



Universidad Del Sureste

Carretera Villahermosa tabasco Pob.Dosmontes

Docente: Luis Manuel Correa Bautista

Alumno: José Leonardo Arias Cruz

Materia: Ginecología Y Obstetricia

Grupo: G

Cuatrimestre: 5to

Producto: Ensayo de la unidad I Y II

Introducción

A medida que la medicina continúa evolucionando con cada día que pasa, los obstetras / ginecólogos modernos requieren capacitación constante por parte de los médicos. El aumento de las tasas de cesáreas y la disminución del uso de fórceps en México nos obligan a seguir preparándonos para el diagnóstico oportuno para reducir la morbimortalidad perinatal. Por tanto, dado que el avance de la medicina y la mejora de los métodos auxiliares de diagnóstico nos ayudan a conseguir este objetivo, la práctica de la obstetricia significa una formación continua. Hay un dato muy importante que sin duda nos afectará: Obviamente, los conocimientos básicos adquiridos por la facultad de medicina están "desactualizados", como tener un buen historial médico, ser interrogados por equipos y sistemas, y realizar una adecuada investigación semiótica. Haga un diagnóstico presuntivo y luego requiera inspecciones de laboratorio y de consultorio para confirmar el diagnóstico, de modo que podamos brindar una mejor atención a nuestros pacientes. Aplicar correctamente los diferentes conceptos y definiciones en las diferentes situaciones que nos encontremos durante el embarazo, parto y puerperio. • Ser capaz de describir el momento del parto en que se encuentra una paciente, utilizando el lenguaje adecuado a la situación planteada

Historia Clínica en Gineco- Obstetricia

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. ¿Por qué es importante la historia clínica? La realización de 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. Datos de filiación Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica

deben ser los siguientes:

- Edad.
- Estado civil. Motivo de consulta En este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta. Se tratan, por lo tanto, de pacientes que manifiestan algún síntoma y/o signo. Debe describirse dicho síntoma o síntomas, procurando seguir orden cronológico de su evolución, su intensidad, frecuencia y reflejando síntomas o signos acompañantes.

Deben recogerse los siguientes datos: • Fórmula de fertilidad: hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la 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.

RECUERDA La fecha de la última menstruación debe preguntarse siempre

EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

En este apartado se explican cuáles son las exploraciones básicas en obstetricia y ginecología. Estas exploraciones son las que deberían realizarse en toda paciente obstétrica o ginecológica. Exploración básica en obstetricia 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). En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler.

RECUERDA El 5º ruido y no el 4º. A partir del segundo trimestre debe medirse la altura uterina. Para ello puede usarse un pelvómetro o simplemente una cinta métrica. La altura uterina se corresponde con la edad gestacional y con el tamaño fetal, por lo que es un buen método de despistaje de anomalías del crecimiento fetal en gestaciones simples.

- 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. Para lograr lo anterior se tiene que tener instrumentos que cumplan las características de ser fácilmente entendibles y que se adapten a los diferentes niveles de atención y complejidad, es aquí cuando hablamos de la consulta preconcepcional y el control prenatal, para lograr una maternidad y nacimiento seguros.

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 (figura 1). 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.

Embriología del aparato genital femenino

El propósito de este trabajo 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. 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. Los gonocitos, en estadios tempranos aparecen en la alantoides 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, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas.

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. 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 (hormona luteinizante: LH y hormona folículoestimulante: FSH). La liberación pulsátil rápida de esta hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. Se necesita la secreción pulsátil de GnRh para lograr una secreción sostenida de gonadotropinas. Una secreción continua de GnRh reduce rápidamente la secreción de LH y FSH, lo cual se utiliza en clínica en patologías dependientes de esteroides sexuales. En el ovario, FSH Y LH se unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos,

progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y folistatina) y factores del crecimiento. Entre otras funciones, estos factores derivados del ovario retroalimentan hipotálamo e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y gonadotropinas (en el pico de la mitad del ciclo). Los esteroides ováricos son indispensables para la implantación del embrión en caso de embarazo. El ovario tiene tres zonas con capacidad de producción hormonal, segregando: • Folículo Estradiol (en mayor cantidad), Progesterona y Andrógenos.

• Cuerpo lúteo Progesterona (en mayor cantidad) y Estrógenos. • Estroma Andrógenos (en mayor cantidad), Estrógenos y Progesterona. Asimismo, segrega activina e inhibina, que actúan sobre la hipófisis activando o inhibiendo respectivamente la producción de FSH.

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. 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 (conductos de Wolff y conductos de Müller). 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.

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. Capacitación del espermatozoide La capacitación del espermatozoide es un requisito indispensable para que ocurra la fecundación; dicho proceso es muy complejo e incluye cambios metabólicos y modificación en la permeabilidad de la membrana plasmática del espermatozoide. Esto ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio.

Desde que se deposita el semen en la vagina se inicia la carrera en la que se capacitarán los espermatozoides, y el más apto es el que podrá fertilizar al ovocito. De los millones de espermatozoides que se depositan durante el coito (100 millones por mililitro aproximadamente), la mayoría muere debido a la acidez propia de la vagina. De hecho, la alcalinidad del semen neutraliza este medio. Más tarde, los espermatozoides sobrevivientes atraviesan el conducto cervical ocluido por moco en el que quedan atrapados muchos otros, algunos se almacenan entre los pliegues de mucosa cervical y después se liberan lentamente desde ese lugar. Los espermatozoides que logran atravesar el cuello uterino continúan su ascenso a través del cuerpo del útero, donde inician su capacitación. Durante este proceso, la cabeza del espermatozoide pierde su cubierta de proteínas, se modifica la permeabilidad de la membrana plasmática a los electrolitos de calcio y potasio; esto le confiere la capacidad de responder a estímulos externos como los que produce la zona pelúcida, la cual desencadena otro fenómeno: la reacción acrosómica. Inicio de la fecundación 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.

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 que posee dos componentes:

- Una porción fetal: se desarrolla a partir del saco coriónico.
- 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.

Decidua

Es el endometrio grávido, la capa funcional del endometrio de la mujer embarazada que se

separa del resto del útero después del parto. Dependiendo del lugar de su implantación se denomina:

- Decidua basal: situada en la profundidad del producto de la concepción, que forma la porción materna de la placenta.
- Decidua capsular: parte superficial que cubre el producto de la concepción.
- Decidua parietal: está constituida por el resto de la decidua.

Las células deciduales derivan del tejido conjuntivo de la decidua, que fue estimulado por la progesterona en la sangre materna para darles origen. Estas células degeneran y junto con la sangre materna y las secreciones uterinas, proporcionan al embrión una fuente abundante de nutrición. No se conoce por completo el papel de las células deciduales, pero se ha propuesto, que protegen el tejido materno frente a la invasión descontrolada del sincitiotrofoblasto e interviene en la producción hormonal. Las regiones deciduales, claramente visibles en la ecografía, son importantes para diagnosticar el embarazo temprano. Desarrollo de la placenta 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. Las vellosidades coriónicas cubren todo el saco coriónico hasta el comienzo de la octava semana.

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 seSubunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica (hCG): se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotrofina coriónica, (es una hormona que se produce exclusivamente si la mujer está embarazada, en las células que formarán la placenta). Se puede medir a partir de los 7 días siguientes a la implantación del huevo. Detección de la hormona gonadotrofina coriónica en orina: se puede hacer en un laboratorio de análisis

clínicos o con los llamados “tests caseros”. Estos últimos se compran en la farmacia, y la mujer lo puede realizar en su casa. Conviene utilizar la primer orina de la mañana, porque está más concentrada. Puede hacerse el diagnóstico de embarazo en los últimos días del ciclo, sin tener aún el atraso menstrual. Cuando da positivo tiene un 99% a 100% de seguridad. En el caso que el resultado sea negativo, conviene repetirlo 3 a 5 días después, porque a lo mejor los niveles de hormona (hCG) no son suficientemente altos para detectarlos en orina. Este tipo de test después será confirmado por el médico, quien le pedirá a la paciente un estudio de laboratorio que en la actualidad por medio de la ecografía. Diagnóstico presuntivo de embarazo.

Unidad II.

Terminología obstétrica más común: presentación, situación, variedad de posición Cambios fisiológicos maternos en aparatos y sistemas durante el embarazo

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), así como para la constitución de depósitos de energía, que aseguren las demandas calóricas que van a presentarse durante la lactación. Esta nueva etapa de la vida de muchas mujeres implica unos cambios fisiológicos en su organismo, que explican en parte los cambios en el estado físico y anímico.

Ganancia de peso

Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo, puesto que durante la gestación es normal que engorde de 9 a 12 Kg: 1,5 a 1,8 Kg durante el primer trimestre; unos 3,5 Kg suplementarios en el segundo y el resto en el tercero (0,4 Kg/semana). Ese incremento de peso se debe a: crecimiento del feto (3 - 3,5 kg), placenta (0,7 kg), líquido amniótico (0,9 kg), aumento del útero (0,9 kg), aumento de las mamas (0,7 kg), aumento del volumen de sangre (1,8 kg), tejido adiposo o grasa materna (3,5 kg), aproximadamente. En las primeras semanas, a veces incluso se adelgaza un poco (1-2-

kilos) como consecuencia de los problemas digestivos, náuseas y vómitos que se presentan.

Adaptaciones del metabolismo

El organismo de la mujer gestante desarrolla un mecanismo compensador orientando al aumento del peso inicial hacia la reserva de grasa que la mujer podrá utilizar cuando aumenta la demanda energética del feto a medida que avanza el embarazo.

Aumenta el volumen de sangre

Lo que origina una disminución en las concentraciones de hemoglobina (sustancia de los glóbulos rojos que transporta el oxígeno desde el aparato respiratorio a todos los tejidos corporales) y esto se traduce en anemia fisiológica de la gestante, que no hay que confundir con anemia por deficiencia de hierro (ferropénica), tan frecuente durante el embarazo. El riesgo de anemia se presenta sobre todo al final del embarazo y durante el parto en el que hay pérdida de sangre y la recuperación es más lenta.

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 osteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix, los ilíacos 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).

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. Por el contrario, cintura pelviana o pélvica implica una referencia morfo fisiológica a la parte de la pelvis que participa en la articulación del miembro inferior, es decir los coxales. A este respecto conviene recordar

que la cintura pelviana tiene su homólogo en el miembro superior: la cintura escapular. Este conjunto óseo cumple varias funciones: da soporte mecánico y protección a los órganos pélvicos y del bajo vientre; articula los miembros inferiores a la porción inferior del tronco; permite la biodinámica de la bipedestación; etc. En la pelvis ósea se pueden describir dos superficies y dos aberturas.

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

PLANOS DE HODGE Y DE LEE

Los planos de Hodge y De Lee son una forma dividir el estrecho superior de la pelvis del inferior. Esta división nos ayuda a evaluar el descenso de la cabeza fetal durante la fase expulsiva del trabajo de parto. Ambas divisiones tienen el mismo objetivo, pero difieren en los puntos de referencia materna y el punto de reparo fetal.

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.

Tipos de desgarró perineal Existen 4 tipos de desgarró perineal.

Primer grado: Laceración superficial de la mucosa de la vagina, la cual se puede extender hacia la piel en el introito. No participan tejidos profundos y puede no ser necesaria la reparación.

Segundo grado: Laceración que compromete mucosa vaginal y el cuerpo perineal, puede extenderse hacia los músculos transversos del periné. Necesita reparación. (Grado de desgarró que se logra con una episiotomía)

Tercer grado: Laceración que se extiende dentro del músculo de perineo y puede involucrar tanto a músculos perineales transversos y también el esfínter anal. No compromete la mucosa rectal.

Cuarto grado: Esta involucra la mucosa rectal

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.

Conclusión

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 médico-paciente efectiva.

Nosotros como estudiante otorgamos significado diverso al cuidado obstétrico que tiene que ver con la responsabilidad del profesional en el bienestar materno fetal y con la experiencia de ayudar a dar vida. El aprender el cuidado obstétrico les ofrece seguridad y orgullo en el colaborar con la recepción de una nueva vida.

Bibliografía

506, U. d. (2020). *plataformaeducativauds*. Obtenido de GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA:
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/e3f391539c0f3681caec052eb35cd5dd-LC-LEN506.pdf>