



**Nombre de alumno: Mariana Guillen**

**Nombre del profesor: Ceci**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: Ginecología**

**Grado: 5**

**Grupo: A**

# INTRODUCCION.

En este proyecto estaremos abordando los temas de Gineco-obstetricia, por lo tanto brindamos como finalidad los informes de dicho servicio que tiene el propósito de atender las necesidades de salud integral de la mujer a lo largo de su vida. La Obstetricia (del latín obstare estar a la espera) se ocupa de la mujer en todo su periodo fértil (embarazo, parto y puerperio) y la Ginecología (del griego gynaika "ciencia de la mujer") es la subespecialidad médica y quirúrgica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

La Obstetricia es una rama de la medicina que trata a la mujer como antes mencionado durante el embarazo, parto y puerperio. Antiguamente se definía simplemente como la ciencia y el arte de la reproducción humana. La práctica de la obstetricia implica entonces una continua capacitación, toda vez que el avance de la medicina y la mejora de los métodos auxiliares de diagnóstico nos ayudan a cumplir ese fin.

La misión es prestar atención ginecológica en forma integral y eficiente, a la población femenina, en sus tres niveles de prevención, curación y cuidados paliativos.

Como cuidados generales iremos manejando los conocimientos desde cómo Preparar al médico Gineco-Obstetra en forma integral, tomando en cuenta la necesidad de capacitarlo para que preste atención a la mujer en todos los aspectos relacionados con el sistema femenino de la reproducción y la salud integral, proporcionándole los conocimientos para el manejo adecuado del desarrollo biológico desde el nacimiento, el estudio de las funciones de reproducción, su fisiología y las alteraciones funcionales, el cuidado del embarazo normal y la conducción de la embarazada con alto riesgo, el estudio del feto y los cuidados del recién nacido, así como las secuelas del parto y de toda la patología ginecológica.

Estaremos hablando de los siguientes temas:

- 1.1. Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.
- 1.2 Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.
- 1.3. Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné
- 1.4. Embriología del aparato genital femenino.
- 1.5 Ciclo sexual, eje hipotálamo.
- 1.6 Hipófisis- ovario- endometrio.
- 1.7 Fecundación, nidación ovular, placentación.
- 1.8 Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.
- 1.9 Diagnóstico clínico del embarazo: auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto.

**COMENZAMOS...**

# HISTORIA CLÍNICA EN GINECO- OBSTETRICIA

La historia clínica 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.

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.

**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.

Así también **En el caso de la paciente gestante**, la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

## **Antecedentes obstétricos y ginecológicos Deben recogerse los siguientes datos:**

Fórmula de fertilidad: hace referencia al número de embarazos, abortos y partos que la paciente ha tenido a lo largo de su vida reproductiva hasta el momento de la consulta.

- Edad de la menarquia: cuándo tuvo la primera regla.
- Fecha de la última menstruación: se refiere al día en que empezó la última menstruación.

## **Antecedentes médicos y quirúrgicos 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.

## **EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:**

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. 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.

A partir de las semanas 24 - 26 de gestación deben realizarse las maniobras de Leopold:

**En la primera maniobra de Leopold** el examinador coloca las manos en el fondo uterino, así detecta lo que está a este nivel.

**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.

**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.

## **ATENCIÓN PRENATAL. CUIDADOS CORRESPONDIENTES Y FRECUENCIA DE CONSULTA.**

**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 sin secuelas físicas o síquicas para la madre, el recién nacido o la familia.

Se hace necesario pedir exámenes paraclínicos iniciales 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:**

Actividad sexual: cuidarse y realizarlas con delicadeza, se restringen cuando haya amenaza de aborto y otra patología que vuelvan el embarazo de alto riesgo.

Actividades físicas: ejercicio de relajación y preparación para el parto, evitando servicios de impacto.

Preparación para la lactancia.

Prevención de la automedicación.

Prevención del trago (alcohol), tabaco, Ext.

### **CLASIFICACIÓN DEL RIESGO:**

**Bajo:** no se identifica ningún factor de riesgo conocido.

**Medio:** Condición socioeconómica desfavorable, Primigestante en edades menores de 17 y mayores de 35 años, Embarazo no deseado, talla baja, fumadora, RH(-), Multípara, obesidad, infección urinaria, hemorragias en el primer trimestre.

**Alto:** Anomalías pelvianas, Cardiopatía, Nefropatías, Anemia grave, Cirugía uterina previa, Diabetes gestacional y pregestacional, Embarazo gemelar, Infección materna (TORCHS), S. hipertensivo, Placenta previa.

## ANATOMÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO: IRRIGACIÓN LIGAMENTOS Y MÚSCULOS DEL PERINÉ.

**El monte de Venus** es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos.

**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. La separación de los labios permite observar el vestíbulo y el meato uretral, a unos 2 cm por debajo del clítoris. En el vestíbulo vaginal se halla el himen, El himen es una membrana cutánea mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño.

**ÚTERO:** Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino. El cérvix o cuello uterino presenta una porción supravaginal (2/3) y una porción intravaginal (1/3) denominada hocico de tenca, que muestra en su superficie el orificio cervical externo con un labio anterior y otro posterior.

**El cuerpo uterino:** Está formado por tres capas: el endometrio, que es la capa mucosa interna, el miometrio, que es la capa de músculo liso y el perimetrio o cubierta peritoneal que se refleja a nivel del istmo para cubrir la cara superior de la vejiga.

**TROMPAS UTERINAS O DE FALOPIO** Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal. Están situadas en el borde superior libre del ligamento ancho (mesosálpinx), entre los ligamentos redondos y úteroovárico.

**OVARIO** Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva.

**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.

**VEJIGA URINARIA:** Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra.

**URÉTER:** 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.

## **EMBRIOLOGÍA DEL APARATO GENITAL FEMENINO.**

La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas. El tejido muscular crece de abajo hacia arriba y va englobando la porción vertical del conducto útero-vaginal para formar el cuerpo del útero, y luego también el fondo. 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. Luego de una semana, 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.

En la mujer los conductos genitales se generan a partir de los conductos paramesoneurales o de Müller de los cuales derivan la trompa, el útero y la vagina.

- Los genitales externos se generan en el extremo caudal del embrión por sucesivos cambios en la cloaca, pasado por un período de indiferenciación y otro de diferenciación, hasta completar el desarrollo.

## **CICLO SEXUAL, EJE HIPOTÁLAMO.**

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.

Actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (hormona luteinizante: 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. Los esteroides ováricos son indispensables para la implantación del embrión en caso de embarazo. El ovario tiene tres zonas con capacidad de producción hormonal, segregando: • Folículo Estradiol (en mayor cantidad), Progesterona y Andrógenos.

### **ACCIONES DE FSH SOBRE EL OVARIO**

- Estimula el crecimiento y maduración del folículo ovárico.

- 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.

- 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. Su acción en la adolescencia es impulsar el desarrollo del miometrio. En el endometrio aumentan el contenido de agua, electrólitos, enzimas y proteínas.

**PROGESTERONA:** Al actuar sobre el aparato genital, previamente preparado por los estrógenos, producen cambios de carácter pro-gestacional. Sintetizada mayormente por el cuerpo lúteo, su acción es preparar el útero para la anidación ovular. Cuando comienza a actuar, el crecimiento del endometrio cesa y se inicia la fase secretora.

**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.

## HIPÓFISIS- OVARIO- ENDOMETRIO.

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.

Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad, en este momento los órganos reproductores se activan por estimulación de las gonadotropinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamo-hipofisario. La madurez sexual viene

marcada por la menarquia o primer sangrado menstrual en las niñas y por la primera eyaculación en los niños. Alrededor de los 50 años se produce en las mujeres la menopausia: los ovarios dejan de responder a las gonadotrofinas y los ciclos sexuales y la menstruación cesan gradualmente y desaparecen...

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.

Durante la estimulación sexual, las contracciones del músculo liso que rodea los conductos impulsan los espermatozoides a través del epidídimo. En la eyaculación, los espermatozoides son expulsados por el conducto deferente y a continuación por la uretra, Las vesículas seminales secretan un líquido rico en fructosa, citrato, prostaglandinas y fibrinógeno nutritivo para los espermatozoides eyaculados. Los espermatozoides eyaculados no pueden fecundar al óvulo de inmediato: deben residir en el conducto reproductivo femenino cuatro a seis horas para que ocurra la capacitación.

El ciclo menstrual recurre aproximadamente cada 28 días durante el periodo de vida reproductiva de la mujer: desde la pubertad hasta la menopausia. Las fases del ciclo incluyen desarrollo de un folículo ovárico y su ovocito, ovulación, preparación del conducto reproductivo para recibir el óvulo fecundado y desprendimiento del revestimiento endometrial si no hay fecundación. La duración del ciclo puede variar desde 21 a 35 días, pero la duración promedio es de 28 días.

## **FECUNDACIÓN, NIDACIÓN OVULAR, PLACENTACIÓN.**

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.

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. De hecho, la alcalinidad del semen neutraliza este medio. Los espermatozoides que logran atravesar el cuello uterino continúan su ascenso a través del cuerpo del útero, donde inician su capacitación. Durante este proceso, la cabeza del espermatozoide pierde su cubierta de proteínas, se modifica la permeabilidad de la membrana plasmática a los electrólitos de calcio y potasio; esto le confiere la capacidad de responder a estímulos externos como los que produce la zona pelúcida, la cual desencadena otro fenómeno: 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.

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

## **PLACENTA HUMANA: ANATOMÍA: FISIOLOGÍA: LÍQUIDO AMNIÓTICO.**

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

La placenta totalmente desarrollada cubre del 15 % al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto. La placenta tiene dos porciones:

La porción fetal de la placenta: formada por el corion frondoso. Las vellosidades coriónicas que nacen de él se proyectan al espacio intervelloso que contiene sangre materna.

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

### **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. Después de la de semana 20 ocurren cambios histológicos y las células citotrofoblásticas desaparecen en gran superficie, el resultado es que la membrana placentaria se compone de tres capas en la mayor parte de su superficie.

# DIAGNÓSTICO CLÍNICO DEL EMBARAZO: AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO: FECHA PROBABLE DE PARTO.

Ante la posibilidad del embarazo la mujer podrá utilizar los diferentes métodos diagnósticos. Aunque para confirmar con certeza la existencia de una gestación hay que visualizar al embrión, y esto se hace en la actualidad por medio de la ecografía.

## **Diagnóstico presuntivo de embarazo 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.

## **Estado general**

Sueño, cansancio, modificaciones del carácter, etc.

## **Mamas**

Aumento de tamaño, mayor turgencia, calostro.

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). En la ecografía abdominal el saco gestacional se ve en la 5 semana de embarazo, y por vía transvaginal en la 4 semana. Entre la 7 y 8 semana se puede ver la actividad cardíaca y los movimientos del embrión.

## CIERRE

La importancia del obstetra radica, en el acompañamiento a la gestante durante el embarazo, además, no solo se encarga de analizar la parte física de la mujer y el bebé, si no también, se preocupa de los aspectos emocionales, psicológicos y sociales de la maternidad, pues bien con esto concluimos los temas mencionados, todos fueron muy factorables y de mucha ayuda para el conocimiento de todo el relato en la mujer y bebes.

**“Nuestro trabajo es amortiguar la tristeza y celebrar el deber cada día, mientras solo hacemos nuestro trabajo”, Christine Belle.**