



UNIVERSIDAD DEL
SURESTE
CAMPUS TABASCO

UNIDAD I Y II



MATERIA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TEMA: ENSAYO DE LA UNIDAD I Y II

NOMBRE DEL MAESTRO: DR. LUIS MANUEL
CORREA BAUTISTA

NOMBRE DEL ALUMNO: JORGE PERALTA VÁZQUEZ

GRADO: 5

GRUPO: D

INTRODUCCIÓN

Este trabajo hablara sobre dos temas importantes en el primero hablara los procesos que pasa la mujer desde que comienza con la fecundación, y todos los procesos que lleva el desarrollo del embrión y feto dentro de la madre, así como cambios fisiológicos y morfológicos que sufre la mujer durante esta etapa.

El segundo tema hablara sobre la expulsión de bebe, los procedimientos que se deben tomar en cuenta en esta etapa de recuperación de la madre y la preparación del bebe para su nueva vida fuera del vientre materno.

HISTORIA CLÍNICA EN GINECO- OBSTETRICIA

La historia clínica también conocida como anamnesis es una herramienta el cual ayuda al médico a realizar una indagación de manera profunda sobre la paciente de manera estructurada para tener conocimientos adecuados y de forma certera. En caso de las pacientes sintomáticas, además de obtener información sobre los factores de riesgo y antecedentes, se debe tener en cuenta el motivo de la consulta, procurando de hacer un interrogatorio dirigido para lograr proponer el diagnóstico diferencial más adecuado viable del problema planteado por la paciente.

EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

En toda paciente gestante debe realizarse una exploración básica. En la primera visita debe tomarse la talla de la paciente para el cálculo de índice de masa corporal (IMC). En cada visita se debe determinarse el peso materno y la presión arterial. Para tener en cuenta la presión arterial diastólica debería tenerse presente el 5º sonido, no el 4º. Si el 5º sonido no está presente, se registrará el 4º sonido (atenuación del ruido). Desde el segundo trimestre debería medirse la elevación uterina. Para eso puede usarse un pelvómetro o sencillamente una cinta métrica. La elevación uterina se corresponde con la edad gestacional y con la magnitud fetal. A partir de las semanas 24 - 26 de gestación deben realizarse las maniobras de Leopold. La exploración ginecológica de incluir exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica. 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.

ATENCIÓN PRENATAL. CUIDADOS CORRESPONDIENTES Y FRECUENCIA DE CONSULTA.

El control prenatal está dirigido a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento planificadas, así como funciones y proceso del sistema reproductivo no solo la ausencia de enfermedades o dolencias, además que hace que la maternidad y el nacimiento sean seguros. Es necesario identificar factores que pongan en peligro la inmunidad del paciente, haciendo promoción de los factores protectores frente a diversas infecciones, para completar el esquema de vacunación contra el tétanos y hepatitis viral, además de evitar una deficiencia de ácido fólico preconcepcional para evitar defectos en el tubo neuronal.

ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

El aparato está constituido por órganos externos e internos. Órganos Externos: monte de venus, labios mayores, menores, vestíbulo de la vagina. glándulas accesorias: clítoris, los orificios vaginal y urinario. órganos internos, la vagina, útero, trompas de Falopio, ovarios y óvulos.

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, por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, los conductos de Skene y de Bartholino. Los órganos internos están constituido por el útero que es un órgano en forma de pera invertida que se ubica por detrás de la vejiga y por delante del recto, la vagina es un tubo muscular el cual se encuentra entre la uretra y el ano, la vagina permite la relación sexual y es la vía por donde pasa el bebe, los ovarios son del tamaño y forma de una almendra y están situados a ambos lados del útero son los encargados de producir las hormonas femeninas y las trompas de Falopio son dos conductos musculares que conectan los ovarios y el útero o matriz. El cuál es el encargado con la ovulación y transporte del espermatozoide

EMBRIOLOGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.

En la embriogénesis se pueden reconocer células somáticas de las células sexuales, que después se convertirán en células sexuales más grandes, ricas en protoplasma con un núcleo definido. Como no se sabe si las células van a hacer oogonios o espermatogonias se le denomina gonocitos.

En la quinta semana el epitelio celómico ubicado en la región dorsal del cuerpo embrionario prolifera, donde sus células planas, se hacen cubicas y luego pluriestratifican, la zona longitudinal del epitelio engrosado se llama estría, banda o cresta genita. En la sexta semana los gonocitos invaden la glándula, el epitelio incrementa hacia la mesénquima formando cordones epiteliales conocidos como cordones sexuales primarios, ahora la gónada tiene una zona periférica y una zona interna. Afuera de ella se invagina con el epitelio para formar un conducto Müller. hasta que llega el periodo de desarrollo es posible determinar si la gónada es testículo u ovario. Octava semana en la que se puede diferenciar la gónada y empieza la diferenciación sexual en el E.H. En la novena semana las gónadas están diferenciadas hacia el ovario, en esta semana se puede observar los cordones de plüger y los

foliculos primordiales, las gónadas están en la pelvis. En la décima y onceava semana el ovario está en la pelvis, por detrás del conducto de Müller incluido en su meso peritoneal, que al unirse con el del lado opuesto forma el ligamento ancho.

Desarrollo de los conductos genitales: los embriones masculinos y femeninos tiene un par de conductos los mesonefricos o de Wolf, y los paramesonefricos o de Müller. Los conductos de Wolf o mesonéfricos, en los fetos masculinos darán origen al epidídimo, conductos deferentes y eyaculador. En los fetos femeninos estos se desarrollan los conductos de Müller o paramesenéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina. Desde la cuarta hasta la sexta semana están los conductos de Wolf, en la séptima semana, el epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al conducto mesonéfrico, se invagina longitudinalmente, para formar el conducto de Müller. Octava semana los conductos Müller llegan hasta el pelvi donde se cruzan por delante de los conductos de Wolf, estos conductos desembocan en el seno urogenital, en la novena semana los conductos se encuentran en una porción vertical, una horizontal, la porción proximal horizontal y la vertical, se origina la trompa de Falopio y la porción distal es funcionada en sentido caudo-craneal en forma de conducto uterovaginal. En la décima semana la pared del seno urogenital entra en contacto con el tubérculo Müller, formando los bulbos senovaginales que constituye una lámina maciza: lamina vaginal. En onceava semana el útero está completamente desarrollada y la vagina ha crecido craneo-caudalmente, en el extremo superior emite alrededor del cuello del útero, "alas", que lo circundan y forman los fondos de saco vaginales, en la parte inferior está separado del vestíbulo.

Desarrollo de los genitales externos: en la quinta y sexta semana el extremo caudal del embrión esta obturado por la membrana caudal, en la séptima semana aparece en su extremo anterior el tubérculo genital, en cada lado los pliegues anteroposteriores urogenitales. En la octava semana el seno urogenital se comunica con el exterior, el ano da salida al exterior al recto. En la novena semana el tubérculo genital se transforma en falo en él se encuentra el tejido eréctil, en la mujer constituye el clítoris. De la décima semana la uretra y de la vagina desembocan en el seno urogenital que se continúa con el vestíbulo en su porción inferior.

CICLO SEXUAL, EJE HIPOTÁLAMO: En el hipotálamo se liberan hormonas de gonadotropinas (GnRh) con un patrón pulsátil ya que tiene pulsos infrecuentes e irregulares, la liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH.

En el ovario, FSH y LH se une a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos, progesterona), péptidos gonadales y factores de crecimiento, estos factores derivados del ovario retroalimentan hipotálamo

e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y gonadotropinas. Los esteroides ováricos son indispensables para la implantación del embrión en caso de embarazo

CICLO SEXUAL FEMENINO: el ciclo menstrual tiene una duración media de 28 días en algunas mujeres puede ser de menos de 20 días o inclusive más de 40 depende de la persona. La hemorragia o el sangrado del ciclo uterino marca el comienzo del ciclo es decir el día 0 y por lo general dura de 3 a 4 días. El cual consta de dos fases la fase uterina o ciclo endometrial y fase ovárica.

En la fase uterina el útero se encuentra sometido por los estrógenos y progesteronas producidos en el ovario. Toda modificación importante se lleva a cabo en el endometrio, el moco cervical y en forma menor en el miometrio. El endometrio consta de dos capas: basal (sufrir pequeños cambios cíclicos) y la funcional (se origina a partir de la capa basal y es la que se desprende durante la menstruación)

HIPÓFISIS- OVARIO- ENDOMETRIO

El género está diferenciado por los cromosomas XX son para el femenino, XY para el masculino, esto ya están estipulados desde el momento de la fecundación. a partir de la sexta semana se empieza a diferenciar las gónadas en ovario o testículos. En el feto varonil la testosterona secretada por los testículos da sitio a que se desarrollen los conductos de Wolff para ofrecer sitio a los genitales internos y la formación de una hormona peptídica llamada hormona inhibidora de los conductos de Müller da sitio a la involución de estos. En el feto femenino la falta de estas hormonas da sitio al desarrollo de los genitales internos femeninos. El desarrollo de los genitales externos se genera del mismo modo por la existencia o ausencia de las hormonas mencionadas.

Espermatogénesis: Los espermatozoides se generan en los túbulos seminíferos de los testículos. Dichos túbulos están compuestos por las células germinales y las células de Sertoli. Poseen uniones estrechas entre ellas conformando una barrera entre el medio extracelular o sanguíneo y el medio donde se desarrollan las células germinales. Las células germinales primitivas se llaman espermatogonias y se parten para ofrecer sitio a los espermatoцитos primarios los cuales inician la primera separación meiótica para conformar los espermatoцитos secundarios, los cuales tienen dentro ya un número haploide de cromosomas, la segunda separación meiótica da sitio a las espermátidas, éstas se diferencian para conformar los espermatozoides. Los espermatozoides que son liberados al interior de los túbulos seminíferos son inmaduros, no poseen movilidad y son incapaces de fertilizar al óvulo, requieren un proceso de maduración este proceso y su siguiente almacenamiento se desarrollan en el epidídimo donde están viables por diversos meses. Si no hay eyaculación son destruidos por las células fagocíticas del epidídimo.

Síntesis y secreción de testosterona: La testosterona es la principal hormona androgénica, sintetizada y secretada en las células de Leydig o células intersticiales de los testículos

Oogénesis: En los ovarios del feto, las células germinales primordiales producen ovogonias por división mitótica hasta la semana 20 a 24 de gestación. Al comienzo de las semanas octava a novena gestacionales, algunas de estas ovogonias entran a la profase de la meiosis y se convierten en ovocitos primarios. El folículo se desarrolla durante 3 etapas

Las hormonas esteroides ováricas, progesterona y estradiol, se sintetizan en el folículo ovárico por medio de las funcionalidades combinadas de las células granulosas y tecaes.

FECUNDACIÓN, NIDACIÓN OVULAR, PLACENTACIÓN.

fecundación es la fusión de dos gametos el gameto femenino ovocito secundario y el gameto masculino espermatozoide. La fecundación comienza desde el momento en que el espermatozoide se abre paso a través de las barreras del ovocito: corona radiada, zona pelúcida y membrana plasmática, así como los eventos que suceden en el interior del ovocito en respuesta a la penetración. Después de fecundación el blastocisto se implanta en la pared uterina y se transforma en el embrión y la placenta. Dentro de la placenta se generan hormonas que ayudan a la oxigenación, mantener la gestación, intercambio de nutrientes y productos desechos de la madre y el feto, con ayuda del cordón umbilical crean un sistema de transporte para el paso de las sustancias de la madre al feto.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL EMBARAZO

Los signos y síntomas se empiezan a notar cuando el feto empieza a desarrollarse dentro de la madre, esto permite hacer un diagnóstico presuntivo del embarazo, no todas las mujeres tienen a tener los mismos signos y síntomas, así como las mismas semanas de gestación, existen diferentes métodos de diagnóstico, el más certero es la ecografía. Dentro de medio hospitalario el diagnóstico de embarazo va a tener lugar en una mujer con síntomas de este (retraso menstrual, que puede ser de unos días, manchado, molestias hipogástricas). Existen signos indirectos como el vómito, náusea, cambios fisiológicos como el crecimiento de útero y glándulas mamarias.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNO EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO

Como se menciona en diagnóstico clínicos los cambios fisiológicos son muy notables, debido a las demandas requeridas para el desarrollo y crecimiento del feto. Así como cambios psicológicos, ya que el primer embarazo se tienen estados depresivos e irascibilidad. Todos

estos cambios son debido al aumento de las hormonas estrógenos, progesterona, lactógeno placentario humano o gonadotropina coriónica, entre otras. Cuando comienza el desarrollo del feto, el cuerpo de la mujer se adapta para a poder a lograr el feto y provele de los nutrientes necesarios. El sistema cardiovascular también es alterado durante el embarazo, ya que aumenta el gasto cardiaco y presión arterial, en los primeros 3 trimestres luego esto se normaliza.

PELVIS ÓSEA DESDE FEMENINA DESDE EL PUNTO DE VISTA OBSTÉTRICO. CLASIFICACIÓN. PLANOS DE HODGE FISIOLÓGÍA DEL MÚSCULO UTERINO EN EL ESTADO GRÁVIDO PUERPERAL. MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACIÓN PÉLVICA.

El pelvis es una cavidad que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix, los iliacos y los coxales. La pelvis se clasifica según su forma y esto puede favorecer o no el parto

Pelvis ginecoides: es una pelvis ideal, ya que es amplio y hace que le bebe pueda salir.

Pelvis antropoides: es ovalada y muy estrecha el cual dificulta el paso del bebe

Pelvis androide: es común en hombre y cuando aparecen en la mujer es muy común en mujeres blancas, Este tipo de pelvis no es nada favorable para un parto natural.

Pelvis ósea: esta formado por huesos iliacos, sacro y cóccix el cual articulan a la pelvis ósea.

VIGILANCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. ANATOMÍA. ANALGESIA OBSTÉTRICA.

El embarazo es el periodo que transcurre entre la fecundación y termina con el momento de parto y del nacimiento.

En el control del trabajo de parto que se debe incluir: se lleva un registro donde se verifica las contracciones uterinas donde se checa los latidos cardiacos fetal, antes y después de la contracción uterina, también se lleva un registro del proceso de la dilación cervical esto se hace por medio de exploraciones vaginales, además de que se lleva un registro del pulso, presión arterial y temperatura de la paciente esto se hace como mínimo 4 horas, se mantiene una adecuada hidratación, se lleva control de los medicamentos utilizados, tipos, dosis y vía de administración.

El parto se puede llevar mediante proceso activo o pasivo el cual permite la salida del bebe del útero materno, así como expulsión de la placenta y anexos, el parto contas de 3 etapas:

- Primer periodo: Dilatación
- Segundo periodo: Expulsión
- Tercer periodo: Alumbramiento

Los daños obstétricos pueden ser prevenidos, diagnosticados y tratados con éxitos, mediante los procedimientos de atención.

El parto Es el proceso activo o pasivo el cual permite la salida del bebe del útero materno, así como expulsión de la placenta y anexos, se utiliza tres términos para referirse a la opción del bebe: Presentación: se presenta cuando el cuerpo fetal está más avanzado dentro del conducto del parto o en su máxima proximidad.

Posición: posición que durante el embarazo está determinada por el dorso del feto, que puede estar en el lado derecho (la espalda del feto mira al lado derecho), izquierdo, anterior o subsiguiente.

Actitud: postura característica del feto que es utilizado durante los últimos meses de gestación es conocido como actitud o habito.

ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO Y EPISIOTOMÍA.

La episiotomía consiste en una inserción perineo vaginal con un sentido lateral o la línea media. El uso de este procedimiento está en discusión. Por que hasta ahora la episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres. La episiotomía se clasifica en 7 términos: mediana, mediana modificada, episiotomía en forma de J, medio lateral, lateral, lateral radical y anterior.

De estas, solo se utilizan dos; la incisión mediana y la incisión medio lateral. Esto por la facilidad en la técnica y la menor complicación de prolongación de la incisión que estas conllevan.

Existe 4 tipos de desgarró perineal: el primer grado habla sobre que una laceración superficial el cual se extiende de la piel hacia el introito. El segundo grado es una laceración que compromete la mucosa vaginal y perineal, el cual necesita reparación. El de tercer grado la laceración se extiende dentro del musculo de perineo e involucra musculo perineal transverso como esfínter anal. Cuarto grado: involucra la mucosa rectal.

Cuidados generales del recién nacido de termino; valoración del Apgar y Silverman.

Los cuidados para un recién nacido saludable solo requieren vigilancia durante su transición y cuidados de rutina que se darán en el hospital y su casa.

Sala de partos

Primero se conoce la historia materna y detalle del embarazo actual, Es necesario que el pediatra tenga todo el equipo elemental para brindar una reanimación avanzada, aunque no haya antecedentes maternos o perinatales de riesgo, pues en el último minuto puede surgir una complicación; El pediatra deberá vestirse con ropa estéril para acercarse al ambiente donde nacerá el bebé, ya sea parto o cesárea. Existe prueba de que, en un neonato de término sin complicaciones, el pinzamiento del cordón siguiente al minuto de vida puede traer beneficios. En determinados hospitales se acostumbra que la evaluación posterior al origen se haga bajo la fuente de calor radiante. En este caso, al pinzar y cortar el cordón umbilical, el obstetra entrega el bebé al pediatra que lo consigue en un campo previamente calentado y lo lleva a la fuente de calor; allí hace las actividades ya descritas de aspiración y secado. Al minuto y a los 5 minutos de vida se hace la valoración de Apgar y se considera común un puntaje de 7 o más. Siempre se identificará al bebé previo a salir de la sala de procedencia, preferentemente con 2 pulseras, anotando los datos de la madre, del bebé y los del origen. Se imprime la huella plantar en el expediente del menor y certificado de procedencia, que debe llenarse el día del origen.

Valoración apgar

Es un método de evaluación que proporciona un indicador numérico de las capacidades fisiológicas del bebé para adaptarse a la vida extrauterina tras el nacimiento y valora 5 parámetros:

- Frecuencia cardíaca (Latidos cardíacos por minuto)
- Esfuerzo respiratorio (Respiración).
- Tono muscular
- Irritabilidad refleja
- Coloración

A cada uno de los parámetros se les da una puntuación que puede ser de 0, 1 o 2; luego se suman todos obteniéndose un valor final entre 0 y 10. Generalmente las puntuaciones de 7 o superiores indican una buena adaptación a la vida tras el nacimiento. Si la puntuación está por debajo de 7, el bebé necesita ayuda para adaptarse.

Valoración Silverman

Silverman es un examen que valora la función respiratoria de un recién nacido, basado en cinco criterios.

- Elevación de tórax y del abdomen
- Tiraje intercostal
- Retracción del xifoides
- Dilatación de las alas nasales
- Quejido espiratorio

Cada parámetro es cuantificable y la suma total se interpreta en función de dificultad respiratoria. La sumatoria de los puntos obtenidos durante la evaluación de recién nacido se interpreta así:

- 0 puntos, sin asfixia ni dificultad respiratoria.
- 1 a 3 puntos, con dificultad respiratoria leve.
- 4 a 6 puntos, con dificultad respiratoria moderada.
- 7 a 10 puntos, con dificultad respiratoria severa

CONCLUSIÓN

Es muy importante conocer que a lo largo de la vida la mujer sufre diferentes cambios, no solo fisiológicos también morfológicos, en especial mente durante el periodo de embarazo, ya que no es un periodo fácil. A nosotros como enfermeros es muy importante conocer sobre estos procesos que lleva el embarazo ya que con esto podemos ayudar a la paciente y a su bebe a que no presente complicaciones durante el periodo de embarazo y puerperio, así también ayudo al bebe que se incorpore a su nueva vida, fuera del vientre materno.

BIBLIOGRAFÍA

Libro OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE DANFORTH RONALD S. GIBBS WOLTERS
KLUWER / LIPPINCOT W. W. 2009

ALCAZAR, J., 2021. [ONLINE] UNAV.EDU. AVAILABLE AT:
<[HTTPS://WWW.UNAV.EDU/DOCUMENTS/29044/12213684/CAPITULO_MUESTRA.PDF/7795CA27-9C69-475A-830A-F9DBD609AA2D](https://www.unav.edu/documents/29044/12213684/CAPITULO_MUESTRA.PDF/7795CA27-9C69-475A-830A-F9DBD609AA2D)> [ACCESSED 8 MARCH 2021].

FISIOTERAPIA-ONLINE.COM. 2021. ANAMNESIS O PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA.
[ONLINE] AVAILABLE AT: <[HTTPS://WWW.FISIOTERAPIA-ONLINE.COM/GLOSARIO/ANAMNESIS-O-PARTE-DE-LA-HISTORIA-CLINICA](https://www.fisioterapia-online.com/glosario/anamnesis-o-parte-de-la-historia-clinica)>
[ACCESSED 8 MARCH 2021].

LÓPEZ RUBIO R2, M., 2021. [ONLINE] AVAILABLE AT:
<[HTTPS://WWW.CHOSPAB.ES/AREA_MEDICA/OBSTETRICIAGINECOLOGIA/DO](https://www.chospab.es/area_medica/obstetriciaginecologia/do)>
[ACCESSED 9 MARCH 2021].