



Mi Universidad

Súper Nota

Nombre del Alumno: Odette Sayuri Ruiz Dávila

Nombre del tema: anatomía del aparato genital, cambios fisiológicos maternos durante el embarazo y maniobras de leopold

Parcial: 1°

Nombre de la Materia: Ginecología y obstetricia

Nombre del profesor: José Francisco Vázquez Vázquez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

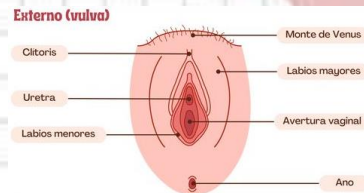
Cuatrimestre: 5°

Anatomía del aparato genital femenino

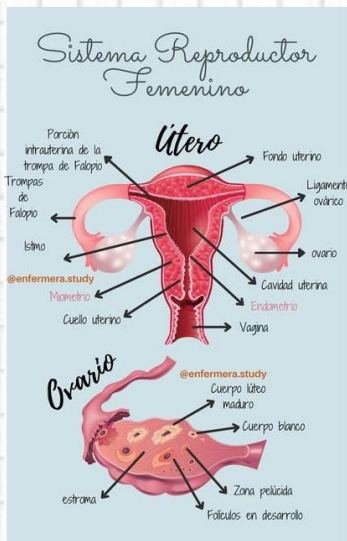


Genitales externos:

- Monte de venus: es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis
- Labios menores: rodean los labios menores
- Labios mayores: se unen por delante formando el prepucio del clítoris mientras que por la parte posterior se fusionan formando parte de la horquilla perineal
- 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
- 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

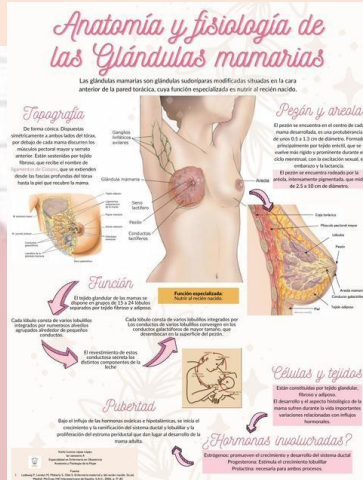


- Útero: Órgano muscular hueco que se compone de cuerpo y cuello uterino, separados entre sí por un ligero estrechamiento que constituye el istmo uterino
- Trompas uterinas o de Falopio: de unos 12 cm de longitud, comunican las cavidades uterina y peritoneal.
- Ovario: Órgano bilateral situado cada uno en la fosa ovárica, en el ángulo formado por la bifurcación de la arteria iliaca primitiva.
- Vagina: Conducto músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm.
- Vejiga urinaria: Está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina.
- 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
- Periné: se haya limitado hacia delante por el arco púbico, lateralmente por las ramas isquiopúbicas y las tuberosidades isquiáticas y hacia atrás por los ligamentos sacrocóccigeos mayor y menor
- Fijación de las vísceras pélvicas: se hallan irrigadas por las ramas hipogástricas de las arterias iliacas comunes, a excepción de las arterias ovárica, hemorroidal superior y sacra media. Las arterias ováricas son ramas directas de la aorta. Nacen a un nivel variable, en un intervalo comprendido entre las arterias renales y la arteria mesentérica inferior.

Glandula mamaria

Es una glándula exocrina de origen ectodérmico. Su tamaño y forma varía de una mujer a otra e incluso en la misma mujer en las distintas épocas de su vida. En la porción más prominente de su cara convexa, se encuentra una eminencia de aspecto papilar, el pezón. El pezón aparece rodeado por la areola, que es la zona cutánea anular que difiere de la piel del resto de la mama por ser más delgada y pigmentada.

Anatomía y fisiología de las Glándulas mamarias

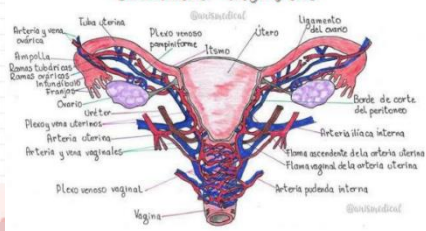


Irrigación de ligamentos

Entre las ramas de la arteria pudenda interna tenemos:

- Arterias hemorroidales inferiores
- Arteria perineal
- Arteria del clitoris
- Vasos linfáticos pélvicos
- Ganglios hipogástricos
- Los ganglios de la vena safena
- Ganglios de la vena pudenda externa superficial
- Ganglios femorales profundos
- Nervo hemorroidal
- Rama superficial

Irrigación de los Órganos Sexuales Internos





Cambios fisiológicos en aparatos y sistemas durante el embarazo

El embarazo normal representa una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos para la mujer, todos estos cambios están enfocados en ajustarse y adaptarse a las exigencias que el desarrollo de un nuevo ser humano en el interior del cuerpo de la madre representa, dichos cambios ocurren de manera gradual, pero continua, a lo largo de todo el embarazo y desde luego están influenciados por múltiples factores como la edad de la mujer, los embarazos previos, su estado físico, nutricional, etc.



Cambios cardiovasculares



La frecuencia cardíaca materna aumenta en etapas tempranas del embarazo y se mantiene constante en el tercer trimestre, durante el cual alcanza un aumento de a Todos estos incrementos en los parámetros circulatorios podrían hacer suponer que la tensión arterial (TA) en la mujer embarazada también debería incrementarse normalmente; sin embargo, durante el embarazo, la tensión arterial media disminuye de manera paulatina hasta llegar a su punto más bajo entre las semanas 16 y 20, y a partir del último trimestre comienza a subir hasta llegar a unas cifras cercanas a las de antes del embarazo aproximadamente 12-20 latidos por minuto con respecto a los valores previos. En etapas avanzadas del embarazo, el útero grávido en posición supina puede causar una compresión de la vena cava inferior, causando una disminución del retorno venoso al corazón, y a su vez provocando una disminución del gasto cardíaco, resultando en síntomas como debilidad, náusea, mareo o incluso síncope, lo cual también puede condicionar reducción del flujo sanguíneo hacia la placenta y el feto

Cambios pulmonares y respiratorios



Al inicio del embarazo, el volumen de reserva inspiratoria se reduce, ya que el volumen aumenta; pero en el tercer trimestre este volumen de reserva aumenta, como resultado de la disminución de la capacidad residual funcional). En el embarazo avanzado, el crecimiento del útero grávido produce un importante ascenso diafragmático, lo que condiciona una disminución de la capacidad residual funcional y de la capacidad pulmonar total; sin embargo, debido al aumento en la circunferencia torácica provocada por la relajación de los músculos intercostales y también debido a la relajación del músculo liso bronquial, la capacidad vital permanece sin cambios, estos cambios favorecen que en la mujer embarazada los síntomas de asma bronquial disminuyan, lo cual ocurre hasta en un 30% de las mujeres previamente asmáticas. En la exploración física habitual, la frecuencia ventilatoria aumenta en 1 o 2 ventilaciones por minuto.



Cambios gastrointestinales

La náusea y el vómito son quejas frecuentes en especial al inicio de la gestación y afectan del 50 al 90% de los embarazos. A medida que el embarazo progresa, cambios mecánicos en el tracto alimentario ocurren como consecuencia del útero en crecimiento. El estómago se desplaza hacia arriba conduciendo a un eje anatómico alterado y al aumento de la presión intragástrica, lo anterior aunado a la reducción del tono del esfínter esofágico inferior y a cierto grado de gastroparesia, favorecen el desarrollo de reflujo gastroesofágico, pirosis, náuseas y vómito.



Cambios renales y urinarios

los riñones incrementan su tamaño alrededor de un 30% y pueden alargarse entre 1 y 1.5 cm por el aumento del volumen vascular e intersticial; sin embargo, la *hidronefrosis fisiológica* puede también contribuir a este aumento del tamaño renal; esta hidronefrosis ocurre como consecuencia de la relajación del músculo liso ureteral, pero también al efecto mecánico compresivo que ejerce el útero sobre los uréteres en especial en el derecho. El aumento de la tasa de filtración glomerular se traduce en la disminución de las concentraciones séricas de creatinina y urea, esta reducción fisiológica es especialmente importante de considerar en la clínica, ya que la presencia de niveles normales de creatinina y urea séricas en la mujer embarazada pueden ser indicativos de falla renal incipiente.



Cambios hematológicos

Debido a la ausencia de la menstruación, los requerimientos de hierro disminuyen durante el primer trimestre del embarazo y es a partir del segundo trimestre que comienzan a aumentar gradualmente como respuesta a la producción elevada de eritrocitos maternos y la aceleración del crecimiento tanto placentario como fetal. La anemia por deficiencia de hierro puede llegar a presentarse en el embarazo debido a la gran demanda de hierro que implica, en especial si existen deficiencias previas o falta de suplementación adecuada durante el embarazo; la manera en que se puede diferenciar un estado de deficiencia de hierro de la anemia fisiológica es que los volúmenes eritrocitarios relacionados al contenido de hemoglobina



Cambios endocrinos

La función del eje hipotalámico-hipofisario es crucial para ayudar a la madre y al feto a afrontar el estado hipermetabólico que demanda el embarazo. El embarazo normal produce un estado de hipercortisolismo fisiológico, el cual está provocado por la producción placentaria de ACTH y CRH que aumentan la producción de cortisol, además existe una disminución de la función normal del circuito de retroalimentación negativa a nivel de hipófisis-hipotálamo, lo cual evita que exista una menor producción de factores liberadores hipotalámicos; sin embargo, a pesar de este aumento de cortisol, este continua mostrando las variaciones circadianas habituales.

Cambios metabólicos

El metabolismo materno experimenta cambios sustanciales durante el embarazo; al inicio se puede observar un estado anabólico en la madre con un aumento en las reservas de grasa y pequeños aumentos en la sensibilidad a la insulina. La mayoría de los nutrientes se almacenan en las etapas tempranas del embarazo para soportar las demandas feto-placentarias y maternas de la gestación tardía y la lactancia. En contraste, el embarazo tardío se caracteriza como un estado catabólico con una resistencia a la insulina aumentada, lo que resulta en mayores concentraciones de glucosa y ácidos grasos libres, permitiendo su mayor utilización como sustrato para el crecimiento fetal. Las mujeres embarazadas requieren un aumento en el consumo de proteínas durante el embarazo, ya que los aminoácidos resultantes de su catabolismo son transportados activamente a través de la placenta, por lo que el catabolismo proteico disminuye progresivamente a la vez que las reservas lipídicas se emplean como principal fuente de energía. Existe un

Cambios inmunológicos

Estos ajustes del sistema inmunológico comprenden tanto cambios locales a nivel del endometrio y la placenta como cambios sistémicos. En este sentido se ha propuesto que existen tres etapas durante el embarazo; en la primera etapa (1er trimestre) existe una importante inflamación local a nivel de endometrio que es importante para que ocurra la implantación y la correcta formación de la placenta; en el segundo trimestre existe un estado anti-inflamatorio con un predominio de la





Maniobras de Leopold



Las maniobras de Leopold son una serie de movimientos que realizan los ginecólogos y las enfermeras para conocer en qué postura viene el bebé. Se denominan así porque son un conjunto de maniobras descritas por Christian Leopold y Spodin en 1984. Así, estas maniobras se realizan sobre el abdomen de las mujeres embarazadas y con las que se busca identificar la estática fetal. En total, existen unas cuatro maniobras de Leopold; tres de ellas se realizan frente al paciente, mientras que la otra restante se hace a los pies de la mujer.



¿Qué determinan?

- Presentación fetal. Se determina si el bebé está en posición cefálica o pélvica.
- Posición fetal. Para determinar si el dorso del feto está del lado derecho o izquierdo de la madre.
- Situación fetal. Cefálico (cabeza), transversal (atravesado), oblicua (en diagonal) o podálico (pies).
- Actitud fetal. Actitud indiferente, en flexión (lo más frecuente), en extensión o en hiperextensión.

MANIOBRAS DE LEOPOLD

@Somos.medicos

1RA MANIOBRA



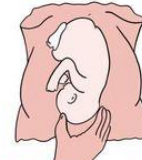
SITUACIÓN (Longitudinal, transversa, Oblicua) Su objetivo es identificar el POLO FETAL en que se encuentra el fondo uterino.

2DA MANIOBRA



POSICIÓN (Dorso derecho, dorso izquierdo) Objetivo Valorar la relación entre el dorso del feto y el flanco materno.

3RA MANIOBRA



PRESENTACIÓN Permite Comprobar el polo fetal Cefálica Podálica Pelviana



4TA MANIOBRA



GRADO ENCAJAMIENTO permite comprobar en grado del encajamiento de la presentación del feto en la pelvis materna.

Bibliografía

Universidad del sureste.2024.antologia de ginecología y obstetricia.pdf.
<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/ce0df76521479efc056c3a595e06dd85-LCLEN506%20GINECOLOGIA%20Y%20OBSTETRICIA.pdf>

Carrillo P. García A. soto M. Rodríguez G. Pérez J. Martínez D.2021Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. Página web.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422021000100039