



**Nombre de alumno: Pascual Pedro
María de Jesús**

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

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

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 5^o cuatrimestre

Grupo: B

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 22 de enero de 2021.

La ginecología y obstetricia hoy en día requiere una constante capacitación, ya que en el ámbito de la salud continúa evolucionando día con día. El aumento del índice de las mujeres que requieran alguna intervención de este tipo y por ello nos obliga a seguir preparándonos para disminuir la morbimortalidad de la mujer. Por ello es importante capacitarnos, para mejorar los métodos y los cuidados que le brindaremos. No olvidarnos en realizar una buena historia clínica ya que es la herramienta clave para el manejo de la paciente obstétrica y ginecológica. Esta debe de ser sistemática y completa, y sirve para identificar factores de riesgo de la paciente y establecer el diagnóstico diferencial, el motivo porque asiste a la consulta. En la mujer embarazada es muy importante hacer una exploración básica obstétrica este debe incluir todos los datos importantes para su control. También ayudarnos con las exploraciones complementaria para brindar un mejor servicio.

La historia clínica es la principal herramienta de trabajo para poder hacer un diagnóstico, en el caso de pacientes sintomáticas, podemos indagar en la historia clínica, para saber sobre los factores de riesgo y antecedentes, 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. Se debe de tener en cuenta el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta. Si se trata de una paciente gestante es importante indagar si la gestación se ha embarazado de forma normal o ha sido tras una técnica de reproducción asistida y saber ciertos datos de ella. Exploración básica en obstetricia se debe de realizar en la primera visita sacan el IMC. En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler, edad gestacional, tamaño, así descartar posibles anomalías. En una cita se debe de realizar la exploración mamaria, con una técnica adecuada para observar la presencia o no de un edema que confiere un aspecto arrugado y áspero de la piel, ya que es un hallazgo anormal, detectar la presencia de nódulos. Esto puede hacer en sedestación o decúbito supino. La variante de esta técnica para el estudio de la vagina se denomina vaginoscopia y para el estudio de la vulva, vulvoscopia. la biopsia ginecológica debe plantearse como método de

diagnóstico de lesiones o para el estudio del endometrio en casos de problemas de esterilidad. Para las lesiones de vulva y vagina se usa un instrumento denominado punch y se requiere uso de anestesia local. Esta técnica también se emplea como ayuda en la realización de procedimientos invasivos de ginecología como la punción de quistes ováricos. Puede servir como método de diagnóstico o puede emplearse como método quirúrgico para el tratamiento de lesiones uterinas intracavitarias, como cirugía mínimamente invasiva. La salud reproductiva, que 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. El control prenatal 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. En este control se debe de realizar la elaboración de la historia clínica, examen físico, exámenes clínicos y la promoción de la salud misma. Identificar los riesgos y darle consultas de seguimiento. La anatomía del aparato genital femenino, la mujer tiene el sistema reproductor ubicado íntegramente en la pelvis. La parte externa de los órganos reproductores femeninos se denomina vulva. La vulva, que está ubicada entre las piernas, cubre la abertura que conduce a la vagina y a otros órganos reproductores ubicados dentro del cuerpo. La zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal se denomina monte de Venus. La abertura vaginal está rodeada por dos pares de membranas, denominadas labios mayores y menores. El clítoris, un pequeño órgano sensitivo, está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios. Entre los labios, hay aberturas hacia la uretra y la vagina. Una vez que una niña alcanza la madurez sexual, los labios externos y el monte de Venus se cubren con vello púbico. Los órganos reproductores internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. La vagina es un tubo muscular hueco que se extiende desde la abertura vaginal hasta el útero. La vagina de una mujer madura llega a su tamaño adecuado con el sexo y edad. Dado que posee paredes musculares, puede expandirse y contraerse. Esta capacidad de ensancharse o afinarse. Las paredes musculares de la vagina están recubiertas por

membranas mucosas, que la mantienen húmeda y protegida. La vagina tiene dos finalidades: es el lugar en el que se introduce el pene durante las relaciones sexuales, y también es el camino por el cual un bebé sale del cuerpo de la mujer durante el parto, denominado "canal de parto". La abertura de la vagina está cubierta por una lámina delgada de tejido, con uno o más orificios, denominada himen. El himen suele ser diferente de una persona a otra. La vagina se conecta con el útero, en el cuello uterino. El cuello uterino tiene paredes fuertes y gruesas. La abertura del cuello del útero es muy pequeña. El útero tiene forma de pera invertida, con un recubrimiento grueso y paredes musculares; de hecho, el útero posee algunos de los músculos más fuertes del cuerpo. Estos músculos son capaces de expandirse y contraerse para albergar al feto en crecimiento y después ayudan a empujar al bebé hacia afuera durante el parto. Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho, entre los ligamentos redondos y úteroovárico. Podemos dividir las trompas en tres zonas: la porción intersticial de 1 cm, que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, la porción ístmica, de 2- 4 cm y la porción ampular, que es la zona más gruesa que termina en forma de embudo en las fimbrias denominándose pabellón y constituyendo la zona de contacto entre trompa y ovario. Los ovarios son un órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. Por su borde anterior se encuentra unido a la hoja posterosuperior del ligamento ancho por el meso del ovario que es por donde llega la inervación y vascularización ovárica. La vejiga urinaria tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra. El uréter penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria ilíaca común y alcanza el suelo pélvico siguiendo la pared lateral de la pelvis. 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 sacrociáticos mayor y menor. Fijación de las vísceras pélvicas. El útero se fija gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares. Los ligamentos redondos son prolongaciones aplanadas que se extienden desde los cuernos uterinos hacia abajo, siguiendo el conducto inguinal, para terminar en los labios mayores. Los ligamentos anchos parten de la pared pélvica lateral formando dos amplias alas que rodean al útero dividiendo la cavidad pélvica en un compartimento anterior y otro posterior. La vascularización. La mama recibe su aporte sanguíneo a través de tres vías principales: 1) Arteria mamaria interna. 2) Arteria torácica inferior. 3) Arterias intercostales posteriores. La inervación de la piel que recubre la glándula recibe inervación de los 6 primeros nervios intercostales. La inervación simpática alcanza la glándula junto al sistema vascular. El drenaje linfático, es importante reseñar la gran cantidad de anastomosis linfáticas existentes y las grandes variaciones anatómicas individuales. Podemos diferenciar cuatro vías principales: 1) Vía axilar. 2) Vía mamaria interna. 3) Vía supraclavicular. 4) Vía intercostal posterior. El desarrollo del aparato genital femenino está marcado por la existencia de un estadio indiferenciado, cualquiera sea el sexo del embrión, hasta el final de la sexta semana, y por las relaciones con el desarrollo del aparato urinario a partir de esbozos parcialmente comunes. La organogénesis de la gónada, de los conductos genitales y de los genitales externos, la gónada es de los primeros estadios de la embriogénesis es imposible distinguir las células somáticas de las células sexuales, más adelante se reconocen porque las células sexuales son más grandes, ricas en protoplasma y con un núcleo que se destaca. Los gonocitos, en estadios tempranos aparecen en la alantoides, se encuentran también en la hoja visceral del celoma y en el endodermo, y se cree que migran desde el lugar de su primera aparición hasta su lugar definitivo en la glándula genital. La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, la mesénquima subyacente a él y las células germinativas. Los gonocitos penetran en la mesénquima y se unen a los cordones sexuales primarios de la corteza, su presencia creciente, aumenta el volumen de la gónada que sobresale por dentro del mesonefros. Por fuera de ella se invagina el epitelio celómico para constituir el conducto de Müller. Hasta este período del

desarrollo es imposible determinar si la gónada es testículo u ovario por lo que se denomina a éste “período indiferente”. La mesénquima pelviana se extiende delante del recto hasta la membrana cloacal, separándola en una porción anterior o urogenital y otra posterior o anal. La membrana urogenital cierra por debajo el surco urogenital, entre los pliegues urogenitales. El vestíbulo está enmarcado lateralmente por los labios menores y las tumefacciones labioescrotales se convierten en labios mayores. Pasado por un período de indiferenciación y otro de diferenciación, hasta completar el desarrollo. 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 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 Gn-RH 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. La liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. Las acciones de FSH 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 luego de receptores para la LH a nivel del ovario. Las acciones del LH sobre el ovario, 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 estos inducidos por la FSH y los estrógenos, induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo. Producidos en el ovario y la corteza suprarrenal. Promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de la proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos. Cuando comienza a actuar, el crecimiento del endometrio cesa y se inicia la fase secretora. Por otro lado, el ovario produce androstenediona, DHEA y pequeñas cantidades de testosterona. Las distintas estructuras del útero se hallan sometidas a la influencia de los estrógenos y progesterona producidos en el ovario. En el momento culminante de la fase secretora

Menstruación Debida a la reducción repentina de estrógenos y progesterona, al final del ciclo ovárico tras la involución del cuerpo luteo, produciéndose la disminución de la estimulación de las células endometriales y luego la involución del endometrio. La bajada de FSH selecciona el folículo dominante y la atresia simultánea del resto por exceso local de andrógenos. Contiene aromatasa, que emplea los andrógenos de la teca para producir estradiol. Asimismo, las células luteínicas secretan una pequeña cantidad de inhibina, que inhibe la secreción de FSH, descendiendo a niveles muy bajos la concentración de FSH y LH. En ese momento, la falta de estrógenos, progesterona e inhibina no es capaz de seguir inhibiendo la secreción de la adenohipófisis, produciéndose la menstruación. Lo cual permite que comience de nuevo la secreción de FSH, y unos días más tarde, la de LH. En la diferenciación sexual dependerá de las de cromosomas sexuales, en femenino XX y el masculino XY, y viene estipulado ya desde el momento de la fecundación. 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. En el caso masculino, la presencia de un gen en el cromosoma Y da lugar a la diferenciación de las gónadas en testículos; en el caso femenino la ausencia de este gen da lugar a la diferenciación de las gónadas en ovarios. En este estadio, el feto presenta unos conductos genitales primordiales comunes. 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 la formación de una hormona peptídica denominada hormona inhibidora de los conductos de Müller da lugar a la involución de los mismos. En el feto femenino la ausencia de estas hormonas da lugar al desarrollo de los genitales internos femeninos. Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad, en este momento los órganos reproductores se activan por estimulación de las gonadotropinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamahipofisario. La pubertad coincide con el crecimiento del cuerpo y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. La madurez sexual viene marcada por la menarquia menstrual en las niñas y por la primera eyaculación en los niños. La testosterona, principal hormona androgénica, es sintetizada y secretada en las células de Leydig o células intersticiales de los testículos. Las vías sintéticas son similares a las descritas para la

corteza suprarrenal, aunque con dos diferencias importantes: a) Los testículos carecen de unas enzimas que les impiden sintetizar glucocorticoides o mineralocorticoides. FSH activa la espermatogénesis y la función de las células de Sertoli. La LH estimula las células de Leydig para sintetizar testosterona. La testosterona, secretada por las células de Leydig, tiene funciones locales en los testículos y sobre otros tejidos efectores. En los testículos, la testosterona difunde desde las células de Leydig hasta las células de Sertoli cercanas, donde refuerza la acción espermatogénica de la FSH. Fuera de los testículos, la testosterona es liberada a la circulación general. En la primera vía, la testosterona misma retorna al hipotálamo y la hipófisis donde inhibe la secreción de GnRH y LH. En la segunda vía, las células de Sertoli secretan una sustancia denominada inhibina. Esta es una glucoproteína que constituye el inhibidor de la secreción de FSH. La fecundación es la unión del espermatozoide con un ovocito secundario; se lleva a cabo en la ampolla de la trompa de Falopio a través de diversos procesos que permiten la fusión entre ambos gametos. Previo a esto se requieren cambios en el espermatozoide, como es la capacitación y la reacción acrosómica. La placenta es el principal del intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto. Es un órgano fetomaterno que posee dos componentes: Una porción fetal, Una porción materna: que deriva del endometrio. La placenta y el cordón umbilical crean un sistema de transporte para el paso de las sustancias de la madre al feto. Las membranas fetales y la placenta son expulsadas del útero, con el alumbramiento, poco después del parto. Por ello es importante conocer los que ocurren durante este proceso y la circulación materna y placentaria y las principales funciones que tienen para el feto. Por ello es importante que desde las primeras semanas embarazo, cuando el bebé comienza a desarrollarse dentro del cuerpo de la madre, ésta va a descubrir signos y síntomas en su organismo que permiten hacer el diagnóstico presuntivo del embarazo. No todas las mujeres tienen los mismos síntomas. Ante la posibilidad del embarazo la mujer podrá utilizar los diferentes métodos diagnósticos como una prueba inmunológica de embarazo y posteriormente una ecografía para conocer estado del producto y no haga alguna alteración.

En conclusión, conocer que es la ginecología y obstetricia nos dará una noción cuál es su enfoque y cuáles son los objetivos. Está enfocado en la mujer desde su desarrollo

y por las diferentes etapas que ocurren en la niñez, adolescencia y cuando llega a la edad adulta. Cuando una mujer asiste a consulta es importante que la historia clínica es importante para conocer los motivos porque asiste y los antecedentes anteriores. Y también es importante conocer los tipos de exámenes con las que se puede hacer un diagnóstico o cualquier alteración que pueda tener, o bien se pueden usar en el embarazo para brindar una atención de calidad. Como estudiantes es importante conocer todos aquellos procesos, cambios que ocurren en una mujer sana, enferma o embarazada, para saber cuando actuar de manera precoz para disminuir la mortalidad, ya hoy en día ha ido aumentando.

Bibliografía

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