



**CASANDRA GUADALUPE ORTIZ AGUILAR**

**MARIA DEL CARMEN LOPEZ SILBA**

## **CUADRO SINÓPTICO: UNIDAD I – UNIDAD II**

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Grado: 5°**

**Grupo: A**

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de Enero de 2021.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.1. HISTORIA CLINICA EN GINECO-OBSTETRICIA

#### ▪ CONCEPTO

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

#### ▪ CARACTERÍSTICAS

- 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.
- 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.

#### ▪ REALIZACIÓN

##### -APARTADOS

##### ✓ DATOS DE FILIACIÓN

- Edad
- Estado

##### ✓ 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.

##### ✓ ANTECEDENTES PERSONALES

Consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

##### ✓ ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS Y OBSTÉTRICOS

- Fórmula de fertilidad
- Edad de menarquía
- Fecha de la última menstruación
- Fórmula menstrual

##### ✓ ANTECEDENTES SEXUALES

- Si ha tenido relaciones sexuales o no
- Número de parejas
- Métodos anticonceptivos empleados en el pasado y en la actualidad.
- Trastornos ginecológicos
- Enfermedades de transmisión sexual

##### ✓ ANTECEDENTES MÉDICOS O QUIRÚRGICOS

- Grupo sanguíneo y Rh.
- Alergias a medicamentos, metales o látex.
- Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente.
- Debe preguntarse específicamente por enfermedades crónicas y/o agudas, que se hayan sufrido o se padezcan en la actualidad.
- Debe interrogarse sobre cirugías a las que la paciente haya sido sometida, especialmente de abdomen y pelvis.

##### ✓ ANTECEDENTES GENERALES

- Es importante indagar sobre hábitos de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal.
- También debe reflejarse el trabajo que realiza la paciente para determinar los riesgos sanitarios.
- Igualmente debe reflejarse el tipo de nutrición y hábitos alimenticios o dietas. Así como intolerancias a lactosa, fructosa o gluten.

##### ✓ ANTECEDENTES FAMILIARES

- Oncológicos
- Enfermedades hereditarias

#### ▪ EXPLORACIONES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

##### -EXPLORACIONES GINECOLOGICAS

##### ✓ BASICAS

- Inspección
- Especuloscopia
- Tacto bimanual
- Mamaria
- Abdominal
- Propiamente ginecológica

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.1. HISTORIA CLINICA EN GINECO-OBSTETRICIA

#### EXPLORACIONES EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

##### -EXPLORACIONES GINECOLOGICAS

##### ✓ COMPLEMENTARIAS

- Citología cervical
- Vaginoscopia
- Vulvoscopia
- Biopsia ginecológica
- Ultrasonidos o ecografías
- Histeroscopia
- Colposcopia
- Histerosalpingografía

##### ✓ BASICAS

- Toma de peso y presión arterial
- Medición de la altura uterina
- Realización de las maniobras de Leopold en segundo y tercer trimestre

##### -EXPLORACIONES OBSTETRICAS

##### ✓ COMPLEMENTARIAS

- Ecografía
- Ecografía doppler
- Amniocentesis
- Biopsia de corion
- Cordocentesis

##### -DEFINICIÓN

#### SALUD REPRODUCTIVA

##### -DEFINICIÓN

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.

##### -CARACTERISTICAS

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.

#### IDENTIFICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS FACTORES PREOTECTORES

Estado de inmunidad frente a diversas infecciones, como hepatitis viral y las incluidas en el grupo TORCHS, así como completar el esquema del tétano, deficiencia de suplementación de ácido fólico preconcepcional para prevención de defectos abiertos del tubo neural.

### 1.2. ATENCIÓN PRENATAL. CUIDADOS CORRESPONDIENTES Y FRECUENCIA DE CONSULTA. DEFINICION DE CONTROL PRENATAL.

#### CONTROL PRENATAL

##### -DEFINICIÓN

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

##### ✓ HISTORIA CLÍNICA

##### ✓ EXAMEN FISICO

##### ✓ EXAMEN POR SISTEMAS

##### ✓ SOLICITUD DE PARACLÍNICOS

Se hace con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos que puedan alterar el resultado prenatal.

##### ✓ ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN SALUD

- Actividades físicas: ejercicio de relajación y preparación para el parto, evitando servicios de impacto.
- Actividad sexual: cuidarse y realizarlas con delicadeza, se restringen cuando haya amenaza de aborto y otra patología que vuelvan el embarazo de alto riesgo.
- Acompañamiento: por el compañero o la familia.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

1.2. ATENCIÓN PRENATAL.  
CUIDADOS CORRESPONDIENTES  
Y FRECUENCIA DE CONSULTA.  
DEFINICION DE CONTROL  
PRENATAL.

### ▪ CONTROL PRENATAL

#### -ELABORACIÓN

#### ✓ ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN SALUD

- d) Preparación para la lactancia.
- e) Prevención de la automedicación.
- f) Prevención del trago (alcohol), tabaco, Ext.
- g) Planificación familiar.

#### ✓ CLASIFICACIÓN DEL RIESGO

- a) Bajo: no se identifica ningún factor de riesgo conocido
- b) Medio: existen factores de riesgo que no producen directamente alteraciones del resultado perinatal, pero que si se asocian favorecen a una condición que sí lo produzca o atente directamente contra el embarazo:
  - A. Condición socioeconómica desfavorable.
  - B. Primigestante en edades menores de 17 y mayores de 35 años.
  - C. Embarazo no deseado, talla baja, fumadora, RH (-).
  - D. Multípara, obesidad, infección urinaria.
  - E. Hemorragia en el primer trimestre.
- c) Alto: condición clínica que afecte directamente el embarazo, requiere una atención especializada:
  - a. Anomalías pelvianas.
  - b. Cardiopatía.
  - c. Nefropatías.
  - d. Anemia grave.
  - e. Cirugía uterina previa.
  - f. Diabetes gestacional y pregestacional.
  - g. Embarazo gemelar.
  - h. Infección materna (TORCHS).
  - i. S. hipertensivo.
  - j. Placenta previa.

#### ✓ CONSULTAS DE SEGUIMIENTO DE ACUERDO AL RIESGO PARA LA PACIENTE

- a) Bajo: pueden ser controladas por enfermeras, la cantidad de visitas pueden ser disminuidas.
  - b) Medio: realizado por el médico general, en caso de considerarlo se hará interconsulta con especialista.
  - c) Alto: manejo por especialista en institución de 2 y 3 nivel.
- El esquema de consultas clásicas, de una consulta mensual, desde el ingreso hasta la semana 34 luego quincenal hasta la semana 38 y luego semanal hasta el parto.

1.3. ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO: IRRIGACIÓN, LIGAMENTOS Y MUSCULOS DEL PERINE.

### ▪ GENITALES EXTERNOS

- VULVA
- MONTE DE VENUS
- LABIOS MAYORES
- LABIOS MENORES
- CLÍTORIS
- MEATO URETRAL
- VESTÍBULO

- Himen
- Conductos de skene
- Conductos de bartholino

### ▪ GENITALES INTERNOS

- ÚTERO
- VAGINA
- OVARIOS
- TROMPAS DE FALOPIO

#### ✓ VISCERAS DE LA PELVIS MENOR

- Colon
- Vejiga urinaria
- Uréter
- Periné

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.3. ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO: IRRIGACIÓN, LIGAMENTOS Y MUSCULOS DEL PERINE.

#### ▪ VISCERAS PELVICAS

- ÚTERO
- PERITONEO
- LIGAMENTOS

- ✓ REDONDOS
- ✓ ANCHOS
- ✓ INFUNDIBULOPELVICOS
- ✓ UTEROSACROS
- ✓ CARDINALES O DE MACKENRODT

Forman los Ligamentos suspensores del útero, es también llamada retinacula uterina.

#### ▪ IRRIGACIÓN SANGUINEA DE LA PELVIS

- Las vísceras pélvicas se hallan irrigadas por las ramas hipogástricas de las arterias iliacas comunes, a excepción de las arterias ovárica, hemorroidal superior y sacra media.
- Los ganglios linfáticos pélvicos reciben vasos linfáticos procedentes de los órganos de la pelvis y de la región inguinal. En general, estos ganglios siguen un recorrido paralelo al de los vasos sanguíneos principales y reciben el mismo nombre que estos.

#### -VASCULARIZACIÓN

La mama recibe su aporte sanguíneo a través de tres vías principales:

- 1) Arteria mamaria interna (rama de la subclavia): contribuye con más del 50% del aporte total. Irriga el pectoral mayor, los cuadrantes internos de la mama y la piel vecina.
- 2) Arteria torácica inferior (rama de la axilar): También llamada arteria mamaria externa. Irriga fundamentalmente el pectoral mayor. Emite ramas mamarias externas que constituyen la segunda fuente de irrigación.
- 3) Arterias intercostales posteriores (ramas de la aorta): se dirigen de atrás hacia delante para acabar anastomosándose con las arterias intercostales anteriores (ramas de la mamaria interna). También emiten ramas perforantes que penetran en el espesor de la glándula mamaria.

#### -RETORNO VENOSO

El retorno venoso sigue el mismo componente que el arterial destacando:

- 1) Red superficial a través de las venas perforantes.
- 2) Red profunda formada por la vena mamaria interna (termina en el tronco braquiocefálico), vena axilar y venas intercostales posteriores, que se comunican con las venas vertebrales desembocando en la vena ácigos.

#### -INERVACIÓN

La piel que recubre la glándula recibe inervación de los 6 primeros nervios intercostales. Destaca la rica inervación del complejo areola-pezones. La inervación simpática alcanza la glándula junto al sistema vascular.

#### -DRENAJE LINFÁTICO

- 1) Vía axilar: Vía fundamental de drenaje mamario. Recibe el drenaje de la porción superior y externa de la mama. Se considera que el drenaje linfático de esta vía se realiza escalonadamente pudiendo diferenciar tres niveles:
  - Nivel I: Comprende los ganglios que están por fuera del borde externo del pectoral menor.
  - Nivel II: Los ganglios que se encuentran por detrás del pectoral menor, aproximadamente a la altura de la desembocadura de la vena mamaria externa en la vena axilar.
  - Nivel III: Los ganglios del vértice de la axila o grupo subclavicular, es decir, aquellos situados por dentro del borde superior del pectoral menor.
- 2) Vía mamaria interna: Siguen el trayecto de los vasos del mismo nombre. Drenan directamente en las venas yugular o subclavia o indirectamente en el sistema venoso a través del conducto torácico o gran vena linfática.
- 3) Vía supraclavicular: Confluyen en un grupo de ganglios inmersos en el tejido graso supraclavicular.
- 4) Vía intercostal posterior.

### 1.4. EMBRIOLOGIA DEL APARATOGENITAL FEMENINO

#### ▪ GLANDULA GENITAL

Se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas.

#### -5° 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 el mesénquima subyacente que forman un abultamiento en el lado medial del mesonefros.

#### ▪ SEMANAS DE DESARROLLO

#### -6° 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.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.4. EMBRIOLOGIA DEL APARATOGENITAL FEMENINO

#### SEMANAS DE DESARROLLO

##### -7° 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”

##### -8° 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.

##### -9° 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 (4-5), 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.

##### -10° y 11° 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.

### 1.5. CICLO SEXUAL, EJE HIPOTALAMO

#### EJE HIPOTALAMO-HIPOFISIS-GONADAL

- Dentro del hipotálamo, ciertos núcleos liberan hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) con un patrón pulsátil. 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 folículo estimulante: 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 (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.

#### OVARIO

- 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.

#### HORMONAS RELEVANTES EN EL CICLO FEMENINO

- ESTROGENOS
- ESTRIOL
- ESTRADIOL
- PROGESTERONA
- ANDROGENOS

#### CICLO SEXUAL FEMENINO

##### -FASES

##### ✓ UTERINA (CICLO ENDOMETRIAL)

##### ENDOMETRIO

- Capa basal
- Capa funcional

##### SUBFASES

- Proliferativa
- Estrogenica
- Secretora o progestacional
- Menstruación

##### ✓ OVARICA

##### SUBFASES

- Preovulatoria (folicular)
- Ovulación
- Postovulatoria (lútea)
- Luteolisis y menstruación

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.6. HIPOFISIS-OVARIO- ENDOMETRIO

#### ▪ OVOGENESIS

En los ovarios del feto femenino, las células germinales primordiales producen ovogonias por divisiones mitóticas hasta las semanas 20 a 24 de la gestación. En ese momento hay aproximadamente 7 millones de ovogonias. Al comienzo de las semanas octava a novena gestacionales, algunas de estas ovogonias entran a la profase de la meiosis y se convierten en ovocitos primarios. Los procesos meióticos continúan hasta casi seis meses después del nacimiento y en ese punto todas las ovogonias se han convertido en ovocitos. Estos últimos permanecen en un estado de profase suspendida; la primera división meiótica no concluye en tanto no ocurra la ovulación muchos años después. Simultáneamente, hay desgaste de ovocitos. Al nacimiento, sólo permanecen 2 millones de ovocitos; en la pubertad sólo persisten 400 000 ovocitos. En la menopausia (que marca el fin del periodo reproductivo) pocos ovocitos sobreviven, si acaso alguno.

#### ▪ 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. Esta fase, también conocida como fase proliferativa, es dominada por estrógenos. La fase lútea del ciclo menstrual es el periodo de 14 días que sigue a la ovulación. Esta fase también se denomina fase secretora y está subordinada a la progesterona.

### 1.7. FECUNDACIÓN. NIDACIÓN OVULAR. PLACENTACIÓN.

#### ▪ FECUNDACIÓN

- 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.
- 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.

#### ▪ IMPLANTACION Y DESARROLLO DE LA PLACENTA

- La implantación es la unión e inserción del blastocisto a la pared del útero.
- El blastocisto habitualmente se implanta cerca del fondo del útero, ya sea en la pared anterior como en la posterior. La pared del blastocisto tiene el espesor de una célula excepto en un área en la que tiene de tres a cuatro células. Las células internas de la parte más gruesa de la pared del blastocisto se convierten en el embrión, mientras que las externas penetran en la pared uterina para formar la placenta.
- La placenta produce hormonas que ayudan a mantener la gestación y permite el intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de desecho entre la madre y el feto.
- La implantación comienza entre 5 y 8 días después de la fecundación y se completa en 9 o 10 días.

#### ▪ EMBARAZO

- En caso de fecundación, el óvulo comienza a dividirse y se convierte en feto. El periodo de desarrollo fetal se llama embarazo o gestación y en el ser humano dura aproximadamente 40 semanas.
- Durante el embarazo, la concentración de estrógenos y progesterona aumenta de manera estacionaria. Sus funciones incluyen mantenimiento del endometrio, desarrollo de las mamas para lactación después del parto y supresión del desarrollo de nuevos folículos ováricos.
- Al principio (primer trimestre), la fuente de hormonas esteroides es el cuerpo lúteo; de la mitad al final del embarazo (segundo y tercer trimestres) la fuente es la placenta.

### 1.8. PLACENTA HUMANA: AATOMIA. FISIOLOGIA. LIQUIDO AMNIOTICO

#### ▪ PLACENTA

##### -DEFINICIÓN

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

##### -COMPONENTES

- Una porción fetal: se desarrolla a partir del saco coriónico.
- Una porción materna: que deriva del endometrio.

##### -CRECIMIENTO Y FORMA

- El crecimiento en tamaño y grosor de la placenta sigue su marcha acelerada hasta que el feto cumple aproximadamente 18 semanas (20 semanas de gestación). La placenta totalmente desarrollada cubre del 15 % al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto.
- La forma de la placenta depende de la zona donde persisten las vellosidades coriónicas.

#### ▪ SACO AMNIOTICO

- El amnios (amnío(n), del griego ἀμνίον, 'membrana del feto') es el saco cerrado que envuelve y protege el embrión y luego el feto, y que se forma como membrana extraembrionaria.
- El saco amniótico crece y comienza a llenarse, principalmente con agua dos semanas después de la fertilización.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD I OBSTETRICIA

### 1.8. PLACENTA HUMANA: AATOMIA. FISILOGIA. LIQUIDO AMNIOTICO

#### LIQUIDO AMNIOTICO

- El líquido amniótico es el líquido que rodea el feto dentro del útero durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico o amnios.
- El líquido amniótico es un fluido líquido acuoso, claro y ligeramente amarillento que permite al moverse dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo. También le proporciona sustentación hidráulica.
- El líquido amniótico es producido principalmente por la madre hasta las 17 semanas de gestación.
- Tras diez semanas después el líquido contiene proteínas, carbohidratos, lípidos y fosfolípidos, urea y electrolitos, todos los cuales ayudan al desarrollo del feto.
- En los últimos estadios de gestación la mayor parte del líquido amniótico está compuesto por orina fetal. El líquido amniótico circula constantemente a medida que el bebé lo traga y lo "inhala" y luego lo libera y "exhala" a través de la orina.

### 1.9. DIAGNOSTICO CLINICO DEL EMBARAZO. AUXILIARES DE DIAGNSTICO. FECHA PROBABLE DEL PARTO.

#### DIAGNOSTICOS

- PRESUNTIVO
  - ✓ 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.
  - ✓ ORGANOS DE LOS SENTIDOS — Rechazo o apetencia aumentada por otros, intolerancia a olores como perfumes, tabaco, comidas.
  - ✓ APARATO URINARIO — Micciones más frecuentes.
  - ✓ ESTADO GENERAL — Sueño, cansancio, modificaciones del carácter, etc.
  - ✓ MAMAS — Aumento de tamaño, mayor turgencia, calostro.

#### -CLINICO

Consiste en la presencia de síntomas subjetivos que describe la paciente o signos indirectos que pueden orientar sobre un posible embarazo.

#### -BIOLOGICO

Consiste en observar los efectos de la hormona gonadotropina coriónica humana en los animales.

#### -INMUNOLOGICO

Se basa en la detección, en plasma u orina, de la fracción  $\beta$  de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG). La fracción  $\alpha$  no sirve por su similitud con las hormonas luteninizante (LH), foliculoestimulante (FSH) y tirotropina (TSH).

#### -SUBUNIDAD BETA DE LA hCG

Se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotropina coriónica. Se puede medir a partir de los 7 días siguientes a la implantación del huevo.

#### METODOS AUXILIARES

#### -DE CERTEZA

Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo. Se puede realizar por vía transabdominal (la mujer debe un tiempo antes no orinar y tomar líquido para distender la vejiga y desplazar el intestino hacia arriba, permitiendo la visualización del útero) o por vía transvaginal (la paciente se coloca en posición ginecológica y se introduce por vía vaginal un dispositivo, llamado transductor, cubierto por material descartable como un preservativo, que tiene el grosor de un lápiz).



# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD II TERMINOLOGÍA OBSTETRICA MAS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAS DE POSICIÓN.

### 2.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNOS EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO

#### ■ CAMBIOS FISIOLÓGICOS

##### -CAMBIOS FÍSICOS

- Retiro de la menstruación
- Ganancia de peso
- Aumento del tamaño de los senos
- Aumento de tamaño del útero (que debe alojar al feto, la placenta y el líquido amniótico).
- Mareos
- Fatiga
- Somnolencia
- Aumento en la frecuencia de las micciones
- Adaptaciones del metabolismo
- Aumenta el volumen de sangre
- Disminuye la movilidad gastrointestinal

##### -CAMBIOS PSICOLÓGICOS

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

### 2.2. PELVIS ÓSEA DESDE FEMENINA DESDE EL PUNTO DE VISTA OBSTÉTRICO. CLASIFICACIÓN. PLANOS DE HODGE FISIOLÓGÍA DEL MÚSCULO UTERINO EN EL ESTADO GRÁVIDO PUERPERAL. MECANISMO DEL TRABAJO DE PARTO EN PRESENTACIÓN PÉLVICA.

#### ■ PELVIS

##### -CLASIFICACIÓN DE CALDWELL Y MOLOY

##### -DEFINICIÓN

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.

##### -REGIONES

###### ✓ PELVIS MAYOR

También se le puede llamar pelvis Falsa. con sus paredes ensanchadas es solidaria hacia adelante con la región abdominal inferior, las fosas ilíacas e hipogastrio. Contiene parte de las vísceras abdominales.

###### ✓ PELVIS MENOR

También se le puede llamar pelvis Verdadera. A parte más estrecha del embudo, contiene la vejiga urinaria, los órganos genitales, y parte terminal del tubo digestivo (recto y ano).

###### ✓ 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. Los diámetros de la pelvis androide se caracterizan por tener un diámetro transversal acortado por la convergencia de las paredes de la pelvis, así como un diámetro anteroposterior acortado por la inclinación hacia adelante del hueso sacro. Este tipo de pelvis no es nada favorable para un parto natural.

###### ✓ PELVIS ANTROPOIDE

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

###### ✓ 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.

###### ✓ PELVIS PLATPELOIDE

###### ✓ FERBIS

Es un hueso que se sitúa entre el coxis y la entepierna, que también tiene contacto con el hueso pelvis.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD II TERMINOLOGÍA OBSTETRICA MAS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAS DE POSICIÓN.

### 2.3. VIGILANCIA DE LA EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. ANATOMÍA. ANALGESIA OBSTÉTRICA.

#### ▪ PARTO

##### -DEFINICIÓN

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto, placenta y anexos, por vía vaginal.

##### -PERIODOS

- Primer periodo: Dilatación.
- Segundo periodo: Expulsión.
- Tercer periodo: Alumbramiento.

#### ▪ CONTROL DEL TRABAJO DE PARTO NORMAL

- 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.

#### ▪ MOVIMIENTOS CARDINALES DEL TRABAJO DE PARTO

##### -ENCAJANIENTO

Se considera que la cabeza fetal está encajada, cuando el diámetro biparietal del feto está a nivel del estrecho superior y la parte más saliente del ovoide fetal llega escasamente al nivel de las espinas ciáticas. El encajamiento sucede en las últimas semanas del embarazo o puede no ocurrir hasta una vez iniciado el trabajo de parto. La forma de encajamiento más frecuente es en OIIA por ser los diámetros oblicuos los mayores del estrecho superior y por la posición del recto a la izquierda.

##### -DESCENSO

Se produce en todos los pasos del mecanismo del parto y es la condición indispensable para que suceda. Depende, fundamentalmente, de la contracción uterina que ejerce presión directa sobre el polo fetal que esté en el fondo, de la contracción de los músculos abdominales y del diafragma y, en menor grado, de la presión del líquido amniótico y de la extensión y estiramiento del feto.

##### -FLEXIÓN

Se produce una vez que la cabeza, en su descenso, encuentra alguna resistencia, bien sea del cuello uterino o de las paredes y piso de la pelvis. El mecanismo por el que ocurre se explica por las leyes de palanca, debido a la forma en que la cabeza se inserta en el tronco que obliga a la flexión, de tal manera que el mentón se pone en contacto con la horquilla esternal.

##### -ROTACIÓN INTERNA

El feto desciende en posición oblicua o transversa hasta llegar al estrecho medio de la pelvis donde realiza una rotación. Esta ocurre porque el diámetro mayor de la pelvis ósea a ese nivel es el antero-posterior y, además, porque la posición de los elevadores del ano es en forma de V invertida y la de los íleo-coxígeos en V, lo que le confiere una forma romboidal al canal del parto en la cual el diámetro mayor es el antero-posterior.

##### -EXTENCIÓN

Es el producto de dos fuerzas: la de la contracción uterina, que empuja hacia abajo y afuera, y la del suelo perineal, hacia arriba y afuera. La bisectriz de ellas, hace que la base del occipucio se ponga en contacto con el margen inferior de la sínfisis púbica y la cabeza se dirija hacia adelante y un poco hacia arriba y afuera, buscando el orificio vulvar. Debido a la ubicación de la vulva hacia arriba y adelante, la extensión debe ocurrir antes de que la cabeza alcance el orificio vulvar.

##### -ROTACIÓN EXTERNA

Una vez que la cabeza está afuera, tiende a adoptar la misma posición que tenía antes de la rotación interna y, por eso, se llama también "restitución". Se produce porque, en esos momentos, el diámetro biacromial se encuentra siguiendo los mismos movimientos que hizo la cabeza y se completa cuando la cabeza adopta la posición transversa porque el biacromial se coloca en el diámetro antero-posterior del estrecho medio. Este movimiento está ocasionado por los mismos factores pélvicos que produjeron la rotación interna.

##### -EXPULSIÓN

La expulsión de la cabeza es seguida por la expulsión de los hombros, primero el anterior, que aparece por debajo del pubis y luego el posterior, que distiende el periné. A continuación, ocurre la expulsión del resto del

#### ▪ PUERPERIO

Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de seis semanas o 42 días.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD II TERMINOLOGÍA OBSTETRICA MAS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAS DE POSICIÓN.

### 2.4. ATENCIÓN DEL PARTO EUTÓCICO Y EPISIOTOMÍA.

#### ▪ EPISIOTOMÍA

- DEFINICIÓN { Consiste en la sección perineo vaginal realizada comúnmente en sentido medio lateral o en la línea medial.
- CLASIFICACIÓN {
  - ✓ MEDIANA
  - ✓ MEDIANA MODIFICADA
  - ✓ EN FORMA DE J
  - ✓ MEDIO LATERAL
  - ✓ LATERAL
  - ✓ LATERAL RADICAL
  - ✓ ANTERIOR
- OBJETIVOS {
  1. Acortar periodo expulsivo y disminuir mortalidad fetal.
  2. Evitar posible desgarro perineal.
  3. Prevenir prolapso genital e incontinencia urinaria.
- TIPOS DE DESGARRO 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 desgarro 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.

### 2.5. CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO. VALORACIÓN DE APGAR Y SILVERMAN.

#### ▪ INDICACIONES EN CUNERO

1. VITAMINA K { 1mg intramuscular (muslo) para prevenir enfermedad hemorrágica del recién nacido.
2. PROFILAXIS OFTÁLMICA { Dos gotas de antibiótico (generalmente tobramicina o cloranfenicol) en cada ojo, independientemente de la vía de nacimiento, para prevenir conjuntivitis.
3. INMUNIZACIONES { La Cartilla Nacional de Vacunación incluye la BCG y la vacuna contra hepatitis B al nacimiento.
4. TAMIZ AUDITIVO { Actualmente es una necesidad verificar la audición del neonato antes del egreso.
5. TAMIZ DE CARDIOPATÍA CRÍTICA { Permitirá detectar algunas de las malformaciones cardiacas ocultas más frecuentes.
6. BILIRRUBINA TRANSCUTÁNEA { (Aún no disponible en todos los centros) se debe realizar una determinación de bilirrubina transcutánea antes del egreso y analizar el riesgo de hiperbilirrubinemia intensa con las curvas de Buthani. De acuerdo con el riesgo, se toma muestra sanguínea, se cita para nueva determinación transcutánea o se dan sólo indicaciones sobre signos de alarma.
7. TAMIZADO METABÓLICO { Se deberá tomar la muestra de talón al menos 48 horas después del nacimiento. Si el neonato egresa antes deberá citarse a los padres para que acudan a toma de la muestra 48 a 72 horas después.
8. TAMIZADO OFTALMOLÓGICO { Actualmente es obligatorio en México; puede realizarse desde el nacimiento hasta la cuarta semana, dependiendo de la edad gestacional y de los factores de riesgo.

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD II TERMINOLOGÍA OBSTETRICA MAS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAS DE POSICIÓN.

### 2.5. CUIDADOS GENERALES DEL RECIEN NACIDO DE TERMINO. VALORACIÓN DE APGAR Y SILVERMAN.

#### INDICACIONES AL ALTA

Al alta del binomio debe dárseles a los padres, por escrito, toda la información médica sobre el nacimiento: fecha, hora, somatometría, valoraciones de Apgar y Silverman-Andersen, edad gestacional, vacunas aplicadas y estudios de tamizaje realizados. Los progenitores deben conocer el peso de su hijo al egreso. Es necesario brindar a los padres información clara y suficiente acerca de los cuidados al bebé que tendrán en casa.

#### -DEFINICIÓN

Es la primera prueba para evaluar a un recién nacido, se lleva a cabo en la sala de alumbramiento inmediatamente después del nacimiento del bebé. Esta prueba fue desarrollada por la anestesista Virginia Apgar en 1952 para saber lo más rápidamente posible el estado físico de un recién nacido y para determinar cualquier necesidad inmediata de cuidados médicos adicionales o tratamientos de emergencia.

#### -ADMINISTRACIÓN AL BEBE

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.

#### -FACTORES DE EVALUACIÓN

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.

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).

#### VALORACIÓN DE SILVERMAN

#### -PARÁMETROS

Los cinco parámetros clínicos determinar la presencia o ausencia de dificultad respiratoria. Para la obtención del puntaje total, se le asigna a cada parámetro un valor de 0, 1, o 2 luego se suman los puntajes parciales obtenidos de la evaluación de cada parámetro para así obtener el puntaje total que determinara el grado de dificultad respiratoria.

- 1) MOVIMIENTOS TORÁCICO-ABDOMINALES
- 2) TIROS INTERCOSTALES
- 3) RETRACCIÓN XIFOIDEA
- 4) ALETEO NASAL
- 5) QUEJIDO RESPIRATORIO

### 2.6. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA. INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

#### FISIOLÓGÍA DE LA LACTANCIA

#### -ETAPAS

##### ✓ MAMOGÉNESIS O DESARROLLO MAMARIO

- Desarrollo embrionario
- Desarrollo puberal
- Desarrollo gravídico

##### ✓ LACTOGÉNESIS, GLACTOGÉNESIS O INICIACIÓN DE LA SECRECIÓN LÁCTEA

##### ✓ LACTOPOYESIS O MANTENIMIENTO DE LA SECRECIÓN

##### ✓ EYECCIÓN LÁCTEA O SALIDA DE LA LECHE

# GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

## UNIDAD II TERMINOLOGÍA OBSTETRICA MAS COMÚN: PRESENTACIÓN, SITUACIÓN, VARIEDAS DE POSICIÓN.

### 2.6. ANATOMÍA Y FISIOLÓGÍA DE LA GLÁNDULA MAMARIA. INDUCCIÓN Y CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.

#### ■ INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Es un procedimiento común en la práctica general de la obstetricia, cuya indicación enfrenta presiones nuevas, derivadas del cambio en el perfil epidemiológico y social que experimenta la población de mujeres embarazadas en la mayor parte del mundo. Esta transición se distingue por tasas menores de muerte materna, incremento de las causas indirectas de morbilidad y mortalidad materna, aumento de la edad para embarazarse y mayor frecuencia de atención del embarazo en las instituciones médicas, además de mayor cantidad de procedimientos obstétricos, incluso su sobre indicación.

#### ■ DEFINICIÓN

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.

#### ■ 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.

##### -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.

##### -DESCENSO DE LA ACTIVIDAD INMUNITARIA

Durante el puerperio se reduce la capacidad de respuesta del sistema inmunitario ante la actividad de los gérmenes, por lo que, si la madre sufre algún tipo de infección antes del parto, ésta se puede agudizar.

##### -CAMBIOS EN EL APARATO GENITAL

El tamaño del útero llega a aumentar entre 30-40 veces durante la gestación. En el puerperio se reduce nuevamente, pero de forma progresiva, mediante un mecanismo al que se denomina involución uterina. Los últimos restos del parto (loquios) se eliminan durante los dos o tres primeros días. En lo que respecta al cuello del útero, éste recupera sus dimensiones normales un mes después del parto. La vagina lo hace a los diez días.

##### -REANUDACIÓN DE LA MENSTRUACIÓN

El tiempo que tarda en restablecerse la regla depende de si la madre amamanta a su hijo o no. Si no es así, lo habitual es que reaparezca al cabo de aproximadamente 40 días. De lo contrario, en el 25% de los casos se producirá un retraso que puede extenderse a todo el periodo de lactancia y en ocasiones incluso más.

### 2.7. PUERPERIO FISIOLÓGICO

#### ■ CAMBIOS EN LA MADRE

## Bibliografía

UDS. (ENERO-ABRIL 2021). *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA*. LICENCIATURA EN ENFERMERÍA : QUINTO CUATRIMESTRE. PÁG. 10-118.