



**Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana**

Resumen

Nombre: Morales Cano Anayancy.

Grupo: "B"

Grado: Sexto semestre

Materia: Ginecología y Obstetricia

Docente: Dr. Mauricio Solís Pérez

EJE TALAMO-HIPOFISIS-OVARIO

A nivel del hipotálamo se liberan GnRh, las cuales tienen una secreción pulsátil, a este nivel actúan las células gonadotropas de la adenohipófisis las cuales van a liberar LH Y FSH. Estas dos hormonas, a nivel de ovario, se unen con las células de la granulosa teca para estimular la foliculogénesis y la producción ovárica de diversos esteroides sexuales. Los estrógenos, progesterona, andrógenos y péptidos gonadales retroalimentan al hipotálamo e hipófisis para inhibir o aumentar la secreción de GnRh y gonadotropinas en el pico de la mitad del ciclo.

En el ovario hay 3 zonas con capacidad de producción hormonal, el folículo el cual produce estradiol, progesterona y andrógenos, el cuerpo lúteo produce progesterona y estrógenos y el estroma andrógenos, estrógenos y progesterona.

Un ciclo que se encuentra bajo control del este eje es el ciclo ovárico, estos son espontáneos, periódicos, regulares y predecibles. El ciclo ovárico tiene una duración de 24-32 días, debemos saber también que el primer día del ciclo es el primer día de sangrado y el último es un día antes de este; se cuenta con tres fases, la folicular, la de ovulación y la lútea, en la primera la hormona principal es el estrógeno mientras que en la lútea es la progesterona, la ovulación se lleva a cabo a los 14 días.

Por otro lado, tenemos el ciclo endometrial en el cual se llevan a cabo los cambios regulares que se producen en el sistema reproductor femenino. El endometrio está conformado por dos capas, la basal se regenera y la funcional, la cual es la capa más externa, se desprende cada menstruación, esto se debe a que en la fase menstrual hay muerte del cuerpo lúteo, lo que disminuye el estradiol y la progesterona lo que degenera el componente vascular y glandular dando la degradación del tejido funcional y es lo que provoca el sangrado.

Hablando un poco sobre algunas de las hormonas antes mencionadas: los estrógenos son producidos en el ovario y la corteza suprarrenal, su acción en la adolescencia es impulsar el desarrollo del miometrio y promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación, el estradiol es el principal estrógeno ovárico durante la vida reproductiva. La progesterona produce cambios de

carácter pro-gestacional, sintetiza mayormente el cuerpo lúteo, su acción es preparar el útero e inhibe la producción de LH y estimula la liberación de FSH y finalmente los andrógenos se convierten en estrógenos en numerosos tejidos por la actividad de la aromatasa en la piel y el tejido adiposo.

FISIOLOGIA MATERNA

La gran parte de los cambios fisiológicos que se relacionan con el embarazo son provocados por estímulos proporcionados por el feto y la placenta.

A nivel del útero, este útero pesa aproximadamente 70 g y es casi sólido en la mujer no embarazada. Ya que, durante el embarazo, el útero se transforma en un órgano muscular de paredes delgadas con capacidad suficiente para acomodar el feto, la placenta y el líquido amniótico.

Durante el embarazo, el agrandamiento uterino implica elongación e hipertrofia marcada de las células musculares. La hipertrofia uterina al principio del embarazo probablemente se ve estimulada por la acción del estrógeno, el grado de hipertrofia uterina también se ve influenciado por la posición de la placenta. La musculatura uterina durante el embarazo se dispone en tres estratos: capa exterior la cual tiene forma de capucha, que se arquea sobre el fondo y se extiende hacia los diversos ligamentos, la capa intermedia es una densa red de fibras musculares perforadas en todas las direcciones por los vasos sanguíneos y por último la capa interna que contiene fibras parecidas a esfínteres alrededor de los orificios de las trompas de Falopio y el orificio cervical interno.

En un mes el cuello uterino comienza a ablandarse y obtener tonos azulados, como resultado de la vascularización y edema y de los cambios de la red de colágeno hipertrofia e hiperplasia de las células. La maduración de esta área implica la remodelación del tejido conectivo. La ovulación cesa durante el embarazo y se suspende la maduración de los nuevos folículos. El único cuerpo lúteo encontrado en las funciones grávidas es máximo durante las primeras 6 a 7 semanas de embarazo, 4 a 5 semanas después de la ovulación.

Durante el embarazo la mayor parte del aumento de peso normal es atribuible al útero y su contenido, las mamas y la sangre expandida y los volúmenes de fluido extracelular extravascular.

La FC materna aumenta en etapas tempranas del embarazo y se mantiene constante en el 3er trimestre, durante el cual alcanza un aumento de aproximadamente 12-20 lpm con respecto a los valores previos.

Los cambios respiratorios comienzan muy temprano, desde la 4ta semana de gestación. Dilatación de los capilares de la mucosa nasal, orofaríngea y laríngea puede predisponer al desarrollo de epistaxis durante el embarazo que, en general es autolimitada. El volumen de reserva inspiratoria se reduce, ya que el volumen corriente aumenta, pero en el tercer trimestre este volumen de reserva aumenta, como resultado de la disminución de la capacidad residual funcional.

El volumen respiratorio por minuto aumenta de un 40 a un 50% debido al incremento del volumen corriente, habrá una ventilación y producirá que los valores de gases en la sangre arterial se vean modificados, la pO₂ aumenta y la pCO₂ disminuye, mientras que el bicarbonato amortigua este cambio disminuyendo también provocando alcalosis respiratoria leve compensada.

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, la hidronefrosis fisiológica (que se presenta en aproximadamente el 80% de las mujeres embarazadas) puede también contribuir a este aumento del tamaño renal.

La náusea y el vómito son quejas frecuentes en especial al inicio de la gestación y afectan del 50 al 90% de los embarazos, algunas hormonas como la gonadotropina coriónica humana (hCG), los estrógenos y la progesterona pueden estar involucrados en origen de estas. Usualmente la náusea se resuelve para la semana de gestación 20; sin embargo, ocasionalmente puede llegar a persistir hasta el final del embarazo.

Adicionalmente, el efecto hormonal de relajación de músculo liso intestinal también predispone al desarrollo de estreñimiento y distensión abdominal, lo cual puede estar exacerbado por las conductas alimentarias y el sedentarismo.

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

TRABAJO DE PARTO

Para iniciar debemos saber que la pelvis está compuesta por 4 huesos; un sacro, cóccix y dos iliacos formando un aro que divide a la pelvis en dos partes, superior e inferior. Tenemos tres ángulos pélvicos el conjugado obstétrico, el transversal y dos oblicuos. En los planos de Hodge tenemos al primero que va del promontorio al borde superior de la sínfisis del pubis (libre) el segundo de la segunda vertebra sacra al borde inferior de la sínfisis del pubis. (fijo), tercero de la altura de las espinas ciáticas, 3ra vertebra sacra (encajado) y el cuarto del vértice del cóccix (encajado).

El trabajo de parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto, la placenta y sus anexos por vía vaginal, de 22 semanas o más. Se divide en tres periodos: primer periodo dilatación y borramiento, segundo periodo expulsión y el tercer periodo alumbramiento.

El primer periodo comienza con el inicio de las contracciones uterinas y la presencia de cambios cervicales, se caracteriza por contracciones dolorosas en abdomen irradiadas hacia la región lumbosacra y progresivas en frecuencia, intensidad y duración, contracciones uterinas de 3 a 4 en 10 minutos con una duración de 30 a 60 segundos. En las primigestas primero está el borramiento y después la dilatación y multigestas ocurren simultáneamente.

El segundo periodo comienza con la dilatación y borramiento completos y termina con la expulsión del feto, en primigestas tarda alrededor de 50 minutos y en multigestas 20 minutos. El tercer periodo comprende desde el nacimiento del

producto hasta la expulsión de placenta y membranas, tiene una duración aproximada de 30 minutos, los tipos de alumbramiento son espontáneo, dirigido y manual.

La presentación (parte anatómica del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis, puede ser cefálica o podálica), situación (relación entre el eje longitudinal fetal y el materno), posición (relación arbitraria entre el punto toconómico con el canal del parto) y actitud (relación que guardan las distintas partes fetales entre sí) son parte de la estática fetal y se valoran mediante las maniobras de Leopold, la primer maniobra nos sirve para identificar el polo fetal y con eso la presentación, la segunda maniobra para la posición del dorso del feto, la tercera para confirmar la presentación y la cuarta confirma el encajamiento.