



Nombre de alumnos: Yohana Verenisse López Cruz

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: ensayo

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo: "A"

UNIDAD 1. OBSTETRICIA

En el transcurso de este ensayo se comprenderá sobre los diferentes temas que abarca la unidad 1 que se hablará acerca de la historia clínica en Gineco-Obstetricia, que de esto nos habla acerca de cómo conocer los posibles detalles que pueda tener el paciente, así le permite al médico conocer los datos más relevantes de la paciente o en su vez, que el medico llegue al diagnóstico de la paciente es necesario también que este, esté bien preparado para realizar la historia clínica o algunos los conocemos como anamnesis, este conlleva también datos personales de la paciente es decir cuántos partos ha tenido, como fue el parto, así, si la paciente ha sido abusada, entre otros datos personales que se hablaran a lo largo del desarrollo, se tratara del tema de atención prenatal, como cuales son los cuidados correspondientes y con qué frecuencia se debe realizar las citas y tomar en cuenta las actividades que las embarazadas van adquirir a lo largo de sus embarazo y así tanto él bebe como la madre puedan estar sanamente, por tema consiguiente conoceremos la anatomía del aparato genital, es un tema muy interesante que por conoceremos como mujeres como está formado anatómicamente nuestro aparato genital, en su vez, los ligamentos y los músculos, en el siguiente tema pero retomando el anterior veremos acerca de la embriología del aparato femenino, acerca del ciclo menstrual, la hipófisis, los ovarios, en eso veremos lo que es la fecundación, también se tratara del tema de la placenta esta es una parte interesante, ya que se conocerá como es que por medio de la placenta las madres alimenta a sus bebes en el embarazo.

HISTORIA CLÍNICA EN GINECO- OBSTETRICIA

Pues bien, adentrando con el tema y para comprender mejor, la historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su

atención. La historia clínica o anamnesis debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares. Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser: Edad, estado civil, motivo de consulta, en ellos incluir los síntomas o signos que presente la paciente, así si se trata de una paciente gestante es importante si la gestación es fruto de una relación sexual o tras técnica de reproducción asistida, es decir si el embarazo a sido tras una fecundación artificial, que son métodos biomédicos que facilitan o pueden sustituir a los procesos naturales de fecundación, en esta recogida de datos se incluyen y son de suma importancia los antecedentes personales de la paciente que son antecedentes patológicos y hábitos de la paciente, así antecedentes obstétricos y ginecológicos, en estos datos se van incluyendo en el apartado de la fórmula de fertilidad que se conocerán datos como son el número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la consulta, como también su menarquia, así su última fecha de menstruación.

Fórmula menstrual: indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación. Si hay irregularidades deben reflejarse (v. capítulo 26). Si la paciente ha tenido partos deben reflejarse la vía del parto y la edad gestacional en la que se produjo, así como el peso del recién nacido. Si el parto fue instrumentado y qué instrumentación se realizó. Si fue cesárea, su motivo. Debe interrogarse por complicaciones que hubieran podido ocurrir tras el parto. Si la paciente no ha tenido hijos y es, o ha sido, sexualmente activa hay que indagar si es una «esterilidad voluntaria» o no. Igualmente deben recogerse antecedentes sexuales: si ha tenido relaciones sexuales o no, número de parejas, métodos anticonceptivos empleados en el pasado y en la actualidad. Por último, debe interrogarse por trastornos ginecológicos, como dismenorrea -dolor con la menstruación- y enfermedades de transmisión sexual. Antecedentes médicos y quirúrgicos De manera general ha de preguntarse por: • Grupo sanguíneo y Rh. • Alergias a medicamentos, metales o látex. • Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente. Debe preguntarse específicamente

por enfermedades crónicas y/o agudas, que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PDF)

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). En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi-Fowler, Se debe tomar en cuenta el 5º ruido y no el 4º. A partir del segundo trimestre debe medirse la altura uterina. Para ello puede usarse un pelvómetro o simplemente una cinta métrica. La altura uterina se corresponde con la edad gestacional y con el tamaño fetal, por lo que es un buen método de despistaje de anomalías del crecimiento fetal en gestaciones simples (Fig. 4-1). Es una herramienta de cribado en las gestaciones de bajo riesgo, es barata y un método extendido en la práctica clínica diaria a partir de las 24 semanas de gestación. A partir de las semanas 24 - 26 de gestación deben realizarse las maniobras de Leopold, así en la primera maniobra de Leopold, se detectará la cabecera (cefálica) o la nalga (podálica), en la segunda maniobra se puede localizar la espalda y determinar la situación fetal (longitudinal, oblicua o transversa) y la variedad (derecha o izquierda), en la tercera se confirma la presentación y por último y la que se debe tomar más en cuenta se evalúa el grado de encajamiento de la presentación, así en la exploración debe estar presente la exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica, una de 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.

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. Para lograr lo anterior se tiene que tener instrumentos que cumplan las características de ser fácilmente entendibles y que se adapten a los diferentes niveles de atención y complejidad, es aquí cuando hablamos de la consulta preconcepcional y el control prenatal, para lograr una maternidad y nacimiento seguros. El control prenatal se define como las 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. (UDS. ANTOLOGIA DE ANTOLOGIA Y OBSTETRICIA. PDF.)

Para realizar una atención prenatal se deben incluir ciertas actividades como son; la elaboración de historia clínica como antes mencionado, debe llevar todos los datos de la paciente, como antecedentes patológicos, familiares etc., incluirse también el examen físico, como son las medidas antropométricas, incluyéndose y nunca pasar por alto los signos vitales de la paciente, por posterior tomar en cuenta también la características de los genitales externos, la especuloscopia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos, se lograra identificar también los movimientos fetales, otra de las actividades es pedir exámenes paraclínicos, esto va se refieren a estudios para descartar o detectar factores de riesgo en el feto en la madre, se deben realizar la promoción a la salud para las mujeres en próximo trabajo de parto, en si tomar en cuenta también actividades de relajación o para trabajar en el parto, así no se les complique en sus parto, ya que hay mamás que sufren de posibles complicaciones de trabajo de parto, es importante no estar tan descansada si el embarazo no es de alto riesgo, si el embarazo es normal, ya que los músculos en el momento de trabajo de parto estén en si ligeros y puedan trabajar junto con la señora y él bebe, así prevenir a las mamás de que no se deben consumir alcohol por bien de los bebés, hay diversos riesgos en el embarazo como es;

a) Bajo: no se identifica ningún factor de riesgo conocido, b) Medio: existen factores de riesgo que no producen directamente alteraciones del resultado perinatal, pero que si se asocian favorecen a una condición que sí lo produzca o atente

directamente contra el embarazo: A. Condición socioeconómica desfavorable. B. Primigestante en edades menores de 17 y mayores de 35 años. C. Embarazo no deseado, talla baja, fumadora, RH(-). D. Múltipara, obesidad, infección urinaria. E. Hemorragia en el primer trimestre. c) Alto: condición clínica que afecte directamente el embarazo, requiere una atención especializada: a. Anomalías pelvianas. b. Cardiopatía. c. Nefropatías. d. Anemia grave. e. Cirugía uterina previa. f. Diabetes gestacional y pregestacional. g. Embarazo gemelar. h. Infección materna (TORCHS). i. S. hipertensivo. j. Placenta previa. (UDS. ANTLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PDF)

Las consultas de las pacientes, van referidas al tipo de embarazo que están pasando es decir si es de bajo riesgo, el embarazo puede manejarlo un personal de enfermería y pueden no ser tan constantes las visitas, en cambio sí es de medio riesgo debe asistir a un médico general y por su parte si este lo considera a un especialista, en su vez si es un embarazo de alto riesgo la paciente debe tener su médico de cabecera es decir un especialista.

ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO: IRRIGACIÓN LIGAMENTOS Y MÚSCULOS DEL PERINÉ

Genitales externos: La vulva 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. La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral, a unos 2 cm por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. El himen es una

membrana cutánea mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral. Los conductos de las glándulas de Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PDF.)

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. ÚTERO: 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 supravaginal (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. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio (figura 3). Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga, formando el espacio útero-vesical y por la pared posterior recubre el cuerpo uterino y la porción superior del cérvix extendiéndose hasta el recto, formando el espacio rectouterino o fondo de saco de Douglas. Las trompas de Falopio, 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. Podemos dividir las trompas en tres zonas: la porción intersticial de ≈ 1 cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, la porción ístmica, de 2- 4 cm y la porción ampular, que es la zona más gruesa que termina en forma de embudo en las fimbrias denominándose pabellón y constituyendo la zona de contacto entre trompa y ovario. OVARIO 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. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico (figura 5). Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja posterosuperior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica (figura 6). VAGINA Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm (figura 7). 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. 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. Después asciende por delante de la vagina hasta alcanzar el triángulo vesical, penetrando en la vejiga en sentido oblicuo. El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrociáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.PDF.)

La fijación de las vísceras pélvicas, se sitúa de ligamentos como son los redondos son prolongaciones aplanadas que se extienden desde los cuernos uterinos hacia abajo, siguiendo el conducto inguinal, para terminar en los labios mayores, por consiguiente, están los anchos parten de la pared pélvica lateral formando dos amplias alas que rodean al útero dividiendo la cavidad pélvica en un compartimento anterior y posterior, el ligamento de las trompas de Falopio son los ligamentos infundibulopélvicos.

Las vísceras pélvicas se hallan irrigadas por las ramas hipogástricas de las arterias iliacas comunes, a excepción de las arterias ovárica, hemorroidal superior y sacra media. Las arterias ováricas son ramas directas de la aorta, estas son dirigidas hacia abajo, siguiendo al musculo psoas mayor y al uréter.

La arteria hemorroidal superior es rama de la arteria mesentérica inferior, anastomosándose con los vasos hemorroidales medios de la arteria hipogástrica y las ramas hemorroidales inferiores de la arteria pudenda interna. La arteria sacra media prolonga la aorta en la pelvis y representa el segmento pélvico atrofiado del tronco aórtico. Las arterias iliacas comunes son ramas de la aorta y se dividen en la arteria iliaca externa y la arteria hipogástrica o iliaca interna aproximadamente a nivel del borde inferior de la quinta vértebra lumbar. La arteria umbilical sigue la pared lateral de la pelvis, desde la hipogástrica hasta el ombligo. La arteria vaginal puede proceder de la arteria hipogástrica, de la arteria uterina o de las arterias vesicales superiores. La arteria glútea inferior es una de las ramas terminales de la arteria hipogástrica, irrigando está el glúteo mayor.

Así el aparato genital tiene lo que son los ganglios linfáticos pélvicos, así también reciben vasos linfáticos, claro de los órganos de la pelvis y la región inguinal, se dicen que estos ganglios siguen los mismos vasos sanguíneos de los principales.

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, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas.(1) 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 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. 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 que, en el E.H. Men 1 de 22 mm. CR, se ha hecho hacia testículo, el epitelio está uniestratificado, la disposición radiada de los cordones genitales y la formación de albugínea es evidente. En el E.H. VA 1 de 24 mm. la diferenciación se hace hacia ovario, en él, además de los cordones primarios, aparecen nuevos cordones celulares que se fragmentan formando esférulas ovulares que incluyen a los gonocitos, ahora oogonios; estos nuevos cordones se denominan cordones corticales o de Pflüger y se disponen alrededor de los ovocitos para formar los folículos primordiales. Las células de estos cordones serán células foliculares. (3) No todos los grupos ovulares constituyen luego folículos de Graaf, los centrales se atresian, esta zona ocupada por tejido conectivo, constituirá la medular del ovario, en tanto la porción periférica en la que persisten los grupos ovulares, constituye la zona cortical. 9ª Semana: La gónada está diferenciada hacia ovario, el epitelio es pluriestratificado, se observan los cordones de Plüger y los folículos primordiales. A partir de esta etapa, la gónada se ubica en la pelvis. Este

descenso es solo aparente, ya que, la cresta genital se extiende desde el VI segmento torácico al II sacro (4-5), cuando se desarrolla en la porción inferior, se atrofia en la superior, quedando el ovario en la pelvis donde rota 90°, en sentido transversal, con el polo superior hacia fuera y el polo inferior hacia adentro. 10ª. y 11ª. Semana: 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: 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 los fetos femeninos estos conductos desaparecen, desarrollan en cambio los conductos de Müller o paramesonéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina y por último 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. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.PDF)

CICLO SEXUAL, EJE HIPOTÁLAMO.

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-GONADAL. 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). 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.

En la mujer el período fértil empieza con la menarca y termina con la menopausia. Este período es dividido en ciclos de 28 a 35 días separados por la menstruación, el ciclo se divide en 2 períodos de variable duración: la fase folicular, que precede a la ovulación, y la fase lútea, que sigue a la ovulación, el promedio de duración en la edad reproductiva 28 días, siendo más prolongados en adolescencia (ciclos anovulatorios) y peri menopausia (disminución de E2 y alteraciones de las gonadotropinas). El ciclo ovárico es parte integral de un sistema integrado por el hipotálamo, hipófisis, ovario y útero, el reloj biológico, responsable de la ritmicidad de los ciclos, es la secreción pulsátil de un decapeptido hipotalámico: GnRH, Gonadotropin Releasing Hormone.

La secreción pulsátil de GnRH depende de eventos externos (factores psicológicos el ritmo nictaemeral) que llegan al hipotálamo del córtex por el sistema límbico, y de eventos ováricos a través del efecto de feed back que los esteroides sexuales producen sobre hipotálamo e hipófisis, esta secreción modulada, controla la producción y síntesis de las gonadotropinas polipeptídicas pituitarias, la FSH y LH, La FSH realiza el reclutamiento y crecimiento de folículos ováricos al igual que la selección del folículo dominante, así la LH induce la ruptura folicular y sostiene el cuerpo lúteo, como el estradiol y la Progesterona son producidos por los folículos y el cuerpo lúteo, cuya secreción es gonadotrofino-dependiente, es como unidos a proteínas transportadoras, transitan por la sangre y regulan la secreción de GnRH, FSH y LH y producen proliferación y diferenciación del endometrio para facilitar la implantación del embrión, si la fertilización tuvo lugar.

Los folículos ováricos están compuesto por una capa externa de células foliculares y una capa interna de células granulosas que envuelven al ovocito y contienen el antrum, estas células foliculares tiene receptores para LH y produce andrógenos (testosterona y androstenediona). Los andrógenos atraviesan la membrana basal llegando a las células granulosas donde las aromatasas transforman a estos en estrógenos (Estradiol y Estrona). La aromataza es una enzima FSH dependiente y los receptores de FSH están en las células granulosas.

HIPÓFISIS- OVARIO- ENDOMETRIO

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. 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. Los 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. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OSTETRICIA. PDF.)

El desarrollo de los folículos ováricos ocurre en las siguientes etapas: 1.- Primera etapa. La primera etapa del desarrollo folicular es paralela a la profase del oocito. Por lo tanto, la primera etapa del folículo ovárico dura muchos años. A medida que crecen los oocitos primarios, las células de la granulosa proliferan y proporcionan al oocito nutrientes y hormonas esteroideas. Durante esta etapa, el folículo primordial se desarrolla en un folículo primario, las células de la teca interna se desarrollan y las células de la granulosa comienzan a secretar líquido. Ningún folículo progresa

más allá de esta primera etapa en ovarios prepúberes. 2. Segunda etapa La segunda etapa del desarrollo folicular se desarrolla con mucha mayor rapidez. Esta etapa tiene lugar en un periodo de 70 a 85 días. Durante cada ciclo menstrual, unos pocos folículos entran a esta secuencia. En la región central del folículo denominada antro se acumula un líquido que contiene hormonas esteroides, mucopolisacáridos, proteínas y FSH. Las hormonas esteroides alcanzan el antro por secreción directa de las células granulosas. Las células de la granulosa y de la teca continúan creciendo dando lugar a un folículo maduro que al final de la segunda etapa se llama folículo de Graaf y posee un diámetro promedio de 2-5 mm. 3. Tercera etapa final del desarrollo folicular es la más rápida; ocurre cinco a siete días después de la menstruación. Un solo folículo de Graaf alcanza dominancia sobre sus acompañantes y estos últimos involucionan. Antes de 48 horas el folículo dominante crece hasta alcanzar 20 mm de diámetro. En el día 15 del ciclo menstrual de 28 días ocurre la ovulación y el folículo dominante se rompe y libera su oocito en la cavidad peritoneal. En este momento concluye la primera división meiótica y el oocito secundario resultante entra a la trompa de Falopio cercana, donde comienza la segunda división meiótica. Si hay fecundación por un espermatozoide la segunda división meiótica concluye en la trompa de Falopio produciendo el óvulo haploide con 23 cromosomas. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. PDF)

FECUNDACIÓN, NIDACIÓN OVULAR, PLACENTACIÓN.

Aproximadamente dos semanas después de que una mujer tenga su período menstrual, se produce la ovulación, y los ovarios liberan el óvulo que finalmente ha madurado. Este óvulo puede ser fecundado durante 12 a 24 horas después de que haya sido liberado, mientras viaja por la trompa de Falopio hacia el útero. Así, si el óvulo se encuentra con un espermatozoide, que ha conseguido introducirse en la trompa de Falopio, se combina en una célula (un proceso que se conoce como concepción o fertilización). Pero antes de que todo esto se produzca, es necesario conocer cómo surge el proceso, paso a paso. Cada mes, en el interior de los ovarios, un grupo de óvulos empieza a crecer en pequeños sacos llenos de

líquido, conocidos con el nombre de folículos. Finalmente, cuando haya madurado completamente, uno de los huevos sale del folículo, produciéndose la ovulación. Justo a partir de este momento, el folículo pasa a convertirse en el cuerpo lúteo, el cual libera una hormona útil para engrosar el revestimiento del útero, preparándolo para la llegada del óvulo. Una vez se ha liberado el huevo, éste se mueve hacia la trompa de Falopio, donde permanece durante aproximadamente 24 horas, a la espera de que un posible espermatozoide lo fecunde (o fertilice). Si un espermatozoide es capaz de alcanzar la trompa de Falopio, y se introduce en el óvulo, lo fertiliza. Inmediatamente el óvulo cambia con el fin de que ningún otro espermatozoide pueda entrar a él. Justo en este momento, se establecen tanto los genes como el sexo del bebé. Así, si el espermatozoide tiene un cromosoma X, el bebé será una niña, y si tiene un cromosoma Y, será un niño. El óvulo fecundado permanece durante 3 a 4 días en la trompa de Falopio. No obstante, dentro de las primeras 24 horas, empieza a dividirse rápidamente en muchas células. Continúa dividiéndose a medida que se mueve lentamente a través de las trompas de Falopio, hasta llegar al útero. Y ahora llega un momento fundamental: la adherencia al revestimiento del útero, lo que se conoce como implantación.

Algunas mujeres pueden notar ligeras manchas en su ropa interior o en el papel higiénico, o un sangrado leve, durante 1 o 2 días alrededor al momento en que la implantación ha ocurrido. Dado que en estos momentos la mujer todavía no sabe que está embarazada, es común que piense que se trate de una menstruación muy ligera o leve. Es el sangrado de implantación. Luego, el revestimiento del útero se vuelve más grueso, y el cuello uterino se sella con un tapón mucoso, con el fin de proteger al bebé. De hecho, este tapón permanecerá en su lugar hasta que sea el momento del nacimiento del bebé. Así 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 18^a y 20^a, pero

sigue creciendo durante todo el embarazo; en el momento del parto, alcanza el medio kilogramo de peso.

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. (UDS. ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.PDF)

La placenta es un Órgano muy especializado, que interviene en la nutrición del feto, regulación de su crecimiento y metabolismo, así como su actividad endocrina, el desarrollo de la placenta y el feto es un proceso continuo que comienza en el momento de la fecundación. Cuatro días después de la fecundación, la mórula (una masa salida de células blastómeros) entra en el útero. Medida que el líquido del útero penetra en la capa exterior (la zona pelúcida), se forma un blastocito, con una cavidad. Además de los resultados de penetración de líquido en la separación (para incubar) del blastocito ampliado en dos partes que es la Masa celular interna que es un grupo de blastómeros que forman el embrión. Y la otra parte es trofoblasto que es una fina capa celular externa de blastómeros que forman la placenta y las membranas fetales.

El progenitor de las células del trofoblasto veloso es la célula madre de la placenta. Esta prolifera durante la gestación y se diferencia a través de dos vías para formar ya sea el trofoblasto extra veloso no proliferativo invasor (EVT) o el sincitiotrofoblasto. La EVT es responsable de la invasión, con lo que se da el anclaje de la placenta a la decidua y miometrio. El sincitiotrofoblasto es un epitelio

especializado que cubre las vellosidades y tiene varias funciones, tales como el transporte de gases, nutrientes y productos de desecho y la síntesis de péptidos y hormonas esteroideas que regulan los sistemas placentarios, el fetal y materno. Las alteraciones en la diferenciación del trofoblasto vellosito se ven en las diversas situaciones fisiopatológicas y puede ser la base de varios trastornos de embarazo.

En la circulación de la placenta, dos arterias umbilicales llevan la sangre hacia la placenta, así la sangre retorna por la vena umbilical. Las células amnióticas producen “cierta cantidad” de LA, así el aparato respiratorio fetal produce LA, – 300 a 400 ml al día al término del embarazo y el riñón contribuye al volumen del LA con la orina, – Volumen: 500ml al día al término del embarazo, gracias al líquido amniótico le permite el crecimiento externo simétrico del embrión y del feto, ayudándolo así a defenderlo de infecciones y protege al embrión y al feto frente a lesiones al distribuir los impactos que la madre recibe.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL EMBARAZO: AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: FECHA PROBABLE DE PARTO.

DIAGNÓSTICO CLINICO. Consiste en la presencia de síntomas subjetivos que describe la paciente o signos indirectos que pueden orientar sobre un posible embarazo. Síntomas:

- Digestivos: Las náuseas y los vómitos en el primer trimestre de la gestación son muy frecuentes. Suelen aparecer a las 6 semanas y desaparecer sobre las 12-14 semanas. Son de predominio matutino aunque en ocasiones pueden persistir más tiempo o aparecer en cualquier momento del día. Parece que tiene relación con los niveles de hCG, por lo que son más graves en gestaciones múltiples y en la enfermedad trofoblástica gestacional. También, puede presentarse sialorrea, dispepsia, estreñimiento (por acción de la progesterona), meteorismo, anorexia, rechazo a determinados alimentos, apetito caprichoso (antojos).
- Urinarios El crecimiento del útero puede dar lugar a polaquiuria y tenesmo vesical por la presión sobre la vejiga. Desaparece según progresa el embarazo por el ascenso del fondo uterino. El aumento de la frecuencia miccional se suele presentar al final del embarazo. Por compresión uretral puede presentar

dolor lumbar en decúbito que mejora al cambiar la postura. • Fatiga Es frecuente al inicio del embarazo la astenia y el aumento de somnolencia. También, la disminución de la capacidad física normal. Ello es debido al aumento de progesterona durante el embarazo. • Percepción de movimientos fetales Se puede presentar desde la semana 16 en pacientes con antecedente de embarazo a término y a partir de las 20 semanas en primigestas. • Otros Distensión abdominal por distensión intestinal (no por crecimiento uterino) es un signo precoz. Alteraciones del olfato, irritabilidad, cambios de carácter, tristeza, euforia, vértigos o lipotimias. Signos: • Amenorrea: es el primer y más importante síntoma para la sospecha del embarazo. Debemos considerar como tal un retraso de más de 10 días en una mujer con ciclos regulares. Si el retraso es de 2 ciclos, las probabilidades son mucho mayores. El embarazo es la principal causa de amenorrea en mujeres fértiles, pero no la única. Además, una embarazada puede tener sangrados que pueden inducir a error, y una mujer puede quedar embarazada en un periodo de amenorrea. Dicha amenorrea puede ser primaria (mujer que nunca ha tenido ciclos, que no ha tenido la menarquia) o secundaria, tanto de carácter psicógeno (miedo al embarazo, cambios ambientales, viajes...) como funcional (lactancia, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, UNIVERSIDAD DEL SURESTE 69 enfermedades crónicas...). • Vulvovaginales: ◦ Reblandecimiento, elasticidad y calor por hiperemia. Distensión del introito vaginal. ◦ Aspereza vaginal. ◦ Pulso arterial de Oslander: a veces se hace palpable el pulso de la arteria uterina a través de los fondos de saco vaginales. • Uterinos: ◦ Aumento de tamaño del cuerpo uterino. Se hace manifiesto a partir de la semana 6-7 y es posible detectarlo mediante el tacto bimanual. El aumento de tamaño tiene lugar sobre todo a expensas del diámetro anteroposterior, y constituye el signo más fiable de embarazo de la exploración física. A partir de la semana 12 pasa a cavidad abdominal y es posible palparlo por encima de la sínfisis púbica. A las 20 semanas se palpa el fondo uterino a nivel del ombligo.

El tema de obstetricia es muy largo, y de esta forma pude darme cuenta de cómo nosotras las mujeres está compuesto nuestro aparato genital, y así también de cómo se va formando él bebe, y de cual se va alimentando el feto, que es por medio de la placenta, después de leer me doy cuenta de importante que es la placenta, prácticamente es la vida del feto dentro de la madre, nosotras como enfermeras es importante darles a conocer a futuras madre sobre cómo se va formando él bebe dentro de ellas, así también promocionar una buena salud tanto para ellas y él bebe, llegue a la conclusión que nunca terminaremos de conocer sobre todo, pero que es de suma importancia seguir conociendo más cada día.

BIBLIOGRAFIA

UDS.ANTOLOGIA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.PDF.UTILIZADO EL 11 DE ENERO DE 2021.PDF

[GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.pdf](#)