



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumnos:**

Vanessa Monserrat Gómez Ruiz.

**Nombre del profesor:**

María Cecilia zamorano

**Nombre del trabajo:**

Ensayo

**Materia:**

Ginecología y obstetricia

**Grado:** "5"

**Grupo:** "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de enero 2020.

## **1.1. HISTORIA CLÍNICA EN GINECO- OBSTETRICIA.**

La historia clínica es muy importante ya que en la revisión ginecológica consiste en crear una historia de la paciente completa, en la que se incluirá una exploración física de los órganos reproductores femeninos, así como de los pechos, además se realizarán las pruebas complementarias necesarias, para descartar cualquier patología, además del historial clínico se debe realizar una exploración física, una exploración general en la que se incluyan datos como la altura, peso, edad, se realizará una exploración de los genitales externos así como de la vagina, a realizar un examen abdominal y pelviano, se realizará citología cervical, para descartar el cáncer del cuello uterino, Se realizará una ecografía transvaginal o transabdominal, Se procederá a realizar un examen de mamas, para detectar que todo está bien y no hayan anomalías, La revisión ginecológica nos ayudará a prevenir y detectar cualquier alteración que haya en el aparato reproductor femenino, además se podrá detectar de forma precoz cualquier tipo de cáncer relacionados con estos órganos, además se podrá conocer cualquier enfermedad que no haya dado síntomas, es por esto que se podrá reconocer y curar sin que altere la salud del paciente. La historia clínica ginecológica obstétrica tiende a tener una estructura como esta en donde se pregunta Datos de afiliación, motivo de consulta, enfermedad actual, revisión por sistemas, antecedentes, examen físico general, examen ginecológico, impresión clínica, impresión diagnóstica, evolución y su respectivo tratamiento. La exploración, ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia 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 Leopold 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. Las consultas más frecuentes en ginecología obstétrica son, atraso menstrual, secreción genital blanca o blanco amarillenta, sensación de Bulto y dolor pélvico, infertilidad, sangrado uterino anormal, Sangrado pos coito, oleadas de calor y bochorno, disuria, menarquia, sobre ciclos regulares o irregulares, vida marital, vida obstétrica sobre su primer embarazo, métodos de planificación, aborto, Cesárea, etc.

## **1.2.- ATENCIÓN PRENATAL. CUIDADOS CORRESPONDIENTES Y FRECUENCIA DE CONSULTA.**

La atención prenatal consiste en un conjunto de consultas, acciones de salud, y cuidados previos al parto cuyo propósito es que cada gestación termine en un parto saludable y seguro, que el recién nacido se encuentre vivo y sano, con un buen peso y sin complicaciones. se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz. En la primera consulta se realiza una historia clínica de antecedentes patológicos personales, Enfermedades o complicaciones en gestaciones anteriores, tipos de partos y peso de cada uno de los hijos, así como tipos de abortos, medicamentos que ingirió o ingiere hasta estos momentos, antecedentes patológicos familiares, el examen físico integral comprende, tanto su aspecto general como el examen físico del abdomen, aparatos cardiovascular, respiratorio, renal y detectar los movimientos fetales etc. La promoción a la salud a las mujeres durante el embarazo es una alimentación adecuada, y consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico entre otras, frutas y verduras, al tomar agua, también sobre Hábitos intestinales, Cuidado de las mamas, Ejercicios físicos. Los factores de riesgo son las prematuridad y el bajo peso al nacer del bebé, problemas respiratorios, asfixia perinatal, problemas metabólicos o la hiperbilirrubinemia, hipoxia perinatal, enfermedades propias del embarazo, infecciones intrauterinas, uso de medicamentos y drogas, malformaciones congénitas y las enfermedades hereditarias, es muy importante que con las enfermedades del neonato se aplique y se realice las técnicas y procedimientos en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

### 1.3 ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO IRRIGACION LIGAMENTOS Y MUSCULOS DEL PERINE.

La anatomía del aparato reproductor femenino es la parte del cuerpo que realiza la función sexual, en las mujeres este aparato tiene una función importante ya que gracias a ello se obtiene responsabilidad de nutrir y atender las necesidades del bebé mientras se desarrolla. A continuación, se muestran las partes principales del aparato reproductor femenino ya que se dividen en genitales externos e internos. **Los genitales externos son:** La vulva está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal, el monte de Venus se localiza en los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores y está cubierto por vello púbico. 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. 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 genitales externos son:** el útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor normalmente en anteversión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino, el útero se divide en cuerpo e istmo. La vagina Es un tubo musculo membranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. Los ovarios forman de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de los pelvis suspendidos por el mesovario y las trompas de Falopio. Los ligamentos vinculados con el ovario son el mesoovario que fija el margen ventral del ovario a la hoja dorsal del ligamento ancho, el ligamento suspensorio del ovario contiene los vasos ováricos y plexo nervioso y el ligamento uteroovárico que se inserta en el polo uterino del ovario. El periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopubianas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro ciáticos mayor y menor.

## 1.4.- EMBRIOLOGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

En la embriología del aparato genital los gametos masculina y femenina, transporte y Proceso de capacitación del espermatozoide en mecanismos y etapas, su Interacciones entre gametos y reconocimiento entre espermatozoide y ovocito, con Interacción del espermatozoide con las envolturas del ovocito, penetración de la membrana pelúcida y proceso de fusión de gametos, surgiendo la Fecundación Transporta los gametos, Capacitación del espermatozoide, Reconocimiento y contacto con el espermatozoide. En la Primera y segunda semana. Repaso de segmentación y clivaje. Concepto de impronta genética. Inactivación del cromosoma y Condiciones del huevo y del endometrio que posibilitan la implantación, Blastocisto con la pérdida de la membrana pelúcida, secreción de Gonadotropina Coriónica para mantener el cuerpo lúteo. El epiblasto e hipoblasto con nutrición del embrión antes y después de la implantación. Circulación primitiva: Lagunas del sincitiotrofoblasto como primer indicio de circulación materno fetal. La tercera semana en Gastrulación y Neurulación con formación de línea primitiva, nódulo de Hensen y notocorda, migración celular y mecanismos moleculares implicados, relacionado célula-matriz, uniones celulares y fibronectina. La Formación del embrión trilaminar a partir del epiblasto. Endodermo, Mesodermo y Ectodermo. Mesodermo intraembrionario. En la Cuarta a octava semana su morfología y crecimiento embrionario la importancia de este período en relación a la ingesta de teratógenos, la Cuarta semana aparición de los surcos branquiales, rotura de la membrana bucofaríngea, cierre de los neuróporos, aparición de las placodas, plegamiento cefalocaudal. En la sexta semana la evolución de los miembros, aparición de la hernia umbilical fisiológica. En la séptima semana desaparición del relieve de las somitas, evolución de los esbozos de los miembros, rotura de la membrana cloacal. La octava semana: Desaparición de la cola y aparición de los centros de osificación.

## **1.5.- CICLO SEXUAL, EJE HIPOTÁLAMO.**

El ciclo sexual de una mujer su 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, compuesto por dos fases: la ovárica y la uterina, que son sincrónicas y avanzan en el mismo tiempo. El eje hipotálamo es una estructura relativamente pequeña que se encuentra en la parte central de la base del cerebro. Está dividido en dos partes por el tercer ventrículo, formando la base y las paredes laterales del mismo. El hipotálamo tiene grupos neuronales, colectivamente denominados núcleos, que secretan hormonas mayoritariamente peptídicas importantes para controlar la actividad de la hipófisis. La hipófisis está unida al hipotálamo mediante el tallo hipofisario y se encuentra localizada en la silla turca del esfenoides. La glándula hipofisaria se divide en dos partes: un lóbulo anterior denominado adenohipófisis o par distal, y uno posterior denominado neurohipófisis o par nervosa. Las hormonas hipotalámicas se dirigen hacia la hipófisis, bien directamente a través de los axones neuronales en la neurohipófisis o bien mediante un sistema porta de circulación en la adenohipófisis, la hipófisis responde sintetizando hormonas fundamentales para el control de las funciones metabólicas en todo el organismo. La conexión del hipotálamo con la adenohipófisis no implica el paso directo de axones a través del infundíbulo, sino que se realiza mediante un sistema porta venoso que conecta la eminencia media del hipotálamo con la adenohipófisis y transporta sustancias hipotalámicas que controlan la misma como la hormona liberadora de gonadotropinas GnRH.

## **1.6.- HIPÓFISIS- OVARIO- ENDOMETRIO.**

El eje hipotálamo-hipófisis controla las dos funciones de los testículos espermatogénesis y secreción de testosterona. La FSH activa la espermatogénesis y la función de las células de Sertoli. La LH estimula las células de Leydig para sintetizar testosterona. El desarrollo de los folículos ováricos se divide en etapas, la primera etapa se encarga del desarrollo folicular es paralela a la profase del ovocito, los ovocitos primarios, las células de la teca interna se desarrollan y las células de la granulosa

comienzan a secretar líquido y ningún folículo progresa más allá de esta primera etapa en ovarios prepúberes. La segunda etapa del desarrollo folicular se desarrolla con mucha mayor rapidez, 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 esteroideas, mucopolisacáridos, proteínas y FSH. Las hormonas esteroideas alcanzan el antro por secreción directa de las células granulosas al final de la segunda etapa se llama folículo de Graaf y posee un diámetro promedio de 2-5 mm. Tercera etapa y final del desarrollo folicular es la más rápida ocurre de 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 por un espermatozoide la segunda división meiótica concluye en la trompa de Falopio produciendo el óvulo haploide con 23 cromosomas.

### **1.7.- FECUNDACIÓN, NIDACIÓN OVULAR, PLACENTACIÓN.**

La fecundación es el proceso por el cual un espermatozoide penetra en el interior de un ovocito fusionándose sus dos pronúcleos dando lugar al huevo fecundado o cigoto, Para que esto ocurra el espermatozoide sufre una capacitación y una reacción acrosómica para que solo sea uno el que contacte con la membrana del ovocito. A su vez la membrana del ovocito se impermeabiliza frente a otros espermatozoides. Una vez traspasada se unen los dos pronúcleos completándose la 2.<sup>a</sup> meiosis del ovocito formándose el huevo o cigoto. El espermatozoide tiene capacidad de fecundación de tres días, el ovocito de 24 horas. Entra líquido en el interior de la mórula formándose el blastocisto, que se caracteriza por una cavidad prominente y un número de células que oscila entre 70 y 100, en la zona periférica a modo de capa llamada trofoblasto, que dará lugar a la placenta y una zona más compacta llamada botón embrionario que dará lugar al embrión. La Placenta Es un órgano esencial en el embarazo, realiza funciones de nutrición, excreción, respiración, protección, regulación y almacenamiento para el desarrollo fetal. Se origina a partir del trofoblasto. Entre las hormonas que sintetiza la placenta encontramos: HCG, HPL, progesterona, estrógenos. Está compuesta de parte fetal y parte materna, ambas partes separadas por la barrera placentaria que separa la

circulación placentaria materna de la fetal y regula el paso de sustancias a través de ella.

## **1.8.- PLACENTA HUMANA: ANATOMÍA: FISIOLOGÍA: LÍQUIDO AMNIÓTICO.**

El desarrollo de la placenta es un proceso altamente regulado que es esencial para el crecimiento normal del feto y el desarrollo, y para el mantenimiento de un embarazo saludable. La placenta cumple varias funciones importantes como ser una barrera entre la madre y el feto: la prevención del rechazo del aloinjerto fetal; el transporte y metabolismo de nutrientes y síntesis de péptidos y hormonas esteroideas. La barrera placentaria en la mujer hay cuatro capas sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto, tejido conectivo trofoblasto y endotelio capilar fetal. Sus funciones de la barrera placentaria son separación de circulaciones sanguíneas materna y fetal, Controla la transferencia placentaria, evita el paso libre de las moléculas. La transferencia placentaria es transferir el oxígeno y los principales nutrientes desde la madre al feto y el dióxido de carbono y productos metabólicos del feto a la madre. El líquido amniótico es el que rodea al feto después de las primeras semanas de gestación, durante gran parte del embarazo, el líquido amniótico se deriva casi enteramente del feto y tiene una serie de funciones que son esenciales para el crecimiento normal y desarrollo, ayuda a proteger al feto de un traumatismo en el abdomen materno, se amortigua el cordón umbilical de la compresión entre el feto y tiene propiedades antibacterianas que proporcionan una cierta protección contra las infecciones. El crecimiento en tamaño y grosor de la placenta sigue su marcha acelerada hasta que el feto cumple aproximadamente 18 semanas o 20 semanas de gestación, la placenta totalmente desarrollada cubre del 15 al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto. Normalmente hay tres vasos sanguíneos en el cordón umbilical una vena que lleva oxígeno y nutrientes de la mamá al bebé, y dos arterias (que llevan los desechos fetales del bebé a la mamá.

## **1.9.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL EMBARAZO: AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: FECHA PROBABLE DE PARTO.**

El embarazo es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero y hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios son fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. La ecografía si bien se utiliza para confirmar y controlar la evolución del embarazo, para la mujer tiene un significado especial porque este estudio le permite ver a su bebé por primera vez, y seguramente guardará este estudio como recuerdo, porque para la futura madre tiene un valor afectivo especial. En la ecografía abdominal el saco gestacional se ve en la 5 semana de embarazo, y por vía transvaginal en la 4 semana. Entre la 7 y 8 semana se puede ver la actividad cardíaca y los movimientos del embrión. Fecha probable de parto es desde el momento en que se inicia el último período menstrual hasta la fecha del parto, transcurren por término medio 280 días, igual a 40 semanas, a 9 meses solares, de ahí conocida la fecha ineludible de la última menstruación, se pueda estimar la edad aproximada del embarazo, contando el tiempo que ha mediado a partir de su primer día hasta el momento en que se determina esta edad, haciendo el simple cálculo matemático consiste en sumarle 7 a los días de la FUM y restarle tres a los meses.

### **Bibliografía.**

UDS. Antología de ginecología y obstetricia. Unidad 1. Rescatado el 21 de enero del 2020. En formato APA.

[https://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/GEN\\_US\\_SUA\\_SPAN\\_tcm63-29714.pdf](https://mydoctor.kaiserpermanente.org/ncal/Images/GEN_US_SUA_SPAN_tcm63-29714.pdf) <https://calcular+fecha+probable+de+parto+y+edad+gestacional>