



Nombre del alumno(a): Blanca Araceli Hernández Aguilar

Nombre del profesor: María del Carmen López Silba

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Materia: Ginecología y Obstetricia

Grado: 5º cuatrimestre

Grupo: B

UNIDAD 1

1.1. Historia Clínica en Gineco-Obstetricia

- Principal herramienta de un medico
 - Requisitos para su realización**
 - Que se realice de manera estructurada
 - Tener conocimiento para dirigir el interrogatorio de manera certera
 - Tipos de pacientes**
 - Sintomáticas
 - Investigar factores de riesgo, antecedentes, motivo de consulta,
 - Gestante
 - Clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo
 - Para su realización debe ser**
 - Sistemática, estructurada y dirigida
 - Incluye
 - Datos de filiación, motivo de consulta
 - Edad, estado civil,
 - Antecedentes personales y familiares
- EXPLORACIONES BASICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**
 - La exploración básica ginecológica
 - Inspección, especuloscopia y el tacto bimanual
 - Exploración básica obstétrica
 - Toma de peso, presión arterial, medicación de la altura uterina, maniobras de Leopold

1.2. Atención Prenatal. Cuidados Correspondientes y frecuencia de consulta

- Salud reproductiva**
 - Estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo en la ausencia de enfermedades
 - Control prenatal**
 - Conjunto de actividades de promoción, prevención, diagnóstico, y tratamiento
- 1. Elaboración de la historia clínica**
 - Debe de completa, última fecha de menstruación
 - 2. Examen físico**
 - Estatura, peso, especuloscopia, tacto genital, palpación del útero
 - 3. Solicitud de paraclínicos**
 - Pedir exámenes paraclínicos
- 1. Actividades de promoción en salud**
 - Actividades físicas, sexual, acompañamiento
 - 2. Clasificación del riesgo**
 - Bajo, medio, condición socioeconómica, alto, anomalías
 - 3. Consultas de seguimiento**
 - Bajo, medio, alto,

1.3. Anatomía del Aparato Genital Femenino Irrigación ligamentos y músculos del periné

- Genitales Externos**
 - Monte de venus
 - Labios mayores y menores
 - Glándulas de bartolino
 - El clítoris
- Genitales Internos**
 - Útero
 - Trompas uterinas o de Falopio
 - Ovario
 - Vagina y vejiga urinaria
 - Uréter

1.4.- Embriología del aparato genital femenino.

- Desarrollo de la Gónada**
 - Se distinguen las células somáticas de las células sexuales,
 - La glándula genital se genera en tres fuentes: epitelio celómico, mesénquima subyacente, y en las células germinativas
 - En la quinta semana el epitelio celómico entre la raíz del mesenterio prolifera las células
 - En la 6 semana los gonocitos invaden la glándula
 - En la semana 7 los gonocitos que pueblan la glándula son muy numerosos, forma rosetas, la glándula es voluminosa
 - Semana 8 clara diferencia de la gónada, comienzo del periodo de la diferenciación sexual
 - Semana 9 la gónada esta diferenciada de hacia ovario, el epitelio es pluriestratificado, se observan los cordones
- Desarrollo de los conductos genitales**
 - los embriones masculinos y femeninos tienen dos pares de conductos: los mesonéfricos o de Wolf, y los paramesonéfricos o de Müller
 - En los fetos femeninos estos conductos desaparecen, desarrollan en cambio los conductos de Müller o paramesonéfricos,
 - El epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al conducto mesonéfrico
 - 8ª. Semana: En este período de diferenciación, los conductos llegan hasta la pelvis del embrión donde cruzan por delante de los conductos de Wolf
 - 9ª Semana: En éste período los conductos tienen una porción vertical, una horizontal y otra nuevamente vertical,
 - 10ª semana: La pared del seno urogenital en contacto con el tubérculo de Müller, crece hacia él formando los bulbos senovaginales
 - 11ª Semana: En éste período el útero está completamente desarrollado y la vagina ha crecido cráneo-caudalmente
- Desarrollo de los genitales externos**
 - 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de "diferenciación" En la 5ª y 6ª Semana
 - en la 7ª semana, aparece en su extremo anterior el tubérculo genital, y a cada lado del mismo
 - los pliegues anteroposteriores urogenitales, por fuera de éstos, una tumefacción genital o labioescrotal.
 - La mesénquima pelviana se extiende delante del recto hasta la membrana cloacal
 - En la 8ª semana el seno urogenital se comunica con el exterior, también el ano da salida al exterior al recto
 - En la 9ª Semana el tubérculo genital se transforma en falo, y hay en él, tejido eréctil, en la mujer éste tubérculo genital constituye el clítoris
 - En la 10ª semana la uretra y de la vagina desembocan en el seno urogenital que se continúa con el vestíbulo en su porción inferior
 - En la 11ª semana la vagina se canaliza y desemboca inmediatamente por detrás de la de la uretra
 - En la mujer los conductos genitales se generan a partir de los conductos paramesonéfricos o de Müller de los cuales derivan la trompa, el útero y 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
- La secreción de Gn-RH es pulsátil, siendo dichos 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 unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales

-ACCIONES DE FSH SOBRE EL OVARIO { Estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico, Favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca

-ACCIONES DEL LH SOBRE EL OVARIO { En la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos, Sus receptores específicos se hallan en las células de la teca

-HORMONAS RELEVANTES EN EL CICLO FEMENINO { Estrógenos, Progesterona, Andrógenos,

-FASE OVÁRICA { Fase folicular, Ovulación, Fase lútea, Luteolisis y menstruación

-1.6.- Hipófisis- ovario- endometrio

- El sexo genético depende de la dotación de cromosomas sexuales, en el caso femenino XX y el masculino XY
- En el feto masculino la testosterona secretada por los testículos da lugar a que se desarrollen los conductos de Wolff
- Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad
- se inicia alrededor de los 11 años para las niñas y de 12 años para los niños,
- La madurez sexual viene marcada por la menarquia o primer sangrado menstrual en las niñas y por la primera eyaculación en los niños

-Sistema reproductor masculino { -son los testículos, encargados de formar espermatozoides
-El escroto dispone de fibras musculares que pueden contraerse o relajarse acercando o alejando los testículos del cuerpo con el objeto de regular la temperatura

-Sistema reproductor femenino { -son los ovarios que, junto con el útero y las trompas de Falopio (oviductos), constituyen el conducto reproductivo femenino
-El ovario tiene tres zonas: corteza, médula e hilio

-desarrollo de los folículos ováricos

1.- Primera etapa.

- es paralela a la profase del oocito
- las células de la granulosa proliferan y proporcionan al oocito nutrientes y hormonas esteroides

2. Segunda etapa

- se desarrolla con mucha mayor rapidez
- tiene lugar en un periodo de 70 a 85 días
- Las hormonas esteroides alcanzan el antro por secreción directa de las células granulosas

3. Tercera etapa

- es la más rápida; ocurre cinco a siete días después de la menstruación
- Antes de 48 horas el folículo dominante crece hasta alcanzar 20 mm de diámetro
- En el día 15 del ciclo menstrual de 28 días ocurre la ovulación y el folículo dominante se rompe y libera su oocito en la cavidad peritoneal
- el cuerpo lúteo involucrena en los siguientes 14 días

-Síntesis y secreción de estrógenos y progesterona

- se sintetizan en el folículo ovárico mediante las funciones combinadas de las células granulosas y tecales
- En los ovarios están presentes todos los pasos de la vía de biosíntesis
- Las células tecales sintetizan y secretan progesterona
- En las células granulosas la testosterona se convierte en estradiol
- La LH estimula el primer paso de la vía de biosíntesis

-Regulación de la función de los ovarios

- los ovarios tienen dos funciones: oogénesis y secreción de hormonas esteroides sexuales femeninas
- La función ovárica en la mujer es controlada por la actividad pulsátil del eje hipotálamohipófisis
- Cada 28 días se repite una secuencia de desarrollo folicular, ovulación, formación y degeneración de un cuerpo amarillo en el ciclo menstrual
- Los primeros 14 días del ciclo menstrual implican desarrollo folicular y constituyen la llamada fase folicular
- En el punto medio del ciclo, entre las fases folicular y lútea, ocurre la ovulación.

-Ciclo menstrual

- En un ciclo de 28 días, la fase folicular del ciclo menstrual es el periodo de 14 días que precede a la ovulación
- Esta fase, también conocida como fase proliferativa, es dominada por estrógenos
- La secreción de progesterona reduce la cantidad de moco cervical, que a continuación se vuelve más grueso, inelástico

-Regulación del ciclo reproductor femenino

-1. Fase folicular o proliferativa

- La fase folicular ocurre desde el día 1 hasta el 14
- se desarrolla en un folículo graafiano y los folículos vecinos sufren atresia

-2. Ovulación

- La ovulación ocurre en el día 15 de un ciclo menstrual de 28
- Por ejemplo, en un ciclo de 35 días, la ovulación ocurre en el día 21, es decir, 14 días antes de la menstruación;

-3. Fase lútea o secretora

- La fase lútea ocurre desde los días 15 a 28 y termina al iniciarse la menstruación
- el cuerpo lúteo se desarrolla y comienza a sintetizar estradiol y progesterona

-4. Menstruación

- La regresión del cuerpo lúteo y pérdida súbita de estradiol y progesterona provocan desprendimiento de sangre

-Embarazo

- En caso de fecundación, el óvulo comienza a dividirse y se convierte en feto

-Hormonas del embarazo

-1. Primer trimestre

- En el trofoblasto, que se convertirá en placenta
- La concentración de HCG es máxima cerca de la semana novena de gestación y a continuación declina
- el cuerpo lúteo involucrena 12 días después de la ovulación
- Las concentraciones elevadas de estrógenos y progesterona también suprimen el desarrollo de la siguiente cohorte de folículos ováricos
- La HCG se detecta en la orina materna nueve días después de la ovulación, incluso antes de la siguiente menstruación esperada

2. Segundo y tercer trimestres

- la placenta, junto con la madre y el feto, asumen la responsabilidad de producir hormonas esteroides, y somatomotropina coriónica

1.7.- Fecundación, nidación ovular, placentación

- 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

-Capacitación del espermatozoide

- es un requisito indispensable para que ocurra la fecundación
- 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
- la cabeza del espermatozoide pierde su cubierta de proteínas

-Inicio de la fecundación

- comienza desde el momento en que el espermatozoide se abre paso a través de las barreras del ovocito

-Del óvulo al embrión.

- se divide en repetidas ocasiones mientras se desplaza para llegar al útero

-Implantación y desarrollo de la placenta

- es la unión e inserción del blastocito a la pared del útero
- La pared del blastocito se convierte en la capa externa de las membranas que rodean al embrión
- Una vez que se unen el espermatozoide y el óvulo, se forma el embrión

-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 y el cordón umbilical crean un sistema de transporte para el paso de las sustancias de la madre al feto

-La forma de la placenta depende de la zona donde persisten las vellosidades coriónicas

- Circulación placentaria
- Circulación fetal
- Circulación materna

-Actividad similar a la prolactina en la placenta humana.

- se la denomina lactógeno placentario humano u hormona de crecimiento coriónica
- La tasa de producción de hPL cerca del término, casi 1 g/día, es con mucho la más grande de cualquier hormona conocida en los seres humanos

-Observación y control del líquido amniótico

- es mayor aproximadamente a las 34 semanas del embarazo, cuando llega a un promedio de 800 mililitros
- Aproximadamente 600 mililitros de líquido amniótico rodean al bebé a término (40 semanas de gestación)

-Funciones del líquido amniótico

Ayuda

- Al feto a moverse en el útero, lo cual permite el crecimiento óseo apropiado
- Al desarrollo apropiado de los pulmones.
- A mantener una temperatura relativamente constante alrededor del bebé, protegiéndolo así de la pérdida de calor
- A proteger al bebé de lesiones externas al amortiguar golpes o movimientos repentinos.

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

-Diagnóstico presuntivo de embarazo

- Atraso Menstrual
- Aparato Digestivo
- Órganos de los sentidos
- Aparato urinario
- Estado general
- Mamas

-Métodos auxiliares de diagnóstico clínico del embarazo

-Método de certeza

- Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo
- Se puede realizar por vía transabdominal
- En la ecografía abdominal el saco gestacional se ve en la 5 semana de embarazo, y por vía transvaginal en la 4 semana

-DIAGNÓSTICO CLINICO

- Consiste en la presencia de síntomas
- Las náuseas y los vómitos en el primer trimestre de la gestación son muy frecuentes
- Parece que tiene relación con los niveles de hCG
- También, puede presentarse sialorrea, dispepsia, estreñimiento
- El crecimiento del útero puede dar lugar a polaquiuria y tenesmo vesical por la presión sobre la vejiga

-DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO

- Consiste en observar los efectos de la hormona gonadotropina coriónica humana en los animales
- Existen métodos, hoy en desuso: Asheim y Zondek
- se examinaban sus ovarios que, si estaban grandes y congestivos daban el diagnóstico de embarazo.

-DIAGNÓSTICO INMUNOLÓGICO

- Se basa en la detección, en plasma u orina, de la fracción β de la hormona gonadotropina coriónica humana

UNIDAD 2

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

-La gestación es un periodo en el que se incrementan notablemente las necesidades nutritivas
-se debe por un lado a las demandas requeridas para el crecimiento y desarrollo del feto
-retiro de la menstruación, ganancia de peso, aumento del tamaño de los senos y del útero
-mareos, fatiga, somnolencia, aumento en la frecuencia de las micciones

-Ganancia de peso { -durante la gestación es normal que engorde de 9 a 12 Kg: 1,5 a 1,8 Kg
-En las primeras semanas, a veces incluso se adelgaza un poco (1-2- kilos)

-Adaptaciones del metabolismo { -la mujer gestante desarrolla un mecanismo compensador orientando al aumento del peso
-El sistema cardiovascular también ve alterada su función durante el embarazo

-Aumenta el volumen de sangre. { -origina una disminución en las concentraciones de hemoglobina
-El riesgo de anemia se presenta sobre todo al final del embarazo

-Disminuye la motilidad { -Los problemas gastrointestinales aparecen casi al comienzo de la gestación
-Se relaja el músculo del útero para permitir su expansión por el crecimiento fetal

2.2. Pelvis ósea desde femenina desde el punto de vista obstétrico

-La Pelvis es la región anatómica más inferior del tronco
-es un embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo

-Se divide en { 2 regiones { Pelvis Mayor y Pelvis Menor

-Clasificación. { -Pelvis ginecoide { -Estrechos
-Sacro
-Pubis.
-Diámetros.

{ -Pelvis androide.

{ -Pelvis antropoide.

{ -Pelvis platipeloides

{ -Pelvis ósea { -superficies y dos aberturas

{ -una superficie exterior
. una superficie interior
. una abertura superior
. una abertura inferior.
. Superficie exterior
-parte lateral:
-parte ánterolateral:
-parte posterior

-2.3. Vigilancia de la evolución del trabajo de parto

-La verificación y registro de la contracción uterina y el latido cardíaco fetal.
-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

-se divide en tres periodos { **-Primer periodo:** Dilatación
-Segundo periodo: Expulsión
-Tercer periodo: Alumbramiento

-MANIOBRAS DE LEOPOLD { -Identificar polos (Situación)
-Identificar Orientación del feto (Posición)
-justo por arriba de la sínfisis del pubis entre el pulgar y el índice
-Dedos de cada mano se ejerce presión sobre el eje de la entrada pélvica

-PLANOS DE HODGE { -Primer Plano: Es una línea recta
-Segundo Plano: Es una línea paralela
-Tercer Plano: Es una línea paralela

-2.4. Atención del parto eutócico y episiotomía

-consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea media

-Clasificación de la episiotomía { -Mediana
-Mediana modificada
-Episiotomía en forma de J
-Medio lateral
-Lateral
-Lateral radical
-Anterior

Objetivos e Indicaciones para realizar una episiotomía { -Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal
-Evitar posible desgarro perineal
-Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.

-2.5. Cuidados generales del recién nacido de término

- Indicaciones en cunero**
 - Vitamina K, 1 mg intramuscular
 - Profilaxis oftálmica
 - Inmunizaciones
 - Tamiz auditivo
 - Tamiz de cardiopatía crítica
 - Bilirrubina transcutánea.
 - Tamizado metabólico
 - Tamizado oftalmológico
- Indicaciones al alta**
 - Alimentación.
 - Aseo. Baño diario con agua tibia
 - Cordón umbilical.
 - Micciones
 - Evacuaciones
 - Ictericia.
 - Chupón
 - Circuncisión.
 - Hábitos de dormir
 - Se debe acordar consulta entre el quinto y séptimo días después del nacimiento
- VALORACIÓN DE APGAR**
 - factores
 - Aspecto (color de la piel)
 - Pulso (frecuencia cardíaca)
 - Irritabilidad (respuesta refleja)
 - Actividad y tono muscular
 - Respiración (ritmo y esfuerzo respiratorio)
- VALORACIÓN DE SILVERMAN**
 - Como se puntea la presencia de disociación toraco-abdominal
 - Como se detecta la presencia de retracciones (tiros) intercostales
 - Como se detecta la presencia de retracción xifoidea
 - Como se detecta la presencia de aleteo nasa
 - Como se puntea la presencia de quejido respiratorio

-2.6. Anatomía y fisiología de la glandula mamaria

- Fisiología de la Lactancia**
 - Mamogénesis o desarrollo mamario
 - Lactogénesis, glactogénesis o iniciación de la secreción láctea
 - Lactogénesis o mantenimiento de la secreción
 - Eyeción láctea o salida de la leche.
- El desarrollo mamario o mamogénesis se ha dividido en tres etapas**
 - Embrionario
 - Puberal
 - Gravídico
- Condiciones generales para la inducción del trabajo de parto**
 - 1. Establecer con certeza que el procedimiento ofrece el mejor desenlace para la madre y el feto.
 - 2. Confirmar la edad gestacional mediante ultrasonido del primer trimestre.
 - 3. Evaluación obstétrica completa
 - 4. Es necesario contar con la infraestructura para enfrentar las posibles complicaciones derivadas del procedimiento
- Complicaciones de la inducción del trabajo de parto**
 - un procedimiento fallido y que resulte en cesárea o parto instrumentado

-2.7. Puerperio fisiológico.

- periodo que va desde el momento inmediatamente posterior al parto hasta los 35-40 días
- 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**
 - Eliminación del agua
 - Pérdida de peso
 - Cambios en el aparato circulatorio
 - Cambios hormonales
 - educción del volumen abdominal
 - Alteraciones de la piel
 - Descenso de la actividad inmunitaria
 - Cambios en el aparato genital:
 - Reanudación de la menstruación
- Cuidados y aspectos a valorar en el puerperio inmediato**
 - 1. Constantes vitales: tensión arterial y temperatura.
 - 2. Altura y tono uterino
 - 3. Pérdida de sangre
 - 4. Cuidados del periné.
 - 5. Estado de la vejiga y micción
 - 6. Anestesia
- Cambios después del parto**
 - A nivel endocrino
 - A nivel renal
 - A nivel gastrointestinal
 - A nivel térmico
 - A nivel tegumentario:
- Complicaciones**
 - Madre > 35 años
 - Macrosomia feta
 - Gestación múltiple
 - Gestación no controlada
 - Cirugías uterinas previas
 - Parto instrumental
 - Parto distócico