO%20CUATRIMESTRE/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA/ginecologia%20y%20obstetricia.pdf>

