

LIC. EN ENFERMERÍA

TEMA: ENSAYO UNIDAD 1 Y 2

ALUMNO: URIEL DE JESÚS MARTÍNEZ HERNÁNDEZ



GRADO: 5

GRUPO: D

MATERIA: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

DOCENTE: DR. LUIS MANUEL CORREA BAUTISTA

VILLAHERMOSA, TABASCO A 11 DE MARZO DEL 2021.

INTRODUCCIÓN

La Obstetricia Es una rama de la medicina que se encarga de estudiar el área sexual y reproductiva de la mujer y se ocupa del embarazo, parto y puerperio, la familia y la comunidad, comprendiendo también los aspectos psicológicos y sociales de la maternidad.

En este trabajo veremos la importancia de la historia clínica de la paciente en particular en el área de ginecología y obstetricia. Como bien sabemos la historia clínica es la herramienta clave para el manejo de la paciente obstétrica y ginecológica. Debe ser sistemática y completa, y sirve para identificar factores de riesgo de la paciente y establecer el diagnóstico diferencial de su dolencia. La exploración básica ginecológica consiste en la inspección, especuloscopia y el tacto bimanual, esta exploración básica obstétrica debe incluir la toma de peso y presión arterial.

De igual manera es estudiar las características de la evolución prenatal del aparato genital femenino desde el inicio de su desarrollo y comprobar las diferentes etapas evolutivas para comprender las anomalías que se presentan frecuentemente, por alteraciones de la morfología durante el desarrollo. Estudiaremos sucesivamente la organogénesis de la gónada, de los conductos genitales y de los genitales externos.

Conocer los cambios que se presentan durante un embarazo, desde cambios fisiológicos, anatómicos y hormonales importantes, que se debe conocer para el adecuado manejo de estas pacientes.

UNIDAD I

OBSTETRICIA

1.1. Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.

La historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico. Para la correcta realización de la historia clínica se requieren fundamentalmente dos requisitos: que se realice de manera estructurada y tener conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera. En caso de 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.

Exploraciones básicas en obstetricia y ginecología: En toda paciente gestante debe realizarse una exploración básica. 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).

1.2.- Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.

Control prenatal se tiene que tener primero el concepto claro de 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. Es aquí cuando hablamos de la consulta preconcepcional y el control prenatal, para lograr una maternidad y nacimiento seguros.

DEFINICIÓN DE 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.

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA: Debe ser completa, se debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y sicosociales.

EXAMEN FÍSICO: Es importante realizar un exhaustivo examen físico, este debe incluir 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, la cual deberá ser tomada en la gestante en el brazo derecho.

SOLICITUD DE PARACLÍNICOS: Se hace necesario pedir exámenes paraclínicos iniciales con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos que puedan alterar el resultado prenatal.

1.3.- Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné.

Genitales externos: La vulva 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. El himen es una membrana cutánea mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño.

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.

ÚTERO: Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina. El cuerpo uterino tiene forma aplanada y triangular y en sus dos extremos laterales superiores se abren las trompas de Falopio.

UTERINAS O DE FALOPIO: 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 que es la que se introduce en los cuernos uterinos y se abre en la cavidad, 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.

OVARIO: Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. 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.

VAGINA: Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm.. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores.

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.

URÉTER: 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.

1.4.- Embriología del aparato genital femenino.

Desarrollo de la gónada: En 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, como no se sabe si van a ser oogonios o espermatogonios se las denomina gonocitos.

Desarrollo de los conductos genitales: Tempranamente en el desarrollo, los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos: los mesonéfricos o de Wolf, y los paramesonéfricos 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 conductos desaparecen, desarrollan en cambio los conductos de Müller o paramesonéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina.

1.5.- Ciclo sexual, eje hipotálamo.

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.

1.6.- Hipófisis- ovario- endometrio (Diferenciación sexual).

El sexo genético depende de la dotación de cromosomas sexuales, en el caso 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.

1.7.- Fecundación, nidación ovular, placentación.

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. Durante la fecundación, los espermatozoides se enfrentan a la primera barrera, la corona radiada, la cual eliminan principalmente por el movimiento de sus colas, aunque se ha mencionado también como responsable a la hialuronidasa fija a su membrana plasmática.

1.8.- Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.

La placenta es el asiento principal del intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto. La placenta es un órgano fetomaterno que posee dos componentes: Una porción fetal: se desarrolla a partir del saco coriónico. Y 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.

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

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, ni tampoco en las mismas semanas del embarazo. Ante la posibilidad del embarazo la mujer podrá utilizar los diferentes métodos diagnósticos. Aunque para confirmar con certeza la existencia de una gestación hay que visualizar al embrión, y esto se hace en la actualidad por medio de la ecografía.

Atraso Menstrual: La amenorrea o atraso menstrual en una mujer que está en edad fértil y que tiene ciclos regulares, nos hace pensar en que está embarazada.

Aparato Digestivo: Aumento o disminución del apetito, náuseas, vómitos, acidez gástrica, constipación, etc.

UNIDAD II. Terminología obstétrica más común: presentación, situación, variedad de posición.

2.1. Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo (Cambios fisiológicos).

La gestación es un periodo en el que se incrementan notablemente las necesidades nutritivas. Este incremento se debe por un lado a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto, y por otro para la formación de nuevas estructuras maternas necesarias para la gestación (placenta, útero, glándulas mamarias, sangre). Entre los cambios físicos, encontramos retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico), mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones; y entre los cambios psicológicos es muy frecuente sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad.

El sistema cardiovascular también ve alterada su función durante el embarazo, ya que aumenta la frecuencia y el gasto cardíacos y disminuye la tensión arterial, especialmente durante los primeros dos trimestres. Luego se normaliza en el tercer trimestre.

2.2. Pelvis ósea desde femenina desde el punto de vista obstétrico. Clasificación. Planos de Hodge fisiología del músculo uterino en el estado grávido puerperal. Mecanismo del trabajo de parto en presentación pélvica.

La Pelvis es la región anatómica más inferior del tronco. Siendo una cavidad, la pelvis es un embudo ósteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix, los iliacos y los coxales (que forman la cintura pélvica) y los músculos de la pared abdominal inferior y del perineo. Topográficamente, la pelvis se divide en dos regiones: la pelvis mayor o (también se le puede llamar pelvis Falsa) y la pelvis menor o (pelvis Verdadera). La pelvis mayor, con sus paredes ensanchadas es solidaria hacia adelante con la región abdominal inferior, las fosas ilíacas e hipogastrio. Contiene parte de las vísceras abdominales. La pelvis menor, la parte más estrecha del embudo, contiene la vejiga urinaria, los órganos genitales, y parte terminal del tubo digestivo (recto y ano).

2.3. Vigilancia de la evolución del trabajo de parto. Anatomía. Analgesia obstétrica.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

El control del trabajo de parto normal debe incluir: La verificación y registro de la contracción uterina y el latido cardiaco fetal, antes, durante y después de la contracción uterina al menos cada 30 minutos. La verificación y registro del proceso de la dilatación cervical a través de exploraciones vaginales. El registro del pulso, presión arterial y temperatura como mínimo cada 4 horas. Mantener la hidratación adecuada de la paciente, El registro de los medicamentos usados, tipo, dosis, vía de administración y frecuencia durante el trabajo de parto.

El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, placenta y anexos, por vía vaginal, se divide en tres periodos: Primer periodo: Dilatación, Segundo periodo: Expulsión, Tercer periodo: Alumbramiento.

2.4. Atención del parto eutócico y episiotomía.

La episiotomía consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media. Esta incisión se realiza en muchos países como un procedimiento más dentro de la rutina diaria de la atención de partos. No por esto se debe tomar como imprescindible su uso y realizar episiotomías a todas las mujeres que estén en trabajo de parto. El uso de este procedimiento actualmente está en discusión. Muchos profesionales en el área de Ginecología y Obstetricia se preguntan si es realmente necesario realizar la episiotomía a todas las mujeres, sobre todo a aquellas que vivirán un parto vaginal por primera vez. Es por esto que se analiza la verdadera utilidad de este procedimiento y si existen criterios para su realización, ya sean estos incluyentes o excluyentes. Puesto que hasta ahora la episiotomía se conoce como un procedimiento que se debe hacer si o si a todas las mujeres.

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

La gran mayoría de los recién nacidos de término son vigorosos al nacer y requieren sólo vigilancia durante su transición, que efectuarán sin problema.

El recién nacido saludable presenta un buen aspecto al nacer e implica, además, una atención prenatal que haya estudiado al binomio y descartado toda situación que conlleve un riesgo adicional.¹ Los cuidados de un recién nacido saludable, los que se brindarán en el hospital y los que se darán en casa, se agrupan bajo el concepto genérico de "cuidados de rutina". El objetivo de este trabajo es hacer explícitos dichos cuidados.

En algunos hospitales se acostumbra que la evaluación posterior al nacimiento 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 recibe en un campo previamente calentado y lo lleva a la fuente de calor; allí realiza las actividades ya descritas de aspiración y secado. El cordón umbilical debe ser ligado a dos centímetros de la piel, en condiciones de esterilidad, ya sea con cinta o pinza.

2.6. Anatomía y fisiología de la gándula mamaria, inducción y conducción del trabajo de parto.

Las mamas son glándulas túbulo-alveolares de secreción externa, consideradas embriológicamente como glándulas sudoríparas modificadas en su estructura y función. Cada glándula está formada por 15 a 20 lóbulos separados entre sí por tejido conectivo y adiposo. Los lóbulos se dividen en lobulillos y a su vez en pequeños racimos formados por redondeadas cuya cara interior está tapizada de células secretoras en las cuales se produce leche materna. La leche producida es conducida por túbulos y conductos hasta los senos lactíferos que son dilataciones de estos, localizados a la altura de la areola donde se deposita una pequeña cantidad de leche para ser extraída por la succión del niño. De ellos salen unos 15 a 25 conductos hacia el pezón. En el centro de cada mama hay una zona circular que recibe el nombre de areola y contiene pequeños corpúsculos denominados Tubérculos de Montgomery, que durante la lactancia producen una secreción que lubrica la piel. En el centro de cada areola se halla el pezón formado por tejido eréctil que facilita la succión.

2.7. Puerperio fisiológico.

Se denomina puerperio o cuarentena al periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días y que es el tiempo que necesita el organismo de la madre para recuperar progresivamente las características que tenía antes de iniciarse el embarazo.

El puerperio comprende diferentes etapas:

- **Puerperio inmediato:** abarca las primeras 24 horas después de parto.
- **Puerperio mediato:** se extiende desde el segundo al décimo día.
- **Puerperio alejado:** concluye en torno a los 40-45 de postparto.
- **Puerperio tardío:** puede alcanzar hasta los 6 meses si la madre opta por alimentar al bebé mediante una lactancia activa y prolongada.
- **Cuarentena**
- Si no hay complicaciones, el puerperio será estrictamente fisiológico, lo que supone que el cuerpo de la madre sufre una serie de cambios físicos encaminados a devolver la normalidad a todo su organismo:
- **Eliminación del agua:** aumenta la eliminación (aproximadamente dos litros) del agua acumulada en los tejidos durante el embarazo, a través del sudor y la orina.
- **Pérdida de peso:** el parto, la eliminación del exceso de agua, la involución del aparato reproductor y la lactancia hacen por sí solos que la madre llegue a perder hasta un 12,5% del peso que tenía antes del parto.
- **Cambios en el aparato circulatorio:** se recupera una frecuencia cardiaca normal y las paredes venosas recuperan su tono habitual, haciéndose más resistentes. Tras la primera semana también se normalizarán los nódulos hemorroidales.
- **Cambios hormonales:** al cabo de una semana de producirse el parto, los estrógenos, la progesterona y la gonadotropina coriónica humana recuperan los niveles normales. Sin embargo, aumenta significativamente la secreción de prolactina en tanto se mantiene la lactancia materna. El resto de las glándulas endocrinas también recuperan su función habitual.
- **Reducción del volumen abdominal:** con ello se elimina la presión sobre el diafragma, el estómago, el intestino, la vejiga y los pulmones. Como consecuencia, en poco tiempo se mejora la función respiratoria, la capacidad de la vejiga y se recupera el apetito y la actividad intestinal normal.
- **Alteraciones de la piel:** desaparece la pigmentación de la piel adquirida durante la gestación en la cara, la línea alba y la pulpa. Sin embargo, la piel del abdomen queda flácida en la medida en que el útero recupera su volumen normal y los músculos su elasticidad.

CONCLUSIÓN

En general como personal encargado de la salud debemos conocer todo sobre el aparato reproductor femenino, conocer su estructura externa e internamente, como funciona este en si para poder atender a las mujeres en el embarazo y cambios que presenta una mujer, desde cambios físicos e internos conocer el desarrollo de un embarazo como tal para poder brindarles un buen servicio a las mujeres en este estado.

Es importante conocer y aprender, para poder desempeñar un buen papel en esta área por que una atención obstétrica adecuada requiere: compromiso y ética profesional, atención minuciosa, identificar los casos de riesgo, reconocer limitaciones personales e institucionales, conocer la normatividad y una comunicación médica paciente efectiva.

Y como personal de salud tenemos que tener conocimiento de esta área y otras más, podernos desempeñar como buenos enfermeros y hacer alusión a la profesión del cuidado de las personas en este caso mujeres.



BIBLIOGRAFÍA

Libro GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA MILLER, EMILY S MANUAL MODERNO, EL (ME) 2013

Libro GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE HACKER Y MOORE NEVILLE F. HACKER MANUAL MODERNO, EL (ME) 2011

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

Libro WILLIAMS DE OBSTETRICIA HOFFMAN AND SCHORGE MC GRAW HILL 2012

Libro GINCECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE BOLSILLO K. JOSEPH HURT

Libro OBSTETRICIA Y GINECOLGIA SECRETOS MALARZ AMANDA ELSEVIER 2017