



Mi Universidad

Súper Nota

Nombre del Alumno: Fabiola Martínez Gamboa.

Nombre del tema: Anatomía del aparato genital femenino.

Parcial: 1°

Nombre de la Materia: Ginecología y Obstetricia.

Nombre del profesor: José Francisco Vázquez Vázquez.

Nombre de la Licenciatura: Licenciatura En Enfermería General.

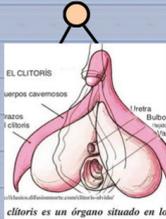
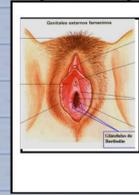
Cuatrimestre: 5°B

Lugar y Fecha de elaboración: Comitán De Domínguez Chiapas a 22 de enero del 2024

ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO: IRRIGACION, LIGAMENTOS Y MUSCULOS DEL PERINE.

Esta compuesto por:

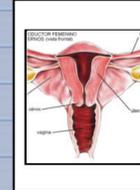
Labios de Venus: es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores, formados por unos pliegues cutáneos delgados y pigmentados, con abundantes glándulas sebáceas y sudoríparas, que carecen de folículos pilosos.



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.

Las trompas de Falopio, de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal.

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.

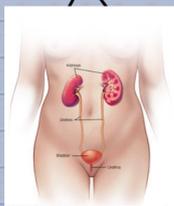
VAGINA Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm.



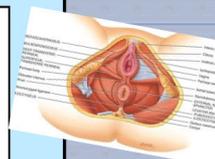
VEJIGA URINARIA

Tiene forma de tetraedro. Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina.

URÉTER 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

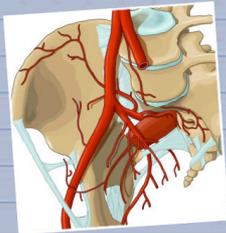
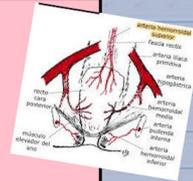


El músculo cóccigeo se inserta en la espina ciática y sus ramas se abren en abanico fijándose en las caras laterales de los segmentos sacros inferiores y cóccix. El plano músculo aponeurótico medio, también llamado diafragma urogenital, se encuentra atravesado por la uretra y la vagina. Está formado por una capa superior y otra inferior que recubren los músculos perineales profundos, que se originan en la rama isquiopubiana



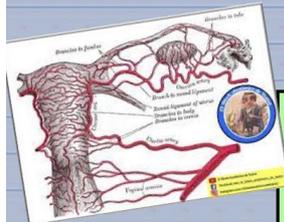
IRRIGACION Y LIGAMENTOS DEL PERINE

La arteria hemorroidal superior es rama de la arteria mesentérica inferior, anastomosándose con los vasos hemorroidales medios de la arteria hipogástrica y las ramas hemorroidales inferiores de la arteria pudenda interna.



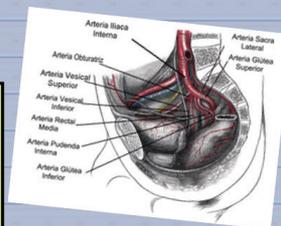
La arteria sacra media prolonga la aorta en la pelvis y representa el segmento pélvico atrofiado del tronco aórtico. Las arterias ilíacas comunes son ramas de la aorta y se dividen en la arteria ilíaca externa y la arteria hipogástrica o ilíaca interna aproximadamente a nivel del borde inferior de la quinta vértebra lumbar.

La arteria ilíaca externa se dirige hacia abajo, por la porción antero interna del músculo psoas, hasta el arco crural donde se convierte en arteria femoral. La arteria hipogástrica o ilíaca interna se origina a nivel de la articulación lumbosacra y desciende hasta el borde superior de la espina ciática mayor, dando diversas ramas que en su mayoría nacen de dos troncos; uno anterior y otro posterior. Su tronco posterior da lugar a tres ramas parietales; la arteria iliolumbar, la arteria sacra lateral y la arteria glútea superior.



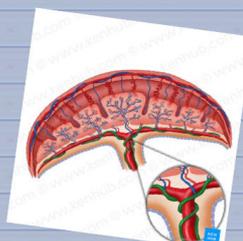
La arteria uterina procede de la rama anterior de la arteria hipogástrica. Después de penetrar en el ligamento ancho es rodeada por las venas uterinas a nivel del parametrio y por una hoja de tejido conectivo denso. A nivel del istmo uterino produce una rama cervical descendente, pero los vasos uterinos principales se dirigen hacia arriba, por los bordes laterales del útero.

La arteria glútea inferior es una de las ramas terminales de la arteria hipogástrica. Irriga el músculo glúteo mayor y los músculos de la cara posterior del muslo.



La arteria pudenda interna es la arteria del periné y de los órganos genitales externos. Abandona la pelvis a través del orificio ciático mayor, y, acompañado por sus venas y por el nervio pudendo, penetra en un canal fibroso (Canal de Alcock), formado por las fascias que recubren el músculo obturador interno.

La arteria umbilical sigue la pared lateral de la pelvis, desde la hipogástrica hasta el ombligo. En el adulto sólo es permeable su tramo pélvico, dando numerosas ramas vesicales superiores que se ramifican en la pared superior y lateral de la vejiga, la más inferior de las cuales se llama, a veces, arteria vesical media.

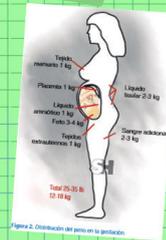


CAMBIOS FISIOLÓGICOS MATERNOS EN APARATOS Y SISTEMAS DURANTE EL EMBARAZO

1)

Modificaciones en la composición corporal y la ganancia de peso

El promedio de peso ganado durante el embarazo es 12,5 kg; este nivel de ganancia está asociado con resultado reproductivo óptimo en mujeres saludables. corresponden a diferentes componentes, como el peso del feto -que representa 27% del total del peso ganado por la madre-; al líquido amniótico le corresponde 6% y a la placenta 5%. El resto corresponde al incremento del tejido materno en útero, mamas, tejido adiposo, volumen sanguíneo y líquido extracelular (1-4). Aproximadamente, 5% del total del peso ganado ocurre en las 10 a 13 semanas del embarazo; el resto es ganado a lo largo del segundo y tercer trimestres, con una tasa promedio de 0,450 kg por semana.



2)

Modificaciones en el sistema cardiovascular

El corazón y la circulación presentan adaptaciones fisiológicas importantes desde las primeras semanas del embarazo. El gasto cardíaco se incrementa hasta en 50% en comparación con la mujer no gestante, atribuyéndose estas modificaciones a una elevación de la frecuencia cardíaca (15 a 25% mayor que en la mujer no embarazada), al volumen latido, que se encuentra elevado en 25 a 30% al final del embarazo, y finalmente a una disminución de la resistencia vascular periférica, en 20%, aproximadamente.



3)

Modificaciones en el aparato urinario

Durante el embarazo se pierden aminoácidos y vitaminas hidrosolubles por la orina, en mayor cantidad que en las mujeres no gestantes; la creatinina y el nitrógeno ureico sérico disminuyen; de manera que, una creatinina sérica mayor a 0,9 es sospechosa de enfermedad renal subyacente (21). También, la depuración de creatinina es 30% mayor comparada con mujeres no gestantes; valores por debajo de 137 mL/min deben ser estudiados exhaustivamente.



4)

Modificaciones en el tracto gastrointestinal

El estómago se modifica debido a factores mecánicos y hormonales; el elemento mecánico es el útero ocupado y el factor hormonal, la progesterona, que disminuye el peristaltismo gástrico e intestinal; como resultado del factor hormonal, se producirá retraso en el vaciamiento gástrico y, en el intestino, una mayor absorción, debido a la lentitud en el tránsito intestinal.



5)

Modificaciones en el sistema nervioso central y periférico

Por resonancia magnética se ha demostrado que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre; se desconoce el mecanismo e importancia clínica de esta merma, aunque podría explicar la disminución de la memoria durante el embarazo.



6)

Modificaciones en el sistema respiratorio

Se producen precozmente a partir de la octava semana modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, por efecto hormonal y modificaciones mecánicas y anatómicas.



7)

Modificaciones en la piel

Prurito: se presenta en 3 a 20% de las embarazadas, puede ser localizado o generalizado y se acentúa conforme avanza la gestación.
 • Alteraciones pigmentarias: la más común y que preocupa a la mujer gestante es el cloasma o melasma; esto se debe a que en determinadas áreas de la piel hay mayor cantidad de melanocitos.
 • Estras: frecuente en personas de piel clara, de localización abdominal, alrededor del ombligo y en las mamas; no solo se producen por la distensión de la piel, sino también influirían los factores hormonales.



8)

Modificaciones en la farmacocinética de medicamentos y

Las modificaciones fisiológicas que ocurren en el organismo materno por efecto del embarazo alteran la farmacocinética de medicamentos y drogas, lo cual debe ser muy bien conocido por el clínico, para indicar una terapéutica adecuada y segura, tanto para la madre como para el feto y el recién nacido.



MANIOBRAS DE LEOPOLD

ESTÁTICA FETAL

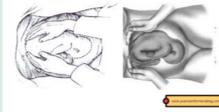
La estática fetal nos habla de cómo está orientado el feto, que relaciones guardan sus distintos segmentos entre sí y que relación guardan con la pelvis materna. Se describen 4 términos: situación, presentación, actitud y posición.



1 MANIOBRA- SITUACIÓN FETAL:

Describe la relación entre el eje longitudinal del feto y el de la madre. La situación puede ser longitudinal (99%), transversa u oblicua, la cual es, en general, una situación transitoria.

1a. Maniobra de Leopold



2 MANIOBRA-PRESENTACIÓN:

Se refiere a la parte del cuerpo fetal que se aboca al estrecho mayor de la pelvis, es capaz de llenarlo y de desencadenar un trabajo de parto. Si el feto se encuentra en situación longitudinal la presentación puede ser pélvica (2.7%) o cefálica (96.8%). Si se encuentra en situación transversa se presenta el hombro.

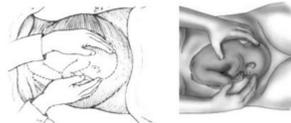
3 MANIOBRA-ACTITUD:

Es la relación que guardan las distintas partes fetales entre ellas. Normalmente la actitud cambia a lo largo de la gestación y en los últimos meses el producto toma su actitud definitiva. Puede encontrarse en actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión.

3a. Maniobra de Leopold



4a. Maniobra de Leopold



4 MANIOBRA- POSICIÓN:

Es la relación que guarda un punto específico del producto con el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna. Por ejemplo, podemos tomar el dorso como referencia y decir que se encuentra con dorso a la derecha o dorso a la izquierda.

POSICIÓN
ORIENTACIÓN DEL DORSO FETAL RESPECTO A LA PELVIS MATERNA

PRESENTACIÓN
PARTE DEL FETO QUEDESCANSA SOBRE LA PELVIS MATERNA



ACTITUD
RELACIÓN QUE EXISTE ENTRE LAS PARTES FETALES

SITUACIÓN
RELACIÓN ENTRE EL EJE LONGITUDINAL DE LA MADRE Y EL EJE DEL FETO

BIBLIOGRAFIA

- ✓ [ce0df76521479efc056c3a595e06dd85-LCLEN506 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.pdf \(plataformaeducativauds.com.mx\)](https://ce0df76521479efc056c3a595e06dd85-LCLEN506_GINECOLOGIA_Y_OBSTETRICIA.pdf)
- ✓ [Redalyc.Modificaciones fisiológicas en el embarazo](#)
- ✓ .cloudfront.net/59395484/MANIOBRAS-DE-LEOPOLD20190525-15231-cp77h4-libre.pdf?1558850494=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMANIOBRAS_DE_LEOPOLD_DEPARTAMENTO_DE_INT.pdf&Expires=1705702957&Signature=ShAUGPtsNME~VJmniouelcBAf2Soi8v5lcRVt8pO41bOXAxzp7A6sainfkNh1cBt0rwqnJJ9ckf0Qexcg4nkU6F1-AaBsGGlxzeQikwhAoMwTxRrsdHK3nQKbdIK3nmB9sMqemayxvCYjS6XFI5Bff8xbk0I88xKgXlcRXjxa~G8vBHrQh4XIM4vr1hGXNN46py5Ma5YnQeLzcGI24j6fU5i1hKISNUoXDjej4wzL7g~C0Uxn6Pfq02pPI-5XApGVVA0wrnBHcalf8w1zrGrIukKQNUUJ9Tiotlww6ahmjuLToh-pxBu1ZfqM~4Wd9Tz8AI~cglpepLuegUfeFfJA__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA