



Nombre del alumno:

Polet Berenice Recinos Gordillo

Nombre del profesor:

Lic. Ervin Castillo Silvestre.

Licenciatura:

Enfermería “3”er cuatrimestre.

Materia:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo:

Mapa conceptual del tema: **UNIDAD 1.**

“Ciencia y Conocimiento”

Frontera Comalapa, Chiapas a 22 de ENERO del 2020

1.1. Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.

Que es

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

Sirve 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.

la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

Datos de filiación:

Edad

Estado civil

Antecedentes personales

Edad de la primera menarquia

Fecha de la última menstruación

Datos de afiliación

Grupo sanguíneo y Rh.

Alergias a medicamentos, metales o látex.

Fármacos u otros tratamientos que está tomando en el momento actual o recientemente.

Es importante indagar sobre hábitos de consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, drogas de uso ilegal.

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..

EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:

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.

En la segunda maniobra, las manos se colocan a ambos lados del abdomen materno. Así se puede localizar la espalda y determinar la situación fetal (longitudinal, oblicua o transversa) y la variedad (derecha o izquierda).

La tercera maniobra sirve para confirmar la presentación.

La cuarta evalúa el grado de encajamiento de la presentación.

Las exploraciones complementarias en ginecología que deben realizarse según el caso son:

La citología cervicovaginal, la colposcopia, la ecografía, la histeroscopia y la biopsia, y la histerosalpingografía.

Las exploraciones complementarias en obstetricia son: la ecografía, la ecografía Doppler, la amniocentesis, la biopsia de corion y la cordocentesis, que se emplearán según caso e indicación.

1.2.- Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.

ASPECTOS BASICOS

Control prenatal se tiene que tener primero el concepto claro de salud reproductiva

que es el estado completo de bienestar físico y mental y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

IDENTIFICACIÓN Y PROMOCIÓN DE LOS FACTORES PROTECTORES:

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.

DEFINICIÓN DE 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.

ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA Debe ser completa, se debe incluir una identificación completa de la paciente, una anamnesis amplia de los antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, familiares y Psicosociales.

EXAMEN FÍSICO:

Es importante realizar un exhaustivo examen físico, este debe incluir medidas antropométricas, como estatura y el peso para definir el índice de masa corporal, para establecer el riesgo nutricional

SOLICITUD DE PARACLÍNICOS:

Se hace necesario pedir exámenes paraclínicos iniciales con el fin de identificar la presencia de factores de riesgos de algunos problemas específicos

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN EN SALUD

Actividad sexual

ACTIVIDAD FISICA

Acompañamiento: por el compañero o la familia.

Preparación para la lactancia.

Prevención de la automedicación.

Prevención del trago , alcohol o tabaco, ETC.

Planificación familiar.

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:

BAJO

MEDIO

ALTO

CONSULTAS DE SEGUIMIENTO:

Bajo

Medio

alto

1.3.- 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.

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.

El himen es una membrana cutánea mucosa, delgada y vascularizada.

Los conductos de las glándulas de Bartholino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal.

Genitales internos:

Están constituidos por el útero, la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio, todos ellos relacionados con el resto de las vísceras de la pelvis menor: el colon, la vejiga urinaria y la uretra.

VASCULARIZACIÓN:

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

Arteria mamaria interna (rama de la subclavia).

Arteria mamaria externa o Arteria torácica inferior (rama de la axilar).

Arterias intercostales posteriores (ramas de la aorta).

INERVACIÓN:

La piel que recubre la glándula recibe inervación de los 6 primeros nervios intercostales.

DRENAJE LINFÁTICO:

Es importante reseñar la gran cantidad de anastomosis linfáticas existentes y las grandes variaciones anatómicas individuales.

Vías principales:

Vía axilar: nivel 1, 2 y 3.

Vía mamaria interna: Siguen el trayecto de los vasos del mismo nombre.

Vía supraclavicular: Confluyen en un grupo de ganglios inmersos en el tejido graso supraclavicular.

Vía intercostal posterior.

1.4.- Embriología del aparato genital femenino

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 espermatogonias se las denomina gonocitos.

Los gonocitos, en estadios tempranos aparecen en la alantoides, se encuentran también en la hoja visceral del celoma y en el endodermo, y se cree que migran desde el lugar de su primera aparición hasta su lugar definitivo en la glándula genital.

La glándula genital se genera a partir de tres fuentes:

el epitelio celómico, la mesénquima subyacente a él y las células germinativas

Evolución por semanas

En la 5ª. Semana el epitelio celómico ubicado en la región dorsal del cuerpo embrionario, entre la raíz del mesenterio y el mesonefros.

prolifera, sus células planas al principio, se hacen cúbicas y luego pluriestratifican, la zona longitudinal del epitelio engrosado se llama estría, banda o cresta genital y está constituida por el epitelio celómico y por la mesénquima subyacente que forman un abultamiento en el lado medial del mesonefros.

En la 6ª Semana los gonocitos invaden la glándula, cuyo epitelio ha ido creciendo hacia la mesénquima subyacente formando cordones epiteliales: los cordones sexuales primario.

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.

Datos

No todos los grupos ovulares constituyen luego folículos de Graaf, los centrales se atresian, esta zona ocupada por tejido conectivo, constituirá la medular del ovario, en tanto la porción periférica en la que persisten los grupos ovulares, constituye la zona cortical.

9ª Semana: La gónada está diferenciada hacia ovario, el epitelio es pluriestratificado, se observan los cordones de Plüger y los folículos primordiales. A partir de esta etapa, la gónada se ubica en la pelvis. Este descenso es solo aparente, ya que, la cresta genital se extiende desde el VI segmento torácico al II sacro .

Desarrollo de los genitales externos:

A partir de la 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de "diferenciación" En la 5ª y 6ª Semana el extremo caudal del embrión está obturado por una membrana: la membrana cloacal, en la 7ª semana, aparece en su extremo anterior el tubérculo genital,

1.5.- Ciclo sexual, eje hipotálamo

EJE HIPOTÁLAMO-HIPÓFISIS-GONADAL

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.

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.

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.

HORMONAS RELEVANTES EN EL CICLO FEMENINO:

ESTRÓGENOS

PROGESTERONA

DHEA (deshidroepiandrosterona)

FSH y LH

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 godanotropinas (en el pico de la mitad del ciclo).

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.

ACCIONES DE FSH SOBRE EL OVARIO

- ✓ Estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico. Sólo uno llegará a la maduración completa.
- ✓ Favorece la mitosis de las células de la granulosa y la formación de la teca.
- ✓ Se encuentran receptores específicos en las células de la granulosa de los folículos preantrales.
- ✓ Estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario.

ACCIONES DEL LH SOBRE EL OVARIO:

• En la fase folicular estimula con la FSH el desarrollo de los folículos y es responsable de la secreción estrogénica en dichas células. • Sus receptores específicos se hallan en las células de la teca, siendo éstos inducidos por la FSH y los estrógenos. • Su incremento brusco en sangre provoca la ruptura folicular y la ovulación. • Induce la formación del cuerpo amarillo y su mantenimiento, y es responsable de la secreción de estrógenos y progesterona por el mismo.

Hipófisis- ovario- endometrio.

Diferenciación sexual

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 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.

Conceptos

Sistema reproductor masculino

Los órganos reproductores primarios o gónadas son los testículos, encargados de formar espermatozoides (espermatogénesis).

y de secretar hormonas sexuales masculinas o andrógenos

Espermatogénesis

Los espermatozoides se producen en los túbulos seminíferos de los testículos. Estos túbulos están formados por las células germinales y las células de Sertoli rodeando a las primeras.

y proporcionándoles un medio ambiente con los nutrientes adecuados y factores de estimulación, de ahí que estas células reciban el nombre de células niñera.

La testosterona, secretada por las células de Leydig, tiene funciones locales en los testículos y sobre otros tejidos efectoros.

Etapas

Sistema reproductor femenino.

Las gónadas femeninas 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. La corteza es la zona más extensa y externa.

Oogénesis.

En los ovarios del feto femenino, las células germinales primordiales producen oogonias por divisiones mitóticas hasta las semanas 20 a 24 de la

1.- Primera etapa.

La primera etapa del desarrollo folicular es paralela a la profase del ovocito.

2. Segunda etapa

La segunda etapa del desarrollo folicular se desarrolla con mucha mayor rapidez. Esta etapa tiene lugar en un periodo de 70 a 85 días.

3. Tercera etapa: La tercera etapa y final del desarrollo folicular es la más rápida; ocurre cinco a siete días después de la menstruación.

1.7.- Fecundación, nidación ovular, placentación.

Que es

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.

Capacitación 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.

Los espermatozoides que logran atravesar el cuello uterino continúan su ascenso a través del cuerpo del útero, donde inician su capacitación

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.

Dispersión de la corona radiada

Al encuentro del ovocito sólo llegan los espermatozoides más aptos (alrededor de 200), los cuales siguen mecanismos quimiotácticos que producen las células foliculares del cúmulo oóforo, entre ellos la progesterona.

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

En el ciclo menstrual normal se libera un óvulo de uno de los ovarios alrededor del día 14 antes de la siguiente menstruación. La liberación del óvulo se denomina ovulación.

1.8.- Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.

Placenta

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.

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.

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.

medida que desaparecen estas vellosidades, las asociadas a la decidua basal aumentan rápidamente de número, se ramifican profundamente y se agrandan. Esta región del saco coriónico se conoce como corion frondoso.

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).

Al final del cuarto mes, la decidua basal es sustituida casi por completo por la porción fetal de la placenta.

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

CONCEPTOS

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.

Diagnóstico presuntivo de embarazo.

Atraso Menstrual:
MENORREA

Aparato Digestivo:
AUMENTO O DISMINUCION DEL APETITO
Órgano de los sentidos
Aparato urinario

Estado general
Mamas

Métodos auxiliares de diagnóstico clínico del embarazo:

Subunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica (hCG): se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotrofina coriónica,

Otros metodos

Método de certeza

Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo. Se puede realizar por vía transabdominal.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE EMBARAZO. DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO, INMUNOLÓGICO Y ECOGRÁFICO.

El embarazo es un estado fisiológico que puede detectarse desde un tiempo temprano que va a depender de la técnica utilizada

DIAGNÓSTICO CLINICO:

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

- Digestivos: Las náuseas y los vómitos en el primer trimestre de la gestación.

IBÑIOGRAFIA:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/biblioteca/d76d9e38a6d87b45684afc4d207fc934.pdf>