



PASIÓN POR EDUCAR

LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DEL PROFESOR:

MARÍA CECILIA ZAMORANO

ENSAYO:

OBSTETRICIA

NOMBRE DE ALUMNO:

CIFUENTES HERNANDEZ ARELY

GRADO Y GRUPO:

5 ER CUATRIMESTRE "A"

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS 22 DE ENERO DEL 2021

En este trabajo abordare unos de los temas más importantes sobre la importancia de la Historia Clínica en Gineco- Obstetricia ya que es muy importante conocer la importancia de la historia clínica. Al igual hablaremos sobre la atención prenatal y cuidados correspondientes y frecuencia de consulta, conoceremos el concepto y los cuidados que se deben de dar a los pacientes. Como al igual hablaremos sobre Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné, ya que es muy vital conocer sobre este tema. Como igual conoceremos la importancia de la embriología del aparato genital femenino. Al igual conoceremos el ciclo sexual, eje hipotálamo. El hipófisis- ovario- endometrio, es muy impórtate conocer a fondo ya que es muy vital para que el personal de enfermería conozca. Al igual hablaremos de la fecundación, nidación ovular, placentación, conoceremos los conceptos de cada uno de ellos como al igual sus objetivos de cada una de ellas. La Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico es un tema muy impórtate que debemos conocer por sus conceptos de cada uno de ellos. Por ultimo hablaremos del tema del diagnóstico clínico del embarazo: auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto. Conoceremos a fondo el diagnóstico clínico del embarazo.

Historia clínica en gineco- obstetricia

Historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. La historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de 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. Las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología son 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). 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. La exploración básica ginecológica consiste en la inspección, espejo y el tacto bimanual, 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 Leopoldo en segundo y tercer trimestre, las exploraciones complementarias en ginecología que deben realizarse según el caso son: la citología cervicovaginal, la colposcopia, la ecografía, la histeroscopia y la biopsia, y la histerosalpingografía.

Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.

El control prenatal 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. Uno de lo más importante es identificación y promoción de los factores protectores ya que es importante promover el estado de inmunidad frente a diversas infecciones, como hepatitis viral y las incluidas en el grupo TORCHS entre otras. La definición de control prenatal 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. Es importante también elaborar la historia clínica del paciente en el cual debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y sicosociales. Como al igual realizar su examen físico ya que es muy 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, al igual es importante la solicitud de paraclínicos ya que es 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. Es muy importante tomar en cuenta las actividades de promoción en salud, conocer su clasificación del riesgo como también saber sobre las consultas de seguimiento.

Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné.

Están formados por dos genitales externos: La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. Los 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. El **útero**: es un órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento

que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supra vaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. las **trompas uterinas o de Falopio** son de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosálpinx), entre los ligamentos redondos y útero ovárico. El ovario es un órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. La **vagina** es un conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores. Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm. 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. El **uréter** penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria ilíaca común y alcanza el suelo pélvico siguiendo la pared lateral de la pelvis. A nivel de la espina isquiática se dirige hacia delante y hacia dentro, por debajo del ligamento ancho y entre las arterias uterinas y vaginales, para alcanzar el fórnix vaginal lateral. En este punto se encuentra a 2 cm del cérvix.

Embriología del aparato genital femenino

Estudiaremos sucesivamente la organogénesis de la gónada, de los conductos genitales y de los genitales externos. 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. La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, la mesénquima subyacente a él y las células germinativas. En la Semana 5ª. 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. En la Semana 6ª los gonocitos invaden la glándula, cuyo epitelio ha ido creciendo hacia la mesénquima subyacente formando cordones epiteliales: los cordones sexuales primarios. En la Semana 7ª. 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. En la Semana 8ª: Hay una clara diferenciación de la gónada, determinando el comienzo del período de diferenciación sexual que, en el E.H. En la Semana 9ª: La gónada está diferenciada hacia ovario, el epitelio es pluriestratificado, se observan los cordones de Plüger y los folículos primordiales. En la Semana 10ª. y 11ª: El ovario está en la pelvis, por detrás del conducto de Müller incluido en su meso peritoneal, que al unirse con el del lado opuesto forma el ligamento ancho. Desarrollo de los conductos genitales: Tempranamente en el desarrollo, los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos

Ciclo sexual, eje hipotálamo

El ciclo sexual Suele tener una duración de 28 +/- 7 días, durando la hemorragia 4 +/- 2 días con un volumen promedio de 20-60 ml. Los intervalos varían entre mujeres y en una misma mujer a lo largo de la vida fértil. Se podría considerar bifásico, compuesto por dos fases: la ovárica y la uterina, que son sincrónicas y avanzan en el mismo tiempo. El eje hipotálamo lleva 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.

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. 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 gonadotrofinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamohipofisario. El Sistema reproductor masculino son 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. El Espermatogénesis son espermatozoides se producen en los túbulos seminíferos de los testículos. Estos túbulos están formados por las células germinales y las células de Sertoli rodeando a las primeras y proporcionándoles un medio ambiente con los nutrientes adecuados y factores de estimulación, de ahí que estas células reciban el nombre de células niñera. El Sistema reproductor femenino son 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: oogénesis y secreción de las hormonas esteroideas sexuales femeninas, progesterona y estrógeno. La Oogénesis son los ovarios del feto femenino, las células germinales primordiales producen oogonios por divisiones mitóticas hasta las semanas 20 a 24 de la gestación. En ese momento hay aproximadamente 7 millones de oogonios. Al comienzo de las semanas octava a novena gestacionales, algunas de estos oogonios entran a la profase de la meiosis y se convierten en ovocitos primarios. El Ciclo menstrual es el curso del ciclo menstrual, estrógenos y progesterona se encargan de los cambios que ocurren en el endometrio, cérvix y vagina y también de la regulación por retroalimentación de la secreción de FSH y LH en la hipófisis anterior. La Regulación del ciclo reproductor femenino es el ciclo menstrual ocurre 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 fase lútea es constante. Por convención, el día 1 marca el inicio de la menstruación a partir del ciclo previo. 1- fase folicular o proliferativa ocurre desde el día 1 hasta el 14. Durante este periodo el folículo primordial se desarrolla en un folículo graafiano y los folículos vecinos sufren atresia (degeneran o involucionan). 2- la Ovulación ocurre en el día 15 de un ciclo menstrual de 28. Cualquiera que sea la duración del ciclo, la ovulación ocurre 14 días antes de la menstruación. 3- Fase lútea o secretora ocurre desde los días 15 a 28 y termina al iniciarse la menstruación. Durante esta fase, el cuerpo lúteo se desarrolla y comienza a sintetizar estradiol y progesterona. 4- Menstruación regresión del cuerpo lúteo y pérdida súbita de estradiol y progesterona provocan desprendimiento del revestimiento endometrial acompañado de sangre (menstruación o sangrado menstrual).

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 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 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. 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 blastocito.

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 feto materno 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. El 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. La 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.

Diagnóstico clínico del embarazo: auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto

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.

“una enfermera siempre nos dará esperanzas, es un ángel con un estetoscopio”

“para hacer una enfermera se necesita inteligencia, disciplina y sobre todo ser humanista para adquirir conocimientos y ser capaz de ejercer el pensamiento crítico. Soy enfermera de corazón”

Bibliografía:

<file:///C:/Users/hp/Desktop/arely/MATERIAS%20DEL%205%20CUATRI/GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA.pdf>

[página: 10/65](#)