

**Nombre del alumno: ITALIA YOANA ESTEBAN  
MENDOZA.**

**Nombre del profesor: ERVIN  
SILVESTRE CASTILLO.**

**Licenciatura: ENFERMERIA.**

**Materia: GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**

PASIÓN POR EDUCAR

**Nombre del trabajo: MAPA CONCEPTUAL.**  
**Tema: ANTOLOGIA GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.**  
**“Ciencia y Conocimiento”**

# Historia Clínica en Gineco- Obstetricia

## Historia clínica

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.

## Anamnesis

Debe ser sistemática, estructurada y dirigida

### Debe incluir:

#### Datos de filiación:

- Edad.
- Estado civil.

Motivo de consulta.

Antecedentes personales.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos:

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

Antecedentes médicos y quirúrgicos.

Antecedentes generales.

Antecedentes familiares

## Exploración básica en obstetricia

### Se determina:

- Peso materno
- presión arterial.
- Medición de altura uterina
- Realización de las maniobras de Leopoldo en segundo y tercer trimestre.

### Pruebas frecuentes en obstetricia:

- Ultrasonidos o ecografía
- Amniocentesis
- Biopsia corial
- Cordocentesis o funiculocentesis

## Exploración básica ginecológica.

### Debe incluir:

- Exploración mamaria
- Exploración abdominal
- Exploración propiamente ginecológica.

### Pruebas más frecuentes en obstetricia

- Citología cervicovaginal
- Colposcopia
- Biopsia ginecológica
- Ultrasonidos o ecografía
- Histeroscopia

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

### Control prenatal

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.

Es necesario realizar las siguientes actividades

- Elaboración de la historia clínica
- Examen físico.
- Solicitud de paraclínicos

### 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.

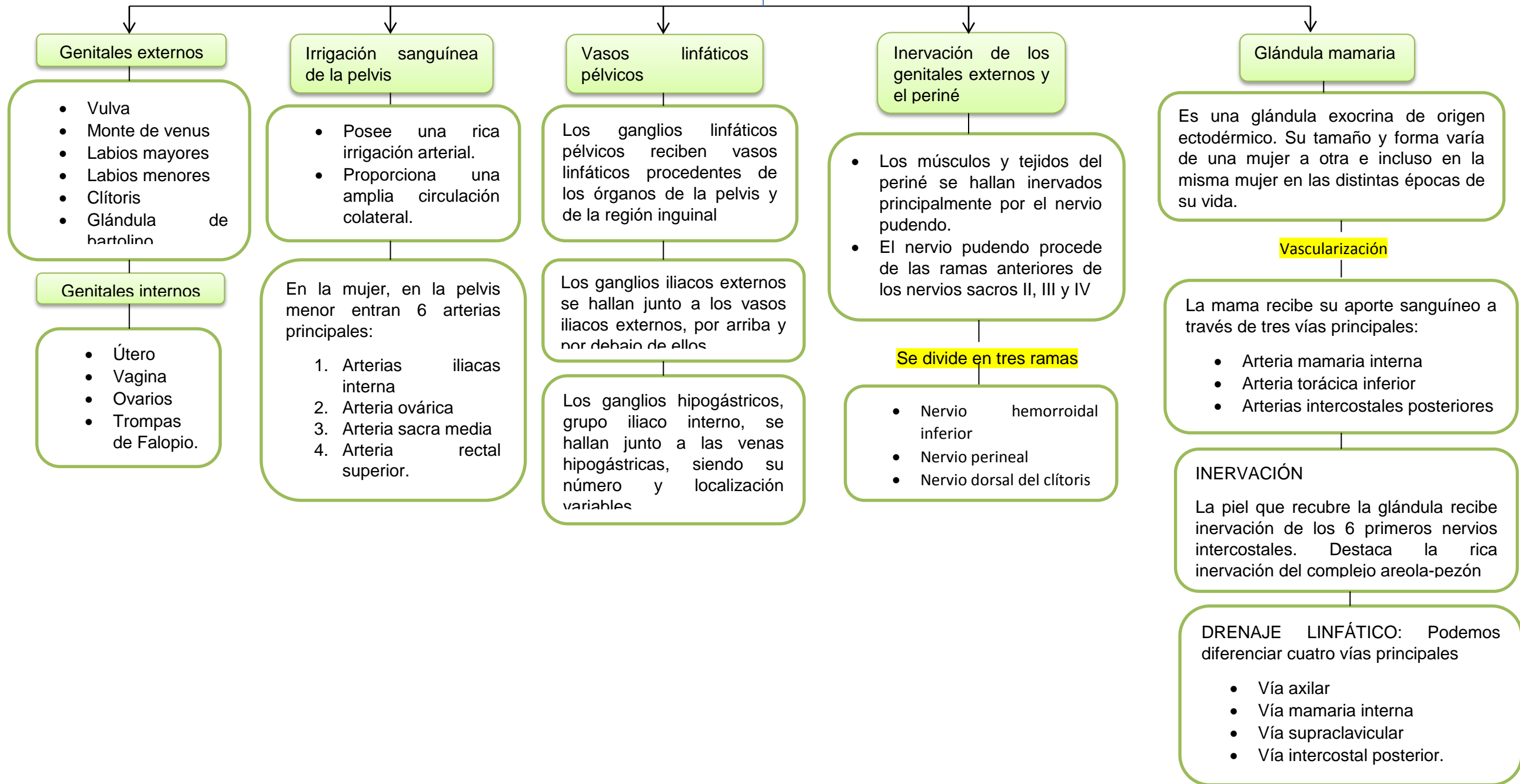
### Actividades de promoción en salud

- Actividades físicas
- Actividad sexual
- Acompañamiento
- Preparación para la lactancia
- Prevención de la automedicación
- Prevención del trago (alcohol), tabaco, Ext.
- Planificación familiar.

### Clasificación del riesgo

- **Bajo:** no se identifica ningún factor de riesgo conocido.
- **Medio:** existen factores de riesgo que no producen directamente alteraciones del resultado perinatal
- **Alto:** condición clínica que afecte directamente el embarazo, requiere una atención especializada

# Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné.



## Genitales externos

- Vulva
- Monte de venus
- Labios mayores
- Labios menores
- Clítoris
- Glándula de bartolino

## Genitales internos

- Útero
- Vagina
- Ovarios
- Trompas de Falopio.

## Irrigación sanguínea de la pelvis

- Posee una rica irrigación arterial.
- Proporciona una amplia circulación colateral.

En la mujer, en la pelvis menor entran 6 arterias principales:

1. Arterias iliacas interna
2. Arteria ovárica
3. Arteria sacra media
4. Arteria rectal superior.

## Vasos linfáticos pélvicos

Los ganglios linfáticos pélvicos reciben vasos linfáticos procedentes de los órganos de la pelvis y de la región inguinal

Los ganglios iliacos externos se hallan junto a los vasos iliacos externos, por arriba y por debajo de ellos

Los ganglios hipogástricos, grupo iliaco interno, se hallan junto a las venas hipogástricas, siendo su número y localización variables

## Inervación de los genitales externos y el periné

- Los músculos y tejidos del periné se hallan inervados principalmente por el nervio pudendo.
- El nervio pudendo procede de las ramas anteriores de los nervios sacros II, III y IV

### Se divide en tres ramas

- Nervio hemorroidal inferior
- Nervio perineal
- Nervio dorsal del clítoris

## Glándula mamaria

Es una glándula exocrina de origen ectodérmico. Su tamaño y forma varía de una mujer a otra e incluso en la misma mujer en las distintas épocas de su vida.

### Vascularización

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

- Arteria mamaria interna
- Arteria torácica inferior
- Arterias intercostales posteriores

### INERVACIÓN

La piel que recubre la glándula recibe inervación de los 6 primeros nervios intercostales. Destaca la rica inervación del complejo areola-pezón

DRENAJE LINFÁTICO: Podemos diferenciar cuatro vías principales

- Vía axilar
- Vía mamaria interna
- Vía supraclavicular
- Vía intercostal posterior.

## Embriología del aparato genital femenino.

### Desarrollo de la gónada

- 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, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas.
- En la 5ª. Semana el epitelio celómico se hacen cúbicas y luego pluriestratifican
- En la 6ª Semana los gonocitos invaden la glándula
- 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

### 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:
- Los conductos de Wolf o mesonéfricos, en los fetos masculinos darán origen al epidídimo, conductos deferentes y eyaculador.
- En los fetos femeninos estos conductos desaparecen, desarrollan en cambio los conductos de Müller o paramesonéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina
- En la 4ª, 5ª, y 6ª semanas: Hay conductos de Wolf pero no paramesonéfricos o de Müller.
- 7ª semana: El epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al conducto mesonéfrico, se invagina longitudinalmente.
- 8ª. Semana: En este período de diferenciación, los conductos de Müller llegan hasta la pelvis del embrión
- 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
- 11ª Semana: En éste período el útero está completamente desarrollado y la vagina

### Desarrollo de los genitales externos:

- Los primeros estadios del desarrollo son indiferenciados.
- A partir de la 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de “diferenciación”
- 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
- En la 8ª semana el seno urogenital se comunica con el exterior
- En la 9ª Semana el tubérculo genital se transforma en falo
- En la 10ª semana la uretra y de la vagina desembocan en el seno urogenital
- En la 11ª semana la vagina se canaliza y desemboca inmediatamente por detrás de la de la uretra.

# Ciclo sexual, eje hipotálamo

## 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 DE 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

## HORMONAS RELEVANTES EN EL CICLO FEMENINO:

- Estrógenos: En la mujer fértil son una mezcla de estradiol y estrona, menos potente. Producidos en el ovario y la corteza suprarrenal.
- Progesterona: Al actuar sobre el aparato genital, previamente preparado por los estrógenos, producen cambios de carácter progestacional
- Andrógenos: Se convierten en estrógenos en numerosos tejidos, principalmente por la actividad de la aromatasa en la piel y el tejido adiposo.

## CICLO SEXUAL FEMENINO

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

### Fase Uterina: (ciclo endometrial)

El endometrio consta de dos capas: una basal (que no se descama con la menstruación y sufre pocos cambios cíclicos) y una capa funcional (originada a partir de la anterior y que se desprende con la menstruación)

Durante el ciclo endometrial, la mucosa experimenta a dicho nivel cambios cíclicos en su estrato funcional, diferenciándose tres fases:

- Fase Proliferativa (días 5-13 del ciclo)
- Fase secretora o progestacional (días 14-28 del ciclo)
- Menstruación (días 1-4 del ciclo)

## FASE OVÁRICA:

Se divide en 2 fases: una preovulatoria (folicular) y una postovulatoria (lútea)

### FASE LÚTEA:

Tras la ovulación, el folículo se colapsa y se convierte en cuerpo lúteo. Es una fase de duración fija: 13-15 días.

# Fecundación, nidación ovular, placentación.

## Fecundación

Es la unión del espermatozoide con un ovocito secundario

### Capacitación del espermatozoide

- Es un requisito indispensable para que ocurra la fecundación
- Ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio

### 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

## Dispersión de la corona radiada

- Durante la fecundación, los espermatozoides se enfrentan a la primera barrera, la corona radiada, la cual eliminan principalmente por el movimiento de sus colas, aunque se ha mencionado también como responsable a la hialuronidasa fija a su membrana plasmática

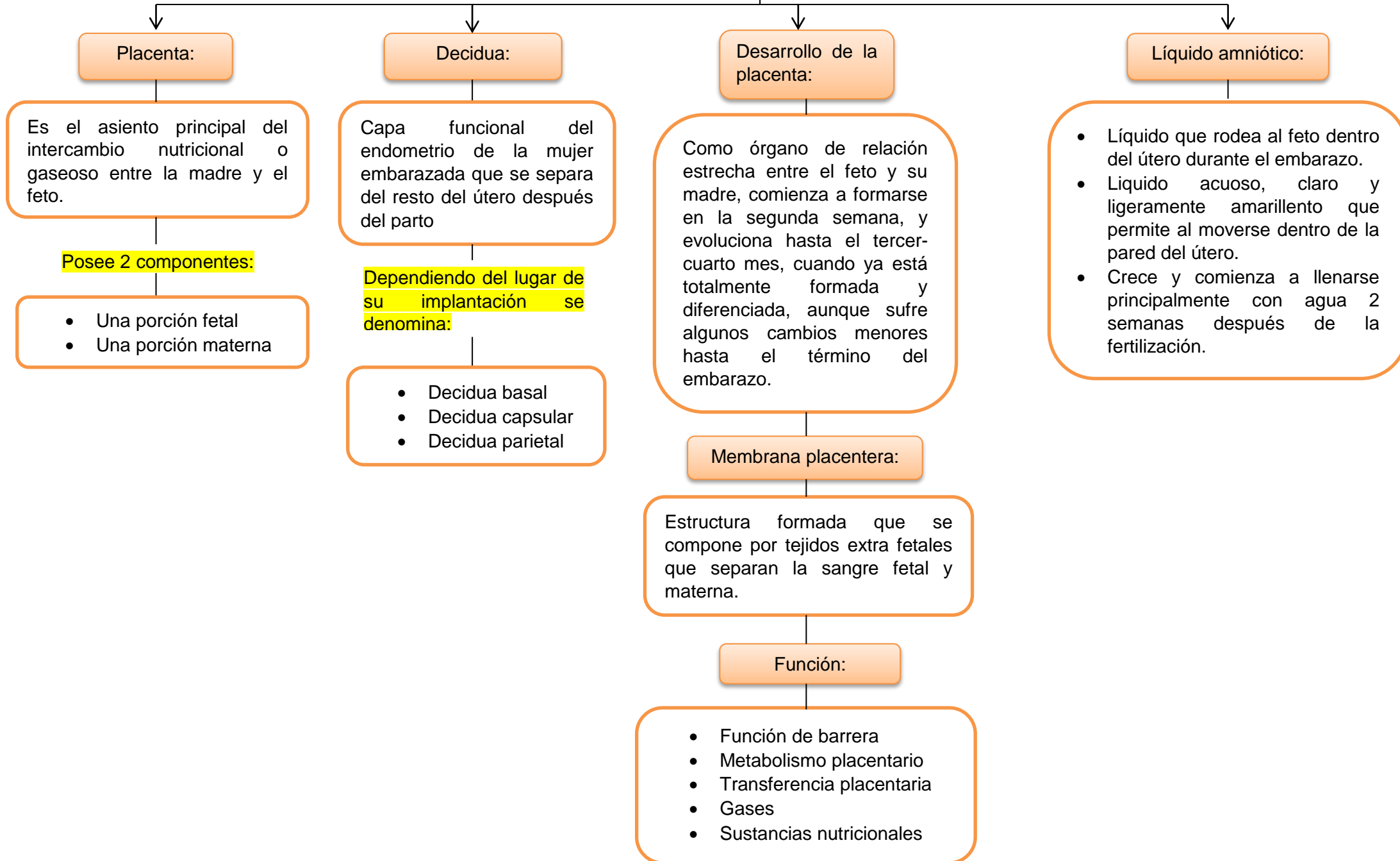
## Del óvulo al embrión.

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

## Implantación 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

# Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.





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

Diagnóstico presuntivo de embarazo

- Atraso Menstrual
- Aparato Digestivo
- Órganos de los sentidos
- Micciones más frecuentes.
- Estado general: Sueño, cansancio, modificaciones del carácter, etc.
- Mamas: Aumento de tamaño, mayor turgencia, calostro

Métodos auxiliares de diagnóstico clínico del embarazo

- Subunidad beta de la hormona gonadotropina coriónica (hCG)
- Detección de la hormona gonadotropina coriónica en orina
- Método de certeza: Se utiliza la ecografía

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. En la mayoría de las ocasiones, en el medio hospitalario, el diagnóstico de embarazo va a tener lugar en una mujer con síntomas del mismo (retraso menstrual, que puede ser de unos días, manchado, molestias hipogástricas).

Diagnóstico clínico.

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

Diagnóstico biológico

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

Diagnóstico inmunológico

Se basa en la detección, en plasma u orina, de la fracción  $\beta$  de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG)