

**Nombre del alumno:**

Ingrid Karen Morales Morales

**Nombre del profesor:**

Lic. Ervin Silvestre Castillo

**Licenciatura:**

Enfermería, Grupo “B,” 5to Cuatrimestre - Domingo

**Materia:**

Ginecología y Obstetricia

**Nombre del trabajo:**

Mapa Conceptual del tema:

“Unidad I”

# HISTORIA CLINICA EN GINECO-OBSTETRICIA

La realización de la historia clínica o anamnesis es

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

Para su correcta realización se necesita

## REQUISITOS

Debe ser

**.SISTEMATICA**  
**.ESTRUCTURADA**  
**.DIRIGIDA**

Tener

Conocimientos adecuados para dirigir el interrogatorio de manera certera.

Realizar

## EXPLORACIONES BASICAS

En

## GINECOLOGIA

## OBSTETRICIA

Se debe obtener la siguiente información

**DATOS DE AFILIACION:** Nombre, Edad, Estado civil.

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

**ANTECEDENTES PERSONALES:** Consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente.

**ANTECEDENTES FAMILIARES:** Información sobre trastornos que han sufrido los familiares.

**ANTECEDENTES OBSTRETICOS Y GINECOLOGICOS**

Incluye

**FÓRMULA DE FERTILIDAD:** Hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva el momento de la consulta.

Incluye

**EXPLORACION MAMARIA:** Debe comenzarse con la inspección de las mamas, con los brazos de la paciente a los lados y luego con las manos apoyadas en la cadera y/o con los brazos en alto.

**EXPLORACION ABDOMINAL**

**EXPLORACIÓN PROPIAMENTE GINECOLÓGICA.** Inspeccionar vagina, vulva, uretra, suelo pélvico.

**EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

Por ejemplo

**CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL O PAPANICOLAOU:** Se raspan células suavemente de la zona del cuello uterino. La muestra se envía a un laboratorio para su análisis.

Incluye

**PESO MATERNO.**

**PRESION ARTERIAL:** Toma en el brazo derecho.

**TALLA DEL PACIENTE**

**IMC.**

**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.

**MANIOBRAS DE LEOPOLD:** A partir de las semanas 24 - 26 de gestación

En el orden siguiente

**EDAD DE LA MENARQUIA:** Cuándo tuvo la primera regla.

**FECHA DE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN:** Se refiere al día en que empezó la última menstruación.

**FÓRMULA MENSTRUAL:** Indica el número de días que suele durar el ciclo menstrual y el número de días que suele durar la menstruación.

**ANTECEDENTES SEXUALES:** Si ha tenido relaciones sexuales o no, número de parejas, métodos anticonceptivos empleados en el pasado y en la actualidad.

También preguntar

Si la paciente ha tenido partos deben reflejarse la vía del parto y la edad gestacional en la que se produjo, así como el peso del recién nacido. Si el parto fue instrumentado y qué instrumentación se realizó. Si fue cesárea, su motivo. Debe interrogarse por complicaciones que hubieran podido ocurrir tras el parto. Si la paciente no ha tenido hijos y es, o ha sido, sexualmente activa hay que indagar si es una «esterilidad voluntaria» o no.

**TRASTORNOS GINECOLÓGICOS:** Como dismenorrea -dolor con la menstruación- y enfermedades de transmisión sexual.

**ANTECEDENTES MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS:** Debe interrogarse sobre cirugías a las que la paciente haya sido sometida, especialmente de abdomen y pelvis.

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

**DE MANERA GENERAL:** Ha de preguntarse por: 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.

**COLPOSCOPIA:** Consiste en la visualización del cuello uterino con una lente de aumento para identificar la presencia de lesiones.

**ULTRASONIDOS OECOGRAFÍA:** Puede realizarse vía transabdominal y/o transvaginal. En algunos casos especiales pueden realizarse por otra vía como la transrectal (por ejemplo, en mujeres vírgenes) o la transperineal (por ejemplo, para el estudio del suelo pélvico).

**BIOPSIA:** Consiste en la extracción de una muestra total o parcial de un tejido para ser examinado al microscopio.

**HISTEROSCOPIA:** Es una técnica empleada en ginecología que consiste en la introducción de una lente dentro de la cavidad uterina para su evaluación.

En la primera maniobra de Leopold el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel. Por lo tanto, puede deducir la parte presentada, la cabecera (cefálica) o la nalga (podálica).

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.

# ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Formado por

## ORGANOS EXTERNOS

Estos son

**MONTE DE VENUS:** La almohadilla de tejido adiposo recubierta de piel que se localiza sobre la sínfisis púbica se denomina Monte de Venus. Esta zona comienza a cubrirse de vello grueso durante la pubertad y lo mantendrá durante toda la vida.

**VULVA:** Está constituida por aquellas partes del aparato genital femenino que son visibles en la región perineal

**LABIOS MAYORES:** Dos grandes pliegues cutáneos que se extienden hacia abajo desde el monte de Venus son los labios mayores.

**LABIOS MENORES Son:** unos pliegues pequeños, se encuentran recubiertos por los labios mayores.

**CLITORIS:** Esta detrás de la unión de los labios. La función del clítoris es la estimulación sexual y el placer.

**VESTÍBULO:** El área comprendida entre ambos labios menores

**PERINEO:** Es la zona situada entre el orificio vaginal y el ano.

## GANDULAS ACCESORIAS

Son

**GLANDULAS DE BARTOLINO:** se localizan a ambos lados de la vagina. Los conductos de estas glándulas desembocan en el vestíbulo.

**GLANDULAS DE SKENE:** Desembocan a ambos lados del meato uretral.

## ORGANOS INTERNOS

Estos son

**OVARIO:** Cada ovario presenta la morfología y el tamaño típicos de una almendra y pesa unos 3 g. Los ovarios, que se suspenden de la cavidad pélvica a ambos lados del útero a través de ligamentos, muestran un aspecto arrugado.

**TROMPAS DE FALOPIOS:** También conocidas como trompas uterinas u oviductos, transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero. Estos conductos no están cerrados y están conectados. De unos 12 cm de longitud.

**UTERO:** Es un órgano pequeño de tamaño similar al de una pera. El útero se encuentra suspendido en la cavidad pélvica entre la vejiga urinaria y el recto. El útero se divide en dos porciones: la porción superior se llama el cuerpo y la porción inferior se conoce como el cuello uterino.

**VAGINA:** Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm. Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores.

## EMBRIOLOGIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO

Incluye

### DESARROLLO DE LA GONADA

La glándula genital se genera a partir de tres fuentes

### DESARROLLO DE LOS CONDUCTOS GENITALES

Tienen dos pares de conductos

### DESARROLLO DE LOS GENITALES EXTERNOS

A partir de la

## ORGANOS RELACIONADOS

Estos son

**VEJIGA URINARIA:** Tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina.

**URETER:** El uréter penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria ilíaca común y alcanza el suelo pélvico siguiendo la pared lateral de la pelvis.

**COLON**

**.El epitelio celómico.**  
**.El mesénquima subyacente a él.**  
**. Las células germinativas.**

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 el 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 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.

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. 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".

En la 8ª 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 sféculas ovulares que incluyen a los gonocitos, ahora oogonios.

En la 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.

En la 10ª y 11ª 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.

Los mesonéfricos o de Wolf, y los  
Paramesonéfricos o de Müller.

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, v 6ta semanas

Hay conductos de Wolf pero no paramesonéfricos o de Müller.

En la 7ª semana

El epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al  
conducto mesonéfrico, se invagina longitudinalmente, para  
formar el conducto de Müller, de arriba hacia abajo, por  
delante del conducto de Wolf y por fuera de la gónada.

En la 8ª Semana

En este período de diferenciación, los conductos de  
Müller llegan hasta la pelvis del embrión donde  
cruzan por delante de los conductos de Wolf,  
aproximándose y yuxtaponiéndose, uno al otro, sin  
fusionarse aún.

En la 9ª Semana

En este período los conductos tienen una porción vertical,  
una horizontal y otra nuevamente vertical, la porción vertical  
proximal y la porción horizontal, originan la trompa de  
Falopio, la porción distal, fusionada en sentido caudo-  
craneal en cambio forma el conducto útero-vaginal.

En la 10ª semana

La pared del seno urogenital en contacto con el tubérculo de  
Müller, crece hacia él formando los bulbos senovaginales  
que constituyen una lámina maciza: la lámina vaginal.

En la 11ª Semana

En este período el útero está completamente desarrollado y la vagina ha crecido craneo-caudalmente, la lámina vaginal, antes maciza, está ahora canalizada Su extremo superior emite alrededor del cuello del útero, "alas", que lo circundan y forman los fondos de saco vaginales.

7ª semana comienzan los cambios.

Iniciando en la

8va. Semana el período de "diferenciación"

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. El  
vestíbulo está enmarcado lateralmente  
por los labios menores y las  
tumefacciones labioescrotales se convierten  
en labios mayores.

En la 11ª semana

La vagina se canaliza y desemboca  
inmediatamente por detrás de la de la uretra.

# SICLO SEXUAL, EJE HIPOTALAMO Y CICLO SEXUAL FEMENINO

## CICLO SEXUAL, EJE HIPOTALAMO

Es

Una serie de pasos que se siguen desde un punto hasta regresar nuevamente a ese punto y terminar el proceso. Muy importante para que exista un control en la función reproductora de la mujer.

Es necesario la intervención del

### HIPOTALAMO

Pequeña sección del cerebro que se encuentra en la base del cerebro, cerca de la glándula pituitaria. Específicamente debajo del tálamo y dentro del di encéfalo.

Dentro del hipotálamo

Ciertos núcleos liberan hormonas liberadoras de gonadotropinas (GnRh) con un patrón pulsátil.

Que envía señal a la

### HIPOFISIS

Es una glándula que cuelga del cerebro, situada en un marco óseo dentro del hueso esfenoidal que se conoce como la silla turca.

Para que libere

### LA HORMONA LH (LUTEINIZANTE).

Función

- 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.

## CICLO SEXUAL FEMENINO

Recorre aproximadamente en un

Ciclo de 28 días durante el periodo de vida reproductiva de la mujer: desde la pubertad hasta la menopausia.

Se divide en fase

### UTERINA

Las distintas

Estructuras del útero se hallan sometidas a la influencia de los estrógenos y progesterona producidos en el ovario. Las modificaciones más importantes se producen en el endometrio, en el moco cervical, expresión de la actividad de las glándulas del endocervix y, en forma menor, en el miometrio.

El endometrio consta de

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

Tiene tres fases

**PROLIFERTIVA:** días 5-13 del ciclo.

**SECRETORA:** días 14-28 del ciclo. Después de la ovulación, son secretadas grandes cantidades de progesterona y de estrógenos por el cuerpo lúteo.

### OVARICA

Se divide en dos fases

**PREOVULATIVA O FOLICULAR:** Tiene una fase inicial, independiente de gonadotropinas, y una fase final que depende de FSH y LH. La FSH estimula en el ovario el crecimiento de una cohorte de folículos primordiales seleccionados.

**POSTOVULATIVA O LUTEA:** Tras la ovulación, el folículo se colapsa y se convierte en cuerpo lúteo. Es una fase de duración fija: 13-15 días. Al final de esta fase comienza ya a elevarse algo la FSH.

Y la

**HORMONA FSH (FOLICULOESTIMULANTE).**

Función

- Estimula el crecimiento y maduración del foliculo 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 foliculos prenatales.
- Estimula la formación de nuevos receptores a la propia FSH y luego de receptores para la LH a nivel del ovario.

Estas dos hormonas

Se unen al ovario para iniciar la producción de ovárica de algunas hormonas.

Las más importantes son

**ESTROGENO:** Se produce en el ovario y en la glandula suprarrenal y sirve principalmente para el buen desarrollo del endometrio, así como la regeneración del epitelio de la matriz después de la menstruación.

**PROGESTERONA:** Su función principal función es preparar el útero para la anidación ovular en caso de un embarazo.

**ANDROGENOS:** Estos se convierten en estrógenos.

**MENSTRUACION:** días 1-4 del ciclo  
Debida a la reducción repentina de estrógenos y progesterona, al final del ciclo ovárico tras la involución del cuerpo lúteo, produciéndose la disminución de la estimulación de las células endometriales y luego la involución del endometrio.

# FECUNDACION, PLACENTA Y LIQUIDO AMNIOTICO

## FECUNDACION

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; dicho proceso es muy complejo e incluye cambios metabólicos y modificación en la permeabilidad de la membrana plasmática del espermatozoide. Esto ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio.

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.

Del ovulo 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.

Las vellosidades coriónicas proporcionan una amplia superficie para intercambio de nutrientes y oxígeno de la madre al feto, así como, dióxido de carbono y otros metabolitos del feto a la madre, estos intercambios son a través de la delicada membrana placentaria.

## PLACENTA

Es el asiento principal del

Intercambio nutricional o gaseoso entre la madre y el feto, es un órgano fetomaterno.

Posee dos componentes

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

Desarrollo de la placenta

Se caracteriza por la proliferación rápida del trofoblasto y el desarrollo del saco y de las vellosidades coriónicas. La placenta totalmente desarrollada cubre del 15 % al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto.

Circulación fetal

Sangre fetal tipo venosa fluye a la placenta a través de dos arterias umbilicales, estas arterias se dividen de manera radial en la placa coriónica (arterias coriónicas), posteriormente entran a las vellosidades coriónicas (arterias troncales) y forman un sistema de redes capilares, este sistema permite el intercambio de productos metabólicos y gaseosos.

Circulación materna

La sangre materna ingresa al espacio intervelloso a través de 80-100 arterias endometriales espirales de la decidua basal, los vasos desembocan en el espacio intervelloso a través de hendiduras de la cubierta citotrofoblástica, la sangre es inyectada a chorros y asciende hasta la placa coriónica por la alta presión, las vellosidades coriónicas son bañadas y se lleva a cabo el intercambio de los productos metabólicos y gaseosos con la sangre fetal.

Membrana placentaria

Es una estructura formada que se compone por tejidos extrafetales que separan la sangre fetal y materna. Durante las primeras 20 semanas la membrana placentaria se compone de 4 capas: sincitiotrofoblasto, citotrofoblasto, tejido conjuntivo y endotelio de los capilares fetales.

Circulación placentaria

## LIQUIDO AMNIOTICO

Es el líquido que

Rodea el feto dentro del útero durante el embarazo y que está contenido en el saco amniótico o amnios.

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 saco amniótico crece y

Comienza a llenarse, principalmente con agua dos semanas después de la fertilización. Tras diez semanas después el líquido contiene proteínas, carbohidratos, lípidos y fosfolípidos, urea y electrolitos, todos los cuales ayudan al desarrollo del feto.

Control de líquido amniótico

La cantidad de 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

Es importante que esté en buen estado y en cantidad suficiente porque el 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.

Salida del líquido amniótico

El líquido amniótico puede salir del saco por una pérdida o fisura en la bolsa amniótica o por la rotura de aguas.

Las pérdidas de líquido amniótico se detectan

Porque se moja la ropa interior con un líquido acuoso que fluye lenta pero constantemente, o al realizar determinados movimientos. Se distingue del flujo vaginal porque éste es filamentoso. Si se produce hacia el final del embarazo puede tratarse de rotura de aguas.

La rotura de aguas se produce cuando

El saco amniótico libera su contenido, lo que se conoce como "romper aguas" o "romper fuente". Cuando esto sucede durante el parto al final de la gestación, se le llama "ruptura espontánea de membranas". Si la ruptura precede al término del parto, se le llama "ruptura prematura de membranas".

También puede suceder

Después de una amniocentesis, por eso hay que llevar una observación especial, ya que hay riesgo de infección, o en mujeres con historia clínica de rotura prematura de bolsa.

# DIAGNOSTICO CLINICO DEL EMBARAZO

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.

## DIAGNOSTICOS

### PRESUNTIVO

Son

**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.

**Órganos de los sentidos:** Rechazo o apetencia aumentada por otros, intolerancia a olores como perfumes, tabaco, comidas.

**Aparato urinario:** Micciones más frecuentes.

**Mamas:** Aumento de tamaño, mayor turgencia, calostro.

**Estado general:** Sueño, cansancio, modificaciones del carácter, etc.

### METODO DE CERTEZA

Se utiliza la

Ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo.

Se puede realizar por vía

**TRANSABDOMINAL:** en la 5 semana de embarazo.

**TRANSVAGINAL:** en la 4 semana.

### DIAGNOSTICO CLINICO

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

Signos

.VULVOVAGINALES  
.ASPEREZA VGINAL  
.AUMENTO DEL CUERPO UTERINO  
.ENGROSAMIENTO DE LOS LIGAMENTOS UTEROSACROS Y SACROCILIAOS

### BIOLOGICO

Consiste en

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

### DIAGNOSTICO INMUNOLÓGICO

Se basa en la

Detección de la hormona gonadotropina coriónica en orina: se puede hacer en un laboratorio de análisis clínicos o con los llamados "tests caseros". Estos últimos se compran en la farmacia, y la mujer lo puede realizar en su casa. Conviene utilizar la primer orina de la mañana, porque está más concentrada.