



Nombre del Alumno :Karla Berenice Santis Tovilla

Nombre del tema: Historia clínica en Gine-obstetricia.

Parcial:1°

Nombre de la Materia : Ginecología y obstetricia.

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano Rodríguez.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre:5°

Introducción

Gracias a los grandes investigadores hoy en día podemos contar con toda la información acerca de todo lo que tenga que ver con la mujer desde que nace , su reproducción , la ginecología y obstetricia ademas de encargan de valorar el estado de parto y sus complicaciones , en el presente trabajo abordaremos temas como embriología del aparato genital , fecundación, nidación , diagnóstico clínico del embarazo , placenta y ciclo sexual.

Historia Clínica en Gineco- Obstetricia

La historia clínica 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, los datos que vamos a solicitar son el nombre completo de la persona, edad, raza, religión, escolaridad, etnia, grupo sanguíneo y antecedentes personales. 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. 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: la prueba 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 baciloscopia y para el estudio de la vulva, vulvosocopia. 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.

Atención prenatal

Control prenatal se debe 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. Para lograr lo anterior se debe tener instrumentos que cumplan las características de ser fácilmente

entendibles y que se adapten a los diferentes niveles de atención y complejidad, es aquí cuando hablamos de la consulta preconcepcional y el control prenatal, para lograr una maternidad y nacimiento seguros. 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. Posteriormente se realiza un examen por sistemas, características de los genitales externos, la especulo copia y el tacto genital, para la palpación del útero y anexos. En caso de un ingreso tardío al control prenatal se debe realizar una valoración obstétrica que incluya medición de la altura uterina, determinar la situación presentación FCF y detectar los movimientos fetales.

Anatomía del aparato genital femenino: irrigación ligamentos y músculos del periné.

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 Bartolino. 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. Los conductos de las glándulas de Skene desembocan a ambos lados del meato uretral. Los conductos de las glándulas de Bartolino se hallan a ambos lados del vestíbulo, a nivel del tercio medio del orificio vaginal, en la hendidura que separa el himen de los labios menores.

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. El útero es un 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 supra vaginal (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. 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 entre los ligamentos redondos y útero ovárico, el ovario es un 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. El polo superior del ovario está en contacto con la trompa mientras que el polo inferior está orientado hacia el útero y fijado a él por el ligamento útero ovárico. El uréter penetra en la pelvis cruzando por delante de la bifurcación de la arteria iliaca 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. En este punto se encuentra a 2 cm del cérvix. Después asciende por delante de la vagina hasta alcanzar el triángulo vesical, penetrando en la vejiga en sentido oblicuo, el periné se halla limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por isquiopubianas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacro-ciáticos mayor y menor. Todo ello hace que tenga una forma romboidal. La línea transversa que une las tuberosidades isquiáticas divide el periné en un triángulo anterior urogenital, donde se encuentra el diafragma urogenital, y un triángulo posterior o anorrectal donde están las fosas isquiorrectales. El periné anterior está formado por tres planos musculo aponeuróticos: un plano profundo, un plano medio y un plano superficial.

Embriología del aparato genital femenino.

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 espermatogonias se las denomina gonocitos. Los primeros estadios del desarrollo son indiferenciados. A partir de la 7ª semana comienzan los cambios, iniciando en la 8va. Semana el período de “diferenciación” En la 5ª y 6ª Semana el extremo caudal del embrión está obturado por una membrana: la membrana cloacal, en la 7ª semana, aparece en su extremo anterior el tubérculo genital, y a cada lado del mismo los pliegues anteroposteriores urogenitales, por fuera de éstos, una tumefacción genital o labio escrotal. El mesénquima pelviano se extiende delante del recto hasta la membrana cloacal, separándola.

En una porción anterior o urogenital y otra posterior o anal. La membrana urogenital cierra por debajo el surco urogenital, entre los pliegues urogenitales. La membrana anal cierra el ano. En la 8ª semana el seno urogenital se comunica con el exterior, también el ano da salida al exterior al recto. En la 9ª Semana el tubérculo genital se transforma en falo, y hay en él, tejido eréctil, en la mujer este tubérculo

genital constituye el clítoris. En la 10ª semana la uretra y de la vagina desembocan en el seno urogenital que se continúa con el vestíbulo en su porción inferior. El vestíbulo está enmarcado lateralmente por los labios menores y las tumefacciones labio escrotales se convierten en labios mayores. En la 11ª semana la vagina se canaliza y desemboca inmediatamente por detrás de la de la uretra.

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. Actúa sobre una población de células gonadotropas de la adenohipófisis, las cuales liberan gonadotropinas (hormona luteinizante: LH y hormona foliculoestimulante: 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. Durante el ciclo endometrial, la mucosa experimenta a dicho nivel cambios cíclicos en su estrato funcional, diferenciándose tres fases: 1) Fase Proliferativa (días 5-13 del ciclo) Fase estrogénica del ciclo sexual femenino, ocurre antes de la ovulación. Al comienzo de cada ciclo mensual, parte del endometrio se descama por la menstruación, permaneciendo tras la misma la capa basal. Bajo la influencia de los estrógenos que segregan los ovarios, las células del estroma y las células epiteliales proliferan, revitalizándose la superficie endometrial en 4 a 7 días desde el inicio de la menstruación. 2) Fase secretora progestacional (días 14-28 del ciclo) Después de la ovulación, son secretadas grandes cantidades de progesterona y de estrógenos por el cuerpo lúteo. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio. Mientras la progesterona provoca un notable desarrollo secretor del endometrio. Tomando como base la función ovárica, se divide en 2 fases: una preovulatoria (folicular) y otra posovulatoria (lútea). a) Fase folicular: Comienza con los folículos primordiales formados durante la vida fetal. Cada uno consta de un ovocito estancado en la primera división meiótica (folículo primordial), rodeado por una sola capa de células aplanadas de la granulosa. Tiene una fase inicial, independiente de gonadotropinas, y una fase final que depende de FSH y LH La FSH estimula en el ovario el crecimiento de una cohorte de folículos primordiales seleccionados. La bajada de FSH selecciona el folículo dominante (que es aquel con mayor capacidad de respuesta a FSH) y la atresia simultánea del resto por exceso local de andrógenos. En el folículo elegido, distinguimos dos capas importantes: Teca: Su desarrollo depende de LH. Produce andrógenos, que son aportados a la granulosa: Su desarrollo está en función de la FSH y del ambiente estrogénico (tiene receptores para FSH). Contiene aromatasa, que emplea los andrógenos de la teca para producir estradiol

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). 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 estos. 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 gonadotropinas incrementadas debido a la maduración del eje hipotálamo- hipofisario. 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 gonadotropinas y los ciclos sexuales y la menstruación cesan gradualmente y desaparecen.

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. Esto ocurre mientras el espermatozoide recorre la cavidad uterina y la luz de la trompa de Falopio. 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. Más tarde, los espermatozoides sobrevivientes atraviesan el conducto cervical ocluido por moco en el que quedan atrapados muchos otros, algunos se almacenan entre los pliegues de mucosa cervical y después se liberan lentamente desde ese lugar.

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. 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. En el ciclo menstrual normal se libera un óvulo de uno de los ovarios alrededor del día 14 antes de la siguiente menstruación. La liberación del óvulo se denomina ovulación. El óvulo alcanza el extremo en forma de embudo de una de las trompas de Falopio, donde se puede producir la fecundación, y es transportado hasta el útero. Si no es fecundado, el óvulo degenera y se elimina a través del útero en el siguiente período menstrual. Si, por el contrario, un espermatozoide consigue penetrar en el óvulo y lo fecunda, éste comienza a convertirse en embrión mediante una serie de divisiones celulares.

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 y 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. 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. No se conoce por completo el papel de las células deciduales, pero se ha propuesto, que protegen el tejido materno frente a la invasión descontrolada del sincitiotrofoblasto e interviene en la producción hormonal. Las regiones deciduales, claramente visibles en la ecografía, son importantes para diagnosticar el embarazo temprano. 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.

Las vellosidades coriónicas cubren todo el saco coriónico hasta el comienzo de la octava semana. Conforme crece el saco, las vellosidades asociadas a la decidua capsular son comprimidas, y el flujo sanguíneo correspondiente disminuye. Estas vellosidades degeneran produciendo una zona desnuda relativamente avascular, el corion liso. A medida que desaparecen estas vellosidades, las asociadas a la decidua basal aumentan rápidamente de número, se ramifican profundamente y se agrandan. Esta región del saco coriónico se conoce como corion frondoso. 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 se desarrollada cubre del 15 % al 30% de la decidua y pesa aproximadamente la sexta parte del feto.

La placenta tiene dos porciones una porción fetal de la placenta: formada por el corión frondoso, las vellosidades coriónicas que nacen de él se proyectan al espacio intervellosos 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. 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. La sangre materna ingresa al espacio intervelloso a través de 80-100 arterias endometriales espirales de la decidua basal, los vasos desembocan en el espacio intervelloso a través de hendiduras de la cubierta citotrofoblástica, la sangre es inyectada a chorros y asciende hasta la placa coriónica por la alta presión, las vellosidades coriónicas son bañadas y se lleva a cabo el intercambio de los productos metabólicos y gaseosos con la sangre fetal. La sangre materna regresa por orificios de las venas endometriales. El espacio intervelloso de la placenta madura contiene cerca de 150 ml de sangre que se renueva 3 o 4 veces por minuto.

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, puede realizarse un diagnóstico presuntivo de embarazo que va desde un 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, en el aparato Digestivo se ve el aumento o disminución del apetito, náuseas, vómitos, acidez gástrica. 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. Detección de la hormona gonadotrofina coriónica en orina: se puede hacer en un laboratorio de análisis clínicos o con los llamados "test caseros". Estos últimos se compran en la farmacia, y la mujer lo puede realizar en su casa. 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. Más allá de cualquier síntoma o positivo, la mujer debe consultar lo antes posible con su médico para que la controle y la oriente durante su embarazo.

Diagnóstico clínico de embarazo, diagnóstico biológico, inmunológico y ecográfico

Se puede realizar mediante la utilización del examen clínico que Consiste en la presencia de síntomas subjetivos que describe la paciente o signos indirectos que pueden orientar sobre un posible embarazo. Síntomas: digestivos: 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. Son de predominio matutino, aunque en ocasiones pueden persistir más tiempo o aparecer en cualquier momento del día. Parece que tiene relación con los niveles de hCG, por lo que son más graves en gestaciones múltiples y en la enfermedad trofoblástica gestacional. También, puede presentarse sialorrea, dispepsia,

estreñimiento (por acción de la progesterona), meteorismo, anorexia, rechazo a determinados alimentos, apetito caprichoso (antojos), urinarios : crecimiento del útero puede dar lugar a polaquiuria y tenesmo vesical por la presión sobre la vejiga. Desaparece según progresa el embarazo por el ascenso del fondo uterino. El aumento de la frecuencia miccional se suele presentar al final del embarazo. Hipertrofia de las glándulas sebáceas: tubérculos de Montgomery. . Aumento de la red venosa superficial (red de Haller) sobre la semana 10. . Aparición de calostro sobre la semana 12 por acción de la prolactina. • En embarazo avanzado: . Palpación de partes fetales hacia la semana 20 si la mujer es delgada, por el peloteo que provoca el líquido amniótico, percepción de movimientos activos por inspección o palpación. . Auscultación cardíaca con el estetoscopio de Pinard a partir de la semana 16-17 si la mujer es delgada y el corazón está cercano a la pared abdominal. Se pueden auscultar soplos de cordón y soplos placentarios. Estos signos clínicos de embarazo se pueden agrupar de una manera más práctica, basada en la seguridad diagnóstica que aporta cada uno: Signos inciertos: Trastornos del estado general. Signos probables: Amenorrea y modificaciones de los órganos sexuales. Signos seguros: Percepción de latido cardíaco, movimientos Fetales y Palpación de partes .

Diagnostico 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. Consistía en inyectar orina de una mujer embarazada, altamente estrogénica, a ratones hembra de entre 3 y 5 semanas de edad. A las 100 horas eran sacrificados y se examinaban sus ovarios que, si estaban grandes y congestivos daban el diagnóstico de embarazo. Se utilizaba en pacientes de alto riesgo de morbimortalidad por causa obstétrica.

Diagnostico inmunológico: Se basa en la detección, en plasma u orina, de la fracción β de la hormona gonadotropina coriónica humana (hCG). La fracción α no sirve por su similitud con las hormonas luteinizante (LH), foliculoestimulante (FSH) y tirotrópina (TSH). La gonadotropina coriónica humana fue descubierta por Collip en 1930, pero no es hasta la década de los 80' cuando se comienza a utilizar como prueba de rutina en el diagnóstico precoz de embarazo.

Conclusión

Hoy en día es muy fácil manipular todo tipo de pacientes , en lo personal me llama mucho la atención este panorama ya que disponemos de estar junto al paciente desde su nacimiento , observamos su evolución , mediante las distintas pruebas diagnósticas podemos percatarnos de posibles patologías que el bebe y madre puede llegar afectar , son dos ciencias que van muy de la mano que necesita de mucha clínica y arte para generar un ambiente tranquilo y de comodidad.

La enfermera es temporalmente la conciencia de la inconciencia , el amor por la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del nuevo ciego , el conocimiento y la confianza de una nueva madre y la voz de aquellos demasiados débiles para hablar

Bibliografía

Antología UDS Ginecología y obstetricia.