



**Nombre de alumno: Ramírez  
Santiago Mayra Jeannette**

**Nombre del profesor: Zamorano  
Rodríguez María Cecilia**

**Nombre del trabajo: Ensayo de la  
unidad I**

**Materia: Ginecología y Obstetricia**

**Grado: 5<sup>o</sup> cuatrimestre**

**Grupo: B**

**PASIÓN POR EDUCAR**

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de enero de 2021.

La ginecología y obstetricia en la actualidad se ha convertido en una especialidad médica fundamental para salvaguardar la salud femenina, ya que, se especializa en brindar atención a las mujeres a lo largo de su vida, incluyendo el embarazo y el parto, además brindan diagnósticos y tratamientos para enfermedades de los órganos reproductores femeninos. La atención que esta especialidad brinda debe estar en constante capacitación, ya que la medicina continúa evolucionando día con día y el incremento de intervenciones ginecoobstetricia es mayor, es por eso la importancia de seguir preparándonos para hacer diagnósticos oportunos orientados a disminuir la morbimortalidad perinatal. La práctica de la obstetricia implica entonces una continua capacitación, toda vez que el avance de la medicina y la mejora de los métodos auxiliares de diagnóstico nos ayudan a cumplir ese fin.

La historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica, esta debe realizarse de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera. En pacientes sintomáticas, la historia clínica, además de indagar sobre factores de riesgo y antecedentes, debe centrarse en el motivo de consulta, tratando de realizar un interrogatorio dirigido para poder plantear el diagnóstico diferencial más correcto posible del problema planteado por la paciente. En el caso de la paciente gestante, la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo. Así mismo, la historia clínica debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares. Las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología deben realizarse en toda paciente obstétrica o ginecológica. En cada visita debe determinarse el peso materno y la presión arterial. En la primera visita debe tomarse la talla de la paciente para el cálculo de índice de masa corporal (IMC). En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler. Siempre recordando que el 5º ruido y no el 4º. A partir del segundo trimestre debe medirse la altura uterina. La altura uterina se corresponde con la edad gestacional y con el tamaño fetal, por lo que es un buen método de despistaje de anomalías del crecimiento fetal en gestaciones simples. A partir de las semanas 24 - 26 de gestación deben realizarse las maniobras de Leopold. La exploración ginecológica básica debe incluir: exploración mamaria, exploración abdominal y la

exploración propiamente ginecológica. 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 exploraciones complementarias en obstetricia son: la ecografía, la ecografía Doppler, la amniocentesis, la biopsia de corion y la cordocentesis, que se emplearán según caso e indicación. Durante el embarazo es importante llevar un control prenatal, ya que es el conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas con el fin de lograr una adecuada gestación, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones sin secuelas físicas o síquicas para la madre, el recién nacido o la familia. La exploración física es fundamental para la historia clínica de la mujer porque esta incluye medidas antropométricas, como estatura y el peso para definir el índice de masa corporal, para establecer el riesgo nutricional que tiene la paciente; deben tomarse muy bien los signos vitales, en especial la presión arterial. Posteriormente se realiza un examen por sistemas, características de los genitales externos, la espejuelo copia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos. Es importante realizar actividades de promoción en salud en las mujeres: Actividades físicas, actividad sexual, acompañamiento, preparación para la lactancia, prevención de la automedicación, prevención de adicciones y planificación familiar. Para poder realizar todas aquellas intervenciones es importante conocer la anatomía del aparato genital femenino. Empezamos con los genitales externos ahí encontramos la vulva aquella que está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal. El monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos. 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 pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas. La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral,

a unos 2 cm por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. Genitales internos: Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra. La fijación de las vísceras pélvicas es importante ya que el útero se fija gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares. Encontramos los ligamentos úterosacros, ligamentos cardinales o de Mackenrodt, ligamentos cardinales, ligamentos úterosacros. Todos juntos forman los ligamentos suspensores del útero o retinacula uterina. Las vísceras pélvicas se hallan irrigadas por las ramas hipogástricas de las arterias iliacas comunes, a excepción de las arterias ovárica, hemorroidal superior y sacra media. Las arterias ováricas son ramas directas de la aorta.

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 GnRH 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. Se necesita la secreción pulsátil de GnRh para lograr una secreción sostenida de gonadotropinas. Una secreción continua de GnRh reduce rápidamente la secreción de LH y FSH, lo cual se utiliza en clínica en patologías dependientes de esteroides sexuales. En el ovario, 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 folistatina) y factores del crecimiento. Entre otras funciones, estos factores derivados del ovario retroalimentan hipotálamo e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y godanotropinas (en el pico de la mitad del ciclo). Los esteroides ováricos son

indispensables para la implantación del embrión en caso de embarazo. Es importante conocer acciones de fsh sobre el ovario: Estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico. Sólo uno llegará a la maduración completa, favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca, se encuentran receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos prenatales, estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario. Así mismo, las acciones del lh sobre el ovario en la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células, sus 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 por el mismo. Las hormonas relevantes en el ciclo femenino es el estrógeno, estradiol, progesterona, estrona y, los andrógenos. El ciclo menstrual ocurre aproximadamente cada 28 días durante el periodo de vida reproductiva de la mujer: desde la pubertad hasta la menopausia. Las fases del ciclo incluyen desarrollo de un folículo ovárico y su ovocito, ovulación, preparación del conducto reproductivo para recibir el óvulo fecundado y desprendimiento del revestimiento endometrial si no hay fecundación. La duración del ciclo puede variar desde 21 a 35 días, pero la duración promedio es de 28 días. Los límites de la duración del ciclo se atribuyen a la variabilidad de la duración de la fase folicular; la fase lútea es constante. Por convención, el día 1 marca el inicio de la menstruación a partir del ciclo previo. La fase folicular o proliferativa ocurre desde el día 1 hasta el 14. Durante este periodo el folículo primordial se desarrolla en un folículo graafiano y los folículos vecinos sufren atresia (degeneran o involucionan). Una vez que los folículos vecinos han involucionado, el folículo restante se denomina folículo dominante. Al principio de la fase folicular, las gonadotropinas estimulan la síntesis de estradiol. La fase folicular está subordinada al estradiol, cuya concentración aumenta de manera estacionaria. La concentración elevada de estradiol causa proliferación del revestimiento endometrial del útero e inhibe la secreción de FSH y LH mediante retroalimentación negativa. La ovulación ocurre en el día 15 de un ciclo menstrual de 28. Cualquiera que sea la duración del ciclo, la ovulación ocurre 14 días

antes de la menstruación. Por ejemplo, en un ciclo de 35 días, la ovulación ocurre en el día 21, es decir, 14 días antes de la menstruación; en un ciclo de 24 días, la ovulación se presenta en el día 10. La ovulación es consecuencia de una descarga de 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 hipófisis anterior.

3. Fase lútea o secretora La fase lútea ocurre desde los días 15 a 28 y termina al iniciarse la menstruación. Durante esta fase, el cuerpo lúteo se desarrolla y comienza a sintetizar estradiol y progesterona. Las concentraciones elevadas de progesterona preparan el endometrio para recibir un óvulo fecundado. La temperatura basal del cuerpo aumenta durante la fase lútea debido a que la progesterona desplaza hacia arriba el punto hipotalámico de la temperatura. Al final de la fase lútea, si no hay fecundación, el cuerpo lúteo involuciona y la concentración sanguínea de las hormonas disminuye bruscamente. Menstruación es la regresión del cuerpo lúteo y pérdida súbita de estradiol y progesterona provocan desprendimiento del revestimiento endometrial acompañado de sangre (menstruación o sangrado menstrual). Típicamente, la menstruación dura cuatro días, que corresponden a los días primero a quinto del siguiente ciclo menstrual. Durante este tiempo son reclutados los folículos primordiales para el siguiente ciclo y comienzan a desarrollarse.

Embarazo En caso de fecundación, el óvulo comienza a dividirse y se convierte en feto. El periodo de desarrollo fetal se llama embarazo o gestación y en el ser humano dura aproximadamente 40 semanas. Durante el embarazo, la concentración de estrógenos y progesterona aumenta de manera estacionaria. Sus funciones incluyen mantenimiento del endometrio, desarrollo de las mamas para lactación después del parto y supresión del desarrollo de nuevos folículos ováricos. Al principio (primer trimestre), la fuente de hormonas esteroideas es el cuerpo lúteo; de la mitad al final del embarazo (segundo y tercer trimestres) la fuente es la placenta. Las hormonas son unas sustancias fundamentales en el funcionamiento de nuestro organismo. El embarazo altera mucho su secreción. Algunas multiplicarán su actividad para beneficiar a tu pequeño, otras te causarán algunas molestias y puede que, incluso, requieran la prescripción de algún tratamiento. Las hormonas asociadas al embarazo son: la gonadotropina coriónica humana (HCG). Es la famosa hormona del embarazo, sólo circula por la sangre de una mujer cuando está gestando. Los tests

del embarazo detectan su presencia en la orina e informan a la futura mamá de su estado. Su función es suprimir la menstruación y estimular la producción de progesterona y estrógenos. También tiene otros efectos menos agradables como los vómitos y las náuseas. Se mide la concentración de esta hormona junto con otras sustancias para las pruebas conocidas como screening del primer trimestre y triple screening. La progesterona se produce en los ovarios y posteriormente en la placenta. Ya se generaba en el organismo antes del embarazo, pero justo después de la concepción su producción aumenta enormemente. Prepara el útero para recibir al óvulo fecundado. Gracias a ella, ese futuro bebé con código genético propio podrá anidar durante 9 meses en el vientre de su madre sin que su organismo lo rechace. Los estrógenos durante la gestación, el nivel de esta hormona en el organismo es mucho mayor que en cualquier otra etapa de la vida. Por tanto, no es extraño que se produzcan tantos cambios en tu cuerpo, en tu piel, algo más seca, y en tu cabello que dejará de caer y se mantendrá brillante. Los estrógenos disminuyen en el posparto, lo que volverá a tener consecuencias sobre tu estado físico y anímico. La oxitocina es la responsable de poner en marcha las contracciones del útero que dan inicio al parto. Además, se asocia la liberación de oxitocina con la predisposición a cuidar del bebé. Despertará en ti la ternura y el cariño que tu hijo necesita, por eso se la llama "la hormona del amor". La prolactina se origina en la placenta y prepara a la nueva mamá para la lactancia estimulando las glándulas mamarias. La succión del bebé en las primeras horas tras el parto contribuye a aumentar aún más los niveles de la hormona, lo que a su vez ayuda a la subida de la leche.

En conclusión, la ginecología y obstetricia brindan la atención integral y especializada a la mujer y la madre en todos sus ciclos de vida por problemas fisiológicos, patológicos, de salud individual o colectiva. Es por eso la importancia de abarcar estos temas para poder conocer sobre los múltiples cambios que existen en la mujer durante estas etapas tan importantes de la vida.

“La observación indica como esta el paciente; la reflexión indica que hay que hacer; la destreza practica indica como hay que hacerlo. La formación y la experiencia son

necesarias para saber como observar y que observar; como pensar y que pensar”.  
(Florence Nightingale).

## **Bibliografía**

Universidad Del Sureste. (UDS). (2021). Antología de Ginecología y Obstetricia. PDF recuperado de plataforma digital UDS, el 22 de enero del 2021.

**HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN GINECOLÓGICAS :**

**ANAMNESIS GINECOLÓGICA:**

**ANTECEDENTES:**

**Datos generales:**

Nombre: Jhana Ramirez Pérez  
Edad: 28  
Profesión: Administradora  
Estado civil: casada  
Religión: Cristiana

**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 positivo  
Antecedentes médicos y quirúrgicos.

Alergias. Ninguna

Transfusiones. Ninguna

Medicaciones habituales y hábitos.

Ginecológicos : Un parto normal, una cesarrea

Menarquia. 14 años

Menopausia. NO

Fórmula menstrual; caracteres menstruales.

Anticoncepción. NO

Ginecopatías e intervenciones ginecológicas.

**Obstétricos :**

-gesta. 2

-para (características del parto). Parto normal, cesarrea

Otros : Aborto, embarazo ectópico, etc.

Características del RN. a término

Puerperio y lactancia. Puerperio 40 días

**MOTIVOS ESPECÍFICOS DE CONSULTA :**

**Dolor :**

**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.

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

Eumenorrea : Regla normal .

Intervalo :  $28 \pm 7$  días.

Duración : 2-6 días.

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

Trastornos del intervalo :

Polimenorrea (proimenorrea) : <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.

Trastornos 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...).

Trastornos 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; colpocelos).

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. Condón

Hirsutismos y virilizaciones. No

Consulta de mastología. No

Consulta de diagnóstico precoz del cáncer genital. No

Disfunciones sexuales. No

Sintomatología urológica y/o digestiva asociadas. No

**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. Por el embarazo.

-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. Por dolor

-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

## EXPLORACIÓN DE GENITALES EXTERNOS : En posición ginecológica.



**Inspección de la vulva** : Hay que valorar :

- Desarrollo. *Normal*
- Trofismo.
- Signos de virilización (clítoris de >1 cm).
- Pilificación.
- Separación de labios e inspección del introito. *Normal*
- Himen.
- Periné : Longitud, estado, desgarros, cicatrices, lesiones, etc. *Normal*

**Palpación de la vulva** :

- Labios mayores. *Normal*
- Glándulas re Bartholino. *Normal*
- Región suburetral. *Normal*

**Biopsia de vulva** : Ante toda lesión dudosa que no responda a tratamiento a corto plazo.

**ESPECULOSCOPIA** : La visión directa del cuello uterino y conducto vaginal puede realizarse empleando valvas no articuladas o espéculos autoestáticos, entre los que los tipos de Collins y Cusco son los más habituales (de metal o desechables).



**Evaluaremos** :

- OCE de nulípara (redondo) o multipara (rasgado).
- Epitelización uniforme.
- Anomalías de forma, tamaño, situación. *Anomalías en los ovarios.*
- Lesiones rojas (eritroplasias) o blancas (leucoplasias). *No*
- Lesiones exofíticas. *No*
- Lesiones ulceradas. *No*
- Procesos inflamatorios. *Presenta inflamación en el abdomen.*

Aspecto del moco cervical y del flujo vaginal que lo envuelve. **Normal**

En caso de lesiones localizadas conviene expresar su posición mediante un sistema horario (p.ej. lesión en posición entre 3 y 5 horarias).

**Pruebas complementarias :**

Test de Chrobak: Presionando una tumoración suavemente con una sonda fina, ésta permite su penetración si se trata de un carcinoma, pero no en caso de tumores benignos por su consistencia y organización.

*Refiere que tiene gotitos en el ovario.*

Toma para análisis del flujo en fresco. **Anteriormente normal**

Colposcopia.

Toma citológica. **Normal**



Biopsia de cuello uterino.

Histerometría.

Biopsia endometrial/microlegrado.

Pequeñas intervenciones ambulatorias :

Electrocoagulación cervical.

Criocoagulación cervical.

Laserterapia.

Culdocentesis.

**TACTOS GINECOLÓGICOS :**

Tacto vaginal uni o bidigital, a través de vagina, podemos comprobar su localización, longitud, tamaño, consistencia, dilatación del canal, dolor a la movilización, etc.. Igualmente podemos valorar las características también de posibles tumoraciones asociadas.



**Tacto bimanual** : En ginecología la mano exploradora hábil será la abdominal, en Obstetricia será lavaginal. Exploración genital completa (cuello, cuerpo uterino y anexos).

**Útero** : Posición (anteversión, retroversión, indiferente), forma, tamaño, dureza, movilidad, sensibilidad. *Presenta sensibilidad*

**Anexos** : *Normal* apreciar engrosamientos, tumoraciones, empastamientos, dureza, sensibilidad, fijación. La tumoración ovárica se movilizará independientemente del útero (diagnóstico diferencial con las tumoraciones uterinas).

**Douglas** : Ocupación, dolor.



**Tacto rectal** : Para valoración sobre todo de parametrios y ligamentos posteriores (útero-sacros). Tacto alternativo también en mujeres vírgenes.

**Parametrios** : Valorar fibrosis, retracciones, infiltraciones o afectación por tumoraciones y sus características.

Valoración de tabique recto-vaginal, ligs. útero-sacros y Douglas.



**Tacto recto-vaginal** : Valoración fundamentalmente del tabique recto-vaginal.