

**UNIVERSIDAD DE SURESTE
LICENCIATURA DE ENFERMERÍA
CAMPUS –COMITÁN**



MATERIA:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DEL ALUMNO:
VERA OSORIO CICLALI

NOMBRE DEL PROFESOR:
MARIA CECILIA
ZAMORANO RODRIGUEZ

NOMBRE DEL TRABAJO:
ENSAYO

GRUPO:
LENOECO120-B

FECHA DE ENTREGA: Viernes, 21 de ene de 2022

Introducción

En este ensayo hablaremos acerca de la importancia de cada tema como la adecuada estructuración de una historia clínica es el primer y fundamental paso para lograr el entendimiento holístico de la condición clínica de un paciente. Es por esto que se fundamental una adecuada elaboración de la misma para poder conseguir una aproximación diagnóstica acertada y asimismo un adecuado tratamiento.

1.1. Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.

La historia clínica es la principal herramienta con la que ha de trabajar un médico. ¿Por qué es importante la historia clínica? 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. 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. 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.
- Edad de la menarquia: cuándo tuvo la primera regla.
- Fecha de la última menstruación: se refiere al día en que empezó la última menstruación.

EXPLORACIONES BÁSICAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA En este apartado se explican cuáles son las 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 (IMC). En la gestante, la presión arterial debe tomarse en el brazo derecho, con la paciente sentada en posición de semi- Fowler.

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/o con los brazos en alto. Deben localizarse cicatrices, cambios de coloración o úlceras, tanto en la piel de la mama como el complejo aréola-pezones. Es importante observar la presencia o no de un edema que confiere un aspecto arrugado y áspero de la piel (lo que se denomina piel de naranja), ya que es un hallazgo anormal. Seguidamente debe realizarse palpación de la mama para detectar la presencia de nódulos. Esto puede hacerse con la paciente en bipedestación, sedestación o decúbito supino. La palpación debe realizarse con maniobras lentas y cuidadosas usando la parte plana de los dedos.

1.2.- Atención prenatal. Cuidados correspondientes y frecuencia de consulta.

Control prenatal se 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 preconcepcional 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.

1. **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,
2. **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, la cual deberá ser tomada en la gestante en el brazo derecho en posición sentada después de 10 minutos de reposo.
3. **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

1.3.- 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.

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 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.

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. Por la base de la fosa discurre el nervio y los vasos obturadores, mientras que por su borde posterior descende el uréter y los vasos hipogástricos

VAGINA Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm (figura 7). Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores

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.

FIJACIÓN DE LAS VÍSCERAS PÉLVICAS El útero se fija gracias a numerosas estructuras peritoneales, ligamentosa, fibrosa y fibromusculares. Los ligamentos redondos son prolongaciones aplanadas que se extienden desde los cuernos uterinos hacia abajo, siguiendo el conducto inguinal, para terminar en los labios mayores.

1.4.- Embriología del aparato genital femenino.

Desarrollo de la gónada: En los primeros estadios de la embriogénesis es imposible distinguir las células somáticas de las células sexuales, más adelante se reconocen porque las células sexuales son más grandes, ricas en protoplasma y con un núcleo que se destaca, como no se sabe si van a ser oogonios o espermatogonios se las denomina gonocitos.

. La glándula genital se genera a partir de tres fuentes: el epitelio celómico, el mesénquima subyacente a él y las células germinativas.(1) 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.

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 paramesenéfricos, que originarán las trompas, el útero y parte de la vagina. En la 4ª , 5ª, y 6ta semanas: Hay

conductos de Wolf pero no paramesonéfricos o de Müller. 7ª semana: El epitelio celómico lateral a la gónada y ventral al conducto mesonéfrico, se invagina longitudinalmente, para formar el conducto de Müller, de arriba hacia abajo, por delante del conducto de Wolf y por fuera de la gónada. Su extremo cefálico permanece abierto y formará el orificio abdominal de la trompa, el resto se cierra y origina el conducto. 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. Constituirán el conducto útero-vaginal, que originará al útero y la parte superior de la vagina. Estos conductos, desembocan en el seno urogenital, por un extremo ciego: el tubérculo de Müller. 9ª Semana: En éste 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 úterovaginal.

1.5.- 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.

En el ovario, FSH Y LH se unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y folistatina) y factores del crecimiento. Entre otras funciones, estos factores derivados del ovario retroalimentan hipotálamo e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y godanotropinas (en el pico de la mitad del ciclo). 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.

1.6.- 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. En el caso masculino, la presencia de un gen en el cromosoma Y da lugar a la diferenciación de las gónadas en testículos; en el caso femenino la ausencia de este gen da lugar a la diferenciación de las gónadas en ovarios. En este estadio, el feto presenta unos conductos genitales primordiales comunes (conductos de Wolff y conductos de Müller).

La pubertad coincide con el crecimiento del cuerpo y la aparición de los caracteres sexuales secundarios; se inicia alrededor de los 11 años para las niñas y de 12 años para los niños, aunque presenta una gran variabilidad dependiendo de factores genéticos y ambientales. 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.

Sistema reproductor masculino Los órganos reproductores primarios o gónadas son los testículos, encargados de formar espermatozoides (espermatogénesis) y de secretar hormonas sexuales masculinas o andrógenos. Además están los órganos reproductores secundarios o accesorios (conductos) y las glándulas secretoras.

Espermatogénesis 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.

Oogénesis. En los ovarios del feto femenino, las células germinales primordiales producen oogonias por divisiones mitóticas hasta las semanas 20 a 24 de la gestación. En ese momento hay aproximadamente 7 millones de oogonias. Al comienzo de las semanas octava a novena gestacionales, algunas de estas oogonias entran a la profase de la meiosis y se convierten en oocitos primarios.

Síntesis y secreción de estrógenos y progesterona Las hormonas esteroides ováricas, progesterona y estradiol, se sintetizan en el folículo ovárico mediante las funciones combinadas de las células granulosa y teca. En los ovarios están presentes todos los pasos de la vía de biosíntesis. La progesterona y el estradiol se sintetizan de la manera siguiente.

Acciones de estrógeno y progesterona En general, las dos hormonas esteroides ováricas funcionan de manera coordinada para apoyar la actividad reproductiva de la mujer: desarrollo del óvulo, desarrollo y mantenimiento del cuerpo lúteo para sostener un óvulo fecundado, mantenimiento del embarazo y preparación de las mamas para la lactancia.

Mantenimiento del embarazo Descenso del umbral uterino al estímulo contráctil
Estimula la secreción de prolactina. Acciones de la progesterona sobre tejidos efectoras
Mantenimiento de la actividad secretora del útero durante la fase lútea
Desarrollo de las mamas. Efectos de retroalimentación negativa sobre la secreción de FSH y LH
Mantenimiento del embarazo Eleva el umbral uterino al estímulo contráctil durante el embarazo.

Ciclo menstrual En el curso del ciclo menstrual, estrógenos y progesterona se encargan de los cambios que ocurren en el endometrio, cervix y vagina y también

de la regulación por retroalimentación de la secreción de FSH y LH en la hipófisis anterior.

Regulación del ciclo reproductor femenino El ciclo menstrual ocurre 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 oocito, 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.

1.7.- 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. Previo a esto se requieren cambios en el espermatozoide, como es la capacitación y la reacción acrosómica.

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.

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 electrolitos 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.

Dispersión de la corona radiada

Al encuentro del ovocito sólo llegan los espermatozoides más aptos (alrededor de 200), los cuales siguen mecanismos quimiotácticos que producen las células foliculares del cúmulo oóforo, entre ellos la progesterona. Durante la fecundación, los espermatozoides se enfrentan a la primera barrera, la corona radiada, la cual eliminan principalmente por el movimiento de sus colas, aunque se ha mencionado también como responsable a la hialuronidasa fija a su membrana plasmática. La concepción (fertilización) o comienzo del embarazo es el momento en que un óvulo es fecundado por un espermatozoide.

Del óvulo al embrión. El óvulo fecundado (cigoto) se divide en repetidas ocasiones mientras se desplaza para llegar al útero. Primero, el cigoto se convierte en una sólida bola de células (mórula), luego en una esfera hueca formada por células llamada blastocisto.

Dentro del útero, el blastocisto se implanta en la pared uterina y se transforma en el embrión y la placenta. Implantación y desarrollo de la placenta. La implantación es la unión e inserción del blastocisto a la pared del útero. El blastocisto habitualmente se implanta cerca del fondo del útero, ya sea en la pared anterior como en la posterior.

1.8.- Placenta humana: anatomía: fisiología: líquido amniótico.

Placenta 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. Las membranas fetales y la placenta son expulsadas del útero, con el alumbramiento, poco después del parto. Decidua Es el endometrio grávido, la capa funcional del endometrio de la mujer embarazada que se separa del resto del útero después del parto

Desarrollo de la placenta Se caracteriza por la proliferación rápida del trofoblasto y el desarrollo del saco y de las vellosidades coriónicas. Hacia el final de la tercera semana se establecen las disposiciones anatómicas necesarias para los intercambios fisiológicos entre la madre y el embrión.

La forma de la placenta depende de la zona donde persisten las vellosidades coriónicas. A medida que las vellosidades coriónicas invaden la decidua basal, el tejido decidual es erosionado y se ensancha el espacio intervelloso..

La sangre materna penetra en el espacio intervelloso desde las arterias endometriales espirales de la decidua basal. Las arterias espirales atraviesan las hendiduras de la cubierta citotrofoblástica y vierten su sangre en el espacio intervelloso. Este gran espacio es drenado por las venas endometriales, que también penetran en la cubierta citotrofoblástica.

1.9.- Diagnóstico clínico del embarazo:

auxiliares de diagnóstico: fecha probable de parto. 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. 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.

Métodos auxiliares de 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.

Método de certeza 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).

DIAGNÓSTICO CLINICO. Consiste en la presencia de síntomas subjetivos que describe la paciente o signos indirectos que pueden orientar sobre un posible embarazo. Síntomas: • Digestivos: 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.

CONCLUSION

El deseo por aprender algo lleva a las personas a procurar y adquirir conocimientos, habilidades, actitudes o valores que más tarde le permitirán desarrollarlas en diversos ámbitos. El impulso e interés por aprender sobre determinada temática que llame particularmente la atención o sea placentera será el motor que conduzca a profundizar en la búsqueda de conocimientos y/o mayores habilidades con resultados ampliamente satisfactorios

“La enfermería pone al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda sanar las heridas.”