



**UDS- UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**MATERIA:** Ginecología y obstetricia

**TEMA:** ensayo de la unidad I y II

**PROFESOR:** Luis Manuel Correa Bautista

**ALUMNO:**

Rosa Angelica Rios Morales

**GRADO:**

5°cuatrimestre licenciatura en enfermería

**GRUPO:**

LEN10SSC0119-G

## **Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.**

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar 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.

## **Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.**

### **SALUD REPRODUCTIVA**

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.

### **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.

## **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.

### **Genitales internos:**

Útero: Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supra vaginal y una porción intravaginal denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior. El cuerpo uterino tiene forma triangular y en sus dos extremos laterales superiores se

abren las trompas de Falopio. Está formado por tres capas: el endometrio, el miometrio, y el perimetrio.

Trompas uterinas o 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 útero ovárico.

Ovario: 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.

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: Alrededor de la porción intravaginal del cuello uterino se forman los fondos de saco de la vagina constituidos por un fondo de saco posterior, más profundo, otro anterior, y dos laterales. La pared posterior de la vagina es más larga, unos 11 cm, mientras que la anterior mide unos 8 cm.

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. A nivel de la espina isquiática se dirige hacia delante y hacia dentro, por debajo del ligamento ancho y entre las arterias uterinas y vaginales, para alcanzar el fórnix vaginal lateral. sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia.

### **Embriología del aparato genital femenino.**

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 prolifera, sus células planas al principio, se hacen cúbicas y luego pluriestratifican. En la 6ª Semana los gonocitos invaden la glándula, cuyo epitelio ha ido creciendo hacia la mesénquima subyacente formando cordones epiteliales: los cordones sexuales primarios. 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. 8ª Semana: Hay una clara diferenciación de

la gónada, 9ª Semana: La gónada está diferenciada hacia ovario, 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.

Desarrollo de los genitales externos: Los primeros estadios del desarrollo son indiferenciados. A partir de la 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de “diferenciación”.

### **Ciclo sexual, eje hipotálamo.**

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. Hormonas relevantes en el ciclo femenino: Estrógenos: En la mujer fértil son una mezcla de estradiol y estrona, menos potente. Producidos en el ovario y la corteza suprarrenal. Progesterona: Al actuar sobre el aparato genital, previamente preparado por los estrógenos, producen cambios de carácter pro-gestacional. Sintetizada mayormente por el cuerpo lúteo, su acción es preparar el útero para la anidación ovular.

CICLO SEXUAL FEMENINO Suele tener una duración de 28 +/- 7 días, durando la hemorragia 4 +/- 2 días con un volumen promedio de 20-60 ml. Los intervalos varían entre mujeres y en una misma mujer a lo largo de la vida fértil.

### **Hipófisis- ovario- endometrio.**

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.

Ciclo menstrual

En el curso del ciclo menstrual, estrógenos y progesterona se encargan de los cambios que ocurren en el endometrio, cérvix y vagina y también de la regulación por retroalimentación de la secreción de FSH y LH en la hipófisis anterior. En un ciclo de 28 días, la fase folicular del ciclo menstrual es el periodo de 14 días que precede a la ovulación.

### **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. 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.

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

El óvulo fecundado (cigoto) se divide en repetidas ocasiones mientras se desplaza para llegar al útero. Primero, el cigoto se convierte en una sólida bola de células (mórula), luego en una esfera hueca formada por células llamada blastocisto. Dentro del útero, el blastocisto se implanta en la pared uterina y se transforma en el embrión y la placenta.

### **Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.**

Placenta

La placenta es el asiento principal del intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto. La placenta es un órgano fetomaterno.

### **Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo.**

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 son muy frecuentes sobre todo en el primer embarazo estados depresivos (llanto fácil) e irascibilidad.

### **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. Desde el punto de vista clínico, de especial importancia en obstetricia, la pelvis puede ser clasificada en varios tipos, según su forma:

Pelvis ginecoide

Es la pelvis más favorable para el parto natural.

Pelvis androide.

Es la forma característica de la pelvis masculina y cuando se encuentra en mujeres, es más común verlo en la raza blanca.

Pelvis antropoide.

Tiene la forma de la pelvis ginecoide rotada 90 grados, es decir un óvalo o elipse antero-posterior, común en mujeres de raza negra.

Pelvis platipeloide.

Pelvis ósea

Los huesos ilíacos (coxales), el sacro y el cóccix articulado entre sí forman la pelvis ósea, en referencia a la estructura ósea de la pelvis.

### **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:

- Dilatación
- Expulsión
- Alumbramiento

### **ANALGESIA OBSTÉTRICA**

El dolor en el parto es agudo y de una gran variabilidad.

ANALGESIA REGIONAL: Se han ideado varios bloqueos nerviosos para proveer alivio del dolor durante el trabajo de parto y parto.

### **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.

### **Clasificación de la episiotomía**

Mediana: comienza en la comisura posterior y sigue una línea recta hacia el tendón central del cuerpo perineal

Mediana modificada: se modifica la anterior adicionando dos incisiones transversales opuestas, una hacia la derecha y otra hacia la izquierda.

Episiotomía en forma de J: esta comienza con una incisión media y se va lateralizando hacia la tuberosidad isquiática para evitar proximidad con el esfínter anal.

Medio lateral: consiste en hacer una incisión recta desde la comisura posterior hacia la tuberosidad isquiática.

Lateral: comienza en el introito vaginal y se dirige directamente hacia la tuberosidad isquiática.

Lateral radical: esta es considerada como una incisión no obstétrica, pero a veces se ha usado en partos muy difíciles.

Anterior: esta episiotomía se ha relacionado con mujeres que sufrieron mutilación genital.

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

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. 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".

### **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. 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.

### **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.