



Nombre: Liri Yanet lopez Pérez

Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Grupo: G

Grado: 5to Cuatrimestre

Unidad 1

Obstetricia

Una historia clínica es una de las herramientas de trabajo más importante en su labor de trabajo. Para realizar una 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.

La anamnesis ha de ser sistemática, estructurada y dirigida. Debe incluir los siguientes apartados: datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y antecedentes familiares

Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

- Edad
- Estado civil
- Motivo de consulta
- Edad de la menarquia (cuándo tuvo la primera regla)
- Fecha de la última menstruación: se refiere al día en que empezó la última menstruación.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Alergias a medicamentos, metales o látex.
- Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente.

Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.

Un control prenatal es un 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 un control parental se tiene que tener claro principalmente la salud reproductiva que es el estado físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades y dolor en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo para lograr una maternidad y embarazo seguro.

Para elaborar correctamente una historia clínica debe ser completa debe incluir una identificación completa de la paciente, los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y sicosociales, una organizada revisión por sistema, se debe hacer un enfoque especial en el cálculo de la edad gestacional, considerando la fecha de la última menstruación, su confiabilidad para ser correlacionada con la altura uterina y los hallazgos ecográficos.

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

Los órganos 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.

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 Bartolino. 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. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral. Los conductos de las glándulas de

Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores.

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.

Embriología del aparato genital femenino

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. 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.

En la 5ª. Semana el epitelio celómico ubicado en la región dorsal del cuerpo embrionario, entre la raíz del mesenterio y el mesonefros, prolifera, sus células planas al principio, se hacen cúbicas y luego pluriestratifican, la zona longitudinal del epitelio engrosado se llama estría, banda o cresta genital y está constituida por el epitelio celómico y por la mesénquima subyacente que forman un abultamiento en el lado medial del mesonefros. En la 6ª Semana los gonocitos invaden la glándula, cuyo epitelio ha ido creciendo hacia el mesénquima subyacente formando cordones epiteliales: los cordones sexuales primarios. La gónada consiste ahora en una zona periférica o corteza y una zona interna o médula. Los gonocitos penetran en el 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. En la 7ª. Semana los gonocitos que pueblan la glándula son muy numerosos y se disponen en grupos formando rosetas, la glándula es voluminosa y se estrecha su unión con el mesonefros formando un meso corto y ancho. 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" 8ª Semana: Hay una clara diferenciación de la gónada, determinando el comienzo del período de diferenciación sexual que, en el E.H.

Men 1 de 22 mm. CR, se ha hecho hacia testículo, el epitelio está uniestratificado, la disposición radiada de los cordones genitales y la formación de albugínea es evidente. En el E.H. VA 1 de 24 mm. la diferenciación se hace hacia ovario, en él, además de los cordones primarios, aparecen nuevos cordones celulares que se fragmentan formando esférulas ovulares que incluyen a los gonocitos, ahora oogonios; estos nuevos cordones se denominan cordones corticales o de Pflüger y se disponen alrededor de los ovocitos para formar los folículos primordiales. Las células de estos cordones serán células foliculares. No todos los grupos ovulares constituyen luego folículos de Graaf, los centrales se atresian, esta zona ocupada por tejido conectivo, constituirá la medular del ovario, en tanto la porción periférica en la que persisten los grupos ovulares, constituye la zona cortical. 9ª Semana: La gónada está diferenciada hacia ovario, el epitelio es pluriestratificado, se observan los cordones de Plüger y los folículos primordiales. A partir de esta etapa, la gónada se ubica en la pelvis. Este descenso es solo aparente, ya que, la cresta genital se extiende desde el VI segmento torácico al II sacro, cuando se desarrolla en la porción inferior, se atrofia en la superior, quedando el ovario en la pelvis donde rota 90°, en sentido transversal, con el polo superior hacia fuera y el polo inferior hacia adentro. 10ª. y 11ª. 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: 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 paramesenéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina. En la 4ª , 5ª, y 6ta semanas: Hay conductos de Wolf pero no paramesonéfricos o de Müller. 7ª semana: El epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al conducto mesonéfrico, se invagina longitudinalmente, para formar el conducto de Müller, de arriba hacia abajo, por delante del conducto de Wolf y por fuera de la gónada. Su extremo cefálico permanece abierto y formará el orificio abdominal de la trompa, el resto se cierra y origina el conducto. 8ª. Semana: En este período de diferenciación, los conductos de Müller llegan hasta la pelvis del embrión donde cruzan por delante de los conductos de Wolf, aproximándose y yuxtaponiéndose, uno al otro, sin fusionarse aún. Constituirán el conducto útero-vaginal, que originará al útero y la parte superior de la vagina. Estos conductos,

desembocan en el seno urogenital, por un extremo ciego: el tubérculo de Müller. 9ª Semana: En éste período los conductos tienen una porción vertical, una horizontal y otra nuevamente vertical, la porción vertical proximal y la porción horizontal, originan la trompa de Falopio, la porción distal, fusionada en sentido cauda-craneal en cambio forma el conducto útero vaginal. En esta etapa el conducto útero-vaginal fusionado comienza a rodearse de tejido muscular, éste se diferencia a partir de la mesénquima circundante. El tejido muscular crece de abajo hacia arriba y va englobando la porción vertical del conducto útero-vaginal para formar el cuerpo del útero, y luego también el fondo. La porción inferior ciega de los conductos de Müller, se une al seno urogenital por el tubérculo de Müller. 10ª semana: La pared del seno urogenital en contacto con el tubérculo de Müller, crece hacia él formando los bulbos senovaginales que constituyen una lámina maciza: la lámina vaginal. Esta lámina se alarga y aumenta la distancia entre el útero y el seno urogenital, también prolifera el tejido mesonéfrico del extremo inferior del conducto útero vaginal, aumentando la longitud de la vagina. Alrededor del extremo caudal del útero forma prolongaciones a manera de “alas” que lo rodean formando la cúpula vaginal. Así, la porción superior de la vagina es de origen paramesonéfrico, y la inferior, del seno urogenital. 11ª Semana: En éste período el útero está completamente desarrollado y la vagina ha crecido cráneo-caudalmente, la lámina vaginal, antes maciza, está ahora canalizada. Su extremo superior emite alrededor del cuello del útero, “alas”, que lo circundan y forman los fondos de saco vaginales. El extremo inferior está cerrado por el himen, que la separa del vestíbulo. Por delante, la vagina, se separa de la uretra, y por detrás, del recto, por tabiques mesodérmicos. Desarrollo de los genitales externos: Los primeros estadios del desarrollo son indiferenciados.

La concepción (fertilización) o comienzo del embarazo es el momento en que un óvulo es fecundado por un espermatozoide.

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.

Se caracteriza por la proliferación rápida del trofoblasto y el desarrollo del saco y de las vellosidades coriónicas. Hacia el final de la tercera semana se establecen las disposiciones anatómicas necesarias para los intercambios fisiológicos entre la madre y el embrión.

Unidad II.

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

En el embarazo hay cambios tanto fisiológicos, físicos y psicológicos

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, 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.

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.

Pelvis puede ser clasificada en varios tipos, según su forma: Clasificación de Caldwell y Moloy según Lic. Obst. Valladares.

Pelvis ginecoide (50%), Pelvis androide, Pelvis antropoide. Pelvis platipeloide (3%), Ferbis, Pelvis ósea.

El 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

MANIOBRAS DE LEOPOLD

Primer periodo del trabajo de parto: comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se divide en fase latente y fase activa.

Fase latente: es el período en el que se presentan contracciones irregulares y cambios en el cérvix que incluyen borramiento y dilatación hasta de 4 cm y que, en promedio dura 18 horas en pacientes nulíparas y en pacientes multíparas 12 horas

Fase activa: contracciones regulares y dilatación progresiva a partir de 4 cm. En pacientes nulíparas se observa un promedio de duración de 8 a 18 horas y en multíparas de 5 a 12 horas.

Segundo periodo del trabajo de parto (expulsión): comienza con dilatación completa y concluye con la expulsión del feto, tiene una duración promedio de 60 minutos, máximo 2 horas con analgesia y de 60 minutos en multíparas sin analgesia obstétrica y de 2 horas si tiene analgesia

Tercer periodo del trabajo de parto (alumbramiento): período comprendido desde el pinzamiento y corte del cordón umbilical del recién nacido hasta la expulsión de la placenta y membranas; tiene una duración promedio de 30 minutos.

PLANOS DE HODGE

Se divide en 4 y cada una en puntos de reparos anatómicos. Estos planos anatómicos se relacionan con el ECUADOR de la presentación fetal.

- 1.- Primer Plano: Es una línea recta que va desde el promontorio hasta el borde superior de la sínfisis púbica.
- 2.- Segundo Plano: Es una línea paralela a la anterior que va desde la 2ª vértebra del hueso sacro hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana.
- 3.- Tercer Plano: Es una línea paralela a las anteriores que pasa por las espinas ciáticas.
- 4.- Cuarto Plano: Paralelas a las anteriores pasas por el vértice del hueso sacro.

VALORACIÓN DE APGAR

La puntuación de Apgar, la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé.

Por lo general, la prueba se le administra al bebé en dos ocasiones: la primera vez, un minuto después del nacimiento y la segunda vez, cinco minutos después del

nacimiento. A veces, si el estado físico del bebé resulta preocupante o y si el resultado de la segunda prueba es bajo, se puede evaluar al bebé por tercera vez 10 minutos después del nacimiento.

Se utilizan cinco factores para evaluar el estado físico del bebé y cada factor se evalúa siguiendo una escala del 0 al 2, siendo 2 la máxima puntuación posible. Los factores son los siguientes:

1. Aspecto (color de la piel)
2. Pulso (frecuencia cardíaca)
3. Irritabilidad (respuesta refleja)
4. Actividad y tono muscular
5. Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)

Anatomía y fisiología de la glándula 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

Bibliografía

UDS, u. (s.f.). Obtenido de

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/e3f391539c0f3681caec052eb35cd5dd-LC-LEN506.pdf>