



Nombre de alumnos: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Ensayo de unidad I, obstetricia.

Materia: Ginecología y obstetricia.

Grado: 5to. Cuatrimestre

Grupo: B

1.1 HISTORIA CLINICA EN GINECO-OBSTETRICIA.

Para comenzar, iniciare describiendo acerca de la historia clínica en gineco-obstetricia, la cual es considerada como una herramienta fundamental con la que muchos médicos trabajan para tener un buen diagnóstico, además en esta unidad se abarcan muchos temas muy importantes como la atención prenatal que más que nada se enfoca en los cuidados correspondientes que se debe brindar al estar en este estado y todo lo relacionado a las consultas, así como también veremos la anatomía del aparato genital femenino desde la irrigación de ligamentos y los músculos del periné, de igual forma describiremos la embriología del aparato genital femenino y algunas características principales, otro tema muy importante es el ciclo sexual y en este tema describiremos las funciones principales del eje hipotálamo, para ir finalizando un tema muy importante que es la diferenciación sexual y como es que influye la hipófisis, el ovario y el endometrio en este proceso, igualmente veremos el tema de fecundación, nidación ovular y el proceso de placentación, así como la anomia de la placenta y algunas características que la conforman y finalmente veremos el tema de diagnóstico clínico del embarazo. En este ensayo se pretende dar a conocer los principales conceptos y características de los temas ya mencionados, para enfermería es fundamental conocer cada uno de los temas ya que son temas muy relacionados a los procesos más frecuentes en el hospital como son las historias clínicas o en cuanto al embarazo los diagnósticos o los principales problemas que se pueden presentar en esta etapa.

En primer lugar, como mencionaba anteriormente la historia clínica es una herramienta fundamental para realizar un buen diagnóstico y de esta manera poder intervenir en los problemas que afectan la salud de la persona, la historia clínica debe ser sistemática, estructurada y dirigida, para poder realizar una historia clínica primero hay que conocer las partes que la conforman, esto debe incluir datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares. En datos de filiación que van en toda historia ginecológica debe incluir: edad, estado civil, entre otros. En el siguiente apartado que es motivo de consulta debe incluir los principales motivos por el cual la paciente acudió a la consulta, en esta debe describirse los síntomas y signos que presenta como su evolución, frecuencia e intensidad, así como también indagar sobre la información de consultas anteriores. El siguiente son los antecedentes personales y en

este apartado se busca saber sobre antecedentes patológicos o hábitos que presenta la paciente, así como los antecedentes obstétricos y ginecológicos en donde se preguntara a la paciente datos como fórmula de fertilidad, edad de menarquia, fecha de la última menstruación, formula menstrual, de igual manera deben recogerse datos sobre antecedentes sexuales y finalmente en el último apartado los antecedentes médicos y quirúrgicos, generalmente se pregunta del grupo sanguíneo, si presenta alergias a medicamentos o si presenta enfermedades crónicas o agudas, de la misma manera se debe indagar sobre los antecedentes generales haciendo preguntas como si tiene hábitos de consumo de sustancias toxicas. La historia clínica debe ser siempre de manera sistemática para poder obtener respuestas más claras, generalmente las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología se realizan a pacientes gestantes esto con la finalidad de que no se presenten dificultades o si las hay intervenir en un momento oportuno, en las primeras visitas siempre debe tomarse la talla, el IMC y la presión arterial. A partir de las 24-26 semanas de gestación se deben hacer las maniobras de Leopold para poder examinar al bebe. Algo muy importante es la exploración básica en ginecología donde se agregan los métodos más utilizados como exploración mamaria, colposcopia, ecografía, entre otros. En conclusión la historia clínica es fundamental para el manejo de la paciente obstétrica y ginecológica, y de esta manera identificar problemas de salud.

A continuación, la atención prenatal es un conjunto de actividades que se hacen con la finalidad de promover, prevenir, diagnosticar y dar tratamiento para una adecuada gestación, de esta manera hacer que el parto y el nacimiento del bebe ocurra en buenas condiciones. Para esto se debe elaborar una historia clínica, en la cual debe ser completa y amplia incluyendo todos los antecedentes, debe incluir el examen físico como la de antropométrica, también debe ser requerido los exámenes paraclínicos para identificar algunos factores de riesgo, al mismo tiempo se deben proporcionar actividades de promoción en la salud. Así pues una vez que el medico haya realizado esos procesos debe darse cuenta si la paciente presenta alguna dificultad o si se encuentra en un estado óptimo y es ahí donde debe clasificar a la paciente según los niveles de riesgo que presente, de esta misma manera se le debe indicar a la paciente la frecuencia de consultas, con la finalidad de ir al tanto en el embarazo.

Continuamos con el siguiente tema que es un tema muy completo, me refiero a la anatomía del aparato genital femenino, comenzare con su clasificación, primero que nada se encuentran los aparatos genitales externos, que están constituidas por la vulva, el monte de venus, labios menores, labios mayores y el clítoris, continuamos con los genitales internos, están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, estos tiene una gran relación con las vísceras de la pelvis menor que son el colon, la vejiga y la uretra. Cada uno de los genitales tanto externos como internos forma parte del sistema reproductor de la mujer y cada uno cuenta con una característica y función diferente. Así pues mencionare algunos de los procesos que ocurren como la fijación de las vísceras pélvicas y esto es gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares, en el cual se extienden hasta el conducto inguinal. De esta manera los ganglios linfáticos inguinales superficiales de la vena safena drenan la extremidad inferior y los de la vena circunfleja drenan la cara pósterolateral del muslo y de las nalgas. Por otro lado en la anatomía de las glándulas mamarias, se da por una glándula exocrina de origen ectodérmico, algo particular es que las glándulas mamarias varían en su forma y tamaño de cada mujer, incluso esto puede ocurrir en las etapas de la mujer, por ejemplo en una mujer adulta tiene una forma más plana y semiesférica. En la cara convexa del seno se encuentra el pezón que tiene una forma rugosa y con pequeñas depresiones, el pezón se rodea por la areola que es una parte más delgada y pigmentada, la glándula mamaria se encuentra por encima del musculo pectoral mayor esto se separa por el tejido adiposo excepto el pezón. La mama es considerada como una glándula sudorípara, cada una consta de 15 a 20 unidades glandulares llamados lóbulos mamarios. Las mamas presentan una gran vascularización e inervación.

Seguimos con el tema de embriología del aparato genital femenino, comenzaremos describiendo algunas de las características de la evolución prenatal del aparato femenino, desde el comienzo de su vida y de esta manera poder comprender algunas de las etapas evolutivas e identificar las anomalías que se pueden presentar por las alteraciones morfológicas. Principalmente se inicia con el desarrollo de la gónada, en los primeros estadios de la embriogénesis es difícil distinguir las células somáticas de las sexuales, pero conforme avanza se reconoce porque la célula sexual es más grande y son llamadas gonocitos en donde migran a la glándula genital y esta glándula se forma a partir de tres

fuentes: el epitelio celómico, el mesénquima subyacente y las células germinativas, conforme aumentan las semanas los gonocitos invaden la glándula formando cordones epiteliales conocidos como cordones sexuales primarios, en este periodo aun es imposible saber si la gónada es testículo u ovario, sino hasta la 9ª semana cuando la gónada esta diferenciada y el epitelio es pluriestratificado y a partir de ahí a gonada se ubica en la pelvis. Seguidamente se desarrollan los conductos genitales, esto va depender de los embriones, en los fetos masculinos darán origen al epidídimo, conductos deferentes y eyaculador, en los fetos femeninos los conductos desaparecen y se forman los conductos de Müller o paramesenéfricos que dan origen a las trompas, el útero y parte de la vagina. En el caso del desarrollo de genitales externos se dan a partir de la 7ª semana y es ahí donde comienzan los cambios.

Con respecto al siguiente tema que es el ciclo sexual vamos a enfocarnos en el control de la función reproductora y para que pueda funcionar de la mejor manera ve requerir de una regulación precisa, cuantitativa y temporal, cabe mencionar que una de las glándulas que van a participar en este proceso es el hipotálamo en donde se liberan hormonas de gonadotropina como la LH y la FSH. En el ovario, la hormona FSH y LH se unen a la célula de granulosa para estimular la foliculogénesis y factores del crecimiento. A continuación mencionare alguna de las acciones de FSH sobre el ovario como son: estimula el crecimiento y maduración del folículo, favorece la mitosis y estimula la formación de nuevos receptores. Mientras tanto el LH sobre el ovario estimula el desarrollo de los folículos e induce la formación del cuerpo amarillo y su funcionamiento. Por otro lado en el ciclo femenino ocurren grandes procesos y para eso participan una infinidad de hormonas entre las más importantes están los estrógenos que son producidos en el ovario y la corteza suprarrenal e impulsa el desarrollo del miometrio, otra de las hormonas son el estriol, tiene como característica principal ser producido por la placenta durante el embarazo y el estradiol es el principal estrógeno ovárico durante la vida reproductiva y la hormona progesterona produce cambios de carácter progestacional y se encarga de preparar el útero para la anidación ovular. En cuanto al ciclo sexual femenino suele tener una duración de 28 ± 7 días y la hemorragia tiende a durar $4 \pm 7 - 2$ días, puede estar compuesto por dos fases que son la ovárica y la uterina. Algo muy importante es que en la fase ovárica se divide en dos fases, la primera es la fase

folicular, que inicia con los folículos primordiales formados durante la vida fetal, presenta una fase inicial y una fase final que depende de FSH y LH, que va generar en el ovario el crecimiento de una cohorte. En el proceso de la evolución se completa la primera meiosis e induce la formación de receptores para la LH de las células de la granulosa. Después de la ovulación ocurre la fase lútea que es donde el folículo colapsa y se convierte en cuerpo lúteo. Y finalmente la luteolisis y menstruación, en esta fase intervienen la progesterona y los estrógenos secretados por el cuerpo lúteo generando que las células luteínicas secreten inhibina.

Hipófisis-ovario-endometrio, es un tema complejo que tiene como característica la diferenciación sexual, cabe mencionar que el sexo va depender de la dotación de cromosomas sexuales, como en el del femenino que se representa como XX y el masculino como XY y esto se da desde la fecundación. En este tema vamos a enfocarnos en el sistema reproductor masculino, comenzamos con los órganos reproductores primarios que son los testículos y son encargados de formar la espermatogénesis y este a la vez se define como una respuesta a las gonadotrofinas durante la pubertad, este proceso dura aproximadamente 70 días. Durante la estimulación sexual las contracciones del musculo liso impulsan a los espermatozoides a través del epidídimo, un dato importante es que los espermatozoides eyaculados no pueden fecundar al ovulo de inmediato sino que deben entrar en el conducto reproductor femenino cuatro a seis horas para luego ocurrir la capacitación. Por otra parte, veremos algunas características del sistema reproductor femenino se inicia en las gónadas femeninas junto con el útero y trompas de Falopio constituyen el conducto reproductor femenino, durante este proceso se da la oogénesis que son producidas por las células germinales primordiales, en la semana octava a novena algunas de las oogonias entran en profase y se convierten en oocitos, estos procesos pueden tardar hasta los seis meses después del nacimiento, pero al momento de nacer los oocitos disminuyen y en el periodo de la menopausia es probable que ningún oocito sobreviva. Es importante mencionar que los ovarios tienen dos funciones principales que son la oogénesis y la secreción de hormonas esteroides sexuales y esto se debe a que el hipotálamo controla ambas funciones, para poder comprender mejor es importante conocer su conducta clínica, como mencionaba anteriormente cada 28 días se repite la misma secuencia de la ovulación, formación y

degeneración de un cuerpo amarillo, generalmente los primeros 14 días del ciclo menstrual constituyen a la fase folicular y los últimos 14 son denominados por el cuerpo lúteo.

A continuación el tema de fecundación, hace referencia a la unión de espermatozoides con un ovocito secundario, llevado a cabo en la ampolla de la trompa de Falopio, para lograr la fecundación se requiere de procesos como el de capacitación del espermatozoide, es considerado como un proceso complejo en el que incluyen cambios en la membrana plasmática del espermatozoide, esto ocurre desde que el semen es depositado en la vagina y comienza la carrera en la cavidad uterina si logran pasar continúan a través del cuerpo lúteo, donde inicia la capacitación y la cabeza del espermatozoide pierde su cubierta de proteína e inicia la reacción agronómica, proceso donde los espermatozoides abren paso a través de las barreras del ovocito la cual es la corona radiada, zona prelucida y membrana plasmática y sucede el momento de la fecundación, en ese momento el ovulo fecundado se divide varias veces mientras se desplaza al útero, para convertirse en mórulas, después en blastocito y este se implanta en la pared uterina y se transforma en embrión y la placenta.

Para ir finalizando, la placenta es un órgano fetomaterno en donde su principal función es proteger al feto e intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto. Posee dos principales componentes y son porción fetal y porción materna. Por otro lado la decidua es la capa funcional del endometrio de la mujer embarazada que se separa del resto del útero y cada uno se denomina según el lugar de implantación como: decidua basal, decidua capsular y decidua parietal. La placenta se desarrolla por la proliferación del trofoblasto, el desarrollo del saco y de las vellosidades coriónicas, a medida de que pasan las semanas las vellosidades desaparecen y aumenta el tamaño y grosor de la placenta. En cuanto a la membrana placentaria, es considerada como una estructura formada por tejidos extrafetales que separan la sangre fetal y materna, en las primeras 20 semanas se compone de 4 capas: sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto, tejido conjuntivo y endotelio. Después de la semana 20 ocurren cambios y desaparecen algunas células y esto va permitir que algunas sustancias no puedan atravesar la membrana placentaria pero también esto va depender de su tamaño, carga y configuración. Algunas de las

funciones de la placenta son: función de barrera, transferencia placentaria como gases, sustancias nutricionales, aminoácidos, vitaminas, electrolitos, anticuerpos maternos, entre otros.

Para finalizar, es importante recalcar las características del diagnóstico clínico del embarazo, primero para saber de la existencia del feto hay que visualizarlo por medio de una ecografía, es importante saber que también podemos saberlo mediante el atraso menstrual, por el aumento o disminución de apetito, vómitos, acidez gástrica, intolerancia a los olores, micciones frecuentes, muchos sueño, cansancio, aumento de tamaño, entre otros. También se utilizan métodos auxiliares como la detección de la hormona gonadotrofina en la orina, pero hoy en día el método más utilizado es la ecografía.

En conclusión, el tema de ginecología y obstetricia es muy complejo ya que iniciamos desde la formulación de la historia clínica y sobre todos los datos que lleva con la finalidad de llevar a cabo una revisión en la paciente para prevenir problemas graves, así como también la anatomía del aparato reproductor, entre otros temas muy interesantes. Desde mi punto de vista considero que para enfermería son temas de gran aprendizaje ya que en todo momento podemos brindar ayuda con los conocimientos obtenidos, solo hay que ponerlos en práctica de la mejor manera.

“Una enfermera siempre nos dará esperanza; es un ángel con estetoscopio” Carrie lalet.

BIBLIOGRAFÍA:

Universidad del Sureste. (UDS). (2021). **Antología de Ginecología y Obstetricia, unidad I, Obstetricia,** PDF. Recuperado de plataforma digital UDS, el 22 de enero de 2021.