



Nombre de alumno (a): Mónica Suset Albores Cruz.

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez.

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Ginecología y obstetricia.

Grado: 5°

Grupo: A

OBSTETRICIA

Presento dicho ensayo para dar un punto de vista panorámico de la obstetricia dando a conocer temas de importancia para enfermería en su desarrollo con atención prenatal, la anatomía del aparato reproductor femenino, entre otros puntos para poder entender con claridad cada uno de los puntos o subtemas que desarrollare. En obstetricia se usa mucho la historia clínica gineco-obstetricia, en esta se dan a conocer el problema de salud que presenta una mujer, con esto doy a entender que obstetricia ocupa un gran desarrollo en mujeres y en algunas el proceso de gestación retomando lo de la historia clínica en ella también se ponen los datos generales de las mujeres como lo son: el nombre, edad, profesión, estado civil, religión, los antecedentes familiares son parte fundamental en una historia clínica, le sigue los antecedentes personales, como ya mencionaba el motivo de consulta como es el dolor, flujo, algunos trastornos hemorrágicos pueden ser la causa por la que una mujer recurre al ginecólogo para atenderse. En la historia clínica va incluida la exploración clínica en ginecología, palpación inguinal que es un examen en miembros inferiores, la exploración de genitales externos, en la mujer se realiza la especuloscopia esto es la visión directa del cuello uterino y conducto vaginal. A las mujeres se les informa cuando están en gestación los cuidados prenatales son los que aquí toman importancia, enfermería es encargado de hacer esa tarea llevar un control de eso. La atención prenatal es cuando te realizas chequeos de salud con un médico, enfermero o partero durante el embarazo. Ayuda a mantener tu salud y la del futuro bebé. ¿Por qué es importante la atención prenatal? La atención prenatal es una parte importante del cuidado de la salud durante el embarazo. El médico, enfermero o partero hará un seguimiento del desarrollo del futuro bebé y realizará pruebas de rutina para descubrir y evitar posibles problemas. Estos chequeos de salud regulares también son oportunidades excelentes para que aprendas cómo aliviar cualquier molestia que tengas y para que hagas preguntas sobre el embarazo y el nacimiento de tu futuro bebé. Puedes comenzar a recibir atención prenatal apenas te enteres del embarazo. En realidad, es mejor ver a un médico antes de lograr un embarazo. A veces esto se

llama cuidados previos al embarazo o planificación antes de la concepción. Pero si esto no es posible, simplemente comienza con las consultas de atención prenatal tan pronto como puedas. La frecuencia con que recibas atención prenatal depende de qué tan avanzado esté el embarazo y qué tan alto sea el riesgo de problemas. Para alguien de 18 a 35 años que goce de buena salud, las consultas de atención prenatal por lo general se programan de la siguiente manera: Cada 4 o 6 semanas durante las primeras 32 semanas, cada 2 o 3 semanas durante las semanas 32 a 37, semanalmente desde la semana 37 hasta el parto. Para poder llevar todo esto a cabo no debemos olvidar conocer la anatomía genital femenina, empezando con definir los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios. Veámoslos de forma más detenida. Vagina: Es un tubo musculomembranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). 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: Sirve como conducto excretor para el líquido menstrual, forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto), recibe el pene y el eyaculado durante el coito. 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 rectouterino. Esta porción es muy distensible, y permite acomodar el pene erecto. 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. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales: El cuerpo: forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo la porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas- y el istmo la región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino. El cuello: la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina. Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren e 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. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones: Infundíbulo: es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium). Sus prolongaciones digitiformes, las franjas, se extienden sobre la cara medial del ovario. Ampolla: la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo. Istmo: la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino. La porción uterina: es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina. Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). 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. El ligamento conecta el extremo proximal uterino del ovario al ángulo lateral del útero, por debajo de la entrada de la trompa uterina.

La embriología del aparato genital femenino: Los aparatos urinario y genital se desarrollan a partir de los Gononefrotomo o lámina intermedia o genitourinaria, estructuras pares que se forman en el mesodermo intermedio, a ambos lados de la línea media. Secciones transversas de embriones durante la cuarta semana que muestran el cambio de posición del mesodermo intermedio que resulta del doblez del embrión en el plano transverso. La lamina intermedia, sólo los mesonefros intervienen en el desarrollo de estructuras del sistema genital. El mesodermo, recubierto por el epitelio celómico, hace protrusión en la cavidad celómica del embrión formando las crestas urogenitales, que ulteriormente se dividen en crestas gonadales, medialmente, y crestas urinarias, lateralmente. Cuando el embrión se dobla en el plano horizontal durante la cuarta semana, el mesodermo intermedio se desplaza en dirección ventral, donde pierde su conexión con los somitas. Después de doblarse, el mesodermo intermedio forma una masa longitudinal a cada

lado de la aorta primitiva en la región del tronco, llamada cordillera urogenital. Los sistemas urinario y genital se desarrollan a partir del mesodermo en estas cordilleras. La parte de la cordillera urogenital que da lugar al sistema urinario, se conoce como cordón nefrónico y la parte que da lugar al sistema genital se conoce como cordillera 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.

CICLO SEXUAL FEMENINO 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. 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. Previamente a esto se requieren cambios en el espermatozoide, como es la capacitación y la reacción acrosómica. 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. Desde que se deposita el semen en la vagina se inicia la carrera en la que se capacitarán los espermatozoides, y el más apto es el que podrá fertilizar al ovocito. De los millones de espermatozoides que se depositan durante el coito (100 millones por mililitro aproximadamente), la mayoría muere debido a la acidez propia de la vagina. De hecho, la alcalinidad del

semen neutraliza este medio. Más tarde, los espermatozoides sobrevivientes atraviesan el conducto cervical ocluido por moco en el que quedan atrapados muchos otros, algunos se almacenan entre los pliegues de mucosa cervical y después se liberan lentamente desde ese lugar. La placenta de los mamíferos domésticos es un órgano fundamental para la gestación. Se forma por aposición de membranas fetales y tejidos maternos. Su principal función consiste en regular el intercambio fisiológico entre el feto y la madre, aunque también actúa como importante órgano endocrino. Los tejidos placentarios, en especial los de origen fetal, establecen una barrera para evitar la mezcla de sangres fetal y materna. De forma esquemática, hay que considerar que la placenta se compone de dos partes: Porción materna (mucosa uterina más o menos modificada). Porción fetal (corion –corioalantoides o amniocorion- provisto de vellosidades). Tipos de placentas. Los mamíferos presentan diversos tipos de placentas, que varían según la cantidad y características de las capas celulares que se interponen entre la sangre de la madre y la del embrión. En algunos mamíferos, como el cerdo, el corion del saco embrionario y el epitelio de la mucosa uterina contactan entre sí, lo que constituye una placenta de contacto (no decidual). Sin embargo, en la mayor parte de los mamíferos, incluidos los seres humanos, las porciones fetal (coriónica) y materna (mucosa uterina) de la placenta, crecen fusionadas, de modo que no se las puede separar sin producir hemorragia. De hecho, el grado de fusión es tan íntimo, que gran parte de la mucosa uterina se extrae cuando, al poco tiempo de nacer el feto, las membranas extraembrionarias se expulsan como secundinas. Este tipo de placenta recibe el nombre de placenta decidual. Clasificación morfológica (Strahl): se establece en función del modo de distribución de las vellosidades del corion. Esta distribución no es siempre uniforme, por lo que distinguimos: partes con vellosidades (corion frondoso o velloso) y partes sin vellosidades (corion liso). Placenta difusa (es completa en équidos e incompleta en suidos). Todo o casi todo el corion se halla provisto de vellosidades, y todo, o casi todo el corion participa en la unión materno-fetal. Placenta múltiple o cotiledonaria: Vellosidades agrupadas en pequeñas zonas del corion, constituyendo cotiledones. Típica de los rumiantes (bóvidos, óvidos y cápridos). Placenta zonal: Vellosidades coriales distribuidas en una zona, a modo de cinturón o faja. Propia de los carnívoros

(perro y gato). • Placenta discoidal: Vellosidades agrupadas en un área circular u ovalada. Propia de primates (mujer), roedores y lagomorfos (conejo). Diagnóstico clínico del embarazo: 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 ureteral 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. 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, 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. Cambios en la consistencia. Son más evidentes a partir de la semana 5-6, debido a la acción hormonal, y han dado origen a muchos signos. El más útil es el signo de Hegar, que consiste en el ablandamiento del istmo uterino, es decir, del punto de unión del cuerpo con el cuello uterino que al tacto vaginal combinado se percibe como si no hubiera nada entre ambas manos. Es un signo probable pero bastante preciso y pocos úteros no grávidos tienen este signo, aunque por ser debido a la acción hormonal se puede observar en pacientes bajo tratamientos hormonales.

BIBLIOGRAFÍA:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/e3f391539c0f3681caec052eb35cd5dd-LC-LEN506.pdf>