



Ensayo.

Nombre del Alumno: Dulce Alejandra Martínez Aguilar

Nombre del tema: Ensayo.

Parcial: I

Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia.

Nombre del profesor: Cecilia Zambrano.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5

INTRODUCCIÓN

La Obstetricia y Ginecología es la especialidad de la Medicina 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).

El Servicio de Obstetricia y Ginecología es un Servicio Clínico, cuya misión es brindar una atención integral, oportuna y eficiente a toda mujer consulta por causa gíneco-obstétrica, aprovechando al máximo los recursos tecnológicos.

La ginecoobstetricia moderna requiere de la constante capacitación del médico, ya que la medicina continúa evolucionando día con día. El aumento del índice de cesáreas, así como la disminución en la aplicación del fórceps en México, nos obliga a seguir preparándonos para hacer diagnósticos oportunos orientados a disminuir la morbimortalidad perinatal. 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.

1.1. Historia Clínica en Gineco- Obstetricia.

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

¿Qué objetivo persigue la realización de la historia clínica? Depende del contexto clínico. En la paciente asintomática, la historia clínica persigue fundamentalmente identificar factores de riesgo de la paciente, para así determinar si es necesaria la realización de exploraciones o pruebas complementarias, cuáles y en qué orden deben realizarse o solicitarse. En el caso de la obstetricia y ginecología, la obtención de esta información también es fundamental de cara al consejo reproductivo y promoción de hábitos de vida saludables. 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 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.

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 preconcepciones para prevención de defectos abiertos del tubo neural.

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.
- **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.
- **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.

Los órganos genitales femeninos incluyen la vagina, el útero, las trompas uterinas y los ovarios. Veámoslos de forma más detenida.

1. VAGINA: Es un tubo musculomembranoso que se extiende desde el cuello del útero hasta el vestíbulo de la vagina (hendidura entre los labios menores en la cual también se abre la uretra). El extremo superior rodea al cuello del útero y el extremo inferior pasa anteroinferiormente a través del suelo de la pelvis para abrirse en el vestíbulo. La vagina:

- Sirve como conducto excretor para el líquido menstrual.

- Forma la porción inferior del canal pélvico (o del parto).
- Recibe el pene y el eyaculado durante el coito.

2. ÚTERO: El útero es un órgano muscular hueco piriforme y de pared gruesa, situado en la pelvis menor, normalmente en ante versión con el extremo hacia delante en relación con el eje de la vagina y flexionado anteriormente en relación con el cuello uterino. La posición del útero cambia con el grado de plenitud de la vejiga y el recto. El útero se divide en dos porciones principales: -El cuerpo: forma los dos tercios superiores y tiene dos porciones, el fondo

- La porción redondeada del cuerpo situada por encima de los orificios de las trompas uterinas- y el istmo
- La región del cuerpo relativamente contraída inmediatamente por encima del cuello uterino.
- El cuello: la porción inferior estrecha que protruye en la parte superior de la vagina.

3. TROMPAS UTERINAS: Se extienden desde los cuernos uterinos y se abren e la cavidad peritoneal cerca de los ovarios. Están situadas en el mesosálpinx. Típicamente se extienden en sentido posterolateral hasta las paredes laterales de la pelvis donde ascienden y se arquean sobre los ovarios, aunque la posición de trompas y ovarios es variable durante la vida y los lados derecho e izquierdo son asimétricos a menudo. Cada trompa uterina se divide en cuatro porciones:

- Infundíbulo: es el extremo distal con forma de embudo que se abre en la cavidad peritoneal a través del orificio abdominal (ostium).
- Ampolla: la porción más ancha y más grande, comienza en el extremo medial del infundíbulo.
- Istmo: la porción de pared gruesa, entra en el cuerno uterino.
- La porción uterina: es el segmento intramural corto que atraviesa la pared del útero y se abre a través del orificio uterino en la cavidad uterina.

4. OVARIOS: Con forma de almendra, se localizan más comúnmente cerca de las paredes laterales de la pelvis suspendidos por el mesovario (parte del ligamento ancho). El extremo distal del ovario conecta con la pared lateral de la pelvis mediante el ligamento suspensorio del ovario.

1.4.- Embriología del aparato genital femenino.

En el desarrollo del aparato genital coexisten dos hechos fundamentales: La existencia de un estadio indiferenciado hasta el final de la sexta semana, pese a la determinación del sexo del embrión desde el momento de la fecundación; las estrechas relaciones con el desarrollo del aparato urinario a partir de esbozos parcialmente comunes.

Los dos aparatos evolucionan a partir de proliferaciones mesoblásticas (crestas urogenitales) que elevan la pared dorsal de la cavidad celómica. Dos pares de

Esbozo gonadal

La gónada se constituye a partir de elementos de distintos orígenes: células germinales primordiales (gonocitos) y células somáticas procedentes del epitelio celómico y del mesonefros.

Aspectos morfológicos

Aunque el determinismo de la diferenciación sexual gonadal se produce al mismo tiempo en los dos sexos, la diferenciación ovárica no adquiere expresión morfológica hasta la octava semana, es decir, más tardíamente que la diferenciación testicular. Los cordones celulares primitivos son de tamaño irregular y forman hileras a las que migran las células germinales. Éstas prosiguen sus mitosis y presentan una distribución predominantemente periférica en el esbozo. De dentro a fuera, las células

1.5.- Ciclo sexual, eje hipotálamo.

Eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. 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. Actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (hormona luteinizante: LH y hormona folículo estimulante: FSH). La liberación pulsátil rápida de esta

hormona estimula a la LH, mientras que la lenta favorece la secreción de la FSH. Se necesita la secreción pulsátil de GnRh para lograr una secreción sostenida de gonadotropinas. Una secreción continua de GnRh reduce rápidamente la secreción de LH y FSH, lo cual se utiliza en clínica en patologías dependientes de esteroides sexuales. En el ovario, FSH Y LH se unen a las células de la granulosa y la teca para estimular la folículo-genesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales (estrógenos, progesterona y andrógenos), péptidos gonadales (activina, inhibina y follistatina) 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 gonadotropinas (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.
- Cuerpo lúteo Progesterona (en mayor cantidad) y Estrógenos.
- Estroma Andrógenos (en mayor cantidad), Estrógenos y Progesterona. Asimismo, segrega activina e inhibina, que actúan sobre la hipófisis activando o inhibiendo respectivamente la producción de FSH.

1.6.- Hipófisis- ovario- endometrio.

Diferenciación sexual 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). En el feto masculino la testosterona secretada por los testículos da lugar a que se desarrollen los conductos de Wolff para dar lugar a los genitales internos y la formación de una hormona peptídica denominada hormona inhibidora de los conductos de Müller da lugar a la involución de los mismos. En el feto femenino la ausencia de estas hormonas da lugar al desarrollo de los genitales internos femeninos. El desarrollo de los genitales externos se produce de igual forma por la

presencia o ausencia de las hormonas mencionadas. Después del nacimiento el desarrollo sexual permanece detenido hasta la pubertad, en este momento los órganos reproductores se activan por estimulación de las gonadotrofinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamahipofisario. 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. En el caso de los varones producción de células germinales y testosterona continúa aunque va disminuyendo gradualmente.

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. Capacitación del espermatozoide 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. Esto ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio.

Inicio de la fecundación.

La fecundación comienza desde el momento en que el espermatozoide se abre paso a través de las barreras del ovocito: corona radiada, zona pelúcida y membrana plasmática, así como los eventos que suceden en el interior del ovocito en respuesta a la penetración.

Del 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 blastocito. Dentro del útero, el blastocito 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 blastocito a la pared del útero. El blastocito habitualmente se implanta cerca del fondo del útero, ya sea en la pared anterior como en la posterior. La pared del blastocito tiene el espesor de una célula excepto en un área en la que tiene de tres a cuatro células.

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 feto materno 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.

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.

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

Membrana placentaria: Es una estructura formada que se compone por tejidos Extra fetales que separan la sangre fetal y materna. Durante las primeras 20 semanas la membrana placentaria se compone de 4 capas: sincitiotrofoblasto, cito trofoblasto, 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.

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.

Método de certeza

Se utiliza la ecografía, que emplea el ultrasonido, para visualizar el embarazo. Se puede realizar por vía transabdominal o vía transvaginal.

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

Diagnóstico biológico: Consiste en observar los efectos de la hormona gonadotropina coriónica humana en los animales. Existen métodos, hoy en desuso: Ascheim y Zondek, en 1928, descubren el diagnóstico precoz de embarazo.

Diagnóstico inmunológico: Se basa en la detección, en plasma u orina, de la fracción β de la hormona gonadotropina coriónica humana.

CONCLUSIÓN

Los adelantos recientes en la genética, cito embriología, la ecografía, o la tomografía axial computarizada, brindan al futuro médico una destacada plataforma para comprender mejor los procesos del desarrollo del ser humano desde su origen. Y de aquí deriva otra poderosa razón para considerar la Embriología de manera unitaria en la que se integren el enfoque morfológico, fisiológico, experimental y clínico. Pues tales aspectos subyacen de modo propio en la ontogenia del individuo como algo dinámico y de la mayor importancia para la adecuada comprensión del problema de la vida. Un primer propósito del estudio de la Embriología es adquirir los fundamentos morfológicos básicos necesarios al correcto entendimiento de la estructura, función y el valor práctico en la clínica médica. En efecto, nada más lógico para comprender la complejidad del cuerpo humano, que comenzar por el estudio de la Embriología que, aunque no sea más sencilla de investigar, ofrece un esquema simplificado de la Anatomía Humana. Por eso también se define la Embriología como Anatomía del Desarrollo y, quizás, habría que puntualizar “del desarrollo intrauterino” para ser más exactos.

“la mejor manera de encontrarte a ti mismo es perderte en el servicio a los demás”

BIBLIOGRAFÍA: [*Antología de ginecología y obstetricia unidad 1*](#)