

- Nombre de la alumna: Sofi Adai Alvarez Montejo.
- Escuela: UDS (Universidad Del Sureste).
- LEN- Licenciatura En Enfermería.
- Unidad 1: Cuidados Básicos De La Mujer.
- Temas De La Unidad 1: Anatomía Y Fisiología (Exploración Mamaria, Métodos Complementarios), Exploración Ginecológica (Historia Clínica, Anamnesis, Inspección Y Palpación, Análisis Y Estudios Básicos En La Mujer).
- Instrucciones: Realizar Un Resumen Acompañados De Imágenes De Los Sigüientes Temas: 1.1 Anatomía Y Fisiología (Definir Que Es Pelvis, Describir Los Huesos De La Pelvis, Identificar Los Estrechos Pélvicos Y Diámetros, Fisiología De La Reproducción, Ciclo Sexual Femenino).
- Actividad 1.1: Resumen.
- Profesora: Juana Ines Herndadez Lopez.
- Materia: Enfermería En El Cuidado De La Mujer.
- Modulo: 2.
- 4to. Cuatrimestre.
- Grupo: LEN10SSC0520-A.
- Fecha de entrega: 06/011/2021.

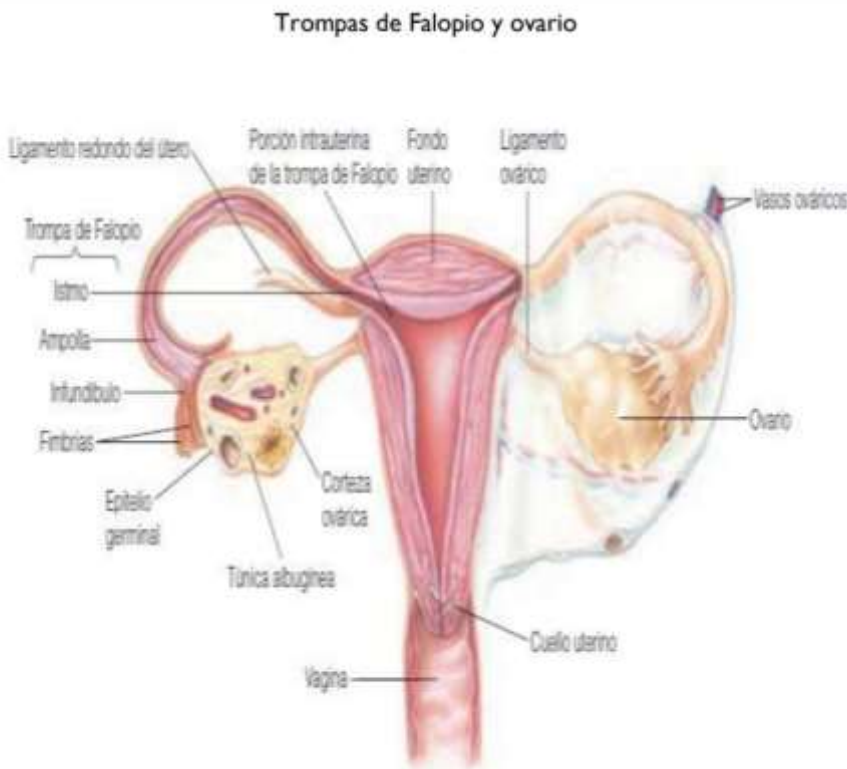
# UNIDAD I: CUIDADOS BASICOS DE LA MUJER

**Nombre de la actividad 3:** Anatomía y fisiología de la mujer.

## 1.1.- ANATOMIA Y FISIOLOGIA

### Aparato reproductor femenino

Los órganos esenciales del aparato reproductor femenino son los dos ovarios. 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.



La hormona estimulante del folículo (FSH) sintetizada por la hipófisis anterior estimula el aumento de espesor de esta capa, que da lugar a una cámara hueca denominada antro. El folículo, llamado folículo secundario, continúa creciendo y acercándola liberación del óvulo. El folículo roto se transforma en una estructura glandular que recibe el nombre de cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo también se conoce como «cuerpo amarillo» por su aspecto amarillo. Esta estructura degenera de manera paulatina. Ose a la superficie del ovario hasta provocar su rotura y, por tanto, la liberación cuales.

En el seno del ovario puede formarse un saco que contiene líquido seroso o sangre y recibe el nombre de quiste ovárico. A menudo, los quistes se forman en la zona del cuerpo lúteo. A pesar de su naturaleza benigna, el quiste puede provocar dolor, romperse en la cavidad pélvica, y hacer necesaria una intervención médica o quirúrgica. La ovogenia, el desarrollo del gameto femenino u óvulo, se basa en el proceso de la meiosis. La espermatogenia comienza en la pubertad, mientras que la ovogenia tiene lugar durante el desarrollo fetal de la niña. La meiosis provoca la división equitativa del número de cromosomas a 23, uno de los cuales ha de ser un cromosoma X. Sin embargo, el citoplasma no se reparte de manera equitativa entre ambas células hijas, de modo que se forma un óvulo de gran tamaño y un cuerpo polar de tamaño pequeño que terminará por desaparecer.

Tras la fecundación, la nutrición del embrión en desarrollo se obtendrá del gran volumen citoplasmático hasta su implantación en el útero. Otra función del ovario, además de la ovogenia, es la producción y la secreción de dos hormonas: el estrógeno y la progesterona.

Las células de la granulosa que circundan al óvulo producen estrógeno. El cuerpo lúteo genera progesterona y algo de estrógeno después de la ovulación. El estrógeno es la hormona que dirige el desarrollo y el mantenimiento de los caracteres sexuales secundarios y el desarrollo del endometrio, el revestimiento interno del útero. La progesterona se sintetiza unos 11 días después de la ovulación. Es la hormona que estimula el aumento de espesor y la vascularización del endometrio. La disminución de las concentraciones de progesterona provoca el desprendimiento del endometrio, lo que da lugar a la menstruación.

### Órganos accesorios

Los órganos accesorios del aparato reproductor femenino son un conjunto de conductos y glándulas y los genitales externos, cada uno de los cuales se abordará por separado.

Las dos trompas de Falopio (también conocidas como trompas uterinas u oviductos) transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero. Estos conductos no están cerrados y están conectados.

El extremo distal de cada trompa de Falopio desemboca en la cavidad pélvica, por lo que el aparato reproductor femenino se considera un sistema abierto. El extremo externo de cada trompa es una estructura infundibular dotada de proyecciones dactiliformes a lo largo de su reborde que reciben el nombre de fimbrias. La luz de la trompa se recubre de cilios, unas diminutas estructuras semejantes a cabellos. A pesar de que las fimbrias no se encuentran unidas al ovario, el movimiento de barrido de estas proyecciones, además del de los cilios, facilita el desplazamiento del óvulo hacia la luz de la trompa. Por lo general,



Figura 5-11. ■ Estructuras del útero.

la fecundación tiene lugar en el tercio distal de la trompa de Falopio (el tercio más próximo a los ovarios).

El útero es un órgano pequeño de tamaño similar al de una pera. El útero se compone principalmente de músculo (miometrio) y contiene una pequeña cavidad central. El endometrio (revestimiento interno) es una mucosa vascular sensible a la acción hormonal como se ha descrito en una sección anterior de este capítulo. 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.

El útero forma un domo redondeado denominado fondo uterino inmediatamente por debajo del punto de anclaje de las trompas.

La vagina es un tubo de 10 cm de longitud que conecta el cuello uterino con el orificio proximal de la vagina. Está formada mayoritariamente por músculo liso y se encuentra tapizada por una mucosa.

Esta mucosa forma pliegues (rugas) que hacen posible la distensión vaginal durante el parto. La vagina recoge el espermatozoides tras la eyaculación y constituye el canal de salida del feto en el parto. Una membrana delgada llamada himen recubre parcialmente el orificio vaginal. El himen suele desgarrarse en el transcurso del primer coito.

También puede romperse al insertar un tampón o como consecuencia de un traumatismo pélvico, como una caída sobre la barra central de una bicicleta. Genitales externos aparato reproductor femenino.

Dos grandes pliegues cutáneos que se extienden hacia abajo desde el monte de Venus son los labios mayores. Los labios menores, unos pliegues pequeños, se encuentran recubiertos por los labios mayores. Estos pliegues tisulares se fusionan en posición anterior en la línea media. Detrás de la unión de los labios existe una estructura de tejido eréctil llamada clítoris. La función del clítoris es la estimulación sexual y el placer. El área comprendida entre ambos labios menores es el vestíbulo. El meato urinario, la vagina y los orificios de varias glándulas menores desembocan en el vestíbulo. El perineo verdadero es la zona situada entre el orificio vaginal y el ano.

### Glándulas sexuales accesorias



Figura 5-14. (A) Órganos externos del aparato reproductor femenino.

Las pequeñas glándulas de Bartolino o glándulas vestibulares mayores se localizan a ambos lados de la vagina. Los conductos de estas glándulas desembocan en el vestíbulo. Secretan una espesa sustancia mucosa que actúa como lubricante en el transcurso del coito.

### Aparato reproductor masculino

#### Órganos esenciales

Los órganos esenciales del aparato reproductor masculino son un par de gónadas o testículos. Los testículos se forman en la porción inferior del abdomen y descienden hacia el escroto antes del nacimiento. Los testículos se ocupan de la síntesis de hormonas masculinas y la producción de espermatozoides. La estructura de los testículos se muestra en la figura 5-6. La temperatura de los testículos es aproximadamente 1 °C menor que la temperatura corporal normal. El desarrollo de espermatozoides normales requiere esta temperatura más baja.

La espermatogonia, el proceso de producción de espermatozoides, comienza en la pubertad. La producción de espermatozoides se ralentiza con el paso del tiempo, pero no cesa hasta el momento de la muerte. Poco después de la pubertad, la población de espermatogonias (precursores espermáticos o células progenitoras) se amplía por medio del proceso de la mitosis. Como puede apreciarse en la figura 5-1, la mitosis da lugar a dos «células hijas» idénticas a la célula «progenitora» que contienen 46 cromosomas (23 pares). Al comienzo de la pubertad, la hipófisis anterior del niño secreta la hormona estimulante del folículo (FSH). Las espermatogonias que se someten a procesos de división celular estimulados por esta hormona originan dos células «hijas», cada una de las cuales contiene 46 cromosomas.



Figura 5-12. (A) Órganos internos del aparato reproductor femenino. (B) Ligamentos uterinos que sustentan a las estructuras reproductoras.

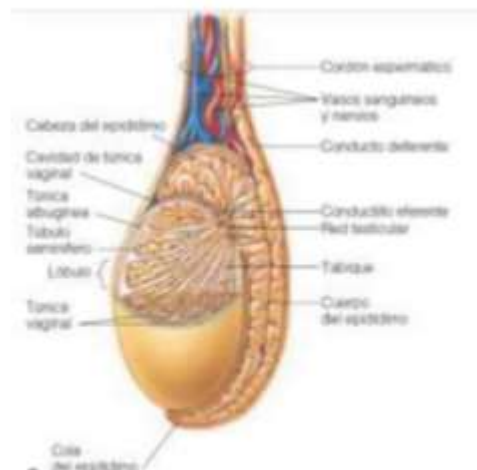


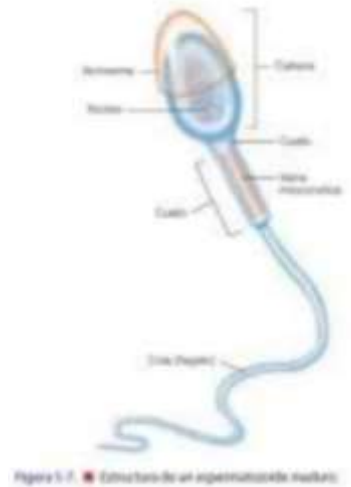
Figura 5-6. (A) Los testículos. (B) Corte frontal. (C) Corte sagital en el que se muestra la anatomía interna.

Una célula hija continuará actuando como espermatogonia, mientras que la otra se transformará en un espermatocito primario especializado. El espermatocito primario sufre una división mitótica y una división meiótica. Como recordará, el ADN no se replica durante la meiosis, sino que las células formadas a raíz de esta división contienen 23 cromosomas (una mitad de cada pareja). La división meiótica da lugar a cuatro espermáticas que madurarán para convertirse en espermatozoides. De los 46 cromosomas del ser humano, 22 pares (44 cromosomas (una mitad de cada pareja)). La división meiótica da lugar a cuatro espermáticas que madurarán para convertirse en espermatozoides. De los 46 cromosomas del ser humano, 22 pares (44 cromosomas) son autosomas (tanto en el hombre como en la mujer) y un par consta de dos cromosomas sexuales. Los hombres poseen un par XY, mientras que las mujeres portan un par XX. Durante el proceso de formación de las espermáticas, dos de ellas contendrán el cromosoma X y otras dos portarán el cromosoma Y.

Los espermatozoides maduros (células espermáticas) son unas de las células más pequeñas y especializadas del organismo humano.

El acrosoma, una estructura especializada que contiene enzimas capaces de degradar la membrana del óvulo, rodea la cabeza del espermatozoide. Asimismo, cada espermatozoide consta de un cuello que contiene mitocondrias encargadas de aportarle energía. La cola del espermatozoide se mueve para impulsarlo en un movimiento natatorio a lo largo de los conductos del aparato reproductor femenino.

Los testículos se encargan de la síntesis de testosterona además de producir espermatozoides.



**La hormona testosterona, sintetizada por células intersticiales, interviene en:**

- Desarrollo de órganos accesorios masculinos.
- Aumento de la masa y potencia musculares.
- Ciertos rasgos masculinos, como la voz grave y el vello corporal.

**Órganos accesorios**

Los órganos accesorios masculinos son una serie de conductos, glándulas auxiliares y genitales externos. A continuación se describe cada uno de estos componentes por separado.



**Conductos reproductores**

El epidídimo, situado en la cara superior de cada testículo, es un tubo muy enroscado de unos 6 m de longitud en el que los espermatozoides maduran y adquieren la capacidad de movimiento. Al salir del epidídimo, los espermatozoides recorren el conducto deferente.

Este atraviesa la glándula prostática de modo que los espermatozoides se vierten a la uretra y salen del pene al exterior a través del meato urinario externo. La infección o la inflamación de estas estructuras se indica como la glándula y el sufijo - itis (p. ej., epididimitis o prostatitis).

Glándulas reproductoras accesorias Los términos semen o líquido seminal se refieren a la mezcla de espermatozoides y el líquido generado por las glándulas reproductoras. Las dos vesículas seminales



5. Debe considerar los signos y síntomas del periodo pre y transmenstrual (a la mujer menopáusicas se le realiza en cualquier día del mes).
6. Se debe realizar en el consultorio en presencia de la enfermera.
7. Puede acudir en periodo gestacional y de lactancia.
8. La exploración clínica se debe realizar sin guantes, ya que al utilizarlos se pierde la sensibilidad.
9. Si la piel está húmeda (sudor) puede usar talco.



### 1.1.2 Autoexploración

**La exploración clínica se efectúa en dos tiempos: Inspección y palpación.**

Foto

*Inspección:* La inspección se realiza con la vista. La paciente se encontrará sentada con el tórax y brazos descubiertos, bajo una iluminación adecuada y con el examinador parado frente a ella. Se divide en estática y dinámica.

*Inspección estática:* Con las extremidades superiores colgando a lo largo del tronco, en posición de relajación, se inspeccionan las mamas, aréolas y pezones; se observa la forma, volumen, simetría, bultos, hundimientos, cambios de coloración de la piel y red venosa. Los pezones deben ser de color homogéneo similar al de las aréolas; la superficie puede ser lisa o rugosa; observe si algún pezón está invertido (umbilicación), la dirección hacia la que apuntan, si hay exantema, ulceración o cualquier secreción que orienten a la sospecha de una lesión mamaria. Los tubérculos de Montgomery son dispersos, no sensibles, no supurantes y constituyen un hallazgo habitual.

**Signos clínicos que se pueden encontrar durante la inspección:**

- Pezón invertido (umbilicación) o cambio de dirección del mismo.
- Retracción de la piel.
- Cambios de coloración de la piel.



- Secreción por el pezón.
- Exantema o ulceración.
- Red venosa.



### Inspección dinámica.

#### Ésta se realiza en 3 pasos:

- *Primero.* Sentada, se indica a la paciente que levante los brazos por encima de la cabeza.
- *Segundo.* Sentada, se le pide que presione las caderas con las manos y con los hombros rotados hacia atrás, o que presione las palmas de las manos una contra la otra para contraer los músculos pectorales, lo que pone de manifiesto desviaciones del contorno y de la simetría.
- *Tercero.* Sentada e inclinada hacia adelante desde la cintura. Las mamas deben colgar a la misma altura. Esta maniobra puede resultar particularmente útil en la valoración del contorno y simetría de mamas grandes. En todas las posiciones, las mamas deben ostentar simetría bilateral, un contorno uniforme y no se deben observar depresiones, retracción o desviación.

particularmente útil en la valoración del contorno y simetría de mamas grandes. En todas las posiciones, las mamas deben ostentar simetría bilateral, un contorno uniforme y no se deben observar depresiones, retracción o desviación.

### Tiempos de la exploración clínica: Inspección:

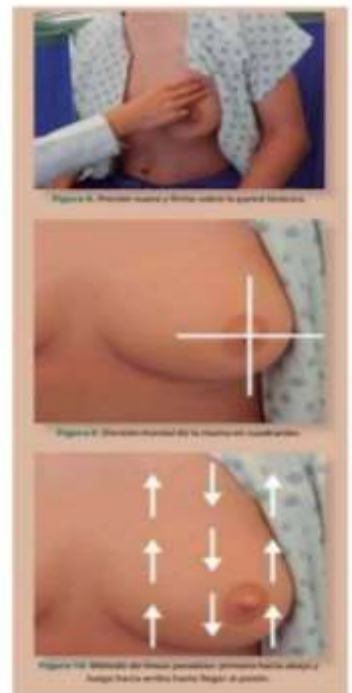
- Estática
- Dinámica Palpación:
- Posición sedente
- Posición supina.

### Palpación

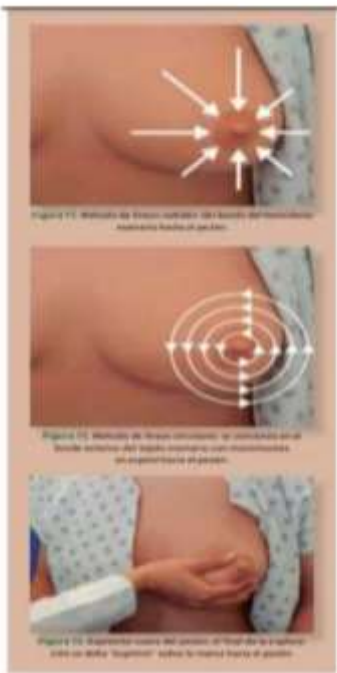
Después de la inspección se procede a la palpación, que se realiza con la palma de la mano o con la yema de los dedos, en forma suave y metódica, para buscar lesiones en las mamas, axilas y regiones supra y subclaviculares. La palpación se debe realizar en dos posiciones: sedente y supina.

#### Paciente en posición sedente:

- *“Barrido” de la pared torácica.* La paciente se encuentra con los brazos sueltos a los costados.
- *Palpación digital manual.* Se coloca una mano con la superficie palmar hacia arriba debajo de la mama derecha de la paciente con los dedos de la otra mano se pasa sobre el tejido de la mama para localizar posibles bultos, comprimiéndolos entre los dedos y con la mano extendida. Se repite la palpación en la otra mama. Palpación de los ganglios linfáticos.
- *Axilares centrales.* Sujete la parte inferior del brazo izquierdo de la paciente con la mano izquierda, mientras explora la axila izquierda con la mano derecha.







- *Mamarios externos (pectorales anteriores)*. Sujete el pliegue axilar anterior entre el pulgar y los demás dedos y palpe el borde del músculo pectoral por dentro.
- *Subescapulares*. Colóquese detrás de la paciente y palpe con los dedos el interior del músculo situado en el pliegue axilar posterior.
- *Supraclaviculares*. Introduzca los dedos en forma de gancho sobre la clavícula y rótelos sobre la fosa supraclavicular en su totalidad.
- *Subclavios*. Se palpa a lo largo de la clavícula con un movimiento rotatorio de los dedos.

Es necesario incluir la cola de Spencer en la palpación. Se debe realizar una palpación sistemática, presionando suave pero La exploración del pezón se debe realizar cuidadosamente para diferenciar el tejido normal con induraciones, como los papilomas intraductales, difíciles de identificar en el examen clínico.

### 1.1.3 Métodos complementarios

Se debe orientar a las mujeres sobre su responsabilidad en el autocuidado de su salud y la importancia de valorar y disminuir los factores de riesgo cuando sea posible y promover estilos de vida sanos. La promoción se debe realizar por los sectores público, social y privado, a través de los medios de comunicación grupal e interpersonal. Prevención secundaria La prevención secundaria del cáncer de la mama se debe efectuar mediante la autoexploración, el examen clínico y la mastografía.

La autoexploración se deberá recomendar en forma mensual a partir de la menarca; entre el 7o. y 10o. día de iniciado el sangrado en la mujer menstruante y en la posmenopáusica se debe realizar en un día fijo elegible por ella.

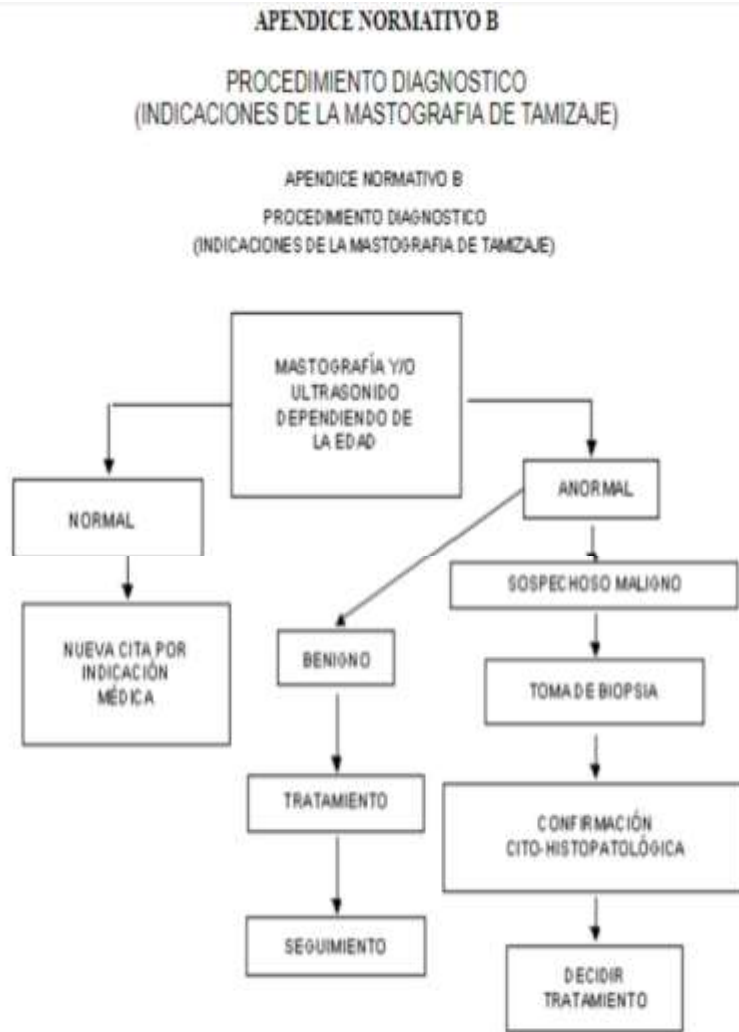
El examen clínico de las mamas debe ser realizado por médico o enfermera capacitados, en forma anual, a todas las mujeres mayores de 25 años que asisten a las unidades de salud, previa autorización de la usuaria. La toma de mastografía se debe realizar anualmente o cada dos años, a las mujeres de 40 a 49 años con dos o más factores de riesgo y en forma anual a toda mujer de 50 años o más, por indicación médica y con autorización de la interesada, de existir el recurso.

Al detectar patología mamaria, por clínica, y de existir el recurso, con la toma de mastografía y/o ultrasonido, se debe referir a la paciente a consulta ginecológica en un segundo nivel de atención médica. Todas las pacientes que sean sospechosas de tener patología maligna de la mama, deben ser canalizadas al siguiente nivel de atención médica en forma oportuna. La vigilancia de pacientes, con antecedentes personales de patología mamaria, debe ser establecida en los tres niveles de atención médica. Prevención terciaria. La prevención terciaria del cáncer de mama se debe realizar en los casos necesarios mediante la rehabilitación reconstructiva, estética y psicológica de las usuarias que reciben tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia, según lo ameriten. Se debe orientar sobre la existencia de grupos de apoyo para mujeres con cáncer de mama.

A toda mujer con sospecha de patología mamaria se le debe realizar el siguiente procedimiento, Historia clínica completa enfocada a la búsqueda de factores de riesgo de cáncer de mama.

Examen clínico completo con énfasis en las glándulas mamarias y zonas linfoportadoras (ganglios axilares y supraclaviculares) conforme a lo establecido en el Apéndice normativo, Mastografía y/o ultrasonido, según la edad, hallazgos y detección de factores de riesgo, conforme al numeral, En caso

de sospecha de malignidad a la exploración clínica y/o estudio e imagen (mastografía), se envía al siguiente nivel de atención, en los casos necesarios. Para establecer el diagnóstico, es necesaria la correlación entre hallazgos clínicos, masto gráfico e histopatológicos.



### Bibliografía:

ANTOLOGIA LEN405 ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA MUJER

Bibliografía de la antología:

-Fundamentos de enfermería, cuidados del paciente anders ahlbcm siglo xx 2009.

-Enfermería ginecoobstetriica raymond s. Greenberg2007.

-Mujer en el cuidado de la salud femenina anders ahlbom siglo xxi 2009

-Mcgarry k, babb k, edmonds l, duffy c, anvar m, jeremiah j. Women's health topics. In: benjamin ij, griggs rc, wing ej, fitz jg, eds. Andreoli and carpenter's cecil essentials of medicine. 9th ed. Philadelphia, pa: elsevier saunders; 2016: chap 70.

-Schrager sb, paladine hl, cadwallader k. Gynecology. In: rakel re, rakel dp, eds. Textbook of family medicine. 9th ed. Philadelphia, pa: elsevier saunders; 2016:chap 25.

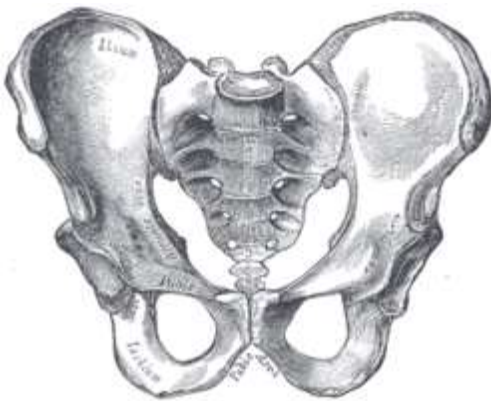
-Freund k. Approach to women's health. In: goldman l, schaffer ai, eds. Goldman-cecil medicine. 25th ed. Philadelphia, pa: elsevier saunders; 2016:chap 237

## (DEFINIR QUE ES PELVIS, DESCRIBIR LOS HUESOS DE LA PELVIS, IDENTIFICAR LOS ESTRECHOS PÉLVICOS Y DIÁMETROS, FISIOLÓGÍA DE LA REPRODUCCIÓN, CICLO SEXUAL FEMENINO).

La **pelvis** es la región anatómica inferior del tronco. Siendo una cavidad, la pelvis es un embudo osteomuscular que se estrecha hacia abajo, limitado por el hueso sacro, el cóccix y los coxales (que forman la *cintura pélvica*) y los músculos de la pared abdominal inferior y del perineo. Limita un espacio llamado *cavidad pélvica*, en donde se encuentran órganos importantes, entre ellos, los del aparato reproductor femenino.

### **Pelvis**

Pelvis ósea masculina, vista frontal. Predomina la dimensión vertical.



Pelvis ósea femenina, vista frontal. Predomina la dimensión transversal.



<https://es.wikipedia.org/wiki/Pelvis>

La pelvis, que se encuentra en la parte inferior del tronco, se compone de tres huesos:

- Ilium, el hueso más grande y más superior de la pelvis, situado en la parte posterior
- Pubis, el hueso medio de la pelvis, situado en la parte anterior
- Isquion, el hueso inferior de la pelvis, situado en la parte posterior



La pelvis está dividida por el estrecho superior en pelvis falsa y pelvis verdadera. El contorno del estrecho superior está dado por: promontorio sacro por dorsal, línea innominada lateralmente, rama superior del pubis y borde superior de la sínfisis púbica hacia ventral. Esta ancha línea de demarcación constituye la entrada a la pelvis verdadera. Los diámetros del estrecho superior de la pelvis son:

- Diámetro antero posterior, entre el promontorio y el borde superior de la sínfisis púbica = 12,0 cms. También se denomina diámetro conjugado anatómico.
- Diámetro oblicuo del estrecho superior, entre la articulación sacro ilíaca y la eminencia pectínea del lado opuesto = 12,5 cms.
- Diámetro transverso del estrecho superior, entre las zonas más profundas de las líneas innominadas = 13,0 cms.

En la línea media se puede medir, mediante un tacto vaginal, el Diámetro conjugado diagonal entre el promontorio sacro y el borde inferior de la sínfisis púbica. Este diámetro mide 13,5 cms.

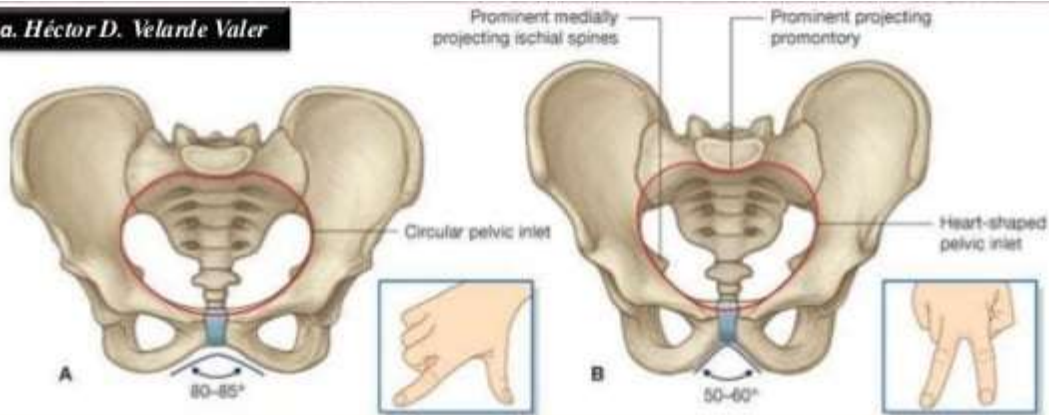
El Diámetro promonto-retropúbico, entre el promontorio y la cara posterior de la sínfisis púbica mide 11,5 cms. Y es el diámetro más pequeño que debe sortear la cabeza fetal durante el parto. También se conoce como conjugado obstétrico. Este diámetro se infiere restando dos cms. Al diámetro conjugado diagonal.

Por arriba del estrecho superior está la pelvis falsa que se continúa con la parte inferior del abdomen.

La pelvis verdadera está por debajo del estrecho superior; limita la cavidad pélvica y contiene a los órganos inferiores del sistema digestivo y el sistema genitourinario. Los límites óseos de la pelvis verdadera son el sacro y el coxis, por atrás, la porción de ilion por debajo de la línea innominada y el isquion, por afuera, y las ramas del pubis y del isquion por delante. Mientras que la entrada de la cavidad pélvica está limitada por el borde del estrecho pélvico, la salida de la pelvis ósea está formada por una serie de puntos óseos a saber: el coxis, por atrás, las tuberosidades isquiáticas lateralmente, y por delante el arco del pubis. Este está formado por las ramas isquiopúbicas que se unen en la sínfisis púbica.

En el vivo, la salida pélvica, o estrecho pelvico interior está cerrada por los músculos y membranas fibrosas que, con los tejidos blandos de la piel y órganos genitales, constituyen el periné. Los diámetros del estrecho inferior de la pelvis son:

- Diámetro antero posterior, entre el coxis y el borde inferior de la sínfisis púbica=10,0 cms.
- Diámetro transverso o bisquiático= 11,0 cms.

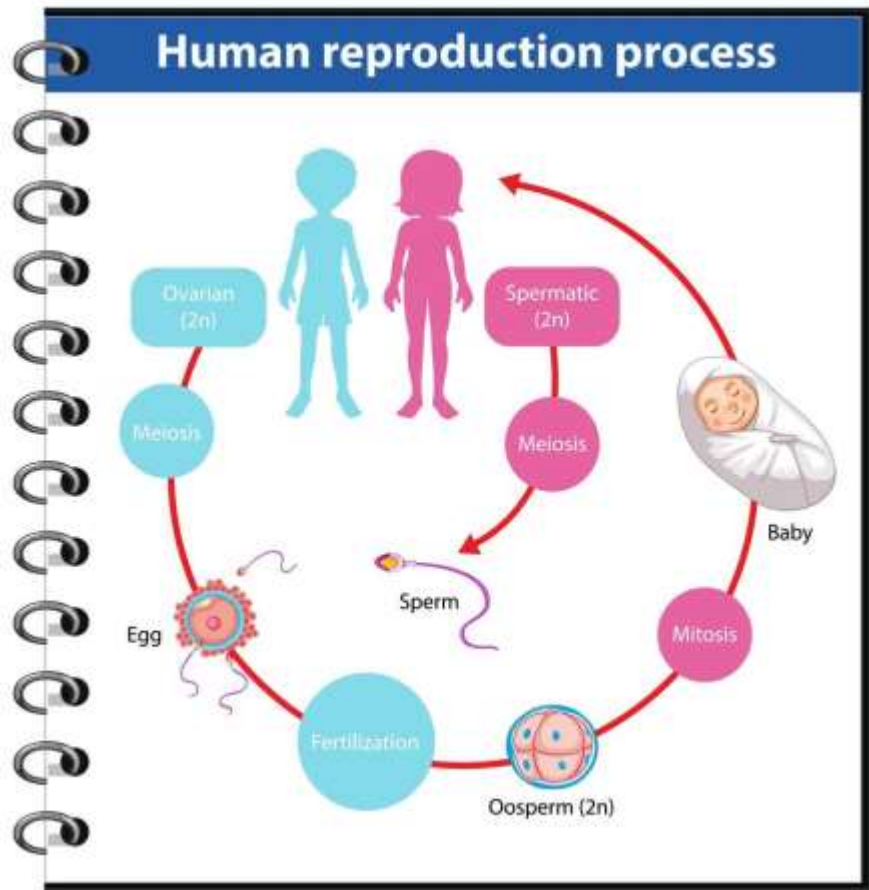
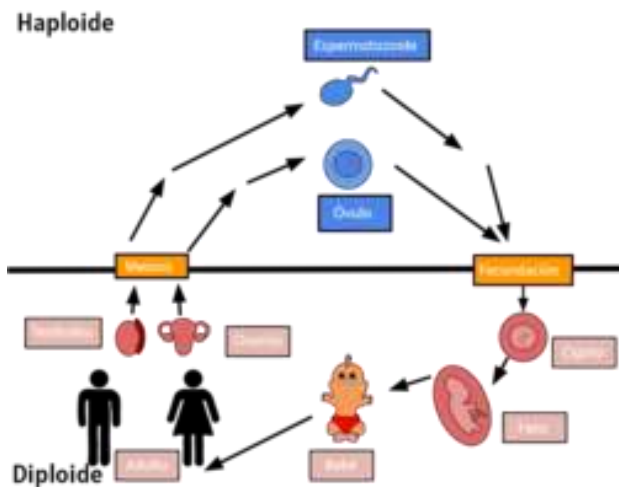


PELVIS OSEA	FEMENINA	MASCULINA
Estructura general	Fina y ligera	Gruesa pesada
Pelvis Mayor	Delgada	Profunda
Estrecho superior	Redondo	Acorazonado/ triangular
Arco del pubis y ángulo subpúbico	Ancho	Estrecho
Orificio obturado	Ovalado	Redondo
Acetábulo	Pequeño	grande

## DIÁMETROS DE LA PELVIS MATERNA

ESTRECHO SUPERIOR		DIÁMETRO (cm)
<b>Diámetros Anteroposteriores:</b>		
Promonto-suprapúbico (conjugado anatómico)	Se extiende del promontorio al borde superior del pubis	11
Promonto-retropúbico (conjugado obstétrico)	Se extiende del promontorio al culmen retropubiano (tubérculo de Poirier)	10.5
Promonto-subpúbico	Se extiende del promontorio al borde inferior del pubis	12
<b>Diámetros Transversos:</b>		
Útil o Mediano	Situado a igual distancia entre el promontorio y el pubis	13
Anatómico	Une los puntos más alejados de las líneas innominadas	13.5
<b>Diámetros Oblicuos:</b>		
Izquierdo	Parte de la eminencia iliopectínea izquierda a la articulación sacroilíaca derecha	12.5
Derecho	Parte de la eminencia iliopectínea derecha a la articulación sacroilíaca izquierda	12

La fisiología de la reproducción asistida es un proceso único. El embrión es el fruto de la unión de dos gametos, uno procedente de la mujer (el óvulo) y otro del hombre (el espermatozoide). De los millones de espermatozoides liberados en la eyaculación, solo uno fecunda el óvulo. En la fecundación queda definido si el futuro bebé será un niño o una niña, según sus cromosomas sexuales. En el cigoto masculino, los cromosomas sexuales son XY y el futuro bebé será niño. En el cigoto femenino, los cromosomas sexuales son XX y el futuro bebé será niña. El óvulo siempre es portador del cromosoma X, por lo que el sexo del bebé se definirá dependiendo de si el espermatozoide porta un cromosoma X o un cromosoma Y.



<https://www.eugin.es/preguntas/fisiologia-reproduccion/>

### Fases del ciclo sexual femenino

El ciclo sexual femenino o ciclo menstrual se produce desde el primer día del período hasta el primer día del siguiente período o sangrado. Este período suele tener una duración mensual en el caso de que se produzca de forma regulada.

El ciclo menstrual se compone de las siguientes fases:

- **Menstruación o fase folicular:**  
Se produce cuando los niveles de estrógeno y progesterona son todavía bajos. Esto hace que el endometrio, o las capas superiores que revisten el útero de una mujer; se descomponga y se desprenda. De esta forma, tiene lugar la menstruación y se produce el sangrado.
- **Preovulación o fase ovular:**

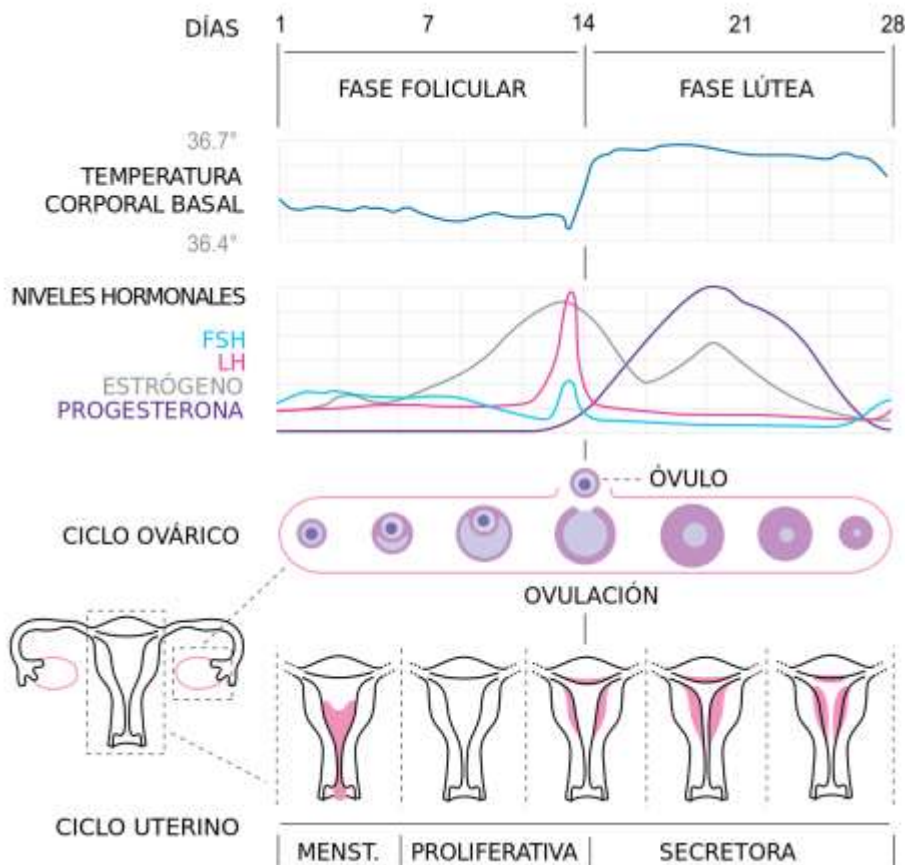
Se produce como consecuencia de un aumento en la concentración de las hormonas que provocan la maduración y posterior liberación del óvulo, dando paso así a la ovulación. Estas hormonas son conocidas como hormonas luteinizante y foliculoestimulante.

La liberación del óvulo suele producirse entre 16 y 32 horas después del aumento de dichas hormonas en el organismo de la mujer. En esta fase es cuando el nivel de estrógenos llega a su punto álgido y el nivel de progesterona empieza también a elevarse.

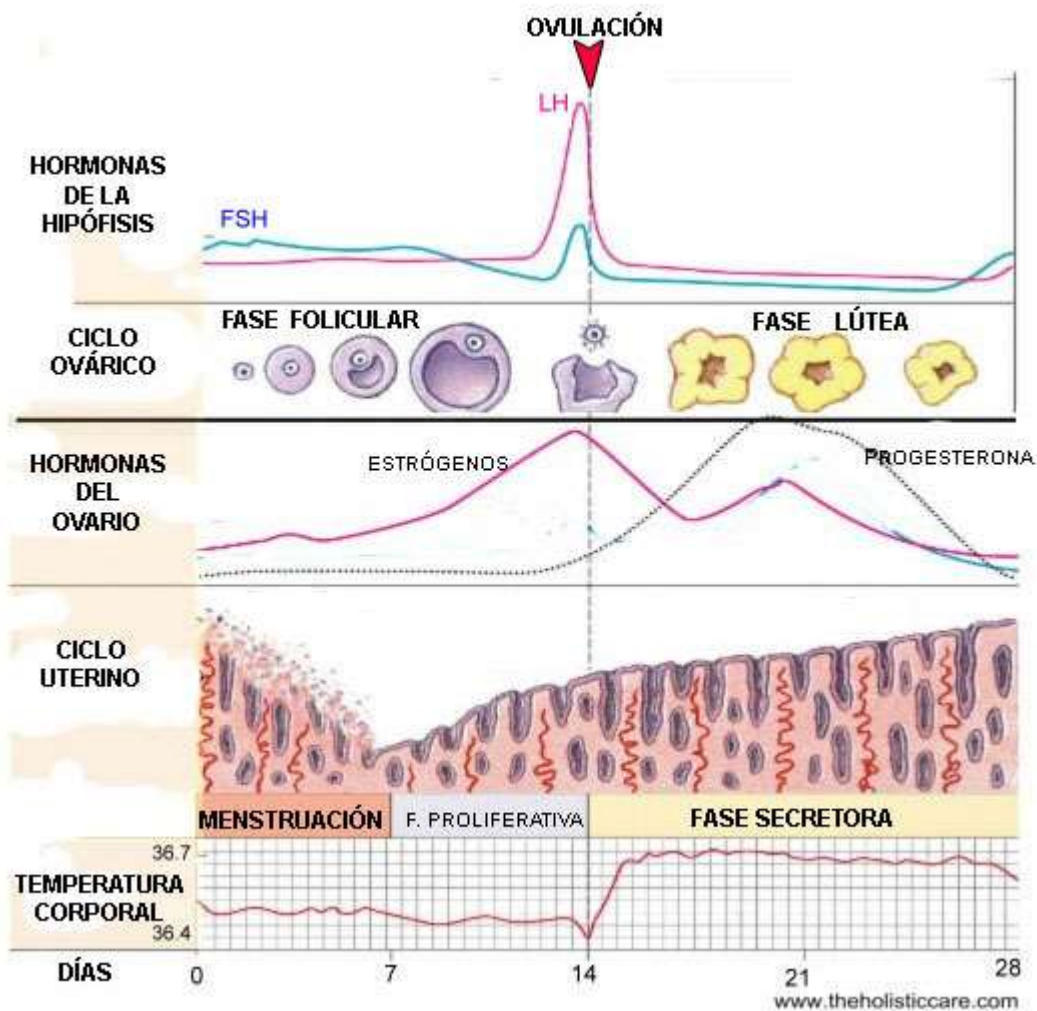
- **Ovulación o fase lútea:**

Se produce cuando el óvulo ya maduro es liberado de las trompas de falopio y forma el cuerpo lúteo, que es el encargado de producir la progesterona. En este momento, los niveles de estrógenos y progesterona son elevados, por lo que provocan que el endometrio aumente de tamaño, preparando así el cuerpo de la mujer para una posible fertilización.

En el caso de que el óvulo no sea fertilizado durante ese período, el cuerpo lúteo deja de producir progesterona y el nivel de estrógenos disminuye también. De esta forma, las capas superiores que revestían el útero se descomponen y dan paso a un nuevo ciclo menstrual.







Empieza el ciclo menstrual

<https://equipoayud.com/ciclo-sexual-femenino/>

