



**Mi Universidad**

*Nombre del Alumno: MARIA ISABEL URBINA PEREZ*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICA*

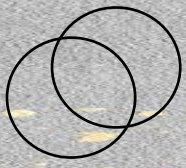
*Nombre del profesor: CECILIA ZAMORANO*

*Nombre de la Licenciatura: ENFERMERÍA*

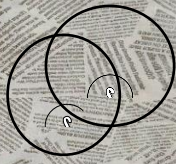
*Cuatrimestre: 5to. "B"*

# INTRODUCCION

La Obstetricia es una rama de la medicina que trata a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Antiguamente se definía simplemente como la ciencia y el arte de la reproducción humana.



# GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



Datos de filiación Los datos de filiación que deben incluirse en toda historia ginecológica deben ser los siguientes:

- Edad.
- Estado civil. Motivo de consulta En este apartado debe consignarse el motivo o motivos por los que la paciente acude a consulta.

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

## **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).

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.

### **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 pueden observarse imágenes normales o lesiones.

Es una técnica empleada en ginecología que consiste en la introducción de una lente dentro de la cavidad uterina para su evaluación. Puede servir como método de diagnóstico o puede emplearse como método quirúrgico para el tratamiento de lesiones uterinas intracavitarias, como cirugía mínimamente invasiva.

## **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.

### **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.

### **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.**

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.

Los labios menores se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal. 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.

**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 supra vaginal.

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.

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 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 desciende el uréter y los vasos hipogástricos.

## **VAGINA**

Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm.

## **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 músculo elevador del ano se fija a la pelvis en las ramas descendentes y horizontales del pubis, espina ciática, aponeurosis del obturador interno y bordes del cóxis. Sus fibras se dirigen a la línea media y se entrecruzan con las del lado opuesto.

## **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.

Irrigación sanguínea de la pelvis Las vísceras pélvicas se hallan irrigadas por las ramas hipogástricas de las arterias ilíacas comunes, a excepción de las arterias ovárica, hemorroidal superior y sacra media.

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

El propósito de este trabajo es estudiar las características de la evolución prenatal del aparato genital femenino desde el inicio de su desarrollo y comprobar las diferentes etapas evolutivas para comprender las anomalías que se presentan frecuentemente, por alteraciones de la morfología durante el desarrollo. Estudiaremos sucesivamente la organogénesis de la gónada, de los conductos genitales y de los genitales externos.

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.

- El ovario se genera a partir del epitelio celómico, del mesénquima subyacente a él y de las UNIVERSIDAD DEL SURESTE 31 células germinativas.
- Evoluciona con un período de indiferenciación, uno de diferenciación, y uno de descenso de la gónada.

## 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 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.

### 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.

## 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.

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 hipotálamahipofisario.

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. Tienen uniones estrechas entre ellas formando una barrera.

Los espermatozoides que son liberados al interior de los túbulos seminíferos son inmaduros, no tiene movilidad y son incapaces de fertilizar al óvulo, necesitan un proceso de maduración. Este proceso y su posterior almacenamiento se desarrollan en el epidídimo donde permanecen viables varios meses.

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.

La testosterona, principal hormona androgénica, es sintetizada y secretada en las células de Leydig o células intersticiales de los testículos.

Las vías sintéticas son similares a las descritas para la corteza suprarrenal, aunque con dos diferencias importantes:

- a) Los testículos carecen de unas enzimas que les impiden sintetizar glucocorticoides o mineralocorticoides.
- b) Los testículos poseen una enzima adicional, que convierte la androstenediona en testosterona.

La testosterona se encarga de la diferenciación fetal del pene, escroto y próstata; conducto deferente y vesículas seminales.

La primera etapa del desarrollo folicular es paralela a la profase del oocito. Por lo tanto, la primera etapa del folículo ovárico dura muchos años. A medida que crecen los oocitos primarios, las células de la granulosa proliferan y proporcionan al oocito nutrientes y hormonas esteroideas.

La segunda etapa del desarrollo folicular se desarrolla con mucha mayor rapidez. Esta etapa tiene lugar en un periodo de 70 a 85 días. Durante cada ciclo menstrual, unos pocos folículos entran a esta secuencia. En la región central del folículo denominada antra se acumula un líquido que contiene hormonas esteroideas, mucopolisacáridos, proteínas y FSH.

La tercera etapa y final del desarrollo folicular es la más rápida; ocurre cinco a siete días después de la menstruación. Un solo folículo de Graaf alcanza dominancia sobre sus acompañantes y estos últimos involucionan. Antes de 48 horas el folículo dominante crece hasta alcanzar 20 mm de diámetro. En el día 15 del ciclo menstrual de 28 días ocurre la ovulación y el folículo dominante se rompe y libera su oocito en la cavidad peritoneal.

Las hormonas esteroideas ováricas, progesterona y estradiol, se sintetizan en el folículo ovárico mediante las funciones combinadas de las células granulosas y tecaes. En los ovarios están presentes todos los pasos de la vía de biosíntesis. La progesterona y el estradiol se sintetizan de la manera siguiente.

## **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.

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.

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.

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.

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.

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. La pared del blastocisto tiene el espesor de una célula excepto en un área en la que tiene de tres a cuatro células. Las células internas de la parte más gruesa de la pared del blastocisto se convierten en el embrión, mientras que las externas penetran en la pared uterina para formar la placenta. La placenta produce hormonas que ayudan a mantener la gestación y permite el intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de desecho entre la madre y el feto.

La implantación comienza entre 5 y 8 días después de la fecundación y se completa en 9 o 10 días

### **1.8.- 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. 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.

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.

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.



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 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.

Sangre fetal tipo venosa fluye a la placenta a través de dos arterias umbilicales, estas arterias se dividen de manera radial en la placa coriónica (arterias coriónicas), posteriormente entran a las vellosidades coriónicas (arterias troncales) y forman un sistema de redes capilares, este sistema permite el intercambio de productos metabólicos y gaseosos.

### **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.

Detección de la hormona gonadotropina coriónica en orina: se puede hacer en un laboratorio de análisis clínicos o con los llamados "tests caseros". Estos últimos se compran en la farmacia, y la mujer lo puede realizar en su casa. Conviene utilizar la primer orina de la mañana, porque está más concentrada. Puede hacerse el diagnóstico de embarazo en los últimos días del ciclo, sin tener aún el atraso menstrual. Cuando da positivo tiene un 99% a 100% de seguridad. En el caso que el resultado sea negativo, conviene repetirlo 3 a 5 días después, porque a lo mejor los niveles de hormona (hCG) no son suficientemente altos para detectarlos en orina.

Como 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.

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). Las modificaciones que tienen lugar en la embarazada al inicio de la gestación pueden orientar al diagnóstico de la misma.

#### **DIAGNÓSTICO CLINICO.**

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

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.

**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.

Consistía en inyectar orina de una mujer embarazada, altamente estrogénica, a ratones hembras de entre 3 y 5 semanas de edad.

El pico máximo se alcanza hacia los días 60 – 70, a partir de los cuales desciende para mantenerse en cifras constantes hasta los 120 días aproximadamente. Su función principal es el mantenimiento del cuerpo lúteo que, a su vez, secreta progesterona que prepara al endometrio para el normal desarrollo embrionario, tras la implantación. Es posible detectarla en sangre hacia el 8º-9º día postovulación y en orina desde que alcanza las 500mUI/ml, que suele corresponder con el 4º -5º día de retraso menstrual.

## **CONCLUSION**

**Campo de la medicina que se especializa en la atención de las mujeres durante el embarazo y el parto, y en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductivos femeninos.**

## **REFERENCIA**

**<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/e3f391539c0f3681caec052eb35cd5dd-LC-LEN506.pdf>**