



**Nombre de alumno: Heberto Emmanuel Domínguez Maldonado**

**Nombre del Profesor: María Cecilia zamorano**

**Nombre del trabajo: ensayo**

**Materia: ginecología y obstetricia**

**Grado: quinto cuatrimestre**

**Grupo: B**

**PASIÓN POR EDUCAR**

## introducción

esta unidad es de suma importancia ya que hablaremos de lo que es ginecología su historia es importante conocer esta parte de ginecología como se deriva y como se constituye para ello la elaboración de este trabajo para su comprensión la información de suma importancia, estos temas se basan en el desarrollo del embarazo y el desarrollo del embrión espero que su comprensión sea clara.

## **Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.**

es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico, La realización de la historia clínica o anamnesis es la principal herramienta diagnóstica de un médico. 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, 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. En el caso de la paciente gestante, la historia clínica es clave para considerar una gestación como de bajo o alto riesgo.

**Antecedentes personales** Los antecedentes personales consisten en una revisión de los antecedentes patológicos y hábitos de la paciente. **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.

### **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.

recuerda el 5 ruido y no el 4, 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.

Exploración básica en ginecología La exploración ginecológica básica debe incluir, exploración mamaria, exploración abdominal y la exploración propiamente ginecológica. Exploración mamaria La exploración 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 con los brazos en alto.

### **Colposcopia:**

La colposcopia consiste en la visualización del cuello uterino con una lente de aumento para identificar la presencia de lesiones. Se emplean fundamentalmente dos tipos de tinciones: el test de acético y la prueba de Schiller, con una solución de yodo Lugol. Pueden observarse imágenes normales o lesiones.

La presencia de cualquiera de las lesiones anormales debe hacer sospechar una lesión preneoplásica o incluso de cáncer, y debe plantearse la toma de una biopsia. La variante de esta técnica para el estudio de la vagina se denomina vaginoscopia y para el estudio de la vulva, vulvoscopia. Biopsia ginecológica La biopsia ginecológica debe plantearse como método de diagnóstico de lesiones o para el estudio del endometrio en casos de problemas de esterilidad. La vulva, vagina, cérvix y endometrio son accesibles fácilmente para la toma de biopsia.

Esta técnica también se emplea como ayuda en la realización de procedimientos invasivos de ginecología como la punción de quistes ováricos. Recientemente se ha introducido la ecografía tridimensional que aporta información relevante en determinadas patologías ginecológicas, como las malformaciones congénitas de útero.

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

tiene que tener primero el concepto claro de salud reproductiva, que es el 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.

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

### **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 sicosociales, una organizada revisión por sistema, se debe hacer un enfoque especial en el cálculo de la edad gestacional, considerando la fecha de la última menstruación.

### **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 que tiene la paciente; deben tomarse muy bien los signos vitales, en especial la presión arterial

### **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 que puedan alterar el resultado prenatal.

**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 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.

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, los conductos de Skene y de Bartholino. 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.

## **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.

### **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 supravagina. Este orificio constituye un extremo del conducto del cuello uterino, abierto por el otro lado en la cavidad uterina.

### **trompa 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 útero ovárico.

### **ovario**

Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior desciende el uréter y los vasos hipogástricos.

### **vejiga urinaria**

Tiene forma de tetraedro. 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. A nivel de la espina isquiática se dirige hacia delante y hacia dentro, por debajo del ligamento ancho y entre las arterias uterinas y vaginales, para alcanzar el fórnix vaginal lateral.

El plano profundo o diafragma pélvico está constituido por una formación músculo tendinosa con forma de embudo que sirve de sujeción a las vísceras pélvicas y abdominales. Incluye el músculo elevador del ano y el músculo coccígeo, recubiertos por una capa superior y otra inferior de fascia.

### **vascularización**

La mama recibe su aporte sanguíneo a través de tres vías principales, Arteria mamaria interna rama de la subclavia contribuye con más del 50% del aporte total. Irriga el pectoral mayor, los cuadrantes internos de la mama y la piel vecina. Arteria torácica inferior rama de la axilar, También llamada arteria mamaria externa. Irriga fundamentalmente el pectoral mayor.

### **drenaje linfático**

Es importante reseñar la gran cantidad de anastomosis linfáticas existentes y las grandes variaciones anatómicas individuales, Podemos diferenciar cuatro vías principales Vía axilar Vía fundamental de drenaje mamario, Recibe el drenaje de la porción superior y externa de la mama.

### **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. 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.

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.

Desarrollo de los conductos genitales: Tempranamente en el desarrollo, 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.

### **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. Se trata de un decapeptido sintetizado por las células peptidérgicas hipotalámicas de la eminencia media, cuya secreción se halla bajo un fuerte control. La secreción de Gn-RH es pulsátil, siendo dichos pulsos infrecuentes e irregulares, altamente controlados por la retroalimentación de las gonadotropinas.

### **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

## **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. Promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de la proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos.

Andrógenos: Se convierten en estrógenos en numerosos tejidos, principalmente por la actividad de la aromatasa en la piel y el tejido adiposo. Por otro lado, el ovario produce androstenediona, DHEA deshidroepiandrosterona y pequeñas cantidades de testosterona.

Las glándulas se vuelven más tortuosas, aumenta el citoplasma de las células del estroma, los depósitos de lípidos y proteínas aumentan mucho en las células de la capa funcional, y el aporte sanguíneo del endometrio se incrementa. En el momento culminante de la fase secretora aproximadamente una semana después de la ovulación, el endometrio tiene un espesor de 5 a 6 mm. 3 Menstruación días 1-4 del ciclo.

## **Fecundación, nidación ovular, placentación.**

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.

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.

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.

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.

### **Placenta humana anatomía fisiología líquido amniótico.**

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.

Es el endometrio grávido, la capa funcional del endometrio de la mujer embarazada que se separa del resto del útero después del parto.

Las células deciduales derivan del tejido conjuntivo de la decidua, que fue estimulado por la progesterona en la sangre materna para darles origen. Estas células degeneran y junto con la sangre materna y las secreciones uterinas, proporcionan al embrión una fuente abundante de nutrición.

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

La porción fetal de la placenta se inserta en la porción materna de la placenta mediante la cubierta citotrofoblástica, la capa externa de las células trofoblásticas situadas en la superficie materna de la placenta.

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 clínico del embarazo

Subunidad beta de la hormona gonadotrofina coriónica hCG se basa en la medición en sangre de la hormona gonadotrofina coriónica, es una hormona que se produce exclusivamente si la mujer está embarazada, en las células que formarán la placenta. Se puede medir a partir de los 7 días siguientes a la implantación del huevo.

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 transvagina.

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. La ecografía si bien se utiliza para confirmar y controlar la evolución del embarazo, para la mujer tiene un significado especial porque este estudio le permite ver a su bebé por primera vez, y seguramente guardará este estudio como recuerdo, porque para la futura madre tiene un valor afectivo especial.

### **diagnóstico clínico de embarazo**

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. Síntomas, Las náuseas y los vómitos en el primer trimestre de la gestación son muy frecuentes. Suelen aparecer a las 6 semanas y desaparecer sobre las 12-14 semanas.

Debemos considerar como tal un retraso de más de 10 días en una mujer con ciclos regulares. Si el retraso es de 2 ciclos, las probabilidades son mucho mayores. El embarazo es la principal causa de amenorrea en mujeres fértiles, pero no la única. Además, una embarazada puede tener sangrados que pueden inducir a error, y una mujer puede quedar embarazada en un periodo de amenorrea. Dicha amenorrea puede ser primaria.

El útero sometido a la acción mecánica por el crecimiento del feto y la acción hormonal, sobre todo de estrógenos, adopta una forma globulosa que se percibe en el tacto vaginal como un aplanamiento de los fondos de saco vaginales. Este crecimiento uterino condiciona que al tacto vaginal el explorador choque con el cuerpo uterino a nivel de los fondos de saco vaginales laterales.

## **Conclusión**

En conclusión, este trabajo tiene demasiada información relevante ya que hablamos mas lo que es el aparato reproductor de ambos sexos, este tema habla sobre las fases y lo que tiene que pasar la mujer durante el embarazo y como es que se desarrolla un embrión este tema me intereso demasiado porque me explica sobre los procesos que se llevan a cabo esperando que este tema se de suma importancia de conocimiento.