



Nombre de alumnos:

Anai azucena Vázquez Vázquez

Nombre del profesor:

Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: Ensayo

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 5to

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 21 de enero de 2021.

Obstetricia

En este ensayo se pretende hablar acerca de la obstetricia, ustedes se preguntarán ¿a qué se dedica?, ¿Qué pacientes atiende? La obstetricia es una especialidad médica que se ocupa del embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo aquellas situaciones de riesgo que requieran intervención quirúrgica. La obstetricia trabaja de la mano con la ginecología, ya que ambas se encargan de la salud integral de la mujer, así como de los fenómenos fisiológicos relacionados con la reproducción humana. La historia clínica juega un papel importante en todas las disciplinas médicas, ¿Por qué es tan importante? Es una herramienta diagnóstica, es decir que le facilita el diagnóstico al médico. La historia clínica o anamnesis requieren dos requisitos para su correcta realización: se debe realizar de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera correcta. Durante el interrogatorio además de indagar sobre los factores de riesgo y antecedentes, debe centrarse en el motivo de consulta. Cada historia clínica es diferente, ya que va a depender de la especialidad o disciplina, a continuación, mencionare los apartados que debe incluir una historia clínica obstétrica: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos y ginecológicos y trastornos ginecológicos. Los datos de filiación deben incluir: nombre, edad, estado civil, domicilio, ocupación, escolaridad, grupo sanguíneo y RH, religión y tipo de interrogatorio. El motivo de la consulta en este apartado como su nombre lo indica hay que preguntarle al paciente por que acude a la consulta, preguntarle si presenta algún signo o síntoma. Es necesario que el paciente describa los síntomas, en orden cronológico de la evolución, su intensidad y frecuencia. En el caso que se tratara de una paciente gestante es importante indagar si la gestación es fruto de una relación sexual o tras una técnica de reproducción asistida. Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente (estilo de vida). Los antecedentes obstétricos y ginecológicos se debe recoger los siguientes datos: fórmula de fertilidad (hace referencia a los embarazos, abortos y partos que ha tenido la paciente a lo largo de su vida reproductiva), edad de menarquía (cuando fue su primera menstruación), fecha de la última menstruación, si presenta

irregularidades con su menstruación (dolor, cólicos, cambios de humor, sensibilidad, etc). En caso de que la paciente ha tenido partos debe reflejarse la vía del parto y la edad gestacional que se produjo, así también incluir el peso del recién nacido. Indagar si existió alguna complicación durante la labor de parto, al igual debe recogerse los antecedentes sexuales: si tiene una vida sexual activa, número de parejas y métodos anticonceptivos utilizados. Y por último se debe interrogar los trastornos ginecológicos (como dismenorrea, ITS, tensión premenstrual). Una exploración básica ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia y tracto bimanual. En pacientes gestantes se debe realizar la exploración básica de obstetricia en cada visita debe determinarse el peso materno y la presión arterial, en la primera visita se debe tomarse la talla de la paciente para calcular el IMC, a partir de la semana 24 – 26 de gestación debe realizarse las maniobras de Leopold. 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. Y las exploraciones complementarias en obstetricia incluyen: la ecografía, la ecografía doppler, la amniocentesis, biopsia del corion y cordocentesis, las cuales se realizará según sea las indicaciones del médico a cargo. Como mencionaba al inicio la obstétrica se encarga del embarazo, parto y puerperio, por lo tanto, hablaremos de la atención prenatal que debe seguir una mujer en gestación, para que podamos entender mejor a que hace referencia o cuales son los objetivos del control prenatal, comencare definiendo que es la salud reproductiva 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. Ahora bien, el control prenatal son un conjunto de acciones o actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, perdiendo un parto y nacimientos en las condiciones más óptimas. Se les recomienda a las pacientes que antes de pensar en la concepción de un bebe, deben preparar su cuerpo es decir que el organismo se encuentra en óptimas condiciones implementando una alimentación adecuada, ejercicio, control de inmunizaciones y al momento de quedar embarazadas consumir los suplementos

recomendados para la gestación como por ejemplo el consumo del ácido fólico. Para el control prenatal, como primer punto es la elaboración de la historia clínica en el inicio mencionaba todos los aspectos que debe contener. Examen físico es importante ya nos proporcionara datos que se tienen que controlar o checar durante todo el periodo de gestación, en el examen físico deben incluir medidas antropométricas (como peso y talla, para realizar el cálculo del IMC), para establecer si existe riesgos nutricionales, debe tomarse bien los signos vitales en especial la presión arterial. Posteriormente se realiza un examen por sistemas, características de los genitales externos, la especuloscopia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos. Las actividades de promoción en la salud incluyen: actividades físicas que no requieran demasiado esfuerzo o que sea un peligro para la salud del feto, actividad sexual, preparación para la lactancia, prevención de la automedicación ya que, durante este periodo, las mujeres embarazadas no pueden ingerir cualquier medicamento ya que muchos de ellos son perjudiciales para el feto, además también se le indica a la embarazada que no puede beber bebidas alcohólicas, consumir drogas o cualquier estupefacientes, porque podría ocasionar malformaciones o enfermedades al feto. Mediante los exámenes realizados el médico debe definir el grado de riesgo que presenta la gestante, puede ser bajo, medio y alto. En embarazos de bajo riesgo la cantidad de visitas al doctor son mínimas, en embarazos de medio riesgo: se realizará interconsulta con especialista y de alto riesgo: el manejo por especialista en institución de 2 y 3 nivel. Es necesario saber la anatomía del aparato genital femenino, para tener conocimientos más amplios para saber en qué lugar se lleva a cabo la implantación y el proceso de desarrollo del feto, además de saber cómo esta compuesto nuestro aparato reproductor. Lo podemos dividir en genitales externos e internos. Los genitales externos están formados por el monte de venus, labios mayores y menores, clítoris, la glandula de bartholino, el monte de venus es una prominencia adiposa que se encuentra ubicada por encima de la sínfisis del pubis a partir de ahí se originan dos pliegues que formando los labios mayores. Los labios mayores rodean a los labios menores, se encuentran formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas. 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 tamaño pequeño, ubicado hacia la parte delantera de la vulva, al momento de ser estimulado pueden llegar a tener un orgasmo. Las glándulas de Bartholino se encargan de segregar un líquido transparente que ayuda a la lubricación durante la actividad sexual. Genitales internos donde encontramos: útero, vagina, ovarios y las trompas de Falopio. La vagina es un conducto interno recubierto por una mucosa que comunica la vulva (órgano externo) con el cuello del útero o cérvix. La vagina tiene una apertura externa que puede estar parcialmente recubierta por el himen. Se trata de un conducto elástico de unos 8 o 11 centímetros de longitud, formado de numerosos pliegues y recubierto de una mucosa. El útero También llamado matriz. Se trata de un órgano muscular, hueco, de unos 8 cm de longitud y 5 cm de ancho, con una forma que recuerda a una pera. Su principal función es la de albergar al feto y la placenta durante todo el embarazo. Consta de 2 partes diferenciadas, el cuerpo del útero y el cérvix (cuello cervical). El útero se encuentra formado por tres capas: el endometrio (es la capa interna, formada por mucosa), el miometrio (es la capa de músculo liso) y el perimetrio (es la capa externa). En el endometrio es donde se lleva a cabo la implantación, cuando el óvulo es fecundado por el espermatozoide, cuando el óvulo no se fecunda el endometrio se comienza a descamar produciendo la menstruación. Las Trompas de Falopio o también conocidas como trompas uterinas son 2 conductos ubicados a izquierda y derecha del cuerpo del útero, que lo unen con los ovarios, que se encuentran en la cavidad abdominal. Tienen unos 10 cm de largo y se encargan de: a) Transportar el óvulo que se desprende de uno de los ovarios. B) Transportar los espermatozoides hacia el óvulo para que intenten fecundarlo. C) Si alguno de los espermatozoides logra fecundar el óvulo, se encarga de desplazar el óvulo fecundado hacia el útero para que se implante en el endometrio. Y por último los ovarios es un órgano bilateral se encuentran en la parte baja del abdomen, son del tamaño y forma de una almendra y están situados a ambos lados del útero. Son los encargados de producir las hormonas (estrógenos y progesterona) que aseguran el adecuado funcionamiento de todos los órganos sexuales. La función principal de los ovarios

es dar origen a la formación de un cigoto después de que sea fecundado por un espermatozoide. Una vez visto la anatomía del aparato reproductor femenino y algunas de sus funciones, vamos ahora poder entender la embriología del aparato reproductor femenino que a continuación vamos a ver. La embriología del aparato reproductor femeninos estudia las características de desarrollo del gameto femenino (óvulos). Para que los óvulos se puedan generarse, es por medio del desarrollo de las gónadas: las gónadas adquieren características morfológicas masculinas o femeninas hasta la séptima semana de desarrollo. Al principio, las gónadas aparecen como un par de crestas longitudinales, las crestas genitales o gonadales. Se forman por la proliferación del epitelio y una condensación de la mesénquima subyacente. Las células germinales no aparecen en las crestas genitales hasta la sexta semana de desarrollo. Las células germinales primigenias se originan en el epiblasto migran a través de la línea primitiva y hacia la tercera semana residen entre células endodérmicas, en la pared del saco vitelino, cerca del alantoides. Durante la cuarta semana, migran mediante movimiento ameboideo o a lo largo del mesenterio dorsal del intestino posterior, llegan a las gónadas primitivas a comienzos de la quinta semana e invaden las crestas genitales en la sexta semana, si no consiguen llegar a las crestas, las gónadas no se desarrollan. Después, los celulares germinales primigenias tienen una influencia inductiva sobre el desarrollo de la gónada en ovario o testículo. Ahora voy a hacer un breve resumen de lo que hemos visto, vimos la anatomía y embriología del aparato reproductor femenino, pero ¿Quién es el encargado de controlar la función reproductora? La respuesta es el hipotálamo. Dentro del hipotálamos ciertos núcleos liberan, hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) con patrón pulsátil, la secreción de GnFh actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (LH y FSH). La liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. En el ovario la FSH Y LH se unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y follistatina) y factores del crecimiento. Las acciones de la FSH sobre el ovario son:

estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico, favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca, estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y posteriormente a la LH, etc. Y las acciones de la LH a nivel ovárico son: en la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células, su incremento brusco en sangre provoca la ruptura folicular y la ovulación, induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo, etc. Las hormonas que intervienen en ciclo femenino son los estrógenos (es una mezcla de estradiol y estrona), progesterona y andrógenos. El ciclo sexual femenino (menstruación) suele tener una duración de 28 +/- 7 días. El tiempo de inicio suele variar entre mujeres, algunas mujeres suelen tener una menstruación regular y otras irregulares, igual varían la cantidad (volumen) y los días de hemorragia. La diferenciación sexual, como sabemos el sexo del bebé depende de la dotación cromosómica sexuales, en este caso femenino (XX) y masculino (XY), se dice que el sexo del feto queda determinado al momento de la fecundación, porque el ovulo aporta el cromosoma (X) y el espermatozoide puede aportar (X o Y), entonces dependiendo del cromosoma que aporte será el sexo. 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. Es decir, en este momento comienza el desarrollo del gameto sexual. 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 en la ausencia de esta hormona da la formación de los genitales internos femeninos. Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad. La pubertad comienza por lo general en niñas de 8- 13 años y los niños de 9- 15 años, aunque va a depender de los factores genéticos, la maduración sexual en las niñas comienza con la aparición de la menarquia y en el caso de los niños con la primera eyaculación. A los 50 años aproximadamente se produce la menopausia en las mujeres que es cuando los ovarios dejan de responder a las gonadotropinas y los ciclos sexuales y la menstruación cesan gradualmente y desaparecen. Y en el caso de los hombres las

células germinales y la testosterona continúan, pero con el tiempo va disminuyendo gradualmente. La espermatogénesis es el proceso de formación de los espermatozoides comienza alrededor del día 24 del desarrollo embrionario en la capa endodérmica del saco vitelino. Aquí se producen miles de espermatozoides que migran a los esbozos de los órganos genitales y su maduración completa se lleva a cabo con la pubertad. La fecundación es un proceso por el cual se fusiona el gameto femenino con el gameto masculino el cual tiene lugar en la región ampular de la trompa de Falopio la cual es la parte más ancha de la trompa de Falopio. Al momento de la penetración y cuando ocurre la eyaculación los espermatozoides entran al cuello uterino, los espermatozoides pueden sobrevivir muchas horas, ellos tienen que viajar o recorrer desde el cuello uterino hasta la trompa de Falopio, el proceso del viaje lo realizan a través de contracciones del músculo del útero y de la trompa. Un requisito indispensable para que ocurra la fecundación es que el espermatozoide debe experimentar dos procesos el de capacitación y de reacción acrosómica, el proceso de capacitación ocurre desde que se deposita el semen en la vagina se inicia la carrera en la que se capacitan a los espermatozoides y el más apto podrá fecundar al ovulo, el proceso de capacitación termina en la trompa de Falopio en donde ocurre las interacciones epiteliales entre los espermatozoides con la superficie mucosa de la trompa de Falopio, únicamente los espermatozoides capacitados pueden cruzar las células de la corona y experimentar la reacción acrosómica. La reacción acrosómica se da tras la unión de la zona pelúcida, la reacción termina tras la eliminación de enzimas que ayudan al momento de la penetración de la zona pelúcida que es como la barrera para poder entrar al ovulo. Durante la fecundación existen 3 fases, la fase 1 la penetración de la corona radiada la cual explica que de los 200 a 300 millones de espermatozoides que libera el hombre en la vagina y que posteriormente entran al útero, aproximadamente entre 300 y 500 llegan al lugar de la fecundación en este caso a la trompa de Falopio. Al final de los millones de espermatozoides que ingresan al útero solo 1 de ellos puede fecundar al ovulo, ya que los demás mueren debido a la acidez propia de la vagina se cree que el resto de los espermatozoides ayudan al espermatozoide fecundador a llegar al final del viaje y también a romper la barrera que envuelve al ovulo,

aquellos espermatozoides condicionados pasan con facilidad las células de la corona. La segunda fase que es la penetración de la zona pelúcida la cual es una barrera que se encuentra cubierta por glucoproteínas la cual rodea al ovocito con la finalidad de facilitar y mantener la unión con el espermatozoide e inducir la reacción acrosómica, se necesita más de un espermatozoide para poder degradar la zona pelúcida, aunque finalmente solo uno va a poder fecundarlo, cuando la cabeza del espermatozoide establece contacto con el receptor ZP3 este desencadena la reacción acrosómica la cual permite la penetrar la zona, la permeabilidad de la zona cambia cuando la cabeza del espermatozoide entra en contacto con la superficie del ovocito, al momento de hacer contacto se libera enzimas lisosómicas en los gránulos corticales que revisten la membrana plasmática del ovocito estas enzimas modifican las propiedades de la zona pelúcida evitando que otro espermatozoide pueda penetrar la zona. La fase 3 es la fusión entre las membranas del ovocito y el espermatozoide esta comienza desde la entrada del espermatozoide al ovocito ocurre la adherencia de las membranas plasmáticas entre el espermatozoide y el ovocito la cabeza y la cola del espermatozoide entran al citoplasma del ovocito, cuando el espermatozoide entra al ovocito este desencadena tres formas: las reacciones corticales de la zona, reanudación de la segunda reacción mitótica y activación metabólica del ovocito. Ya para terminar el ensayo hablaremos acerca de la formación de la placenta y sus funciones. La placenta es un órgano que se desarrolla en el útero durante el embarazo. Esta estructura brinda oxígeno y nutrientes al bebé en crecimiento y elimina los desechos de la sangre del bebé. La placenta se une a la pared del útero y de ahí surge el cordón umbilical. La placenta es un órgano feto materno que posee dos componentes: 1) Una porción fetal: se desarrolla a partir del saco coriónico y 2) Una porción materna: que deriva del endometrio, la placenta con el cordón umbilical crea un sistema de transporte para el paso de sustancias entre la madre y el feto. El proceso de desarrollo de la placenta es un proceso muy amplio y complejo, pero voy a intentar resumirlo: la placenta comienza su formación desde el momento que el trofoblasto hace contacto con el endometrio, posteriormente el trofoblasto lo invade y prolifera en su interior destruyendo el tejido y formándose lagunas trofoblásticas. Existen diversos factores

que pueden alterar la salud de la placenta durante el embarazo, por ejemplo: edad de la madre (especialmente después de los 40 años), una ruptura del saco amniótico antes del parto, presión arterial alta, trastornos de coagulación sanguínea, problemas anteriores de la placenta, consumo de sustancias, etc. En conclusión, la obstetricia es una disciplina de gran importancia, para el cuidado de la madre y el feto durante la gestación. Me di cuenta que el control prenatal es de suma importancia para las pacientes gestantes, puesto que les ayuda a llevar el control de la salud del feto y de madre, para evitar complicaciones durante el parto o durante este periodo. En la actualidad gracias a la ayuda del avance de la tecnología se puede observar por medio de un ultrasonido el desarrollo del feto, donde se pueden diagnosticar de manera temprana alguna malformación o un síndrome. Además, el proceso de la formación de los gametos femeninos y masculinos es un aspecto muy complejo e interesante ya que todo esto se da por la fecundación. En fin el poder crear vida, por medio de la combinación de dos gametos es sorprendente y más aún, alguna alteración por más mínima que sea en el desarrollo embriológico puede causar síndromes, malformaciones, infertilidad, etc.

Bibliografías:

- UDS. Universidad del Sureste. 2021. Antología de Enfermería de ginecología y obstetricia. PDF. Recuperado el 21 de enero de 2021.
- De las diapositivas de morfología y función
- es.slideshare.net/JulioAndrade19/desarrollo-de-las-gonadas#:~:text=Las%20gónadas%20adquieren%20características%20morfológicas,las%20crestas%20genitales%20o%20gonadales.&text=Las%20células%20germinales%20no%20aparecen,la%20sexta%20semana%20de%20desarrollo.