



PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre de alumnos: Keila Elizabeth Velasco Briceño**

**Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano**

**Nombre del trabajo: Ensayo unidad 1**

**Materia: Ginecología y obstetricia**

**Grado: 5 Cuatrimestre**

**Grupo: B**

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de enero del 2021.

## OBSTETRICIA

---

En este ensayo conoceremos un poco acerca de la obstetricia ya que es un área de medicina encargada de la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, así como también para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductores femeninos aunque también abarca otros problemas como la menopausia, problemas hormonales, la anticoncepción o esterilidad, también en este ensayo abarcaremos distintos temas como la historia clínica, la atención prenatal, anatomía del aparato reproductor femenino, embriología, ciclo sexual, el hipófisis, la fecundación, placenta humana y el diagnóstico clínico en el embarazo.

### **1.1 Historia clínica en Gineco-Obstetricia**

La historia clínica es una herramienta fundamental para los médicos ya que con la información que se obtiene de esta se puede diagnosticar mejor, esta debe ser sistemática y completa para que sea más fácil poder identificar factores de riesgo de la paciente y así el médico pueda dar un diagnóstico diferencial, esta debe tener apartados como datos generales de la paciente, antecedentes familiares, antecedentes personales, motivo de consulta, si tiene algún trastorno hemorrágico que no sea la menstruación, flujo, embarazos, abortos, inicio de la menstruación, etc.

También es de gran importancia conocer sobre las exploraciones básicas en ginecología y obstetricia para realizarle a cada paciente que los necesite, aunque lo ideal es que todas se lo realicen, una paciente embarazada debe tener una exploración básica para llevar un mejor control de su embarazo y así poder tener menos complicaciones durante el parto.

En la exploración ginecológica se realiza una inspección, especuloscopia es observar directamente el cuello uterino y conducto vaginal y el tacto bimanual, la exploración ginecológica aunque se escuchan parecidas en esta se toma el peso, la presión arterial, medición uterina, maniobras de Leopold en el 2 y 3 trimestre de gestación y por último las exploraciones complementarias en ginecología son la citología cervicovaginal, colposcopia, ecografía, histeroscopia, biopsia y histerosalpingografía, ecografías, ecografías doppler, etc.

## **1.2 Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de las consultas.**

La atención prenatal busca poder tener una maternidad y nacimiento seguros, el control prenatal es un conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento para poder tener una adecuada gestación para que en el parto no haya complicaciones, al asistir a las consultas el medico vela para que haya una inmunidad ante las infecciones.

En las consultas prenatales es esencial realizar una historia clínica esta debe estar completa con sus antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y psicosociales, también en el cálculo de la edad gestacional este se obtiene con la fecha de ultima menstruación, también es fundamental realizar un examen físico para tener un mejor control.

Como dije anteriormente el control prenatal son actividades de promoción a la salud en donde se planea realizar actividades para mejorar el estado de salud gestacional, las actividades pueden ser físicas, sexuales obviamente con delicadeza y si hay amenaza de aborto no está dedicado, el acompañamiento, el preparar a la mujer para la lactancia, prevenir la automedicación, prevención de sustancias toxicas como alcohol, tabaco, drogas y más que afecten al bebe y planificación familiar.

Los médicos deben determinar el grado de riesgo para las gestantes, en nivel bajo donde no hay algún factor de riesgo, nivel medio son los que no conducen directamente a cambios en los resultados perinatales, pero si están relacionados, tienden a causar afecciones o enfermedades que amenazan directamente el embarazo y el nivel alto donde es afectado directamente el embarazo y requiere una mejor atención médica

Las consultas se basan en el riesgo de la paciente, si es un riesgo bajo pueden ser controladas por enfermeras y se puede reducir el número de visitas, en un medio es realizado por un médico general y, si se considera, se llevará a cabo una consulta con expertos y en un riesgo alto es gestionado por expertos de instituciones de Nivel 2 y Nivel 3.

El plan de consultas mensuales son desde el ingreso hasta la semana 34, luego cada dos semanas hasta la semana 38 y luego una vez a la semana hasta el parto.

### **1.3 Anatomía del aparato genital femenino**

El aparato genital femenino está dividido en 2 partes la interna y la externa que más adelante explicaremos cada una de ellas.

#### **PARTE INTERNA**

- ✚ Ovarios: se localizan en la cavidad pélvica, tienen la forma y tamaño de un almendra, estos producen óvulos y hormonas sexuales como estrógenos y progesterona, estos aproximadamente cada 28 días los folículos maduros se abren y liberan el ovulo lo demás del folículo forma el cuerpo lúteo y cuando el ovulo no encuentra con que fecundarse ocurre la menstruación.
- ✚ Las trompas de falopio: esta tiene forma de embudo alargado, se divide en infundíbulo, ampolla, istmo y la región intersticial, su función es conducir a los óvulos desde la superficie de los ovarios hasta el útero y allí es donde se lleva a cabo la fecundación.
- ✚ Útero o matriz: tiene forma de saco invertido y mide de 7 a 8 cm de longitud, se divide en el fondo uterino, cuerpo uterino y cuello uterino o cérvix.
- ✚ La pared uterina: su función es preparar cíclicamente la mucosa para la implantación del ovulo fecundado.
- ✚ La vagina: es un musculo que tiene la capacidad de dilatarse de 8 a 12 cm de longitud, su función es recibir al pene durante la copula y es por donde pasa el feto al momento del alumbramiento.

#### **PARTE EXTERNA**

- ✚ Allí se encuentra la vulva y esta se forma por el vestíbulo este tiene una parte anterior que es el meato urinario y la parte posterior es el orificio vaginal, allí también encontramos las glándulas de bartolino y estas lubrican y facilitan la copula.
- ✚ Los labios menores: son pliegues cutáneos que engloban por delante al clítoris y este interviene en la producción del placer y es un órgano eréctil.

- ✚ Los labios mayores: están recubiertos por piel y vello, su función es proteger los orificios del vestíbulo.
- ✚ El monte de venus: su misión es proteger los órganos femeninos.

Existen distintos tipos de pelvis como la pelvis ginecoide, la pelvis acroide, pelvis antropoide, pelvis platipeloide que influyen mucho durante el trabajo de parto ya que no todas las pelvis son óptimas para tener al bebé naturalmente.

### **1.3 Embriología del aparato genital femenino**

En la primera y segunda semanas posteriores a la fecundación se observan las condiciones del óvulo y endometrio para la implantación, también se observa la pérdida de la membrana pelúcida y comienza a secretar gonadotropina coriónica para mantener el cuerpo lúteo y posteriormente formar el embrión bilaminar e iniciar la circulación primitiva, en la tercera semana se produce gastrulación y neurulación donde se crea la línea primitiva, el embrión trilaminado se forma a partir del epiblasto, la placa neural también se forma a partir de las células ectodérmicas, en la cuarta semana aparecen los surcos branquiales, hay una rotura de la membrana orofaríngea, crece el tubo neural, en la quinta semana aparecen los contornos de las extremidades, hay evolución de vesículas y pliegues cerebrales, en la sexta aparece la hernia umbilical fisiológica, en la séptima semana el relieve somita, en la octava semana la cola desaparece y aparecen los centros de osificación, inicio del período Después de la diferenciación sexual, en la semana 9 se observan cordones de Plüger, los folículos primordiales y la gónada se encuentran en la pelvis, en las semanas 10 y 11 se desarrollan los conductos genitales, el útero está completamente desarrollado y la vagina ha crecido en el cráneo, caudalmente. La Gonadotropina Coriónica se secreta para mantener el cuerpo lúteo para luego formar el embrión bilaminar y comenzar la circulación primitiva, en la tercera semana ocurre gastrulación y neurulación donde se crea la línea primitiva, se forma el embrión trilaminar a partir del epiblasto, también se forma la placa. función neural de las células ectodérmicas, en la cuarta semana aparecen los surcos branquiales, se produce una rotura de la membrana orofaríngea, crece el tubo neural, en la quinta semana aparecen los contornos de las extremidades, hay evolución de vesículas y

pliegues encefálicos, en a la sexta aparece la hernia umbilical fisiológica, a la séptima semana desaparece el relieve de los somitas, a la octava desaparece la cola y aparecen los centros de osificación, inicio del período de diferenciación sexual, en la semana 9 se observan los cordones de Plüger, folículos primordiales y la gónada se localiza en la pelvis, en las semanas 10 y 11 los sexos, el útero está completamente desarrollado y la vagina ha crecido cráneo- caudalmente.

## **1.5 Ciclo sexual, eje hipotálamo**

El control de la función reproductora requiere una regulación precisa, cuantitativa y temporal, del eje hipotálamo-hipófisis- gonadal.

En el ciclo sexual muchas hormonas son importantes para que se lleve a cabo el proceso y dentro del hipotálamo algunos núcleos liberan la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) con un patrón pulsátil, esta actúa sobre células gonadotropas de la adenohipófisis que liberan gonadotropinas, esta hormona estimula a la LH y favorecer la secreción de la FSH.

Las acciones de la hormona FSH en el ovario es estimular el crecimiento y maduración del folículo ovárico, favorecer la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca, encontrar receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos preantrales, estimular la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario, en cambio las acciones de la hormona LH en el ovario estimula la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica, los receptores específicos se hallan en las células de la teca, siendo éstos inducidos por la FSH y los estrógenos, 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.

Las hormonas que intervienen en el ciclo femenino son los estrógenos, el estriol, la progesterona, etc., este ciclo sexual femenino dura de 28 +/- 7 días, con un sangrado de 4 +/- 2 días con un volumen promedio de sangre de 20-60 ml.

## 1.6 Hipófisis- ovario- endometrio

En la vida reproductiva de la mujer, el ciclo menstrual se repite aproximadamente cada 28 días: desde la pubertad hasta la menopausia. Las diversas etapas del ciclo incluyen el desarrollo del folículo ovárico y su ovocito, la ovulación, el tracto reproductivo que está listo para recibir un óvulo fertilizado y la muda del endometrio si no hay fertilización. La duración del ciclo varía de 21 a 35 días, pero la duración media es de 28 días.

La fase folicular ocurre desde el día 1 al día 14. Durante este período, los folículos primordiales se convierten en vesículas de grafito y los folículos adyacentes son atresia. En esta etapa, las gonadotropinas estimulan la síntesis de estradiol.

En la ovulación, este es el resultado de la secreción de estradiol al final de la fase folicular: la descarga de estradiol tiene un efecto de retroalimentación positiva sobre la secreción de FSH y LH en la pituitaria anterior.

Durante la fase lútea, el cuerpo lúteo se desarrolla y comienza a sintetizar estradiol y progesterona. Los altos niveles de progesterona facilitan la fertilización del endometrio. A medida que la progesterona mueve el punto de temperatura hipotalámica hacia arriba, aumenta la temperatura corporal basal en la fase lútea.

Durante la menstruación, la degeneración del cuerpo lúteo y la pérdida repentina de estradiol y progesterona hacen que el revestimiento del endometrio se desprenda, acompañado de sangre, durante cuatro días, lo que equivale del primero al quinto día del siguiente ciclo menstrual. Durante este tiempo, los folículos primordiales se reclutan para el siguiente ciclo y comienzan a desarrollarse.

Si ocurre la fertilización, el óvulo comienza a dividirse y se convierte en un feto, y se produce el embarazo. Durante este proceso, la concentración de estrógeno y progesterona aumenta de manera constante. Sus funciones incluyen el mantenimiento del endometrio, el desarrollo de los senos para la lactancia materna después del parto y la inhibición del desarrollo de nuevos folículos ováricos.

## **1.7 Fecundación, nidación ovular, placentación**

La fecundación es la combinación de espermatozoides y ovocitos secundarios. Se lleva a cabo fusionando los dos gametos en la ampolla de la trompa de Falopio a través de varios procesos, antes de esto, los cambios en los espermatozoides, como la reacción y el entrenamiento de los acrosomas, son necesarios para la fecundación. Este proceso es muy complicado, incluido el depósito de espermatozoides en la vagina, y comienza la carrera que comenzó a entrenar los espermatozoides. Lo mejor es poder fertilizar el ovocito, luego seguir subiendo a través del cuello uterino a través del útero, y luego comienza a entrenar.

La fecundación comienza cuando los espermatozoides atraviesan la barrera de los ovocitos: radiación corona, zona pelúcida y membrana plasmática, y eventos que ocurren dentro del óvulo debido a la penetración. Una vez que el espermatozoides y el óvulo se combinan, se forma el embrión. Constituye una célula con una carga genética completa. Ambos padres contribuyen juntos. El embrión debe moverse al útero antes de poder implantarse en el endometrio, que es la capa de moco que recubre la cavidad uterina. De esta forma se produce el anidamiento o implantación del embrión, que es el hecho básico del embarazo.

## **1.8 Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.**

La placenta es una estructura en forma de disco con un diámetro de unos 25 cm y un grosor de unos 2,5 cm. Pesa entre 500 y 600 gramos al final del embarazo. La placenta se adhiere a la superficie interna del útero de la madre, lo que permite que el bebé extraiga de la sangre de la madre elementos necesarios, en unos 30 minutos después del parto, se caerá de la pared del útero, porque la sangre que fluye hacia la placenta es muy alta, 500 ml por minuto, lo que facilita el intercambio de nutrientes, oxígeno y el paso de desechos.

Para poder darle circulación sanguínea al bebe se realiza a través de la placenta por medio de dos arterias umbilicales llevan la sangre a la placenta y esta retorna por la vena umbilical.

La placenta realiza distintas funciones de gran importancia en el embarazo como la protección, nutrición, respiración, excreción y producción de hormonas gonadotropina corionica, progesterona, estrógenos para un buen crecimiento del bebe.

Tambien cuenta con 2 porciones, la porción fetal de la placenta está formada por el corion frondoso, las vellosidades coriónicas que nacen de él se proyectan al espacio intervelloso que contiene sangre materna y la porción materna de la placenta esta forma por la decidua basal, pero al final del cuarto mes, la decidua basal es sustituida casi por completo por la porción fetal de la placenta.

El líquido amniótico es de gran importancia ya que permite el crecimiento externo simétrico del embrión y del feto, actúa como una barrera contra las infecciones, permite el desarrollo normal de los pulmones fetales, evita adherencias del amnios al embrión y al feto, protege al embrión y al feto frente a lesiones al distribuir los impactos que la madre recibe, ayuda a mantener la temperatura corporal del embrión, permite que el feto se mueva libremente, de este modo colabora con el desarrollo muscular de las extremidades y participa en la mantenimiento de la homeostasis de líquidos y electrolitos.

### **1.9 Diagnóstico clínico del embarazo: auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto.**

Si es posible quedar embarazada, la mujer puede utilizar diferentes métodos de diagnóstico. Si bien se puede confirmar con certeza la presencia de embarazo, se debe visualizar el embrión, lo que actualmente se realiza mediante ecografía, La ecografía del abdomen muestra el saco gestacional dentro de las 5 semanas de embarazo y transvaginal dentro de las 4, entre las 7 y 8 semanas, se puede ver la actividad cardíaca y el movimiento del embrión.

Para diagnosticar especulativamente el embarazo, las mujeres experimentan algunos cambios, como retraso en la menstruación, aumento o disminución del apetito, náuseas, vómitos, ardor de estómago, estreñimiento, etc., rechazo por parte de otros o aumento del apetito, tolerancia a olores como perfume, fumar, comer, la frecuencia

de la micción aumenta, pueden tener sueño, cansancio, cambios de personalidad, etc. Y aumenta el tamaño de los senos.

En conclusión los temas que abordamos son muy útiles para adquirir conocimientos esenciales, ya que en distintas áreas en las que enfermería se utilicen o se impartan para el buen cuidado tanto como a una mujer embarazada y si no lo está, es muy importante conocer anatómicamente y fisiológicamente el aparato reproductor femenino y también que hormonas y la función que realiza cada una de ellas en el embarazo, así como la importancia de llevar en orden una historia clínica, una correcta atención prenatal ya que en conjunto de todos los temas tienen el objetivo de tener un embarazo sin riesgos.

**“ LA ENFERMERA ES TEMPORALMENTE LA CONCIENCIA DE LA  
INCONSCIENCIA; EL AMOR POR LA VIDA DEL SUICIDA, LA PIERNA DEL  
AMPUTADO, LOS OJOS DEL NUEVO CIEGO, EL CONOCIMIENTO Y LA  
CONFIANZA DE UNA NUEVA MADRE Y LA VOZ DE AQUELLOS DEMASIADO  
DEBILES PARA HABLAR”**

**Virginia Henderson**

Fuente de consulta:

- 📄 UDS. Libro ginecología y obstetricia. Unidad 1. Recuperado el 22 de enero del 2021. PDF.
- 📄 Diapositivas ginecología y obstetricia. María Cecilia Zamorano. Recuperado el 22 de enero del 2021.
- 📄 Audios ginecología y obstetricia. María Cecilia Zamorano. Recuperado el 22 de enero del 2021.

¡ A CONTINUACION LE ANEXO LA HISTORIA CLINICA !

## HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS :

### ANAMNESIS GINECOLÓGICA:

#### ANTECEDENTES:

##### Datos generales:

Nombre. *Vela Guadalupe Briceño Balam.*

Edad. *38 años.*

Profesión. *Ama de casa.*

Estado civil. *Divorciada.*

Religión. *Pentecostes.*

##### Antecedentes familiares:

De abuelos, padres,

hermanos y eventualmente de la pareja (enfermedades crónicas y metabólicas; hipertensión; tumores malignos; ginecopatías y mastopatías benignas; gemelaridad; malformaciones y defectos congénitos y/o hereditarios; infertilidad, etc.).

##### Antecedentes personales :

Generales : Grupo y Rh. - *O Rh+*

Antecedentes médicos y quirúrgicos. - *ninguno.*

Alergias. - *a la ampicilina.*

Transfusiones. - *ninguna.*

Medicaciones habituales y hábitos. - *ninguno.*

##### Ginecológicos :

Menarquia. - *12 años*

Menopausia. -

Fórmula menstrual; caracteres menstruales.

Anticoncepción.

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas.

##### Obstétricos :

-gesta. - *2*

-para (características del parto).

Otros : Aborto, embarazo ectópico, etc.

Características del RN.

Puerperio y lactancia.

### MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA :

Dolor : *ninguno.*

Localización :

Hipogastrio (⇒uterino).

Fosas ilíacas (⇒anexial). "Punto ovárico".

Sacralgia (⇒irradiado; útero-sacros, ortopédico).

Tipo :

Cólico (⇒víscera hueca).

Continuo (⇒distensión, compresión, inflamación,

isquemia).

Formas especiales :

Dismenorrea.

Tensión premenstrual.

Dispareunia (coitalgia ± coitorragia).  
Disconfort vulvo/perineal; escozor; prurito.

**Flujo (leucorrea) :**

Aumento fisiológico : Claro; no fétido; no pruriginoso .

Ovulación.

Embarazo

Excitación sexual.

Aumento patológico : Coloreado; fétido; pruriginoso o urente

⇒ Colpitis (vaginitis).

Trichomoniasis.

Candidiasis.

Vaginosis.

Otras.

**Transtornos hemorrágicos (relacionados o no con la menstruación) :** Diagnóstico y representación sobre el **menograma de Kaltenbach**.

Eumenorrea : Regla normal. .

Intervalo : 28±7 días.

Duración : 2-6 días.

Intensidad : 50-150 g/día (2-6 compresas/día). (1 ó 2 al día)

Transtornos del intervalo :

Polimenorrea (proiomenorrea) : <21 días.

Oligomenorrea :

Opsomenorrea : Entre 35 días y 2 meses.

Spaniomenorrea : Entre 2 y 6 meses.

Amenorrea secundaria >6 meses.

Amenorrea primaria : Ausencia de menarquia.

Ataxia : Ciclos anárquicos alternantes.

Transtornos de la duración :

Braquimenorrea : <2 días.

Dolicomenorrea : >6 días.

I : Intensidad semejante todos los días (⇒

miomas...).

II : Sangramiento escaso los días precedentes al sangramiento menstrual normal (⇒ endometriosis cervical, cervicitis, pólipos...).

III : Una menstruación normal se prolonga varios días con un sangramiento en escasa cantidad (⇒ patología miometrial ± cervical...).

IV : La menstruación se inicia y finaliza con un sangramiento escaso durante varios días (⇒ patología disfuncional...).

Transtornos de la intensidad :

Hipomenorrea : Escasa.

Hipermenorrea : Abundante.

Menorragia : Hiper + dolicomenorrea.

Sangramiento anárquico : Metrorragia (desde spottings a hemorragias)

Hemorragia ovulatoria.

**Sensación de bulto :**

En hipogastrio.

En genitales externos :

Distopias (prolapsos; colpocèles).

Inflamatorios.

***Incontinencia urinaria :***

De stress : Iº, IIº ó IIIº grados.

De urgencia.

***Lesiones vulvares :***

Inflamatorias.

Distróficas.

Premalignas y malignas.

***Consulta de reproducción :***

Esterilidad/infertilidad.

Planificación familiar.

***Hirsutismos y virilizaciones.***

***Consulta de mastología.***

***Consulta de diagnóstico precoz del cáncer genital.***

***Disfunciones sexuales.***

***Sintomatología urológica y/o digestiva asociadas.***

**EXPLORACIÓN CLÍNICA EN GINECOLOGÍA :**

**MORFOGRAMA .**

Tipología general de la mujer y evaluación de los caracteres sexuales secundarios (genitales) y terciarios (desarrollo mamario; distribución de la grasa,

**INSPECCIÓN PALPACIÓN, PERCUSIÓN ABDOMINALES.**

**Inspección :**

-Abombado o deprimido. Péndulo, relajado, etc.

-Asimetrías localizadas.

-Tejido graso y su distribución.

-Presencia de cicatrices, pigmentaciones o estrías.

-Vascularización superficial.

-Herniaciones.

-Señalamiento de puntos dolorosos.

**Palpación :** Sistemática con la paciente en decúbito :

-Presencia o no de tumoraciones : Valorar si son intraabdominales o de la pared abdominal.

-Sensibilidad dolorosa.

-Reflejos de defensa. Depresibilidad.

-Diástasis musculares.

-Hepatoesplenomegalias.

-Palpación renal.

**Percusión :**

-Diferenciación de áreas timpánicas

-Niveles de colecciones líquidas.

-Signo de la "oleada".

**PALPACIÓN INGUINAL. EXAMEN MIEMBROS INFERIORES.**

**Palpación inguinal :** Sobre todo en busca de adenopatías y hernias.

**Miembros inferiores :** Edemas y trastornos de la circulación de