

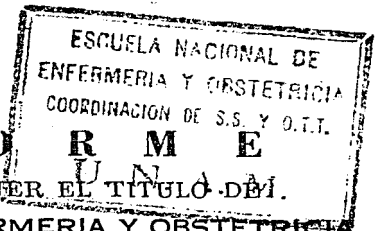
24/105



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

PROGRAMA DE DOCENCIA EN ENFERMERIA, EN
LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



I N F O R M E
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE M.

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

ALEXIS SANTILLAN RESENDIZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Pág.

<u>JUSTIFICACION</u>	
I. <u>ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA</u>	1
1.1 Antecedentes.	3
1.1.1 Génesis.	3
1.1.2 Independencia.	3
1.1.3 Epoca Actual.	5
	7
II. <u>PROGRAMA DE SERVICIO SOCIAL PARA PASANTES DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN PRACTICA DOCENTE</u>	9
2.1 Justificación.	12
2.2 Objetivo General.	13
2.3 Objetivos Específicos.	13
2.4 Actividades a desarrollar por los pasantes en servicio social en el área de docencia.	13
III. <u>PROGRAMA DE TRABAJO</u>	16
3.1 Objetivos.	17
3.2 Consulta Externa.	19
3.3 Planificación Familiar.	21
3.4 Admisión.	23

	Pág.
3.5 Labor.	25
3.6 Expulsión.	27
3.7 Recuperación.	29
3.8 Puerperio.	31
3.9 Clínica de Alto Riesgo.	33
3.10 Cunero.	35
3.11 Estancia Infantil.	37
3.12 Casa Hogar para Seniles.	39
IV. <u>PLAN SEMANAL DE ACTIVIDADES</u>	42
4.1 Teoría Intensiva.	42
4.2 Primer Período.	47
4.3 Segundo Período.	49
V. <u>ESTUDIO DE LAS UNIDADES INTITUCIONALES</u>	
5.1 Guía de Introducción al Campo Clínico.	50
5.2 Estudio de Campo Clínico.	52
5.2.1 Datos Referentes a la Institución.	52
5.2.2 Principales Antecedentes Históricos.	53
5.2.3 Objetivos.	56
5.2.4 Políticas.	57
5.2.5 Personal Directivo.	58
5.2.6 Clasificación del Hospital.	59
5.2.7 Estadísticas Médicas.	59

	Pág.
5.2.8 Servicios con que cuenta.	59
5.2.9 Distribución de camas por Servicio.	63
5.2.10 Datos Referentes al Departamento de Enfermería.	63
5.2.10.1 Objetivos.	63
5.2.10.2 Políticas.	64
5.2.10.3 Organización.	65
5.2.10.4 Personal.	65
5.2.10.5 Sistemas de Trabajo.	67
5.2.10.6 Programas.	67
5.2.10.7 Manuales Existentes.	68
5.2.10.8 Coordinación Simultanea -- con otras Escuelas.	68
5.3 Estudio de la Estancia Infantil.	69
5.3.1 Datos Generales.	69
5.3.2 Antecedentes Históricos.	69
5.3.3 Distribución de los Departamentos.	70
5.3.4 Equipo Técnico.	70
5.3.4.1 Personal Responsable.	70
5.3.4.2 Personal de Apoyo.	71
5.3.4.3 Personal Administrativo.	71
5.3.5 Atención Directa al Niño.	71
5.3.6 Distribución de los niños por Edades.	73

	Pág.
5.3.7 Horarios.	73
5.3.8 Otras Escuelas que realizan su Práct tica.	73
5.4 Estudio de la Fundación de Socorro.	74
5.4.1 Datos Generales.	74
5.4.2 Antecedentes Históricos.	74
5.4.3 Personal de la Fundación.	75
VI. <u>ACTIVIDADES DE ENFERMERIA</u>	
6.1 Plan de Clase Educación Prenupcial.	76
6.1.1 Introducción.	78
6.1.2 Principales Antecedentes que deben to marse en cuenta para aquellas perso-- nas que van a formar un nuevo Hogar.	80
6.1.3 Requisitos para contraer Matrimonio.	85
6.1.4 Algunas Disposiciones de la Legisla-- ción Mexicana sobre la familia.	87
6.1.5 Carta Internacional de los Derechos - del Niño.	89
6.2 Plan de Clase. Indicadores para la Valora-- ción del Embarazo de Alto Riesgo.	95
6.2.1 Introducción.	97
6.2.2 Factores Maternos Generales..	99
6.2.3 Complicaciones en la Primera Mitad --	101

	Pág.
del Embarazo.	
6.2.4 Complicaciones en la Segunda Mitad -- del Embarazo.	109
6.3 Plan de Clase. Acciones de Enfermería en los Períodos Clínicos del Parto en Dilata-- ción y Borramiento (Admisión).	118
6.3.1 Introducción.	120
6.3.2 Acciones de Enfermería en Admisión.	121
6.3.2.1 Interrogatorio.	122
6.3.2.2 Inspección.	124
6.3.2.3 Palpación.	127
6.3.2.4 Auscultación.	132
6.4 Plan de Clase. Acciones de Enfermería en los Períodos Clínicos del Parto en Dilata-- ción y Borramiento (Labor).	138
6.4.1 Introducción.	139
6.4.2 Acciones de Enfermería en Labor.	140
6.4.2.1 Inducción, Conducción, Indica-- ciones, Contraindicaciones.	142
6.4.2.2 Técnica de Inducto-conducción Complicaciones.	144
6.4.2.3 Amniotomía.	145
6.5 Plan de Clase. Acciones de Enfermería en - los Períodos Clínicos del Parto, Período <u>Ex</u>	147

	Pág.
pulsión y Alumbramiento.	
6.5.1 Introducción.	149
6.5.2 Acciones de Enfermería en Expulsión.	151
6.5.2.1 Bloqueo Peridural.	151
6.5.2.2 Anestesia por Infiltración local.	154
6.5.2.3 Acciones de Enfermería en Expulsión.	157
6.5.2.4 Cuidados Inmediatos al Recién Nacido.	161
6.5.2.5 Método de APGAR.	166
6.6 Plan de Clase. Asistencia de la Puérpera - en el Post-Parto Inmediato.	169
6.6.1 Introducción.	171
6.6.2 Cambios en el Puerperio Inmediato.	171
6.6.3 Acciones de Enfermería a la puérpera en el post-parto inmediato.	175
6.7 Sesión Clínica de Cateterismo Vesical Femenino.	180
6.8 Sesión Clínica de Aseo de Organos Genitales Femeninos Externos.	186
6.9 Sesión Clínica de Alimentación con Sonda.	190
6.10 Sesión Clínica de Tricotomía Vulvar.	195
6.11 Sesión Clínica de la Incubadora.	198

	Pág.
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	203
BIBLIOGRAFIA	207
ANEXOS:	209
1) Programa de Prácticas de Crecimiento y - Desarrollo (teoría).	210
2) Lista de Alumnos.	223
3) Calendarización de Charlas Educativas. (Consulta Externa).	224
4) Calendarización de Charlas Educativas. (Puerperio Fisiológico).	225
5) Calendarización de Sesiones Clínicas.	226
6) Plan de Supervisión de la Práctica.	227
7) Parámetros de Evaluación.	229
8) Exámenes de Crecimiento y Desarrollo.	231
9) Plan de Rotación de Alumnos por Servicio.	243
10) Plan de Rotación de Alumnos por Sección.	244
11) Organigrama General del Hospital de la - Mujer.	245
12) Organigrama Estructural del Departamento de Enfermería del Hospital de la Mujer.	246

J U S T I F I C A C I O N

La oportunidad que se les da a los egresados de la ca
rrera de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, de real
lizar su Servicio Social en el área de la docencia, es una
de las opciones que se les brinda a los egresados para satisu
facer sus inquietudes sobre la docencia y poner en práctica
sus aptitudes y habilidades e integrar todos los conocimieno
tos teóricos y prácticos adquiridos durante la formación proo
fesional, y la aplicación de éstos en el desarrollo de la --
práctica.

Por otra parte es importante para el egresado de la -
Licenciatura que desee seguir en éste tipo de práctica profeo
sional.

O B J E T I V O S

Integrar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos durante la carrera, para su aplicación en el desarrollo de la práctica docente.

Identificar los Recursos Humanos y Materiales con los que cuenta una Institución Hospitalaria, considerándolos en el desarrollo de la práctica.

Planear, organizar y ejecutar, las actividades a realizar durante el desarrollo de la práctica a través del proceso enseñanza-aprendizaje.

PROCESO DE CONFORMACION DE LA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DE LA U.N.A.M.

A N T E C E D E N T E S. 1/

Primer Período 1903 - 1945. Génesis.

Los orígenes de la Escuela se remontan al Porfiriato; en 1903, se funda la Escuela de Enfermería del Hospital General, recién inaugurado a petición de los médicos quienes necesitaban contar con enfermeras que se hicieran cargo de los pacientes.

Esta escuela pasa a depender de la Escuela de Medicina, incorporándose ambas a las U.N.A.M. en 1911.

Es importante señalar que la escuela de Enfermería nació por la necesidad que sentía el médico de una ayuda en el Hospital sin que en este inicio tuvieran conexiones con enfermeras empíricas de la comunidad, ni tampoco por enfermeras de hospitales, por lo que la formación de enfermeras que

1/ Ponce, B. et al. "Proceso de Conformación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la U.N.A.M. U.N.A.M. 1985, p. 74-83.

da desde sus orígenes totalmente subordinada a las órdenes médicas y limitada las actividades manuales y técnicas que el médico requería.

Desde el momento de su fundación hasta 1974 la escuela estuvo dirigida por médicos, por lo que los planes de estudio fueron un reflejo de la concepción y formación de éstos profesionales, pero a un nivel "adecuado" a la enfermera, obviamente inferior al de ellos.

La formación médica estaba basada en la medicina norteamericana con base al informe Flexner publicado en 1914, que se caracterizaba por su enfoque biólogo, curativo, individual, hospitalario y de alta especialidad con olvido de la etiología social de las enfermedades y la atención preventiva y comunitaria, enfoque asumido igualmente en la formación de enfermeras.

Con las necesidades sociales e incluso las políticas estatales se crea la Escuela de Salud Pública, como dependencia de la Secretaría de Instrucción en lugar de la Universidad, ante la negación de los médicos de liberar su práctica liberal.

Es importante señalar también que para la planeación y supervisión de las prácticas de los estudiantes de la nueva

escuela, fueron invitadas primero dos enfermeras Alemanas y después dos norteamericanas, lo cual cortó drásticamente con todo lo que había de enfermería en México, al no tomar en cuenta las experiencias tanto hospitalarias como comunitarias, de las enfermeras mexicanas.

El final de éste primero período marcado en la historia de nuestra escuela, corresponde en el sector salud, a la creación del I.M.S.S. y del inicio de la proliferación de una serie de hospitales de alta especialización (I.N. Cardiología, I.N. Nutrición, I.N. Neurología, I.N. Cancerología, - Hospital Infantil y los de Seguridad Social: ISSSTE, PEMEX, - Ferrocarriles, etc.). Lo que determina un mayor énfasis en la práctica hospitalaria médica y de enfermería dejando de lado los aspectos sociales y preventivos.

Segundo Período 1945 - 1974. Independencia. 2/

Durante la segunda etapa la escuela se desarrolló independientemente de la Facultad de Medicina, pero igualmente dirigida por médicos. Hubo algunos avances: entre ellos la preocupación de formar al personal docente de la Escuela, - creándose el curso de Educación para Profesores de Enferme--

2/ Ibídem. Pag. 3

ría, considerándolo como de especialización de 10 meses de duración; diversas reestructuraciones en el Plan de Estudios tratando de darle un enfoque "Sanitario - Profiláctico, lograr el reconocimiento de los estudiantes como universitarios, lograr la categoría de "profesor" para las maestras -- (antes Oficiales Administrativos). La creación de cursos -- postécnicos (Cardiología y Psiquiatría).

Y sobre todo iniciar la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (1966) a consecuencia por una parte, de la revisión de la Estructura Académica de la Universidad Nacional - Autónoma de México, que exigía que todas las escuelas que la integraban estuvieran dentro de la Legislación Universitaria y por lo tanto, debían tener un grado mínimo de licenciatura; por otro lado las demandas del personal de Enfermería de elevar su nivel académico.

Con respecto a la creación de la Licenciatura si bien se abren nuevas perspectivas para la superación tanto para las enfermeras, como de la profesión, es necesario reconocer su desvinculación con el mercado de trabajo donde se prefiere "mano de obra barata" en lugar de profesionales con mejor preparación y más aspiraciones.

A dieciocho años de creada la Licenciatura no existen plazas Institucionales para los egresados de ésta profesión.

A finales de éste período y con la creación de la - CNME 3/, CLATES 4/ y el Centro de Didáctica de la U.N.A.M., - se inicia un proceso de formación de profesores de la Escuela con el enfoque de la Tecnología Educativa,

Tercer Período 1975 - 1984. Época Actual. 5/

Este período se inicia cuando la Dirección de la Escuela es asumida por una enfermera, lo que, aunado al auge de la Reforma Educativa, permitió una "modernización" de la Institución que concluyó:

1) Cambios Académico - Administrativo, entre los que sobresalen: la creación de departamentos de apoyo (Psicología, Pedagogía, Servicio Social, Investigación y Estadística, Información y Divulgación, Audiovisual, Intercambio Académico, Centro Documental y Biblioteca), del Sistema de Universidad - Abierta, de la División de Estudios Superiores (integrado -- por los Cursos Posttécnicos, la Coordinación de Superación -- Académica), del Curso Especial Transitorio para obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia para regularizar a las egresadas de nivel técnico que cuentan con el ba

3/ CNME. Comisión de Nuevos Métodos de Enseñanza.

4/ CLATES. Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para el Área de Salud.

5/ Ibidem. Pag. 3

bachillerato.

2) Evaluación del Plan de Estudios de la Carrera de -
Enfermería, reestructuración del mismo e implementación a -
partir de 1979.

3) Inauguración de Nuevas Instalaciones físicas fuera
de Ciudad Universitaria.

4) Promoción al interior de la Institución de Cursos
de formación didáctica con el enfoque de la Tecnología Educati
va, con los cuáles participaron principalmente las profeso
ras enfermeras, por ser ellas las que cuentan con un mayor -
número de horas.

5) Planeación de la Maestría en Administración y For-
mación de Recursos de Enfermería en los Servicios de Salud,
mismo que no ha podido llevarse a cabo, desde el momento en
que no existía en la escuela el nivel académico de especializ
ación.

De aquí que una de las primeras medidas realizadas en
la actual Dirección (a partir de 1982) ha sido el de cambiar
el nivel de especialización los cursos posttécnicos de admi-
nistración y Educación en Enfermería con la idea de superar
cada vez más los niveles Académicos, de suerte que en un futuu

ro la Escuela pueda constituirse en Facultad.

Este período se ha caracterizado tanto por el crecimiento Cuántitativo de la Escuela, como por sus cambios cualitativos.

En cuanto a los aspectos Cuántitativos podemos observar el aumento de la población estudiantil como de la planta Docente.

POBLACION ESCOLAR ESCUELA E.N.E.O. +

N I V E L E S	1975	1983
Enfermería Nivel Técnico	1142	1405
Enfermería Nivel Técnico SUA	55	165
Lic. en Enfermería y Obste-- tricia	137	597
Curso Especial Transitorio	24	29
Cursos Postécnicos	99	280
T O T A L	1457	2476

+ Fuente: Servicios Escolares E.N.E.O.

PERSONAL DOCENTE EN LA E.N.E.O. ++

C A T E G O R I A	1975	1983
Profesor Titular A.T.C.		1
Profesor Titular B.T.C.	2	1
Profesor Titular B.M.T.	1	
Profesor Asignatura "A"	97	172
Profesor Asignatura "B"	47	94
Téc. Académico Aux. "C"		4
Ayudante de Profesor	6	
T o t a l	156	272

El mayor número de docentes en la E.N.E.O. son enfermeras tanto de nivel técnico (23.33%), como de licenciatura (32.92%) y médicos (26.67%) todos los demás profesionistas - están en mínimas proporciones, Psicólogos 3.33%, Pedagogos - 2.92%, Nutricionistas 2.50%, así como Sociólogos, Lic. en De recho, etc.

Entre los Cambios Cualitativos podemos señalar: En el Plan de Estudios el énfasis en el primer nivel de At-

++ Fuente: Registro del Departamento de Personal E.N.E.O.

ción, su enfoque es decir, partir del estudio del individuo sano al enfermo (aunque posteriormente ésto se haya modificado por problemas administrativos) así como el intento de búsqueda de la integración del conocimiento.

La gran acogida que tuvieron los cursos de Actualización Didáctica por parte de los docentes quienes sentían un ambiente de camaradería, lo que propició un acercamiento entre ellos a la vez que se abrieron a nuevas posibilidades en cuanto a formas de trabajo, (y de alguna manera empezaron a tomar más en cuenta a sus alumnos) así como la reflexión que sobre los programas empezó a propiciarse, los cursos que se han impartido son: Sistematización de la Enseñanza, Programación por Objetivos, Evaluación Dinámica de Grupos, Didáctica General, Elaboración de Programas, Aprendizaje Grupal.

DESCRIPCION BREVE DEL PROGRAMA

DOCENCIA EN ENFERMERIA

J U S T I F I C A C I O N . 6/

Dentro de los campos de acción del Licenciado en Enfermería y Obstetricia está contemplada la docencia. Es por ésto que se ha considerado la necesidad de incorporar al pasante que realiza su Servicio Social en las Funciones Docentes con lo cual se ampliará su experiencia.

Asimismo, algunos profesores de la E.N.E.O. se han --
mostrado interesados en que los pasantes colaboren con ellos.
En este sentido, las profesoras asignadas al Departamento de
Servicio Social propusieron a la Comisión Coordinadora de -
Servicio Social de la U.N.A.M. la integración de los Pasa-
ntes en las actividades de docencia. Dicha propuesta fué -
aceptada, por esta razón se ha diseñado el presente programa
en el cual se pretende que el pasante de la Licenciatura en
Enfermería y Obstetricia obtenga experiencia docente por lo
cual participará en el proceso enseñanza-aprendizaje de la
enfermería en algunos programas del plan de estudios de la -

6/ E.N.E.O.-U.N.A.M.: Programa de Servicio Social para pasan
tes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en prácti
ca docente. 1985.

carrera de Enfermería Nivel Técnico que se desarrolla en la E.N.E.O. por ello se dispondrá de la asesoría y supervisión de los profesores de las materias en que sean ubicados.

OBJETIVO GENERAL

Complementar la formación académica de los pasantes, al aplicar los conocimientos teóricos y prácticos, participando activa y directamente en funciones docentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1) Participar en la Exposición de clases de aquellos temas que sean de su dominio.

2) Adquirir habilidad y destreza en la supervisión de las prácticas de los alumnos asignados.

3) Analizar la importancia que tiene la enseñanza -- Clínica directa.

Actividades a desarrollar por los pasantes de Servicio Social en el área de docencia.

- A) Participar en la realización del estudio de campo clínico.
- B) Participar en la elaboración de la gráfica de distribu---
ción de alumnos por servicio.
- C) Elaborar plan semanal de actividades.
- D) Participar en la elaboración de la calendarización de las
clases.
- E) Participar en la programación de enseñanzas clínicas.
- F) Entregar a la profesora de grupo la clase escrita y el re
curso didáctico, para su revisión y asesoría una semana -
antes de su exposición.
- G) Entregar a la profesora de grupo las enseñanzas clínicas
para su revisión y asesoría 12 horas antes de su exposi--
ción.
- H) Asistir con el grupo de alumnos a las clases y prácticas
de laboratorio e Institucional con el horario establecido
para el grupo. (Turno matutino de 7:00 a 14:00 o de 8:00
a 15:00 hrs. y turno vespertino de 14:00 a 21:00 hrs. o -
de 15:00 a 22:00 hrs.).
- I) Impartir las clases en la fecha y hora planeadas con la
asesoría de la profesora de grupo.
- J) Impartir las enseñanzas clínicas en la fecha, hora y lu--
gar indicado con la supervisión de la profesora de grupo.
- K) Participar en el control de los alumnos en relación: asis
tencia, puntualidad, presentación.
- L) Supervisar las prácticas de los alumnos asignados.

- M) Mediante anecdotario registrar las observaciones hechas a los alumnos asignados.
- N) Colaborar con la profesora de grupo en la elaboración de los instrumentos de evaluación de la teoría y de la práctica realizada.
- O) Rendir informe escrito, mensual al Departamento de Servicio Social con copia para la profesora de grupo y firmado por ésta.
- P) Participar en su autoevaluación y evaluación de la etapa de Servicio Social realizado: parcial y final.
- Q) Integrar la carpeta de trabajo correspondiente.

PROGRAMA DE TRABAJO .

PROGRAMA DE TRABAJO. 7/

La práctica equivalente a la materia de Crecimiento y Desarrollo es la selección de un conjunto de actividades de aprendizaje que los estudiantes realizarán con personas en diferentes etapas de la vida, y que son atendidas en sus necesidades y problemas por instituciones de atención médica y social. Dichas actividades serán realizadas bajo la Dirección de Docentes de Enfermería, con el propósito de satisfacer los objetivos de enseñanza establecidos en la materia del Plan de Estudios de la Carrera de Enfermería.

OBJETIVOS:

Al término de la práctica el alumno será capaz de dar atención específica en cada una de las etapas de Crecimiento y Desarrollo por las que atraviesa.

LIMITES DE TIEMPO:

Duración, del 5 de enero al 6 de febrero
Horario, 5 horas diarias de lunes a viernes.

LIMITES DE ESPACIO:

Hospital de Gineco-Obstetricia

- Consulta Externa
- Admisión
- Labor
- Expulsión
- Recuperación
- Sala de Transferencia
- Puerperio, fisiológico y Pat.
- Clínica de Alto Riesgo
- Cunero
- Planificación Familiar
- Estancia Infantil.

CONSULTA EXTERNA

OBJETIVOS:

- Identificará el curso normal del embarazo, así como las manifestaciones de alteración o complicaciones del embarazo y de riesgo perinatal.
- Seleccionará las actividades técnicas y de educación para la salud propias de la atención perinatal que son de competencia del personal de enfermería.

ACTIVIDADES:

- Preparación del ambiente físico y equipo necesario.
- Recepción de la gestante.
- Valoración general de la gestante (Somatometría, -- signos vitales, signos de alarma y estado emocio---nal).
- Orientación sobre los procedimientos generales y es pecíficos inherentes a la consulta médica.
- Realizar actividades técnicas y administrativas inherentes al caso.
- Proporcionar educación para la salud dirigida de ma nera grupal e individual, bajo calendarización elaborada y necesidades detectadas respectivamente.

- Realizar un informe de las actividades ejecutadas -
(con su respectiva fundamentación).

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como del personal de la propia Institución, en base a la realización de las actividades señaladas.
- Elaboración de Informe de actividades con su respectiva fundamentación.

PLANIFICACION FAMILIAR

OBJETIVOS:

- Identificar los diferentes métodos (temporales y de finitivos) de control de la fertilidad.
- Participar en las actividades técnicas, administrativas y docentes emanadas en cada caso particular o grupal.

ACTIVIDADES:

- Preparación de material.
- Preparación del ambiente físico.
- Recepción administrativa y técnica de la paciente.
- Valoración de la paciente clínicamente (Somatometría, signos vitales, signos indeseables, estado emocional).
- Participación en los procedimientos generales y específicos inherentes a la consulta médica (aplicación de D.I.U., atención pre, trans y post-quirúrgica en pacientes con salpingoclasia).
- Manejar los formatos administrativos específicos.
- Proporcionar educación para la salud, en base a las necesidades detectadas.

- Realizar un informe de las actividades realizadas - (con su respectiva fundamentación).

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo, así como del personal de la propia Institución, en base a la realización de las actividades señaladas.
- Elaboración de Informe de actividades con su respectiva fundamentación.

A D M I S I O N

OBJETIVOS:

- Valorará la evolución del trabajo de parto y sus repercusiones sobre el binomio.
- Haciendo uso de los diferentes métodos de evaluación, identificará las necesidades biológicas y psicológicas en cada paciente asignada.
- Satisfacción jerárquica de las necesidades detectadas.
- Colaborará en el manejo de trámites y documentos administrativos específicos de la Institución.

ACTIVIDADES:

- Preparación del ambiente físico y equipo necesario.
- Recepción de la paciente.
- Preparación física y orientación sobre el tratamiento que va a recibir, así como de su propia participación.
- Valoración de la paciente a través de la observación, interrogatorio, medición de signos vitales y somatometría.
- Participar en la exploración física.

- Identificar signos de alarma.
- Realizar tricotomía (según indicación médica).
- Aplicar enema evacuante (según indicación médica).
- Colocación de brazalete de identificación.
- Toma de productos para el laboratorio (en caso necesario).
- Control de objetos personales según las normas de la Institución.
- Manejo de formatos administrativos diversos.
- Efectuar traslado al servicio que amerite según DX.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como del personal de la propia institución, en base a la realización de las actividades señaladas.
- Elaboración de Informe de actividades con su respectiva fundamentación.

L A B O R

OBJETIVOS:

- Identificar las necesidades de la embarazada siguiendo la evolución clínica del trabajo de parto fisiológico y/o patológico.
- Proporcionar orientación a la embarazada sobre los cambios y manifestaciones durante el trabajo de parto.
- Planearán la atención de enfermería que requiera la embarazada durante el trabajo de parto fisiológico.
- Participación en la elaboración de trámites y documentos administrativos específicos de la Institución.

ACTIVIDADES:

- Preparación del ambiente físico y equipo necesario.
- Recepción de la paciente.
- Orientación a la embarazada, sobre su participación durante el trabajo de parto, así como los procedimientos médicos y de enfermería a recibir.
- Identificará las manifestaciones de alarma en la evolución del trabajo de parto.
- Observación de la evolución del trabajo de parto fi

siológico y/o patológico.

- Valoración general de la embarazada en trabajo de parto fisiológico.
- Instalación de venoclisis.
- Colaboración en la preparación y aplicación de los diferentes medicamentos utilizados en éste servicio (analgesia, anestesia, inducto-conducción).
- Colaboración en procedimientos generales (amniotomía bloqueo epidural).
- Mantener cómoda y limpia a la paciente.
- Colaborar en la preparación preoperatoria de urgencia.
- Trasladar a la paciente al servicio de expulsión o quirófano.
- Brindar cuidados específicos en caso de: enfermedades vascular aguda hipertensiva, R.P.M., desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa.
- Elaboración de diversos registros clínicos y administrativos.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como del propio personal de la Institución, en base a la realización de las actividades señaladas.
- Elaboración de Informe de actividades con su respectiva fundamentación.

EXPULSION

OBJETIVOS:

- Disponer el equipo y ambiente físico apropiados para la atención del parto y atención médica inmediata al binomio.
- Identificar tanto en parto eutósico como distósico las necesidades físicas y psicológicas del binomio, para su satisfacción inmediata en colaboración con el equipo interdisciplinario de salud.
- Ofrecer colaboración en los trámites administrativos.

ACTIVIDADES:

- Preparación de la sala, equipo y material.
- Recepción e identificación de las embarazadas.
- Preparación física (posición, sujeción y asepsia de la región).
- Valoración general de la paciente.
- Dar orientación sobre los procedimientos, tratamientos y su participación.
- Realizar acciones de enfermería como circulante durante los períodos de expulsión y alumbramiento.

- Dar atención inmediata al recién nacido.
- Trasladar al producto a la sala de transición.
- Observar hora y tipo de alumbramiento.
- Medición de constantes vitales a la madre.
- Valoración de involución uterina y sangrado trasvaginal.
- Ministración de medicamentos prescritos por el médico.
- Valoración de la paciente para egreso de la sala.
- Elaborar registros clínicos: maternos, pediátricos y administrativos correspondientes.
- Trasladar a la paciente al servicio de recuperación.
- Equipar nuevamente la sala.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo, así como del personal de la propia Institución en base a las actividades mencionadas.
- Elaboración de Informe de actividades con su respectiva fundamentación.

R E C U P E R A C I O N

OBJETIVOS:

- Valoración constante de la paciente en base al tipo de parto presentado y anestesia utilizada.
- Identificar necesidades: físicas, psicológicas y de educación para la salud, así como manifestaciones - patológicas para su rápida solución.
- Participar en la elaboración y trámites administrativos específicos de la Institución.

ACTIVIDADES:

- Recepción administrativa y técnica de la paciente.
- Obtención y valoración de signos vitales y función renal a través de la presencia de micción espontánea.
- Detección de manifestaciones de alarma.
- Aplicación de tratamientos específicos, medicamentos prescritos y observación de respuestas deseables e indeseables.
- Atención especial según el estado emocional.
- Elaborar registros clínicos y administrativos.
- Trasladar a la paciente según su evolución al servi

cio correspondiente.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores de grupo, así como del personal de la propia Institución, en base a las actividades mencionadas.
- Elaboración de Informe de las actividades, con su respectiva fundamentación.

P U E R P E R I O

OBJETIVOS:

- Valoración cuidadosa de la paciente con referencia al tipo de parto presentado y anestésico utilizado.
- Valoración de la respuesta esperada en cada aparato.
- Identificar: Las necesidades físicas, psicológicas y de educación para la salud, así como manifestaciones psicológicas y/o patológicas y brindar en forma jerárquica la atención correspondiente en cada caso.
- Planear la atención de enfermería.
- Elaborar documentos administrativos específicos.

ACTIVIDADES:

- Recepción técnica y administrativa de la paciente.
- Valorar cambios anatomofisiológicos en el puerperio.
- Identificar y satisfacer necesidades de: alimentación, higiene, emocionales, ejercicios y reposo y de educación para la salud.
- Ejecutar tratamientos específicos (aplicación local de calor, curaciones, enemas, sondeos vesicales. --
- Proporcionar atención general y específica en post-

- operatorio inmediato.
- Elaborar registros clínicos.
- Proporcionar atención de enfermería utilizando el plan de atención a pacientes asignadas.
- En base a calendarización, proporcionar educación para la salud a la colectividad hospitalaria.

EVALUACION:

- Observación efectuada por los profesores del grupo así como del personal de la propia Institución en base a las actividades señaladas.
- Elaboración del plan de atención.

CLINICA DE ALTO RIESGO

OBJETIVOS:

- Conocer e identificar las manifestaciones de alarma que se presentan en el primer y tercer trimestre de gestación.
- Identificar las necesidades físicas, psicológicas y de educación para la salud y brindar en forma jerárquica la atención correspondiente a cada caso.
- Participar en los trámites y elaboración de documentos administrativos específicos.

ACTIVIDADES:

- Recepción técnica y administrativa de la paciente.
- Identificar cambios anatomofisiológicos que ayuden a efectuar la valoración de la evolución deseable de la paciente.
- Identificar y satisfacer necesidades: Biológicas psicológicas y educativas.
- Ejecutar técnicas para la atención general y específica (curaciones, diversos controles, asistencia y preparación para diversos exámenes).
- Proporcionar atención especial a las pacientes qui-

rúrgicas.

- Elaborar registros clínicos diversos.
- Elaborar informe de actividades con fundamentación.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como personal de la propia Institución en base a las actividades señaladas.
- Elaboración de Informe de las actividades con su respectiva fundamentación.

C U N E R O

OBJETIVOS:

- Utilizando los diversos métodos existentes valorar - cualitativamente la adaptación del niño al medio ambiente.
- Identificar las necesidades física y psicológicas -- que el recién nacido presente.
- Jerarquizar las necesidades detectadas para su satisfacción.
- Participar en los diversos trámites y elaboración de aspectos administrativos específicos de la Institución.

ACTIVIDADES:

- Recepción técnica y administrativa del R.N., con base a las normas de la Institución.
- Identificar y satisfacer necesidades.

FISICAS: Ventilación.

Involución del muñón umbilical.

Higiene.

Alimentación.

Eliminación.

Térmicas.

PSICOLOGICAS:

Afecto.

Seguridad.

Propiciar comunicación madre-hijo.

- Valorar constantemente la evolución de adaptación.
- Identificar manifestaciones de alarma.
- Llevar a cabo medidas de seguridad (tem. ambiental).
- Ejecutar órdenes médicas.
- Elaborar registros clínicos de enfermería.
- Participar en el egreso técnico y administrativo -- del R.N.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como del personal de la propia Institución en base a las actividades señaladas.
- Elaboración del Informe de las actividades con su respectiva fundamentación.

ESTANCIA INFANTIL

OBJETIVOS:

- Con base a conocimientos previos de las etapas de crecimiento y desarrollo en la infancia, identificarán los cambios que se presentan en el grupo de niños asignados, considerándolos como una unidad biopsicosocial.
- Detectarán las influencias de los factores biológicos, psicológicos y sociales en relación a los problemas identificados en algunos niños, así como en la estructuración de la personalidad.
- Participarán en el desarrollo de las diferentes actividades de estimulación, de acuerdo a los programas establecidos por la Institución.
- Participarán en la educación para la salud de acuerdo al tema asignado en ese momento y el grado escolar.

ACTIVIDADES:

- Participar en las recepciones, revisando su estado de salud e higiene, de acuerdo a las normas establecidas.

- Participar con el equipo de salud en el fomento, promoción y conservación de la salud (pláticas, teatro).
- Alimentar al niño con la técnica correspondiente a cada edad.
- Con el equipo psicopedagógico, observar y participar en las actividades educativas, recreativas, cognitivas, afectivas y sociales que se desarrollen en dicha práctica.
- Valorar el crecimiento y desarrollo de dos niños de acuerdo a los parámetros establecidos, entregando por escrito los datos somatométricos obtenidos.
- Se deben de incluir en la valoración los aspectos psicológicos y sociales considerándolos en forma comparativa (aspecto bibliográfico y real) de preferencia de un niño sin problema y otro que sí los presente. Dando en éste último caso algunas alternativas de solución.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo así como del personal de la propia Institución, en base a las actividades señaladas.
- Elaboración del trabajo presentado.
- Presentación y realización de educación para la salud.

CASA HOGAR PARA SENILES

OBJETIVOS:

- Identificarán los cambios biopsicosociales característicos en la etapa de la senectud.
- Detectarán las necesidades biopsicosociales del senecto.
- Ofrecer satisfacción a las necesidades detectadas a través de acciones y actividades en coordinación -- con el personal de la institución.

ACTIVIDADES:

- Participarán en la satisfacción de las necesidades de los ancianos en las esferas:

a) FÍSICAS:

De Higiene:

- . baño (según el caso).
- . Aseo de Cavidades.
- . Lavado de manos.
- . Corte de uñas.
- . Cuidados de prótesis.
- . Arreglo personal.
- . Cuidados de la piel.

- . Vestido y abrigo.
- . Descanso y sueño.
- . Arreglo de la habitación.

De Nutrición y Eliminación:

- . Alimentación.
- . Eliminación vesical e intestinal.

Músculo Esquelético.

- . Movimiento activo y pasivo.
- . Seguridad física.

Sociales:

- . Comunicación.
- . Convivencia.
- . Relaciones Humanas.

Emocionales:

- . Terapia recreativa.
- . Terapia ocupacional.

Espirituales:

- . Actividades religiosas.

Educativas:

- . Promoción para la salud.

EVALUACION:

- Observación, efectuada por los profesores del grupo, así como del personal de la propia Institución en base a las actividades señaladas,
- Elaboración de planes de trabajo.
- Elaboración de un proceso de atención de enfermería.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN SEMANAL DE ACTIVIDADES

Teoría Intensiva del 3 de Noviembre al 17 de Diciembre de --
1986.

NOVIEMBRE	Hrs.	TEMA.	PONENTE.
1a. semana			
J-6	2	Dinámica Grupal	* Blanca y Alexis*
2a. semana			
		Estudio de Campo Clínico.	Alexis
L-10	2	Dinámica Grupal	Blanca
		Conocimiento del Programa.	
M-11	3	Generalidades del Programa	Blanca
		Interacción biopsicosocial del hombre con su socioeco sistema.	
		Proceso Salud-Enfermedad - en las etapas biológicas - del hombre.	Blanca
		Organización de charlas -- educativas.	Blanca *
M-12	5	Estadísticas Vitales.	Blanca

* P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara
E.P. Alexis Santillán Resendiz

NOVIEMBRE	Hrs.	TEMA.	PONENTE.
J-13	2	Multicasualidad de los pro cesos morbosos que afectan a las diferentes etapas del Crecimiento y Desarrollo. Políticas de Salud en rela ción al grupo materno in-- fantil.	Blanca Blanca
V-14	4	Planificación Familiar. Inmunizaciones.	Blanca Blanca
3a. semana			
L-17	2	Aspectos socioculturales - del matrimonio. Aspectos legales del matri monio.	Alexis Alexis
M-18	3	Leyes que protegen a la ma dre y al niño en la legis- lación nacional. Carta Internacional de los Derechos del niño.	Alexis Alexis
M19	5	Indicadores para valora--- ción del embarazo de alto riesgo.	Alexis

NOVIEMBRE	Hrs.	TEMA.	PONENTE.
		Video "Los primeros días de la vida".	
		Video "Sexo y Sexualidad".	
		Video "Indicadores para valoración de alto --- riesgo".	
V-21	4	Períodos clínicos del parto.	Alexis
		Preparación de la embarazada para el parto.	Blanca
		Atención prenatal de la embarazada.	Blanca
4a. semana			
L-24	2	Analgesia y Anestesia en Obstetricia.	Alexis
		Acciones de enfermería en los períodos clínicos del parto. Dilatación y Borramiento.	Alexis
M-25	3	Continúa....	
		Período expulsivo	Alexis
		Período alumbramiento	
		Atención inmediata del recién nacido.	Alexis

NOVIEMBRE	Hrs.	TEMA.	PONENTE
M-26	5	Valoración del recién nacido.	Alexis
		Método de Apgar.	Alexis
		Método de Silverman.	Blanca
		Video "Exploración de la <u>mu</u> mer embarazada".	Blanca y Alexis
		Video "Atención de enferme- ría al R.N.".	
		Video "Alimentación al seno materno".	
		Retroalimentación de los te- mas.	
J-27	2	Asistencia de la puérpera - en el post-parto inmediato.	Alexis
V-28	4	Asistencia a la puérpera en el post-parto mediano.	Blanca
<u>DICIEMBRE</u>			
5a. semana			
L-1	2	Complicaciones en el post-- parto inmediato.	Blanca
M-2	3	Cambio anatomofisiológicos en el puerperio.	Blanca
		Patología del puerperio.	Blanca
M-3	5	Acciones de enfermería en -	Blanca

DICIEMBRE	Hrs.	TEMA.	PONENTE.
		la asistencia de pacientes con puerperio fisiológico o patológico.	
		Educación puerperal y perinatal a la paciente.	Blanca
		Características biológicas del recién nacido.	Blanca
J-4	2	Características biopsicosociales del lactante y preescolar.	Blanca
V-5	4	Características y cambios biopsicosociales del escolar y adolescente.	Blanca
6a. semana			
L-8	2	Características y cambios biopsicosociales del adulto.	Blanca
M-9	3	Aspectos biopsicosociales de la menopausia.	Blanca
M-10	5	Características y cambios biopsicosociales del senecto	Blanca
		Acciones específicas de enfermería en los problemas geriátricos más frecuentes.	Blanca
J-11	2	Examen parcial.	

1er. Período del 5 de Enero al 6 de Febrero de 1987.
 Campo Clínico "Hospital de la Mujer"

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:30 - 8:00	I	I	I	I	I
8:00 - 9:00	2 - 7	3 - 7	4 - 10	5 - 10	5 - 10
9:00 - 10:00	3 - 8	4 - 8	5 - 7	6 - 7	2 - 7
10:00 - 11:00	4 - 9	5 - 9	6 - 8	2 - 8	3 - 8
11:00 - 12:00	5 - 10	6 - 10	2 - 9	3 - 9	4 - 9
12:00 - 13:00	6 - 11	2 - 11	3 - 11	4 - 11	5 - 11

CRONOGRAMA DE SUPERVISION

- 1) Consulta Externa.
- 2) Planificación Familiar.
- 3) Urgencias.
- 4) Puerperio Complicado.
- 5) Puerperio Fisiológico.
- 6) Clínica de Alto Riesgo.
- 7) Labor.
- 8) Expulsión.
- 9) Recuperación.
- 10) Cuneros.
- 11) Guardería.

Supervisión. Alexis del 6 al 21 de Enero de 1987.

- Consulta Externa. (Charlas Educativas).
- Planificación Familiar.
- Urgencias.
- Puerperio Complicado.
- Puerperio Fisiológico. (Charlas Educativas).
- Clínica de Alto Riesgo.

Supervisión. Blanca del 6 al 21 de Enero de 1987.

- Labor.
- Expulsión.
- Recuperación.
- Cuneros.
- Guardería.

Del 22 de Enero al 6 de Febrero, se invierte la supervisión.

Se realiza supervisión en:

- Orientación sobre la forma de realizar los informes.
- Recoger y revisar trabajos.
- Supervisar las charlas educativas.
- Observación directa a los alumnos.

- Sesiones clínicas incidentales.

2o. Período del 9 de Febrero al 13 de Marzo de 1987.

Campo clínico, guardería y asilo.

De Lunes a Viernes.

Alexis. Supervisión de Guardería y Sección de Enfermería.

Blanca. Supervisión de Guardería y Sección de Hombres.

Elena. Supervisión de Sección de Mujeres.

Se realiza supervisión en:

- Orientación en la forma de realizar sus planes de trabajo.
- Revisar y recoger trabajos. (P.A.E.).
- Observación directa a los alumnos.
- Coordinar y colaborar con los alumnos en las actividades de los viernes sociales.

GUIA DE INTRODUCCION AL CAMPO CLINICO. 8/

OBJETIVO:

Que el alumno conozca la organización y funcionamiento de la Institución donde realizará su práctica Clínica, para favorecer su integración a la misma y lograr por ende un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.

LIMITES:

- Fecha: del 5 de enero al 6 de febrero de 1987.
- Horario: de 7:30 a 13:00 Hrs. de lunes a viernes.
- Estudiantes: 25 alumnos de la carrera básica de enfermería. (5o. semestre).
- Personal docente: Blanca Estela Guadarrama Lara.
Alexis Santillán Reséndiz.

PUNTOS A TRATAR:

- 1) Presentación del Personal directivo de la Institución.
- 2) Principales datos históricos de la Institución.
- 3) Organización y Funcionamiento de la Institución.

- Dependencia.
 - Objetivos y políticas.
 - Organigrama
 - Clasificación del hospital por su:
construcción, capacidad, organización y población a la que atiende.
 - Servicios y departamentos con que cuenta.
 - Número de camas por servicio.
 - Índice de morbi-mortalidad.
 - Promedio día-estancia.
 - Requisitos de admisión.
- 4) Organización y Funcionamiento del Departamento de Enfermería.
- Organigrama.
 - Total de personal y distribución por turnos.
 - Prestaciones.
 - Funciones por niveles y servicios.
 - Programa de trabajo.
 - Manuales existentes.
 - Reglamentos para estudiantes.
 - Facilidades y otros puntos de interés.
- 5) Visita a la planta física.
- 6) Reunión para comentarios.

ESTUDIO DEL CAMPO CLINICO

OBJETIVOS:

Valorar desde el punto de vista docente, las situaciones reales a las que se integrará el alumno durante el ejercicio de la práctica.

Identificar los factores físicos, ambientales y sociales que influirán en la práctica de los estudiantes.

Establecer relaciones humanas que favorezcan la integración de los alumnos con el personal de las distintas disciplinas, en los servicios donde se realizará la práctica.

I. DATOS REFERENTES A LA INSTITUCION: 9/

- NOMBRE DE LA INSTITUCION: Hospital de la Mujer.
- TIPO DE HOSPITAL: Hospital de Gineco-Obstetricia.
- Dependencia: S.S. Dirección General de Salud Pública en el D.F.
- UBICACION: Calle Prolongación Díaz Mirón No. 374, Col. Casco de Santo Tomás, Delegación Miguel Hidalgo,

9/ Manual de Organización del Hospital de la Mujer, Para profesores que realizan Estudio de Campo Clínico. 1986.

México, D. F., C.P. 11346,

Tel. 541-30-30 al 33.

- VIAS DE COMUNICACION:

Metro Línea 2

Camiones:

Moctezuma - Normal.

Cuatro Caminos - Economía.

Copilco - C.U.

Economía - Normal.

Moctezuma - Ricardo Flores Magón.

Peseros:

Normal.

Economía.

Tepito.

PRINCIPALES ANTECEDENTES HISTORICOS.

En el siglo XVI, existían en la Ciudad de México, capital de la Nueva España diversos encargados de la atención de enfermos; pero había un grupo considerable de la población: los negros, mestizos y mulatos, que por diversas razones no encontraban albergue en ellos.

En 1582, el Licenciado en Medicina Don Pedro López, enterado de ésta necesidad fundó el hospital para su atención.

El primer nombre que se le dió al Hospital fué el de Nuestra Señora de los Desamparados, el cual constaba de dos salas: una para hombres y otra para mujeres, así como una pequeña ermita. (en éste hospital fué donde se fundó la primera Asociación de Damas para Ayuda de los Enfermos).

Desde el año de 1582 hasta 1624 permanece bajo el cuidado de Don Pedro López y en 1624 los hermanos de la orden - de San Juan de Dios, tomaron posesión sosteniéndola de la caridad pública.

En 1844, queda bajo las órdenes de las hermanas de la caridad, pero durante el gobierno del Archiduque de Austria, debido a la reglamentación de la prostitución, se le dedica atención exclusiva a pacientes con padecimientos venéreos.

En 1875, recibe el nombre de Hospital Morelos y es en ésta época cuando se inicia su verdadera consolidación Científica y técnica bajo el impulso de los doctores Gazano y - Acias.

Siendo un hospital para prostitutas, según reglamentación de 1865, se inició la cirugía ginecológica entre 1900 y 1910.

En 1914, se le retira el presupuesto al hospital por considerarse infame e inhumano el control e inspección de las prostitutas; queda entonces como hospicio y asilo para papeleros y mendigos, el cual por necesidades de la revolución se transforma inmediatamente en Hospital de Sangre.

En 1940, se deroga la ley de reglamentación de la prostitución y el hospital pasa a ser Hospital para Enfermedades Venéreas tanto para hombres como para mujeres.

En 1957, se inicia la reconstrucción de algunos de sus servicios, y en consideración a que éste hospital se ha dedicado desde tiempos coloniales y casi en forma ininterrumpida a la atención de las mujeres enfermas se le pone el nombre de "HOSPITAL DE LA MUJER" Dr. Jesús Alemán Pérez.

Se convierte así en un centro Toco-Ginecológico que imparte atención médica en diferentes especialidades.

Desde entonces y con la mayoría de los servicios para la atención gineco-obstétrica, el Hospital de la Mujer desempeña las tres actividades fundamentales: Ginecología, Obstetricia y Oncología.

Durante un largo período del hospital ha sido regido

por médicos no solo de gran capacidad profesional, sino también docente, ya que el antiguo Hospital Morelos, fué siempre Escuela de Obstetricia, Ginecología y Cirugía Abdominal y Vaginal.

Finalmente en 1966, se clausura el antiguo Hospital de la Mujer ubicado en Av. Hidalgo No. 42, para ocupar el edificio actual. A partir de entonces se inicia una nueva época acorde a los acontecimientos y adelantos de la medicina y de la administración médica. Son múltiples las actividades para la enseñanza que el hospital presta en éste momento y su proceso y rendimiento se encuentran en una fase de paulatino ascenso.

OBJETIVOS:

Proporcionar atención médica al binomio madre-hijo para disminuir los índices de morbi-mortalidad tanto materna como del recién nacido.

Brindar atención curativa a la mujer con problemas ginecológicos, contribuyendo a la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad femenina.

POLITICAS:

Atender a toda mujer con problemas de Ginecología y -
Obstetricia de acuerdo a situaciones prioritarias que se pre-
senten.

Actuar de acuerdo a lo establecido por la Deontología
Médica durante el desempeño de las actividades.

PERSONAL DIRECTIVO.

- Director: Dr. César Trejo Ramírez,
- Subdirector: Dr. Norberto Reyes Muñoz.
- Director Administrativo: Ing. Jorge Yañez Velázco,
- Jefe de Enseñanza: Dr. Laureano Martínez Salmón.
- Secretario de Enseñanza: Dr. Amonario Díaz de León R.
- Jefe de Enfermeras: E.Q. Ana María López Velázco.
- Coordinadora de Enseñanza: E.A. Felicitas Hernández Mtz.

JEFES DE SERVICIO MEDICO CLINICO.

- Medicina Interna: Dr. Gerardo Rangel Hernández,
- Cirugía: Dr. Carlos Jurado Mendoza,
- Gineco-Obstetricia: Dr. Joel Rizo Santiago.

- U. T. Q.: Dr. Ezequiel Fuentes Mora.
 - Neonatología: Dra. Lucila Rangel Pérez.
- (Organigrama anexo).

CLASIFICACION DEL HOSPITAL:

- Por su construcción:

Edificio tipo vertical, orientado de norte a sur, consta de 4 pisos.
- Por su dependencia:

Depende de la S.S., de la Dirección de Salud Pública en el D.F.
- Por su capacidad:

Es un hospital chico, pues cuenta con 282 camas censables y 215 no censables.
- Por la población a la que atiende:

Es abierto, ya que proporciona servicios principalmente a la población de escasos recursos, que no cuentan con servicios médicos. Acuden residentes del D.F. 63% y del interior de la República 37%.
- Por la atención que presta:

Es un hospital que proporciona servicio de 2o. y 3er. nivel de atención a través del control y la asistencia en el área de la Ginecología y Obstetricia.

ESTADISTICAS MEDICAS:

- Diagnósticos más frecuentes:

Partos sin complicaciones.

Abortos espontáneos.

Partos complicados.

Puerperio complicado.

- Porcentaje ocupacional:

97%.

- Promedio Estancia:

De 3 a 5 días en Obstetricia.

30 días en Oncología.

- Costo día cama:

\$14,000.00

SERVICIOS CON QUE CUENTA:

Planta Baja:

- Ala Oriente: - Radioterapia.
- Rx.
- Laboratorio.
- Banco de Sangre.

- Area Central: - Farmacia
- Archivo Clínico.
- Lavandería.
- Ropería.
- Damas Voluntarias.

- Ala Poniente: - Urgencias.
- Estadísticas.
- Consulta Externa.
- Medicina Preventiva.
- Trabajo Social.
- Planificación Familiar.
- Personal.

Planta Baja: (anexo)

- Ala Oriente: - Residencia Médica.

- Area Central: - Casa de máquinas y mantenimiento.

- Ala Poniente: - U.T.Q.
- Anatomía Patológica.

- Enseñanza.
- Biblioteca.
- Auditorio.

Primer Piso:

- Ala Oriente: - Quirófano de cirugía programada.
- C.E.Y.E.

- Area Central: - Dietología, cocina y comedor.
- Unidad de Planeación Informática.

- Ala Poniente: - Terapia Intermedia.
- Clínica de Intersexo y Ginecología.
- Endocrina.
- Puerperio no complicado.
- Terapia Intensiva.
- Laboratorio de Urgencias.
- Oncología.
- Jefatura de Enfermería.
- Contabilidad.
- Conmutador.
- Compras.
- Dirección.
- Subdirección Médica,
- Subdirección Administrativa.

Segundo Piso:

- Ala Oriente: - Clínica de esterilidad y fertilidad.
- Puerperio no complicado.
- Area Central: - Asociación de Médicos..
- Oficina de Gineco-Obstetricia.
- Aulas (A,B,C,D.).
- Ala Poniente: - Clínica de Enfermedad de Trofoblasto.
- Puerperio no complicado.

Tercer Piso:

- Ala Oriente: - Clínica de Tumores de Ovario.
- Puerpero complicado.
- Oficina Coordinación de Enfermería
(Enseñanza).
- Aulas de Enfermería.
- Area Central: - Puerperio complicado.
- C.M.P.A.R.
- Monitoreo, Amniocentesis e Investiga-
ción.
- Ala Poniente: - Clínica de Medicina Perinatal de Alto
Riesgo.

Cuarto Piso:

Ala Oriente: - Prematuros sin Patología.

Arca Central: - Sala de R.N. normales y del alto riesgo.

Ala Poniente: - Sala de R.N. prematuros con patología.

DISTRIBUCION DE CAMAS POR SERVICIO:

- Ginecología	34
- Obstetricia	142
- Puerperio Físico	106
- Puerperio Patológico	46
- Embarazo de Alto Riesgo	34

II. DATOS REFERENTES AL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

OBJETIVOS:

Establecer canales de coordinación interdepartamental para contribuir al logro de los objetivos y políticas del Hospital.

Que el personal de Enfermería proporcione atención adecuada y oportuna para disminuir el índice ocupacional día/

cama.

Mantener el índice de recursos humanos de enfermería acorde a la demanda de atención a la población de consulta - externa y hospitalización.

Fomentar en el personal de enfermería el cumplimiento de las funciones y responsabilidades inherentes al puesto - que desempeña.

Optimizar los recursos humanos y materiales para proporcionar una atención integral al paciente.

Evaluar la calidad de atención de enfermería que se - proporciona a la población que asiste a la consulta externa y hospitalización.

POLITICAS:

Que la organización y funcionamiento del Departamento de Enfermería esté acorde con las políticas generales de la Institución.

Coadyuvar en la atención médica-Quirúrgica, sin importar: raza, credo, posición social, a toda paciente que lo so

licite.

Contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno infantil.

Mantener coordinación y comunicación interdepartamental, para favorecer de ésta manera la función hospitalaria.

Promover y participar en el desarrollo técnico y profesional del personal de acuerdo con las necesidades del hospital.

ORGANIZACION:

El departamento de enfermería depende de la Subdirección Médica dentro de los servicios intermedios de la apertura programática en carácter aplicativo. (organigrama anexo).

PERSONAL: (profesional y no profesional).

- Categorías: Jefe de Enfermeras.
- Enfermera Especialista.
- Enfermera General.
- Pasantes de Enfermería.
- Auxiliar de Enfermería.
- Técnicos en Enfermería.

- Núm. de Personal:	Especialistas	<u>39</u>
	T. M.	21
	T. V.	9
	N. "A"	6
	N. "B"	3
	Generales	<u>150</u>
	T. M.	48
	T. V.	48
	N. "A"	36
	N. "B"	28
	Auxiliares	<u>243</u>
	T. M.	97
	T. V.	58
	N. "A"	45
	N. "B"	43
	Técnicos en	<u>9</u>
	C.E.Y.E.	
	T. M.	3
	T. V.	1
	N. "A"	1
	N. "B"	4
	T O T A L	<u>441</u>

SISTEMAS DE TRABAJO:

Las actividades generales son planeadas en la oficina por la jefe, subjefe y responsable del área docente, con las supervisoras de los diferentes turnos, en base a necesidades del hospital e indicaciones de las autoridades superiores.

La atención directa del paciente se efectúa a través de la atención integral y trabajo en equipo de acuerdo al -- servicio y recursos humanos existentes.

PERSONAL DIRECTIVO:

E.A.S.E. Laura Verónica Flores Hernández.
Enfermera Ma. del Consuelo Maldonado Cedillo.
Enfermera Ma. del Carmen López Osorio.
Enfermera Ignacia Avendaño Sadrez.

PROGRAMAS:

Las actividades del departamento de enfermería se desarrollan en base a un programa anual de trabajo, del que -- emanan los siguientes subprogramas:

- Docente, en la coordinación de enseñanza.

- Supervisión.
- Programa general de trabajo de jefes de servicio.

MANUALES EXISTENTES:

- Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería. Tomo I y II.
- Normas Mínimas de Enfermería para la Planeación y Organización de una Unidad de Cuidados Intensivos de Tipo General.
- Formas y Registros de Enfermería.
- Puesto de Enfermería de la D.G.A.M.
- Manual de Enfermería Quirúrgica. Tomo I.
- Procedimientos Generales de Enfermería Pediátrica.
- Procedimientos de Enfermería para la Atención del Paciente Crónico.
- Procedimientos de Enfermería en la Consulta Externa.
- Procedimientos de Supervisión. Tomo II.

COORDINACION SIMULTANEA CON OTRAS ESCUELAS:

La práctica se realizará simultaneamente con alumnos del I.P.N., E.N.E.P. Iztacala y CONALEP.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

ESTANCIA INFANTIL. 10/

OBJETIVO:

Valorar desde el punto de vista docente las situaciones reales en los que se integrará el alumno durante el ejercicio de su práctica.

I. DATOS GENERALES.

- NOMBRE DE LA ESTANCIA: Estancia Infantil Núm. 2,
"Miguel Hidalgo y Costilla".
- DEPENDENCIA: Depende del ISSSTE, de la Dirección de Servicio Social Zona Poniente.
- Ubicación: Av. de los Maestros No. 114, Col. -
Santo Tomás.
Tel. 541-16-07.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

En 1931, fue fundado por la señora Josefina Orte Ru--

10/ Estancia Infantil Núm. 2. Entrevista con la Directora -
de la Estancia Infantil. Noviembre, 1986.

bio, formando cinco Estancias Infantiles dependiendo de la Asociación Nacional de Protección Infantil. Posteriormente pasan a la Dirección de Asistencia Social. A través del tiempo pasa a ser de la Dirección General de Asistencia Materno-Infantil de la S.S.

En 1970, pasa a la Dirección de Asistencia Social.

En 1985, se incorpora al ISSSTE, donde actualmente está.

DISTRIBUCION DE LOS DEPARTAMENTOS:

En la entrada está Trabajo Social, Pediatría, Odontología y la Dirección.

A la izquierda, los baños de hombres y mujeres, los salones 1, 2 y 3.

A la derecha, sala de lactantes, cocina y la sala de juegos, al fondo el comedor y cocina.

EQUIPO TECNICO,

- Directora: Estela Ballesteros Díaz.
- Pediatra: Rosa Jaramillo Arellano.

- Dentista: Bertha Virginia de los Cobos.
- Enfermera: María del Socorro Hernández P.

PERSONAL DE APOYO.

- Trabajadora Social: Graciela Oviedo Cortez
- Psicólogo: Julio César Moreno Mayor.

PERSONAL ADMINISTRATIVO.

- Secretaria: Guadalupe Barrera Flores.
- Secretaria: Patricia Sotelo Huerta.

ATENCION DIRECTA AL NIÑO:

Area Maternales "C".

- Educadora: Yolanda González Landutt.
- Auxiliar: Estela Fonseca Martínez.

Preescolar 1 y 2.

- Educadora: Patricia Martínez Moctezuma.
- Auxiliares: Ester Marisol Velázquez.

Preescolar 3

- Educadora: María del Socorro Ramírez Garnica.

- Auxiliares: Inés Colín González.
Evangelina Estrada López.

Area Lactantes "A".

- Auxiliar: Graciela Carranza Ortíz.

Area Lactantes "B".

- Educadora: Araceli González Vicanco.

Area Lactantes "C".

- Educadora: Luz María Delgado Solo.
- Auxiliar: Guadalupe Martínez Sánchez.
- Lactario: Elizabeth Tiburcio Lara.

- Area de Cocina:

Elodia Cano Hernández.

- Mantenimiento:

Efren Partido Rufz.
Doroteo Reyes Castillo.

- Vigilante: Juan Pérez Villa.

- Total de Niños Inscritos: 111

DISTRIBUCION DE LOS NIÑOS POR EDADES:

- Lactantes "A". De 45 días a 6 meses.
- Lactantes "B". De 7 meses a 11 meses.
- Lactantes "C". De 1 año a 1 año 6 meses.

- Maternal "A". De 1 año 7 meses a 1 año 11 meses.
- Maternal "B". De 2 años a 2 años 11 meses.
- Maternal "C". De 3 años a 3 años 11 meses.

- Preescolar 1. De 4 años a 4 años 6 meses.
- Preescolar 2. De 4 años 7 meses a 4 años 11 meses.
- Preescolar 3. De 5 años a 5 años 11 meses.

- Horario: 7:00 A.M. a 17:00 P.M.

- Dos Turnos:
 - o 1er. turno de 7:00 a 13:00 Hrs.
 - o 2o. turno de 10:30 a 17:00 Hrs.

OTRAS ESCUELAS QUE REALIZAN SU PRACTICA AQUI:

- Puericultura.
- Educadoras.
- Pedagogas.
- Enfermería.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA,

FUNDACION DE SOCORRO.

OBJETIVO:

Valorar desde el punto de vista docente las situaciones reales en las que se integrará el alumno durante el ejercicio de su práctica.

I. DATOS GENERALES. 11/

- NOMBRE DE LA FUNDACION: Fundación de Socorro Agustín González Cosío.
- DEPENDENCIA: Es dependiente de un Patronato.
- UBICACION: Calzada México Tacuba Núm. 570,
Col. Popotla,
Tel. 527-58-47.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

Era una casa de descanso de los latifundistas del Rancho de Tacuba.

Fue fundado en 1923, aumentando la terapia ocupacio--

11/ Entrevista. Realizada a la Directora de la Fundación. No
viembre, 1986.

nal, pasillos con techo, modificando el piso y formando cubículos.

Está a cargo de las Hermanas Josefinas.

PERSONAL DE LA FUNDACION.

- Directora: María del Refugio Don Diego Campo Verde.
 - Una Hermana en cada sala.
 - Personal de Intendencia.
 - Un Médico: 10:00 A.M. a 15:00 P.M.
 - Una Trabajadora Social: Servicio Gratuito.
 - Un grupo de Damas Voluntarias.

 - Total de los Residentes: 125
 - Hombres: 32
 - Mujeres: 93
- Edad de 70 años en adelante.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PLAN DE CLASE.

TEMA: Educación Prenupcial.

OBJETIVOS:

- Analizar los aspectos legales del matrimonio.

- Examinar las disposiciones de la Legislación Mexicana sobre la familia.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara.

LIMITES: Fecha: Lunes 17 de Noviembre de 1986.

Hora: 7:00 a 9:00 A.M.

Lugar: Aula 27, E.N.E.O./U.N.A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de la Carrera de
Enfermería 5o. semestre, Ni-
vel Técnico.

TECNICA DIDACTICA: Interrogatorio directo.

Exposición magisterial.

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis

- Pizarrón

- Constitución Política de los Estados
Unidos Mexicanos.

- Código Civil para el D.F.

- Manual de la Familia, CONAPO.

EVALUACION: Diagnóstico

Formativa

Sumativa

ETAPA PRENUPCIAL.

I N T R O D U C C I Ó N:

En el tipo de Sociedad que estamos viviendo, la etapa llamada Prenupcial se caracteriza por el galanteo y la elección del futuro cónyuge.

Se da como un presupuesto la libre elección, al escoger la pareja con la cual se quiere contraer matrimonio; fenómeno que en otra época y en otro tipo de sociedad no aparece, si no que son los padres o los abuelos los que determinan las bodas.

En el noviazgo en donde se presupone el conocimiento real de los futuros esposos los que deben decir en un acto que debería tener la mayor objetividad, la aceptación para la formación de su futuro hogar. Por desgracia el rigorismo y el formulismo que nos limita en un alto grado la libre y espontáneo expresión de las manifestaciones emocionales de las personas impidiendo que en las relaciones se logre un vínculo real y efectivo.

Es importante prevenir de los peligros que entraña en que el noviazgo pierda objetividad al darse dentro de ese es-

quema ideal romántico, que puede ser por lo engañoso tan perjudicial para el futuro de un matrimonio.

Muchas veces son aspectos externos como el nivel económico, la atracción física, el estatus social, los que en un momento dado vienen a hacer los factores determinantes en la -- aceptación o no de una relación de noviazgo.

Principales Antecedentes que deben tomarse en cuenta para aquellas personas que van a formar un Nuevo Hogar. 12/

- A) Haber alcanzado un grado de madurez, física, psicológica y social. Se considera que en el adulto joven quien desde el punto de vista del crecimiento y desarrollo orgánico, está en la mejor edad para casarse.

La madurez psicológica representa para los contrayentes - un requisito indispensable en cuanto a que, implica el reconocimiento y la aceptación de la responsabilidad de la vida en común de la maternidad y paternidad como una responsabilidad inherente al individuo, y el haber podido -- romper las cadenas emocionales que vinculan a los futuros esposos.

La madurez social significa que ambos cónyuges han logrado configurar los roles que la sociedad les demanda para integrar un matrimonio, la independencia económica y, además en nuestra clase media, un grado de escolaridad superior.

- B) Tener interés y aptitudes semejantes. El individuo va -- siendo estructurado desde su nacimiento por una serie de

patrones socioculturales que predominan en la edad adulta. En cada hogar hay normas, valores, expectativas que van formando el carácter sociocultural de las personas -- al pensarse en contraer matrimonio, es muy importante que haya suficientes antecedentes en común para un mejor amoldamiento dentro de las relaciones interpersonales; que -- los futuros esposos tengan características análogas que -- la vida cotidiana venga a favorecer así, impidiendo acentuar las diferencias.

- C) Reconocer creencias afines. Cuando las personas tienen un marco de referencia doctrinario, filosófico o religioso similar, sus relaciones se estimulan; en caso contrario se presentan motivos de conflicto muy serios.

- D) Disponer de antecedentes educativos y culturales semejantes. El velo romántico con el cual se cubre el matrimonio en nuestra sociedad, se desgarrará con los actos de la vida diaria.

Como sus miembros se encuentran en muy diferente nivel -- cultural y educativo es probable que ese matrimonio vaya al fracaso dado que ninguno habla con una comunicación -- adecuada.

- E) Contemplar expectativas económicas semejantes. El nivel económico del que proviene la pareja sea lo más semejante, más que el origen importa la expectativa de la vida que ellos tengan, el que sean concientes objetivamente de --- cual es el estatus social al que van a tratar de integrarse. El acuerdo común facilitará una adecuado relación o en caso contrario una situación conflictiva.
- F) Disponer de una actitud semejante con respecto a la vida sexual. Una de las grandes fallas culturales de la sociedad es la falta de información real sobre la vida sexual en los individuos.

Seguimos manteniendo una actitud provinciana en relación a sexualidad en el hombre lo que influye muchas veces en que por una deformación de los conceptos o de la ausencia de información, la vida sexual dentro del matrimonio se vea engañosa.

Hay que enfatizar que la vida sexual es una forma de comunicación humana. Debemos informar a nuestros hijos desde niños en un marco en donde la educación sexual sea tan natural como la educación en la aritmética, las ciencias sociales, etc.

G) Situar la relación con la familia política. En nuestra sociedad hemos institucionalizado la figura de los suegros, los que definitivamente han ganado ese lugar a pulso pues representan un agente que en muchas ocasiones y con la mejor buena fé del mundo viene a distorsionar la relación matrimonial, sobre todo en aquellos casos en que esté ausente el primero de los requisitos que mencionabamos, la madurez emocional, cuantas veces tanto el esposo como la esposa buscan apoyo moral permanente en los padres de origen creando con su intervención un estado conflictivo dentro de la casa.

Por ello es de desear que la pareja establezca los límites tanto de su participación en los hogares paternos como en la ingerencia de los padres dentro de la nueva casa.

MATRIMONIO:

Es la unión de un hombre y una mujer que se ligan perpetuamente, con arreglo a las prescripciones de la Iglesia y el Estado.

Incapacidades Para Contraer Matrimonio.- En relación con los fines que éste ha de cumplir, la incapacidad puede ser absoluta o relativa.

Incapacidad Absoluta Física.- Consiste en la falta de aptitud material para los fines del matrimonio, por imposibilidad de realizar la unión sexual, sus causas son: El defecto de edad (impubertad) y la impotencia.

Incapacidad Absoluta Moral.- Proviene por la falta de desarrollo intelectual o de su trastorno y en ellos están comprendidos los imbéciles y los locos. Su existencia impide el matrimonio tanto porque los que lo padecen no pueden consentir ni celebrar ningún acto jurídico, como porque no son aptos para llenar los fines de educación de la prole y del auxilio del otro cónyuge.

Incapacidades Relativas.- Consisten principalmente en la impotencia relativa, en el parentesco en ciertos grados y en vicios del consentimiento.

REQUISITOS PARA CONTRAER MATRIMONIO. 13/

El hombre necesita haber cumplido 16 años y la mujer 14, con consentimiento de sus padres o tutores. Cuando los contrayentes tengan 18 años o más no es necesario el consentimiento de los padres.

Presentar una solicitud de matrimonio. Que contiene los nombres, apellidos, edad, ocupación y domicilio tanto de los pretendientes como de los padres si estos fueron conocidos. Cuando alguno de los pretendientes o las dos personas ya han sido casados mencionar con quien celebró el anterior matrimonio, la causa de su disolución y la fecha de éste.

- Que no tiene impedimentos legales para casarse.
- Debe ser firmado por los solicitantes.
- Acta de nacimiento de los pretendientes.

Constancia de que presenten su consentimiento, para que el matrimonio se celebre, las personas a que se refieren los artículos 149, 150 y 151.

La declaración de los testigos mayores de edad que co-
nozcan a los pretendientes y que les conste que no tienen im-

pedimento legal para casarse.

Un certificado médico que asegure que los pretendientes no padecen sífilis, tuberculosis ni enfermedad alguna -- crónica e incurable, que sea además contagiosa y hereditaria.

El convenio que los pretendientes deberán celebrar -- con relación a sus bienes presentes y a los que adquirieran -- dentro del matrimonio. El convenio se expresará con toda -- claridad si el matrimonio se contrae bajo el régimen de so-- ciedad conyugal o bajo la separación de bienes.

Copia del acta de defunción del cónyuge fallecido, si alguno de los contrayentes es viudo.

La cartilla del S.M.N. liberada o precartilla. (copia fotostática).

Tratándose de extranjeros con mexicanos deberán pre-- sentar el permiso de la Secretaría de Gobernación.

Si los interesados viven en unión libre y han procreado hijos deberán presentar comprobantes de alumbramiento, fé de bautizo o los comprobantes de vacunación.

Para los matrimonios que se efectuen en la oficina de

berán de entregar oficio del delegado del lugar donde radica, mencionando que viven en su jurisdicción.

En caso de que el matrimonio se vaya a realizar a domicilio anexar un croquis.

Algunas Disposiciones de la Legislación Mexicana
Sobre la Familia.

- A) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- B) Reglamento de la Ley General de Población.
- C) Ley General de Población.
- D) Código Civil para el Distrito Federal.

CARTA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. *

En la niñez, la etapa inicial de la vida del humano, desde el momento de la concepción y durante la etapa intrauterina el niño recibe de la madre confort y calor, además de la nutrición y el oxígeno a través de la circulación materno fetal.

Cuando nace, depende de la figura materna para satisfacer sus necesidades básicas por tal motivo, se afirma que durante la primera etapa de la vida, el hombre es el más desvalido de la escala zoológica; pero el más evolucionado y -- productivo cuando logra su madurez neurológica y emocional -- como respuesta a su gran capacidad intelectual.

El niño tiene que satisfacer en forma simultanea necesidades de tipo biológico, psicológico y sociales.

Biológicos.- Las satisfacciones se combinan entre si de tal manera que de una necesidad básica como lo es la alimentación, depende de factores económicos, culturales, emocionales y circunstanciales. Pcj. La leche materna para el bebé debe llenar los requisitos nutricionales y además satisface la necesidad de acercamiento y afecto en la relación madre-hijo, cuando lo abraza, lo arrulla o lo coloca en su se-

* Documento sin fecha de publicación.

no, o a la inversa cuando son alimentados solo con biberón. Económico, para la disponibilidad de los alimentos y de la forma adecuada de preparárselos y de administrarlos al infante.

Emocionales.- El niño necesita ser amado, comprendido y ser estimulado lo cual puede ser satisfecho en el seno familiar he aquí una de las funciones de la familia. Cuando se habla de amor o de afecto, no se refiere al afecto que -- tratan de demostrar los padres a través de obsequios, juguetes, besos o apapachos, si no a la vivencia que llega a -- transmitir un fuerte sentimiento de aceptación y cariño que el niño es capaz de percibir y aceptar,

- Se recomienda a los padres que:

Presten cuidado y protección a sus hijos de acuerdo a los períodos del crecimiento y desarrollo.

Demuestren interés entre cada uno de sus pequeños logros estimulándolo para que se supere cada día.

Conocer sus limitaciones de sus capacidades y lo acepte y respete como individuo.

Sociales.- En el proceso de educación, el niño neces-

sita aprender a vivir y debe ser guiado por las personas mayores en éste aprendizaje. Se satisface mediante una autoridad motivacional, Fromm lo divide en dos partes:

Es racional.- El hombre debe ser dirigido en el aprendizaje cuando es pequeño e inmaduro, pero a medida que el niño adquiere experiencia y capacidades para valerse por sí mismo y los padres se transforman en monitores que favorecen las potencialidades del niño y el fortalecimiento.

Es irracional.- En el proceso educativo cuando es impositivo, tiene como propósito mantener al niño supeditado a los intereses de los padres impidiendo el desarrollo de su voluntad y lo hace sentirse impotente y débil; obstaculiza su desarrollo hacia la madurez.

- Mencionamos además otras necesidades sociales como son:

- La economía y el trabajo.
- La vivienda.
- La recreación.
- La seguridad social.

Necesidades que si bien son satisfechas darán por resultado, el bienestar del niño.

El cuidado del niño ha sido preocupación de organismos nacionales e internacionales de esta manera surge "La Declaración de los Derechos del Niño" que fué aprobada por unanimidad el 20 de Noviembre de 1959, por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Esta carta o declaración internacional comprende 10 principios básicos.

EL NIÑO TIENE DERECHO A:

1) Afecto, Amor, Comprensión y Estímulo.- El niño para el desarrollo de su personalidad necesita amor y comprensión, siempre que sea posible deberá permanecer amparado y bajo la responsabilidad de sus padres, no debe separarse al niño de corta edad de su madre. En México cada día la mujer se incorpora a la productividad del país como fuerza de trabajo, para lo cual los niños son atendidos en guarderías o estancias infantiles.

2) El Derecho a la Alimentación y Servicios Médicos Adecuados.- El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse con buena salud; con éste fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluso atención prena-

tal y postnatal.

El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, - vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

3) El Derecho a la Educación Gratuita y Amplias Oportunidades de Juego y Esparcimiento.- El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo - menos en las etapas elementales. Se le dará una educación -- que favorezca su cultura general y le permita en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su sentido de responsabilidad moral y social para llegar a ser - un miembro útil a la sociedad.

El niño debe de disfrutar de juegos y recreaciones, -- los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación. Los juegos y las recreaciones son me--- dios que se utilizan para estimular las aptitudes, la creatividad y en sí el crecimiento y desarrollo.

4) El Derecho a Recibir Cuidados Especiales si es Impe- dido.- El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación, el cuidado especial que requiere su caso particular.

5) El Derecho a Estar Entre los Primeros en Caso de -
Desastre.- El niño debe en todas las circunstancias figurar
entre los primeros que reciben protección y socorro en caso
de emergencia.

6) El Niño Tiene Derecho Desde su Nacimiento a Un Nom
bre y a Una Nacionalidad.

7) El Derecho del Niño Para Aprender a Ser Miembro --
Util de la Sociedad y Desarrollar sus Aptitudes Individuales.
El niño gozará de una protección especial y dispondrá de ---
oportunidades y servicios dispensado todo ello para la ley
y por otros medios para que pueda desarrollarse física, men-
tal, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y --
normal, así como en condiciones de libertad y dignidad, al -
promulgar leyes con éste fin.

8) El Derecho de Ser Respetado y Protegido Contra el
Abandono, la Crueldad y la Explotación.- El niño debe ser -
protegido contra toda forma de abandono, crueldad, explota-
ción, no ser objeto de ningún tipo de maltrato. No debe per-
mitirsele al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada
que pueda perjudicar su salud o educación, o impedir su desa-
rrollo físico, mental y moral. Este principio lo contempla
la Legislación Mexicana.

9) El Derecho a Ser Educado en un Espíritu de Paz y de Fraternidad Universal.- El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos paz y fraternidad.

10) El Gozar de Sus Derechos sin Distinción de Raza, Color, Sexo, Religión, Origen Nacional o Social.- El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta declaración, éstos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición ya sea el propio niño o de su familia.

B I B L I O G R A F I A .

CAMARA DE DIPUTADOS. Código Civil para el D.F., ed. 542. - Ed. Porrúa, México, 1984. pp. 682.

CAMARA DE DIPUTADOS. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. ed. 4a. Ed. Gráficas. México, 1982. --- pp. 287.

SANCHEZ, J. Familia y Sociedad. ed. 3a. Ed. Joaquín Martínez S.A. México, 1974. pp 97.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE CLASE.

TEMA: Indicadores para la Valoración del Embarazo de Alto -
Riesgo.

OBJETIVOS:

Conocer los factores de riesgo que ponen en peligro -
el binomio madre-hijo.

Identificar los signos y síntomas de un embarazo de -
alto riesgo.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara.

LIMITE: Fecha: Miércoles 19 de Noviembre de 1986.

Hora: 7:00 a 12:00 A.M.

Lugar: Aula 27 E.N.E.O./U.N.A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de la Carrera de
Enfermería 5o. semestre Nivel
Técnico.

TECNICA DIDACTICA: - Interrogatorio directo,
- Exposición magisterial.

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis
- Pizarrón
- Video "Indicadores para la Valoración
de un Embarazo de Alto Riesgo
I y II".

EVALUACION: Diagnóstica
Formativa
Sumativa

INDICADORES PARA LA VALORACION DEL EMBARAZO DE
ALTO RIESGO.

I N T R O D U C C I O N:

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros que en un embarazo normal.

En términos generales, se han asociado al embarazo de alto riesgo numerosos trastornos, muchos de ellos debido, en última instancia a pobreza, ignorancia, embarazo no deseado y otros que pueden considerarse como problemas importantes de salud, alteraciones obstétricas o deficiencias biológicas. -- Los factores específicos que comprenden el riesgo creciente para la madre o el producto incluyen determinantes genéticos, enfermedades maternas o fetales, trastornos obstétricos, disfunción placentaria, complicaciones del cordón umbilical, parto fuera de tiempo y las complicaciones del trabajo de parto y de la vida del neonato.

Los factores generales asociados a mayor o menor riesgo perinatal son: los estados socioeconómicos, emocionales, nutricionales y de salud de la madre.

Las pérdidas maternas, fetales o neonatales imprevistas son menos frecuentes si se ha proporcionado atención sostenida durante todo el embarazo. Sin embargo no se conoce la frecuencia verdadera del embarazo de alto riesgo debido a que se carece de definiciones rígidas y de acumulación de datos precisos.

Aún así, es posible, que por lo menos 20% de la mujer embarazada y su progenie estén sujetas a riesgo. Es necesario la identificación de aquellas con riesgo, con el fin de atenderlas a tiempo y prevenir así la morbilidad y mortalidad.

La mayor parte de las muertes perinatales que no son resultado de las anomalías congénitas se asocian con las siguientes complicaciones obstétricas: Presentación de nalgas, D.P.P.N.I., Pre-eclampsia, Eclampsia, Pielonefritis, Placenta Previa e Hidramnios.

CONCEPTO:

Un embarazo de alto riesgo es aquel en que la madre, el feto o el recién nacido están ó estarán expuestos a mayor peligro que en un embarazo normal.

Factores Maternos Generales. 14/

La edad: la edad de la madre en el momento de la concepción afecta a su propia salud y bienestar y a los de su futuro hijo. Los índices de mortalidad materna y mortalidad perinatal son más altos en madres menores de 20 años de edad y ambos se elevan invariablemente conforme a la edad de la madre es mayor de 35 años de edad. El índice de mortalidad perinatal es más alto en las madres de 15 a 19 años de edad; y en las mayores de 35 años de edad, tienen con más frecuencia niños nacidos con anomalías, particularmente síndrome de Down o trisomía 21.

La talla: las madres con una talla de menos de 1.50 mts. con un peso bajo o alto es factor de alto riesgo, las personas de baja talla es más probable que tengan una desproporción fetopélvica lo que conduce a una cesárea con el riesgo de tener un producto prematuro, además pone en peligro la vida de la madre.

Tanto la madre y el producto tienen un alto índice de morbilidad y mortalidad.

El peso: el peso uno de los factores de alto riesgo,

si al inicio de la gestación es menor de 45 Kgs. ya que el producto va a necesitar los nutrimentos necesarios, y si el producto no los tiene nacerá con bajo peso; si es mayor de 90 Kgs. el producto puede nacer con un exceso de peso y a la madre puede ocasionarle trastornos metabólicos y problemas de insuficiencia respiratoria durante el embarazo, con lo que aumenta la morbilidad y mortalidad.

El estado civil: las madres solteras reciben menos atención prenatal, tienen más complicaciones durante el embarazo y un índice más alto de premadurez con un mayor riesgo de muerte que las madres casadas. El estigma aplicado al embarazo extraconyugal sin duda es un factor importante que impide que muchas primigrávidas solteras soliciten asistencia prenatal, aunque también la ignorancia y la insolvencia son factores que contribuyen a ello. Como gran parte de las madres solteras son de clase social baja, la asistencia prenatal que reciben generalmente es deficiente o no la reciben.

El nivel socioeconómico: es un factor que influye en la nutrición, educación, habitación y paridad en las embarazadas así como sus actitudes respecto a la asistencia médica. Como la estatura y la psicología del adulto pueden depender de la nutrición y la situación socioeconómica de los individuos durante la gestación y la infancia, es evidente la im-

portancia del estado socioeconómico de las familias.

En las mujeres de baja estatura y de clase social baja se ha visto que tienen más preeclampsia, más cesáreas, un índice más de premadurez e índices más altos de muerte perinatal. Las mujeres de este grupo suelen tener poca educación escolar, viven en viviendas probablemente en condiciones inapropiadas, tienen paridad más alta y es probable que soliciten menos asistencia perinatal que las mujeres de grupos sociales más altos. En la clase socioeconómica baja tienen índices más altos de mortalidad materna y neonatal.

EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO. 15/

En el período que corresponde a las primeras 20 semanas de gestación, merecen especial cuidado las complicaciones hemorrágicas entre ellas destacan aborto en todas sus formas clínicas, la mola hidatiforme, embarazo ectópico y por otra parte la hiperemesis gravídica.

Aborto: es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad o menos de 500 gramos.

Etiología puede ser: a) Espontáneo es decir no inter-

15/ Mondragón, C. Obstetricia Básica Ilustrada. 1a. ed. Ed. Trillas. México, 1982. pág. 227.

viene ningún factor intencional 60%, b) Por factores maternos 15%.

Los espontáneos pueden ser por causas ovulares, al no desarrollar un feto normal sobreviene el aborto, las fallas de segmentación del huevo la ausencia de la cavidad coriónica.

Factores maternos por traumatismos directos, infecciones, problemas uterinos.

Traumatismos directos: una contusión en la parte baja del abdomen pueden lesionar el útero produciendo la separación de la placenta.

Infecciones: como la rubéola y sífilis aumentan la posibilidad de aborto.

Anormalidades Uterinas: alteraciones del útero como: útero doble, arcuato, bicorne, tabicado y semitabicado.

Clasificación de Aborto.

La amenaza de aborto.- La cantidad de sangrado va a ser variable al dolor abdominal va a ser tipo cólico que se

irradia a las fosas ilíacas.

Aborto en evolución.- El sangrado va a ser abundante, el dolor abdominal va a ser intenso progresivo, va a haber contracción que producen parcial borramiento y dilatación cervical.

Aborto inevitable.- El aborto es inevitable cuando -- concurren sangrado y dolor abdominal, puede haber o no membranas ovulares rotas.

Aborto completo.- El feto ha sido expulsado en su totalidad, se inicia súbitamente un sangrado con dolor tipo cólico y expulsando el feto y sus membranas, posteriormente desaparece el dolor, pero persiste un sangrado escaso.

Aborto incompleto.- El sangrado es abundante, el dolor abdominal es persistente, el orificio cervical es permeable y son retenidas las partes ovulares.

Aborto retenido o diferido.- No hay sangrado, existe el dolor abdominal, no hay modificación de cérvix, las membranas están íntegras, desaparecen los síntomas de embarazo.

Signos y Síntomas Generales.

- Sangrado escaso, intermitente al principio, indoloro, - posteriormente abundante con coágulos y acompañado de - dolor.
- Dolor abdominal tipo cólico y en ocasiones se irradia a la región sacrolumbar.
- Salida de líquido por vagina.
- Existen modificaciones cervicales.
- Secreción hematópurulenta fétida.
- Falta de crecimiento uterino de acuerdo a la amenorrea.

Mola Hidatiforme.

CONCEPTO:

La mola hidatiforme es la degeneración quística de -- las vellosidades coriales.

E T I O L O G I A:

La etiología no se conoce, pero se conocen factores -
predisponentes:

- a).- La edad: mujeres de edad avanzada o muy jóvenes.
- b).- Primigestas o grandes multíparas.
- c).- La alimentación: pacientes desnutridas, con dieta hipoproteica.
- d).- La condición socioeconómica baja.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Las náuseas y el vómito exagerados se presentan, sangrado uterino de cantidad irregular, indoloro, oscuro y persistente; puede desarrollarse una preeclampsia; hay aumento de gonadotropina coriónica, crecimiento uterino mayor que la amenorrea (50%) y la consistencia uterina es disminuida; ausencia de partes fetales y latidos cardíacos fetales, expulsión de vesículas en forma de racimo de uvas, (dato patognomónico).

Embarazo Ectópico.

C O N C E P T O:

Es la implantación del huevo fuera de la cavidad uterina.

LOCALIZACION:

Puede ser tubario cuando se encuentra en la trompa de falopio y es el más frecuente 99%, y puede ser fimbriado (17%), ampular (55%), ístmico (25%) e intersticial (2%), en el ovario (1%), cérvix (0.01%) o en las vísceras abdominales (0.1%).

E T I O L O G I A:

Cualquier alteración que interfiera en el tránsito del huevo del extremo distal de la trompa al interior del útero puede propiciar un embarazo ectópico.

Bloqueo en el tránsito del huevo.

- Procesos infecciosos tubáricos (piosalpinx, salpingitis).

- Adherencias postquirúrgicas.
- Antecedentes de esterilidad.
- Tumoraciones de órganos vecinos.
- Ausencia de peristaltismo tubárico.
- Trompas largas o muy flexibles.
- Endometriosis.
- Maduración precoz del trofoblasto.

SIGNOS Y SINTOMAS:

No roto: amenorrea de pocas semanas, pruebas de embarazo positivo, síntomas subjetivos de embarazo, sangrado vaginal escaso y oscuro, de dolor abdominal intermitente de intensidad variable, útero aumentado ligeramente de volumen, doloroso a la movilización, tumoración palpable en anexos y muy dolorosos.

Embarazo tubárico roto: cuadro de choque, hipovolemia, escalofrío, diafóresis, hipotensión, palidez; dolor abdominal muy intenso de aparición brusca, náuseas, vómitos; sensación de presión en el recto y renesmo rectal; hiperbaralgia; --- abombamiento del saco de Douglas; percepción de tumoración anexial; crecimiento uterino ligeramente.

Hiperemesis Gravídica.

C O N C E P T O:

Es cuando los vómitos se exageran y se prolonga el cuadro de hiperemesis gravídica.

E T I O L O G I A:

No se conoce, sin embargo se ha tratado de explicar - por factores predisponentes:

- Aumento exagerado de gonadotropina coriónica, estrógenos y progesterona.
- Alteración fisiológica del aparato digestivo que alteran motilidad gástrica, jugo gástrico.
- Alteraciones psicológicas, temor, ansiedad, rechazo al embarazo (madres solteras, grandes multiparas).

SIGNOS Y SINTOMAS:

Las náuseas y vómitos aparecen generalmente entre la 5a. y 6a. semana. los vómitos aparecen en la mañana al levantarse, pero las náuseas y vómitos vespertinos son igualmente comunes; se despiertan con la fatiga, olores de comida; los

vómitos incoersibles que pueden resultar mortales,

SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.

16/

Desprendimiento Prematuro de Placenta Normoincerta.

C O N C E P T O:

Es la separación de la placenta antes de que se inicie el trabajo de parto.

D.P.P.N.I. se reconocen dos variables:

- 1).- Con hemorragia interna acompañada de dolor.
- 2).- Con hemorragia externa sin dolor.

E T I O L O G I A:

No se conoce la etiología pero existen factores predisponentes:

- Preeclampsia, eclampsia.
- Nefropatías.
- Hipertensión arterial.

- Estrechese de cordón umbilical.
- La estasis vascular.
- Desnutrición.
- La edad avanzada.
- La multiparidad.
- Traumatismos abdominales.
- Uso inadecuado de oxitóxicos.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Dolor abdominal intenso consecutivo a hipertonia uterina que ocurre como consecuencia de la distensión uterina producida por la presencia de sangrado retroplacentario.

El sangrado por vía vaginal en las causas de desprendimiento marginal, la sangre es pardusca de color oscura con o sin coágulos. En caso central de sangrado puede ser oculto y puede no manifestarse.

En la exploración física, hipertonia uterina conocido como útero leñoso.

Sufrimiento fetal progresivo, manifestado por taquicardia, braquicardia, arritmia y muerte fetal.

Líquido amniótico hemático de color rojo vino.

Hemoperitoneo al practicar la parotomía exploratoria.

Se encuentra el útero de couvelaire o infiltración hemática al miometrio.

Placenta Previa.

C O N C E P T O:

Se denomina placenta previa a la implantación de la placenta en el istmo o segmento del útero en el nivel inferior.

CLASIFICACION:

- Placenta Marginal.
- Placenta marginal parcial.
- Placenta central.

E T I O L O G I A:

Se desconoce la causa que origina la placenta previa, puede derivarse de un retardo en la nidación debido a la disminución del poder citolítico del trofoblasto o la presencia de un endometrio poco propicio para que ocurra la implantación del huevo en el fondo uterino. Existen además varios --

factores predisponentes; presencia de miomas, cesáreas anteriores, miomectomía, operación de strassman.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Aparición de sangrado durante la segunda mitad del embarazo.

Indoloro en ocasiones sorpresivo para la paciente, ya que puede aparecer durante la noche.

Sangre fresca, de color rojo rutilante, progresiva en intensidad y en forma de episodios, la sangre es líquida pero la coagulación es normal.

D i a b e t e s .

Todas las clases de diabetes se asocian con riesgo aumentado, las diabetes más graves las cuales dependen de la insulina se asocian más con una tasa aumentada de abortos, una tasa de muerte perinatal y una mayor posibilidad de anomalías o lesiones al nacer.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Disminución de la tolerancia a carbohidratos.

- Aumento del requerimiento de insulina,
- Aumento y/o aparición de glosuria,
- Facilidad de aparición de lesiones diabéticas.
- Desequilibrio hidroelectrolítico.
- Pólidipsia, Polifagia y Poliuria.

Condiciona a partos prematuros o productos macrosómicos, la distosia y las cesáreas son más frecuentes y por consiguiente se incrementa la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Incompatibilidad al Rh.

La isoimmunización materno-fetal también llamada eritroblastosis fetal o enfermedad hemolítica del recién nacido, es caracterizado por la destrucción excesiva de eritrocitos fetales debido a la formación de isoaglutininas maternas que llegan al producto antes del nacimiento.

Durante el primer embarazo de una madre Rh - casada -- con un varón Rh + y cuyo producto sea Rh +, ocurre el paso de antígenos Anti D a la sangre materna, sensibilizando a la madre en sus futuros embarazos al ocurrir una reacción de antígeno - anticuerpos. Y si el segundo embarazo el producto es Rh - la paciente no tendrá problema alguno durante el embarazo, si el producto es Rh + los anticuerpos Anti D que se for-

maron en el torrente sanguíneo materno durante el embarazo - anterior pueden hacer contacto con la sangre fetal con una - reacción de antígeno anticuerpo que destruye los eritrocitos.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Ictericia.
- Anemia.
- Esplenomegalia.
- Insuficiencia Cardíaca.
- Hiponatremia.
- Lesiones Hepáticas
- Ictericia grave que puede producir lesión cerebral.
(Quernicterus).

C a r d i o p a t í a s .

Los problemas cardíacos se presentan más frecuentemente en multíparas mayores de 30 años de edad aproximadamente; el 15% de las mujeres que padecen ésta enfermedad desarrollan preeclampsia la cual tiene un 20% de riesgo de muerte materna.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Hay aumento de la frecuencia cardíaca.

- Aumento del gasto cardíaco en un 30 - 50%.
- Aumento del consumo de oxígeno materno.
- Hiperpotasemia.
- Aumento del volumen sanguíneo hasta 45% (Hemodilución).
- Aumento del volumen extracelular.
- Edema.
- Cianosis.
- Disnea.

Toxémia Gravídica.

La preeclampsia es un síndrome caracterizado por la hipertensión arterial, edema generalizado y proteinúria, que ocurre habitualmente en el último trimestre del embarazo o en el puerperio inmediato. La preeclampsia es la forma no convulsivante.

Si se desarrollan convulsiones y como el padecimiento se designa Eclampsia. La enfermedad Hipertensiva crónica y las afecciones renales pueden preceder a éstas.

E T I O L O G I A: (factores predisponentes).

- Alteraciones nutricionales. (anemia deficiencia de ácido fólico).

- Clima frío. (invierno).
- Raza. (más frecuente en la raza negra).
- Presencia de alguna Nefropatía.
- Alteraciones psicológicas. (rechazo al embarazo, madres solteras o abandonadas).
- Edad: pacientes muy jóvenes o de edad avanzada.
- Multiparidad o primigravídas.
- Embarazo gemelar.

F i s i o p a t o l o g í a .

Consiste en un vaso espasmo arteriolar generalizado de causa desconocida.

SIGNOS Y SINTOMAS:

La preeclampsia es una enfermedad particular de la mujer embarazada, que se caracteriza por hipertensión proteinúrica y edema generalizado, en ausencia de otras causas de presión arterial elevada. Las manifestaciones clínicas se desarrollan a partir de la 24a. semana de gestación, hasta la segunda semana del puerperio.

La cefalea intensa, persistente y generalizada, el -- vértigo, el malestar y la irritabilidad nerviosa constituyen síntomas prominentes, que en parte se deben al edema cere---

bral. Los escotomas centellantes y la ceguera parcial o total son causadas por el edema, la hemorragia o el desprendimiento de la retina.

Alcoholismo, Tabaquismo y Toxémias.

El abuso de varias sustancias suele ser un síntoma de inestabilidad psíquica. Además algunos de éstos hábitos aumenta el riesgo fetal. El efecto pernicioso de fumar cigarrillos esta bien documentado. Cuando el hábito excesivo (más de dos cajetillas de cigarros al día) y combinando con otros factores. Pej. Hipertensión o antecedentes de productos con bajo peso al nacer, se considera que el embarazo es de alto riesgo.

El alcoholismo y las toxicomanías, con sus potenciales síndromes de malformaciones fetales constituye un problema especial.

B I B L I O G R A F Í A .

- BETHEA, D. Enfermería Materno Infantil. ed. 3a., Ed. Interamericana, México, 1977, pp. 252.
- MONDRAGON, C. Obstetricia Básica Ilustrada. ed. 1a., Ed. - Trillas, México, 1982, pp. 225.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PLAN DE CLASE.

TEMA: Acciones de enfermería en los periodos clínicos del -
parto en dilatación y borramiento.

OBJETIVOS:

Conocer las acciones de enfermería que se llevan en -
el servicio de admisión.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara.

LIMITES: Fecha: Lunes 24 de Noviembre de 1986.

Hora: 8:00 a 9:00 A.M.

Lugar: Aula 27 E.N.E.O./U.N.A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de la Carrera de
Enfermería 5o. semestre Mi--
vel Técnico.

TECNICA DIDACTICA: - Interrogatorio directo
- Exposición magisterial.

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis
- Pizarrón.
- Video "Los primeros días de la vida".

EVALUACION: Diagnóstica
Formativa
Sumativa

I N T R O D U C C I O N :

Al pasar los meses del embarazo la mujer espera con impaciencia creciente el momento en que comenzará el parto; cabe que esté preparada por estudios y ejercicios personales y que haya acudido al médico con frecuencia.

A veces durante el último mes el descenso del producto en la pelvis parece aligerar la carga lo que le permite respirar mejor.

La embarazada siente lumbalgia moderada y después de un rato, comienza a intensificarse a intervalos abarcando toda la pelvis, desde el frente hasta el dorso.

El útero adquiere firmeza durante algunos segundos y después de ello se relaja sin causar dolor lo que indica el comienzo del trabajo de parto. El cuello uterino se abomba, de modo que el médico puede clasificarlo como "maduro". Se le indica a la mujer que acuda al servicio de admisión cuando las contracciones son dolorosas y regulares, se rompen -- las bolsas de las aguas, o se expulsa el tapón mucoso.

Ha llegado el momento esperado por tanto tiempo, la pareja próxima a tener un hijo en el hospital.

C O N C E P T O:

Son los trámites médico-administrativo que se siguen para el ingreso de la paciente embarazada para la atención hospitalaria.

Al ingresar la embarazada al hospital, el personal de admisión suele preguntarle datos generales a la paciente: nombre, dirección, ocupación, número de teléfono, parientes más cercanos, su estado civil, si es derechohabiente. 17/

Recepción y preparación física. La enfermera del servicio de admisión como una anfitriona dirigirá su atención a la madre.

Llevará a la paciente al cubículo asignado y le ayudará a desvestirse y colocarse la bata del hospital. Es necesario enumerar y conservar las ropas en una forma especial, en caso de que el esposo no las lleve al hogar. Los objetos de valor como joyas, dinero, lentes de contacto, deben ser también llevados a casa por el esposo o guardarlos en un lugar seguro en el hospital (trabajo social).

Obtención y registro de signos vitales. Se toma el -

pulso, la temperatura y las respiraciones para precisar si hay una infección.

Una presión arterial de 140/90 o más alta puede ser un síntoma de toxemia y debe de informarse al médico. Como la presión arterial puede elevarse de 5 a 10 mm de Hg. durante una contracción debe tomarse la lectura entre las contracciones.

Interrogatorio. Después de tomar los signos vitales, la enfermera debe obtener datos valiosos que incluyen nombre, edad, estado civil, etc.

Antecedentes obstétricos. La historia menstrual deberá comprender la edad de la menarquia; intervalo promedio entre los períodos duración y cantidad de la menstruación; dolor y su relación con la menstruación; presencia o ausencia de sangrado intermenstrual, existencia de leucorrea u otras anomalías, fecha de la última menstruación (F.U.M.), el cálculo de la fecha probable de parto (F.P.P.). 18/

Historia Obstétrica. Número de embarazos (Gestas), partos (Paras), abortos (A), cesáreas (C), fecha probable de parto, estado de las membranas, momento en que se comenzaron

las contracciones, frecuencia con que se han presentado, si se expulsó o hubo expulsión de sangre,

- Información que debe ser recogida en cada embarazo previo.

Fecha, mes y año de su terminación, nombre del médico y hospital donde fué atendida.

Trabajo de parto. Preguntar si fué espontáneo o inducido y las razones de la inducción.

Anotar la duración de cada embarazo en comparación -- con su F.P.P., se podrá apreciar una presentación persistente de partos adelantados o retrasados.

Durante el trabajo de parto, la duración de los partos anteriores presta ayuda para prevenir problemas por distosia o partos precipitados.

Parto. Inquirir acerca, del método si fué vaginal o abdominal, si fué asistido. (forceps).

Anestesia. Tipo empleado y cualquier dificultad o -- complicaciones que causó.

Nacimientos previos. Los pesos al nacimiento de cada

uno de los niños de la paciente son importantes para reconocer el patrón de peso.

Lactancia. Anotar si la paciente amamantó a cualquiera de los hijos previos y por cuanto tiempo lo hizo. Una revaloración de las fallas anteriores puede decir si la madre podrá lactar al próximo bebé.

La enfermera debe de emplear éste momento para establecer una relación de confianza y respeto mutuo.

Las reglas y sistemas del hospital tiene gran importancia para la parturienta lo que acontecerá de inmediato, la enfermera debe recordar que muchas veces los métodos hospitalarios son extraños y atemorizadores para la mujer y ella, merece todo el género de explicaciones y satisfacciones.

I N S P E C C I O N: 19/

Cambios en las mamas. Va a haber aumento de tamaño, hiperpigmentación de aureola y pezón, se nota la red venosa de Haler, los tubérculos de Montgomery.

Cambios abdominales. Al aumentar el tamaño del útero es perfectamente lógico que empuje y comprima las paredes abdominales hacia afuera, para acomodar su mayor volumen.

Al crecer el feto, las paredes del abdomen son desplazadas cada vez más hasta que al octavo mes en que aparece la mayor distensión, incluso la piel del abdomen puede mostrar estiramiento doble.

Estrías Gravídicas. Como resultado del estiramiento de la piel pueden aparecer en el abdomen líneas irregulares, que son bastante potentes en las mujeres de piel clara.

Hiperpigmentación. La hiperpigmentación de la piel - de las mamas, de la cara y de la línea media del abdomen (línea morena).

Inspección Vaginal.

Presencia de cicatrices. Episiotomías previas, desgarros perinatales o intervenciones quirúrgicas que puedan condicionar fibrosis del periné y dificultar el parto.

Lesiones Dermatológicas. La lesiones herpéticas o verrugosidades pueden aparecer en vulva o periné. Los herpes pueden constituir una contraindicación para el parto por vía

vaginal.

Presencia de varices vulvares. La insuficiencia venosa de miembros inferiores puede extenderse hacia uno o ambos labios mayores y puede ocasionar hemorragia durante el parto formando hematomas.

Leucorrea. La secreción vaginal consecutiva a infecciones por moniliasis o gérmenes patógenos, a infestación -- por tricomoniasis pueden favorecer la infección puerperal o sépsis en el recién nacido.

Sangrado. El sangrado es un signo de alarma en cualquier etapa del embarazo. Pej. D.P.P.N.I.

Tapón Mucoso. La presencia del llamado tapón mucoso señala la cercanía del trabajo de parto.

Líquido amniótico. La presencia de ésta sustancia indica la ruptura precoz o prematura de la membranas ovulares, si es de aspecto normal solo pone de alerta al obstetra, pero si se acompaña de características de infección (líquido turbio o fétido). Si se acompaña de sangrado, puede traducirse en un desprendimiento placentario; y si tiene meconio indica sufrimiento fetal o presentación pélvica.

Prolapso de cordón umbilical. Puede ocurrir el prolapso de cordón umbilical al exterior y diagnosticar por la simple inspección.

Prolapso de Cérvix. La cérvix puede hacer protrusión al exterior de la vagina en pacientes con alteraciones de estática pelvigenital severa.

P a l p a c i ó n .

Exploración Abdominal. Tan pronto como se completa la preparación inicial de la paciente se hará exploración -- obstétrica cuidadosa, para determinar el estado del mismo.

Son muy necesarias las explicaciones preliminares a la paciente, la intimidad, la iluminación suficiente y contar con abasto y equipo facilmente obtenible y a la mano. La enfermera debe asumir la responsabilidad de todos éstos artículos en el orden.

Presentación. Es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis materna que es capaz de llenarla y desencadenar un trabajo de parto determinado.

Posición. Es la relación que existe entre el punto toconómico del producto y la mitad izquierda o derecha de la madre.

Modalidades: Izquierda o Derecha.

Punto toconómico. Punto de referencia del producto que varía de acuerdo a las diferentes presentaciones.

En la presentación cafálica: Occipito (occipusio), de la nariz (naso), mentón (mento). En la presentación pélvica: el sacro (sacro).

Variedad de posición. Es la relación que existe entre el punto toconómico del producto con la mitad anterior o posterior de la madre.

Modalidades: Anterior y Posterior.

Situación. Es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre.

Modalidades: Longitudinal, Transversal y Oblicua.

Altura de la presentación. Es la relación que existe entre el diámetro mayor de la presentación y el estrecho su-

perior de la pelvis.

Modalidades: Libre, Abocado y Encajado.

Actitud. Es la relación que guardan las distintas -- partes del producto entre sí, la actitud normal del producto es de flexión. Flexión de cabeza sobre tronco, flexión piena sobre muslo, flexión muslo sobre abdomen, flexión de ante brazo sobre brazo, flexión brazo sobre tórax.

Para explorar por palpación el útero y su contenido - se puede utilizar las maniobras de Leopold.

Primera maniobra. La obstetra se coloca mirando ha-- cia la cara de la embarazada, coloca ambas manos en contacto con el fondo uterino: con ésta maniobra se puede hacer el -- Dx. de la altura del fondo uterino, situación del producto y presentación.

- Fondo uterino. Advierte hasta donde ha llegado el fondo uterino.

- Situación. Si el fondo del útero se palpa un polo esférico duro, estará en longitudinal.

- Presentación. Si el fondo está ocupado por la cabe

za es una presentación pélvica.

Segunda Maniobra. Consiste en deslizar las palmas de las manos por las partes laterales del útero desde el fondo hasta el mesogastrio. Mediante esta maniobra se Dx. corrobora la situación y posición del producto.

- Es sencillo Dx. la situación del producto mediante ésta maniobra pues se sigue lateralmente el útero y se aprecia una situación longitudinal.

- Posición. Una de las manos aprecia una superficie convexa lisa, consistente, regular que es el dorso del producto; en las presentaciones pelvianas, y en las de vértice da el lado de la posición del producto.

La otra mano aprecia un plano irregular con depresiones y salientes, muchas veces movilizables con la palpación de miembros fetales.

Tercera Maniobra. Se separa el pulgar de los restantes dedos de la mano derecha formando una especie de pinza - que toma el polo ubicándolo en el hipogastrio, en ésta maniobra permite precisar. Situación fetal, presentación, altura de la presentación (grado de encajamiento).

- Situación. Respecto a la situación del producto, - diremos que la falta de polo en el hipogastrio nos indica -- la existencia de una situación transversa, si existe un polo nos dice que estamos frente a una situación longitudinal.

- Presentación. En caso de que exista un polo será - una presentación cefálica, si percibimos el peloteo y demás características de la cabeza del producto.

Polo liso, duro, redondeado y pequeño; si es pélvico reúne las características de un polo irregular, blando, gran de y no pelotea.

Respecto a la altura de la presentación (grado de encajamiento) tomando como dato fundamental la relación existente entre la circunferencia máxima de la presentación y el estrecho superior de la pelvis materna.

Presentación libre: Cuando prácticamente no existe - contacto entre ella y el estrecho superior, siendo muy fácil separarlo del mismo mediante la palpación, y en caso de ser una cefálica el peloteo se observa muy francamente.

Presentación abocada: La presentación se ha amoldado al estrecho superior y su circunferencia máxima se encuentra a punto de franquearla, el peloteo es prácticamente irregu-

lar.

Presentación Encajada: Cuando su circunferencia máxi-
ma ha traspuesto el estrecho superior. No existe la posibi-
lidad del peloteo.

Cuarta Maniobra. El obstetra se coloca dando la es-
palda a la cara de la madre y sus manos se dirigen lateral-
mente hacia el hipogastrio a fin de aclarar y corroborar los
datos obtenidos, en maniobras anteriores respecto a la pre-
sentación.

La utilidad de ésta maniobra reside en que mediante -
ella sacamos conclusiones definitivas respecto a la situa-
ción, presentación, altura de la presentación y posición del
producto.

- Auscultación del corazón fetal. El latido cardíaco
fetal tiene un sonido como el del tic-tac de un reloj de bol-
sillo: consiste en un primer tono causado por la sístole ven-
tricular, luego una pausa corta, un segundo tono producido -
por el cierre de las válvulas semilunares y un silencio más
largo. Respecto al latido cardíaco fetal se deben estudiar
las siguientes características.

Frecuencia: Número de latidos cardíacos que se presentan por minuto (normal 140 por minuto).

Ritmo: Periodicidad o sincronía con que se suceden dichos latidos (normal es rítmico)

Intensidad: Fuerza o claridad con que se manifiestan las contracciones cardíacas (normal de buena intensidad, es decir que permite oírlas claramente).

Auscultación del Foco Fetal. Se coloca el estetoscopio de pinard dependiendo de la edad de la gestación: en la mitad del embarazo el estetoscopio se sitúa en la línea media, entre el ombligo y el pubis, y se dirige hacia el ombligo buscando la zona de mayor intensidad.

En la segunda mitad es conveniente auscultar el corazón fetal de acuerdo con el esquema de Aubard: El sitio donde son más audibles al máximo los latidos es el que se encuentra a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdominal, y corresponde al hombro anterior. Este sitio se conoce como foco.

Contracciones Uterinas. 20/

Frecuencia: Número de contracciones uterinas que se presentan en 10 minutos.

Intensidad: Presión máxima desarrollada en la cavidad uterina durante la contracción.

Duración: Período comprendido entre el inicio y el término de la contracción.

Tono: La menor presión registrada entre dos contracciones.

Para medir con exactitud registrada entre dos contracciones, la enfermera colocará su mano directamente sobre el abdomen desnudo de la paciente sobre el fondo del útero, con la punta de los dedos, oprima un poco la piel, esperando la contracción muscular. Cuando comience el músculo a adquirir firmeza comienza a contar. La enfermera puede palpar al comienzo de una contracción, incluso antes que la paciente la advierta. Al adquirir firmeza el útero la enfermera debe advertir la intensidad.

Después que la contracción ha alcanzado su máximo, comienza a relajarse la musculatura uterina, cuando ha llegado a la relajación completa se anota la hora, pero la enfermera seguirá palpando la musculatura. Cuando comience la siguiente contracción, anotará el tiempo de nuevo. Una contracción puede ser distinta de la siguiente en intensidad y duración, por lo que la enfermera debe palpar varias contracciones consecutivas para tener también una frecuencia en 10 minutos.

P a l p a c i ó n .

Tacto vagina. Se debe practicar con suavidad para molestar lo menos a la paciente. Con éste procedimiento se obtienen los siguientes datos.

Características de la Vagina. Se identifica la consistencia y superficie vagina y se aprecia su elasticidad potencial de la misma.

Cérvix. Permite identificar la forma, posición, longitud, consistencia y dilatación de la cérvix.

Integridad de la membranas. A través de la cérvix dilatada se puede apreciar la integridad de la membranas al rechazar suavemente la cabeza del producto (peloteo).

Presentación del producto. Se ratifica la impresión de la exploración abdominal al tocar el polo cefálico o pélvico a través de la cérvix.

Variedad de posición. La variedad de posición del -- producto son anterior o posterior, se conoce palpando la fontanela anterior con relación a la mitad anterior o posterior de la madre.

Grado de encajamiento. De acuerdo con los planos de Hodge se calcula el nivel del diámetro mayor de la presentación.

- 1er. Plano. Del promontorio al borde superior del pu bis.
- 2o. Plano. Cara anterior de la 2a. vertebra sacra - al borde inferior del pubis.
- 3er. Plano. Paralelamente al segundo plano pasando - por las espinas ciáticas.
- 4o. Plano. De la punta del coccix paralelo al ter-- cer plano.

Preparación del periné. La finalidad de la prepara-- ción es obtener un campo más aséptico para la expulsión del producto, al eliminar el vello que puede tener bacterias, --

por ello se hará con el mínimo de molestias para la paciente, el principio que debe recordarse es asear siempre de la zona limpia a zona sucia, lo que significa que debe de hacerse -- siempre los movimientos de la maquinilla de afeitar en sentido al ano y que la zona anal sea la última en afeitar.

Hacer las anotaciones en la hoja de enfermería.

Trasladar a la paciente a labor.

BIBLIOGRAFIA.-

- BENSON, R. Manual de Ginecología y Obstetricia 2a. ed. Ed. Manual Moderno. México 1977 pp. 736.
- BETHEA, D. Enfermería Materno Infantil ed. 2a. Ed. Interamericana. México 1977 -- pp. 252.
- MONDRAGON, C. Obstetricia Básico Ilustrada. ed. - 1a. Ed. Trillas, México 1982 pp. -- 685.
- PRITCHARD, J. Obstetricia. ed. 1a. Ed. Salvat Mexicana Barcelona 1980 pp. 967.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PLAN DE CLASE.

TEMA: Acciones de Enfermería en los Períodos Clínicos del -
Parto en Dilatación y Borramiento.

OBJETIVO:

Conocer las acciones obstétricas específicas de enfer-
mería que se llevan a cabo en el servicio de labor.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara.

LIMITES: Fecha: Martes 25 de Noviembre de 1986.

Hora: 7:00 a 9:00 A.M.

Lugar: Aula 27 E.N.E.O./U.N.A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de la Carrera de
Enfermería 5o. semestre Ni-
vel Técnico.

TECNICA DIDACTICA: - Interrogatorio directo.
- Exposición magisterial.

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis.
- Pizarrón.

I N T R O D U C C I O N :

Durante la larga fase de la primera etapa del trabajo de parto, las contracciones pueden ser suficientemente débiles como permitir a la paciente, dormir, leer, platicar con la enfermera.

A medida que el trabajo de parto pasa de la fase de transición a la fase activa, se intensifica la vigilancia de enfermería que puede compartirse con varios miembros del hospital, personal de obstetricia.

El personal de enfermería participa activamente a varios niveles. Todo el personal debe de manifestar interés genuino y cariño hacia la madre.

Cada paciente y cada parto son distintos, pero hay -- que admitir que el proceso y características de cada parto son prácticamente los mismos. La primera etapa del trabajo de parto suele caracterizarse por un período duradero de latencia, en que el cuello uterino se borra y las contracciones uterinas son relativamente moderadas, y poco frecuentes, a ello sigue la fase activa, durante la cual las contracciones se intensifican y son más frecuentes hasta que el cuello se borra y se dilata por completo.

C O N C E P T O:

Es el servicio donde se realizan un conjunto de maniobras a la paciente embarazada para controlar el trabajo de - parto.

Recepción de la paciente. La enfermera del servicio recibirá a la paciente embarazada colocándola en su cama correspondiente, revisando su expediente clínico.21/

Medición de signos vitales. Medir con frecuencia los signos vitales maternos incluyendo la temperatura, pulso respiración y presión arterial, tomando mayor énfasis en ésta - última para detectar una preeclampsia, hipertensión.

Medir la frecuencia Cardíaca Fetal. En los comienzos del parto se escuchan los ruidos cardíacos fetales cada hora; conforme progresa el parto, se investigan cada media hora. - La enfermera debe informar de los signos de sufrimiento fetal al médico inmediatamente los cuales incluyen: 1) Frecuencia cardíaca fetal menor de 110 o mayor de 160, 2) tonos cardíacos fetales irregulares y meconio en el líquido amniótico en una presentación de vértice.

21/ BETHEA. D. Enfermería Materno Infantil. ed. 2a. Ed. Interamericana. México, 1977. pág. 129.

Contracción uterina. La enfermera anotará la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones al avanzar el parto se mantiene informado al médico de su evolución de parto y de contracciones anormales que duren más de un minuto y medio.

La enfermera observa las reacciones de la madre a sus contracciones.

A la aproximación del fin de la primera etapa del parto y del principio de la segunda en que el cuello uterino se dilata de 8 a 9 cm. la madre suele experimentar las sacudidas que no puede controlar. La marca de sangre aumenta y -- puede tener náuseas y vómitos. Las membranas pueden romperse en este tiempo si no es que están rotas ya.

Eliminación trasvaginal. Observar la eliminación vaginal para estimar su color, cantidad, consistencia, cambios repentinos o buscar la presencia de tejido placentario. Se explorará el periné en busca de cordón umbilical o de partes fetales.

Sondeo Vesical. Cada dos horas se averiguará si la madre ha orinado o no. Una vejiga llena puede detener la -- evolución del trabajo de parto e incrementar el dolor, si la paciente voluntariamente no puede orinar, será necesario un

sondeo vesical.

Estado emocional. El estado emocional de la parturienta y el nivel general de la actividad uterina son indicadores de la evolución del trabajo de parto. Es de importancia cualquier tipo de dolor, tomando en cuenta su localización, duración, intensidad y características. Son significativos el dolor de espalda, de cabeza, de tórax, los calambres en piernas y el dolor abdominal continuo.

La Instalación de Venoclisis. Es necesario que la paciente tenga instalada una venoclisis con solución glucosada, ya que la paciente se encuentra en ayuno, y la solución glucosada es con el fin de proporcionarle calorías. Debe vigilarse el goteo por minuto y la permeabilidad venosa.

Colaborar en la preparación y aplicación de la induc-to-conducción.

Inducción. Es el procedimiento mediante el cual se provoca el inicio del trabajo de parto.22/

Conducción. Es el procedimiento que permite regularizar la dinámica uterina en una paciente que ya se encuentra

22/ MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada. 1a. ed. - Ed. Trillas. México, 1982. pág. 170.

en trabajo de parto.

Indicaciones de la inducción. Está indicada entre --
otros, los siguientes casos:

- Embarazo prolongado.
- Muerte fetal inútero.
- Ruptura prematura de membranas.
- Toxémia gravídica.

Requisitos en la inducción:

- Cérvix madura. Corta, blanda y central.
- Presentación cefálica, abocada o encajada.
- Conocimiento absoluto del procedimiento.
- Vigilancia estrecha del trabajo de parto.
- Pelvis con diámetros adecuados al tamaño del produc
to.

Contraindicaciones:

- Cérvix desfavorable. Larga, resistente y posterior.
- Presentación cefálica libre.
- Presentación pélvica o situaciones anormales.
- Procúbito de cordón umbilical.
- D. C. P.

- Placenta previa.
- Sufrimiento fetal.

La técnica de Inducto-conducción consta de los siguientes pasos:

- 1).- En 500 ml. de solución glucosada al 5% se agregan 2 U. - de oxitocina (cyntocinon) con lo cual se obtiene una solución de cuatro miliunidades.
- 2).- La administración se indica con 12 gotas por minuto es - decir 1 mililitro por minuto y se duplica la dosis cada 20 minutos hasta obtener respuesta que consiste en tener 3 contracciones en 10 minutos.

La respuesta a la oxitocina siempre es individual los factores que modifican la dosis respuesta son variados. Pej. Patología agregada, el tiempo del embarazo.

Vigilancia del procedimiento.

- Se deben checar estrictamente los signos vitales, en el producto la frecuencia cardíaca y el progreso del trabajo de parto.

- De acuerdo con la actividad uterina lograda, se redu
ce, aumenta o suprime el goteo.

- Se ha de tener en cuenta que los cambios posturales -
de la paciente modifican la actividad uterina.

. Decúbito dorsal. Frecuencia ++ Intensidad --

. Decúbito lateral. Frecuencia -- Intensidad ++.

- Nunca debe dejarse una inducción sin vigilancia cons
tante del personal médico y de enfermería responsable de la -
paciente.

Complicaciones.

- Sufrimiento fetal en caso de trabajo de parto
prolongado.
- Sufrimiento y/o muerte fetal.
- D.P.P.N.I.
- Ruptura uterina.
- Embolia de líquido amniótico.

Colaborar en el procedimiento de amniotomía. La amnio
tomía es el medio más fácil y seguro para inducir el parto. -
La salida de líquido amniótico acorta las heces musculares --
del miometrio, aparece una irritabilidad, aumentan las con---

tracciones en fuerza y duración.

La amniotomía causa pocas complicaciones y no es dolorosa.

La enfermera debe colaborar con el material necesario para el procedimiento. (cómodo, guantes estériles, gancho o amniotogancho). Las membranas deben romperse en el orificio interno con un gancho u otro instrumento afilado, no debe de tratarse de desprender las membranas y la cabeza no deberá -- ser desplazada con el objeto de favorecer el desague de líquido. Después de la amniotomía se debe de mantener a la paciente en cama con posición de Flower.

Colaborar en la elaboración de los diversos registros clínicos y administrativos.

B I B L I O G R A F I A :

BETHEA, D. Enfermería Materno Infantil. ed. 3a., Ed. Interamericana., México, 1977., pp. 252

MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., ed. 1a., Ed. Trillas., México, 1982., pp. 685.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PLAN DE CLASE.

TEMA: Acciones de Enfermería en los períodos clínicos
parto, período expulsivo y de alumbramiento.

OBJETIVO:

Conocer las acciones obstétricas específicas de
mería que se llevan a cabo en el servicio de expulsión.

Conocer y aplicar los cuidados inmediatos al rec
nacido.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara.

LIMITES: Fecha: Martes y Miércoles 24 y 25 respectiva
te de Noviembre de 1986.

Horá: 7:00 a 9:00 A.M. y 7:00 a 10:00 A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de 1a Carre
Enfermería 5o. semestr
vel Técnico.

TECNICA DIDACTICA: - Interrogatorio directo.
- Exposición magisterial.

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis.
- Pizarrón.
- Video "Atención de Enfermería al R.N."

EVALUACION: Diagnostica
Formativa
Sumativa

I N T R O D U C C I O N :

Cuando el cuello uterino está completamente dilatado, la madre siente presión sobre el recto como si tuviera ganas de defecar. Esta sensación es causada por la presión que -- ejerce la parte posterior de la cabeza del producto contra - el recto al descender.

A menudo éste es el primer signo de que la segunda -- etapa del parto ha empezado. Otro signo son esfuerzos expul sivos voluntarios y los gruñidos profundos que puede emitir la madre en reacción a ésta sensación de presión.

Algunas pacientes interpretan el significado de la -- presión y dicen a la enfermera que "ahí viene el bebé", cuan do aparece alguno de estos signos, la enfermera debe pasar a la paciente a expulsión.

En la sala de expulsión, la paciente es el centro de todas las actividades; presenta contracciones fuertes y fre cuentes, por lo que uno de los aspectos en el que se da pre ferencia es la anestesia.

Si no se emplea éste método, por que anteriormente ya se "bloqueo" suele ser colocada en posición de litotomía de inmediato. El anestesista se sienta sobre la cabecera de la

mesa de expulsión en donde vigila los signos vitales y administra el anestésico indicado para la paciente.

C O N C E P T O :

Es un sitio que cuenta con características físicas y ambientales adecuadas para proporcionar atención a la paciente en período expulsivo y de alumbramiento en el trabajo de parto, así como proporcionar cuidados inmediatos al recién nacido.

Recepción de la paciente. La recepción de la paciente en expulsión debe ser en la camilla con su expediente para identificarla, colocándola en la mesa obstétrica.

Colaborar en la preparación y aplicación de anestésicos. 23/

En la práctica obstétrica se han empleado hasta la fecha numerosos procedimientos de infiltración de anestésicos locales con el objeto de suprimir el dolor durante el trabajo y la atención del parto. En la actualidad el bloqueo epidural es de elección para suprimir el dolor obstétrico. Puede usarse durante el 1o. y 2o. período del trabajo de parto.

Consistió en introducir un agente anestésico local (como lidocaína en el espacio peridural por la vía lumbar a fin

de anestesiar las raíces sensitivas.

Equipo necesario:

- Vaso con torundas de algodón.
- Tintura de merthiolate.
- Frasco con solución anestésica local de elección.
- Jeringas de 10 y 20 ml. con pivote de cristal.
- Aguja de raquia.
- Pinzas de foster.
- Catéter epidural.
- Tela adhesiva.
- Gasas de 10 x 10. (6 piezas).
- 1 bata.
- Compresas dobles.
- Guantes de hule estériles.

La cantidad de anestésico será de diferente grado de concentración de acuerdo con el caso.

Procedimiento. Se coloca a la paciente en decúbito lateral en flexión forzada.

- Realizar la técnica rigurosa de asepsia y antisepsia en región lumbar.

- Seleccionar el espacio que se ha de puncionar (L-1 y L-2).

- Infiltrar los planos superficiales y profundos con anestésico local.

- Introducir la aguja epidural en el espacio interespinoso o interlaminar.

- Retirar el mandril de la aguja y colocar una gota de suero en el pabellón de aquella, para comprobar que penetra en el espacio peridural, si ocurre aspiración de la misma.

- Introducir la aguja hasta que su extremo se encuentre en el espacio peridural.

- Comprobar que no se puncionó la duramadre, es decir no debe de haber salida de líquido cefalorraquídeo.

- Introducir una dosis de prueba.

- Introducir el catéter en la dirección deseada (caudal o cefálica).

- Retirar la aguja y fijar el catéter con tela adhesiva.
- Colocar a la paciente en decúbito dorsal evitando es fuerzos al cambio de posición.
- Conectar el extremo del catéter una jeringa que contenga el anestésico local para administrarlo en dosis fraccionada.

Contraindicaciones.

- En pacientes en estado de choque.
- Anemia aguda.
- Hipotensión arterial.
- Estado de coma.
- Discrasias sanguíneas.
- Septicemia.
- Desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Deformidades de la columna vertebral.

Anestésicos por infiltración local.

La anestesia por infiltración local puede usarse en - episiotomías, episiorrafias y suturas de pequeña laceración perineales.

El nervio pudendo interno es el más importante de los que dan inervación sensitiva a los genitales externos; éste nervio se encuentra constituido por las raíces I, II, III y IV sacras.

El bloqueo de éste nervio produce anestesia en todo el periné con relajamiento del piso pélvico.

P r o c e d i m i e n t o .

Existe la técnica trasvaginal y la trasperineal, la primera es la más sencilla y por lo tanto la más empleada. Por vía vaginal se identifican las espinas ciáticas, entre los dedos índice y medio se desliza una aguja de raquia conectada a la jeringa con el anestésico local (xilocaína al 1%); se introduce dirigiéndola a la cara posterior de la espina ciática infiltrando el ligamento sacro ciático menor y luego perforándolo.

Al introducir la aguja dos a tres centímetros se aspira para ver si no se ha puncionado los vasos pudendos.

No exceder la dosis más de 40 ml. de anestésico.

La técnica trasperineal consiste en introducir la aguja a través del periné hasta llegar al sitio antes mencionado.

I n d i c a c i o n e s .

- a).- Cuando no existe un médico anesthesiólogo durante la --- atención de un parto.
- b).- Cuando esté contraindicado el B.P.D. o no de tiempo de aplicarlo. (parto fortuito).
- c).- Como complemento del parto Psicoprofiláctico.

Aseo vulvo perineal. Se quita la parte inferior de la mesa de expulsión y la enfermera limpiará con antiséptico la región perineal.

- a).- Colocando dos torundas grandes en los pliegues inguinales.
- b).- Verter jabón sobre la vulva a partir del monte de venus, restando presión con una torunda.
- c).- Enjabonar el monte de venus transversalmente.
- d).- Enjabonar la cara interna de los muslos de arriba hacia abajo.
- e).- Enjabonar la vulva de arriba hacia abajo sin tocar la - región anal.
- f).- Enjabonar la región perineal transversalmente por último la región anal con movimientos circulares.
- g).- Enjuagar cuantas veces sea necesario utilizando una torunda y secar con otra en el mismo orden en que se enjabonó.

h).- Dar cuidados posteriores al material.

Preparación de la paciente en la mesa. Las piernas - de la paciente son incluidas en botas especiales para protegerlas de los estribos de metal de la mesa de expulsión. Después se elevarán a la posición adecuada y se fijarán. Es necesario impedir la presión excesiva en nervios y vasos sanguíneos de las extremidades. Las manos de la paciente se colocan en las agarraderas, para que en el momento adecuado pueda agarrarse de ellas y pujar.

Colocación de campos estériles. Después de asear a la paciente se aproxima y descubre la mesa con los instrumentos y recipientes necesarios. Debajo de los glúteos y sobre las piernas y el abdomen, se colocan sábanas estériles, dejando solamente expuestos el orificio vaginal, el periné y el recto.

Debe recordarse que si se humedece una sábana estéril que cubra una superficie no estéril, dejará de serlo, pues la humedad permitirá el paso de bacterias por el lienzo.

Equipo de parto.

- 1 Porta agujas de Hegar.

- 2 Pinzas de anillos.
- 4 Pinzas de Rochester.
- 2 Pinzas de disección con y sin dientes.
- 4 Pinzas de campo.
- 1 Vaso graduado.
- 1 Onfalotomo.
- 1 Tijera de Mayo recta.

Ayudar al médico. El médico vestido con pijama quirúrgica, cubreboca y gorro. Se le ayudará a colocarse la bata y los guantes estériles.

Después se colocará en el extremo de la mesa de expulsión frente a la mesa con el equipo estéril.

Proporcionar una fuente de luz. Debe colocarse una -- fuente de luz en dirección al canal de parto y se le proporcionará un banquillo especial para que se sienta.

En éste momento, el médico puede pedir materiales especiales, medicamentos, fórceps y materiales de sutura. Deben ser colocados en la mesa de instrumentos sin contaminar el -- equipo estéril.

Colaborar para que la paciente respire adecuadamente durante el trabajo de parto. Cuando la dilatación es comple-

ta, debe de indicársele a la primigrávida que puje con eficiencia. Una forma de hacerlo es inspirar profundamente --- tres veces cuando empieza una contracción. La paciente inspira las dos primeras, retiene el aire en la tercera, colocar las manos en las agarraderas de la mesa y tirar de ellas y hacer fuerzas durante la contracción; si tiene que inspirar antes de que termine la contracción, expulsa todo el aire, inspira profundamente, retiene el aire y puja hasta que termine la contracción. Debe descansar entre las contracciones.

Colaborar en el registro de datos. La enfermera registrará en el expediente la información pertinente respecto al nacimiento: hora del nacimiento, si el parto fué espontáneo o si se usaron fórceps, tipo de episiotomía, sexo del recién nacido y estado del niño, la hora en que se expulsa la placenta o si el médico la extrae manualmente.

Colaborar en la inspección del cuello uterino. El médico con todo cuidado explorará el cuello uterino y la vagina en busca de desgarros producidos durante la expulsión, -- pues si ocurren hay hemorragias de los vasos sanguíneos. Si se advierte un desgarro, se le reparará al igual que la inspección de la episiotomía.

Para la reparación se emplea Cat gut. 00 con aguja ---

atraumática en la mucosa vaginal y Cat gut 000 crónico y aguja atraumática con sujete continuo.

Durante la reparación de la episiotomía la madre suele estar tranquila en la mesa de expulsión.

Administración de medicamentos. Expulsada la placenta, el médico ordena a la enfermera que administre el frasco de solución 20 U. de oxitocina, los cuales hacen que el útero se contraiga, evitándose la hemorragia.

Palpar el útero contraído. El útero puede palparse como una bola firme por debajo de los músculos abdominales flácidos, llamado globo de seguridad de Pinard.

Mostrar el recién nacido a la madre. Es conveniente que se muestre al niño a la madre después que se le dieron -- los cuidados inmediatos, indicándole a la madre su peso, sexo y la hora en que nació.

Asistencia a la madre. Después de suturar la episiotomía, se limpiará la vulva con solución de benzal, posteriormente se quitarán los campos sucios y se colocará un apósito perineal estéril.

Se sube la parte inferior de la mesa de expulsión, se

bajan las extremidades inferiores de la madre y colocan en la mesa dando unos masajes para favorecer la circulación venosa. Si la bata esta mojada o sucia es conveniente cambiarla por una limpia y cubrirla antes de ser pasada a la camilla y ser llevada a recuperación.

Tareas ulteriores. Después del parto, se quitan de la sala de expulsión toda la ropa sucia y el cuarto es dejado -- limpio para poderse emplear de nuevo.

Se complementarán, las notas de enfermería y también - se harán en éste momento los registros hospitalarios, identificación de la madre y del recién nacido. (nombre, hora de nacimiento, sexo -hombre o mujer-, peso, número de registro).

Cuidados Inmediatos al Recién Nacido.

C O N C E P T O :

Son los cuidados que se le proporcionan al recién nacido en los primeros minutos de vida.

OBJETIVO:

Favorecer la adaptación del recién nacido a su nuevo - medio ambiente.

Equipo básico:

- Bata de cirujano.
- Campos estériles.
- Lámpara de pie.
- Estetoscopio.
- Báscula
- Mesa pediátrica.
- Aspirador empotrado.
- Toma de oxígeno empotrado.
- Laringoscopio.
- Sonda nélaton 8 y 10 o K731.
- Merthiolate.
- Jeringas.
- Ligadura umbilical.
- Gotas oftálmicas.
- Vitamina K.
- Equipo rojo.
- Cinta métrica.

Asistencia Inmediata. 24/

Aspiración de secreciones. Aspirar primero la faringe y luego las fosas nasales, de líquido amniótico, puede em---

plearse una sonda blanda de caucho con aspiración mecánica. La cabeza del pequeño deberá ser colocado en el nivel inferior a su cuerpo (posición de Rosier).

Aplicar calor. Aplicar calor radiado para evitar pérdida de calorías, por medio de una lámpara de chicote.

Administración de oxígeno. Según lo requiera el caso.

a).- Sin presión. Abrir la toma de oxígeno a 3 L X y colocarlo frente a las narinas del recién nacido.

b).- Con presión. Se colocará la mascarilla con el am bú al bebé y se realizarán insuflaciones con oxígeno.

c).- Con sonda endotraqueal. En caso de venir muy deprimido el recién nacido se colocará una sonda endotraqueal - con administración de oxígeno con fuerza a los pulmones colapsados.

Hacer la valoración inicial de Apgar y Silverman en el primer minuto.

Limpieza de vórmix caseoso con un campo estéril.

Ligación del cordón umbilical. Se ligará el cordón um

bilical, recortando el resto y posteriormente se darán unos toques de merthiolate para prevenir infecciones (onfalitis).

En los primeros días éste fragmento de cordón se contraera y se caerá en una semana más o menos dejando una zona de granulación que por último ciatriza llamado ombligo.

Aplicar Profilaxis oftálmica. La administración de las gotas oftálmicas (cloramfenicol al 5%) previene las infecciones oculares en el recién nacido.

La medición del recién nacido. Acostado con las piernas extendidas se mide su talla desde la coronilla hasta la planta de los pies. El recién nacido mide entre 45 y 55 cm., el promedio es de 50 cm. La circunferencia de la cabeza varía entre 34 y 35 cm., la del tórax entre 30 y 33 cm., la abdominal entre 35 y 36 cm., la longitudinal del pie 7 cm.

Administración de vitamina K. La aplicación de vitamina K (1 mg.-Idécima) al recién nacido para aumentar la eficiencia de sus mecanismos de coagulación y prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

Toma de la temperatura rectal. El registro de la temperatura nos permite observar la permeabilidad anal, y deter

minar la temperatura del recién nacido si es menor que la normal puede proporcionarse calor externo por medio de un calentador o incubadora hasta que se normalice.

Practicar exploración abdominal. En las salas de expulsión al recién nacido y todos los días durante su estancia en el hospital.

Para proteger al niño de infecciones y del contacto directo con el frío de la báscula puede colocarse sobre el plato de la misma una compresa estéril suave. Cuando esté pesando al niño la enfermera tendrá una mano sobre él, de manera que pueda detenerlo si se mueve mucho. El peso normal es de 2500 a 3000 Kg.

Identificación del recién nacido. Es absolutamente esencial hacer la identificación exacta del recién nacido, se emplean bandas con numeración exacta de cada R.N., de las cuales una se coloca a la madre y dos al neonato; las tiras de identificación tendrán los siguientes datos: sexo del recién nacido, nombre completo de la madre, peso, hora de nacimiento, número de registro y la fecha. Tomar su huella plantar en las hojas de registro.

Mostrar el recién nacido a la madre. Si la madre está conciente se mostrará el niño a la madre, haciendo énfasis

sis en el sexo, peso y hora de nacimiento. Colocar lo en la cuna de traslado para ser llevado a cuneros.

M E T O D O D E A P G A R . 25/

La doctora Virginia Apgar, ideó el siguiente método para valorar el estado del recién nacido, gracias a la sencillez del mismo ha sido adoptado en la mayoría de las Instituciones médicas.

La valoración del recién nacido debe de realizarse en el primer minuto de nacido y el resultado que se obtenga sirve para establecer un criterio de reanimación; ésta misma valoración debe de realizarse a los 5 minutos y la calificación que se obtenga será útil para establecer un criterio pronóstico del recién nacido.

CALIFICACION	0	1	2
Frecuencia cardíaca	No hay	Menos de 100	Más de 100
Esfuerzo respiratorio	No hay	Llanto débil	Llanto fuerte.
Tono muscular	Flácido	Flexión discreta de extremidades.	Movimientos activos.
Respuesta a estímulos	No hay	Llanto	Llanto vigoroso.
Coloración de tegumentos.	Pálido ó cianótico.	Acrosianótico.	Sonrosado.

Fuente: MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., ed. 1a. Ed. Trillas., México, 1982., pág. 196

Entre más alta sea la calificación es mejor para el bebé.

De acuerdo con el resultado obtenido en la valoración con el método Apgar se deben ejercer las acciones de reanimación.

Si el recién nacido continúa sin lograr una recuperación adecuada debe calificarse a los 5 minutos cuantas veces

sea necesario hasta que mejore.

- Deprimido intensamente Apgar 0-3.
- Deprimido moderadamente Apgar 4-6.
- Normal o deprimido levemente Apgar 7-9.

B I B L I O G R A F I A :

BETHEA, D. Enfermería Materno Infantil., ed. 2a., Ed. Interamericana., México, 1977., pp. 252.

MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., ed. 1a., Ed. Trillas., México, 1982., pp. 685.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

PLAN DE CLASE.

TEMA: Asistencia de la puérpera en el post-parto inmediato.

OBJETIVO:

Conocer los cambios que hay en la paciente puérpera.

Conocer los cuidados específicos de enfermería a la pa-
ciente puérpera en el post-parto inmediato.

ELABORO: Alexis Santillán Reséndiz.

ASESORO: P.E. Blanca Estela Guadarrama Lara

LIMITES: Fecha: Jueves 27 de Noviembre de 1986.

Hora: 7:00 a 9:00 A.M.

Universo de Trabajo: 25 alumnos de la Carrera de
Enfermería 5o. semestre Ni-
vel Técnico.

TECNICA DIDACTICA: - Interrogatorio directo,
- Exposición magisterial,

RECURSOS DIDACTICOS: - Gis.
- Pizarrón.

EVALUACION: Diagnóstica
Formativa
Sumativa

I N T R O D U C C I O N :

Las seis semanas inmediatamente posteriores al parto - son llamadas puerperio o periodo postpartum.

Durante el puerperio se presentan cambios que restauran el cuerpo aproximadamente a su estado anterior a la gestación.

Los órganos reproductores recobran su tamaño y posición normal, aunque nunca vuelven a hacer exactamente iguales a antes del embarazo.

La madre es llevada directamente de la sala de expulsión al cuarto de recuperación que tiene personal especializado. Se cambia su bata por una limpia y se le cubre con una colcha. Estas medidas se hacen por higiene y para impedir los escalofríos que suelen seguir al trabajo agotador.

C O N C E P T O :

Es el servicio donde se reciben a las pacientes de ---
postpartum inmediato hasta la estabilización de sus signos vi
tales.

Puerperio fisiológico. Es la etapa constituida por el
tiempo necesario para que el organismo materno recupere el es
tado anterior al embarazo; oscila entre 6 y 8 semanas. 26/

- Puerperio Inmediato. 24 hrs.
- Puerperio Mediato. 8 días.
- Puerperio Tardío. 40 días.

A través de la diferentes fases en que se divide ésta
condición ocurren cambios locales y generales en el organismo.

Puerperio Inmediato.

- Cambios Locales.

Utero. Después de nacer el producto, el útero a cum--
plido su función y comienza el retorno ha su estado y tamaño
naturales, fenómeno que se llama involución. Poco después --

26/ MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., ed. 1a., -
Ed. Trillas., México, 1982., pág. 204.

del parto, el útero pesa 1000 Kg. y el fondo está ha nivel -
del ombligo.

- Tamaño 17 x 12 x 8 pared 3 cm.

Consistencia Dura.

El sangrado (loquios) es sangre roja oscura al princi-
pio, serohemáticos ha los 4 a 8 días y serosos posteriormente.

Cérvix. Al disminuir su consistencia, cuelga de los -
fondos de sacos vaginales.

Ovarios. Persiste la anovulación.

Mamas. Hay congestión y aparición de secreción lác---
tea, las glándulas producen entre 1000 a 2000 ml. en 48 hrs.
por acción de la prolactina. Calostro hasta el tercer o cuar-
to día.

- Cambios Generales.

Peso corporal. Se pierde peso en forma brusca después
del parto, debido a la expulsión del producto y sus anexos. -
por la diaforesis y diuresis considerablemente aumentadas se
pierden aproximadamente de 11 a 13 Kgs.

Temperatura. El primer día de puerperio aumenta de 38 a 38.5 porque ocurre la reabsorción de pirógenos durante el trabajo de parto. El aumento térmico de 38°C durante dos días indica que ha aparecido una infección y debe avisarse al médico de inmediato.

Pulso. La frecuencia del pulso disminuye después del parto por estímulo del plexo nervioso abdominal (neumagástrico) entre 60 y 70 pulsaciones por minuto. Si llegan a 40 - 50 X'es necesario la terapéutica de un shock.

Respiración. Desaparece la disnea que por compresión abdominal se manifiesta durante el último trimestre del embarazo.

Presión arterial. No se modifica a través del puerperio normal. El descenso de la presión arterial puede detectarse como una hipotensión que se traduce a un cuadro de hipovolemia.

Pared abdominal. Los músculos abdominales pierden bastante su tono durante el embarazo y lo recobran en un proceso gradual. Buena nutrición, descanso adecuado y ejercicios --- apropiados ayudan a que los músculos recobren su tono más rápido.

Cambios circulatorios y urinarios. El exceso de agua en la sangre y la retenida por tejidos corporales durante el embarazo, es excretado por los riñones. Esto causa un notable aumento en la excreción diaria de orina (diuresis). Los cambios metabólicos en ésta fase hacen que la madre sude profusamente (diaforesis), parcialmente en la noche. Por medio de la diuresis y la diaforesis la madre pierde de 1840 a --- 2300 Kgs. de peso, durante aproximadamente 2 semana. La madre puede presentar disuria después del parto por que se produce hinchazón de la uretra por lo que la región es dolorosa.

Aparato digestivo. Inmediatamente después del parto, la madre suele estar muy sedienta.

Después de haber descansado suele tener un buen apetito. La mayor parte de las madres sufre de estreñimiento. Es causado por la relajación de la pared abdominal y por pérdida de la presión intraabdominal, así como relajación del intestino por estrechamiento del útero crecido. Se corrige -- con una buena nutrición, muchos líquidos y ejercicios.

Sistema endócrino. Va a ocurrir disminución brusca de los niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina. Hay elevación de la prolactina.

La enfermera debe brindar los siguientes cuidados en

el puerperio inmediato. En el servicio de recuperación permanecerá la paciente un promedio de dos horas durante las -- cuales se tendrá especial atención en:

Recibir a la paciente. La enfermera de la sala de ex pulsión leerá de las notas de enfermería la ficha de identificación de la madre y de la pulsera que se le colocará a -- ella, y al recién nacido, así como los signos vitales y la - solución que se le está administrando, y la enfermera de recuperación corroborará los datos.

Observación del estado general. Se observará la madre respecto a la piel la palidez, calor y humedad, respiración y estado de conciencia.

Medición de los signos vitales. Se medirá la presión arterial cada media hora, la presión sistólica menor de 95 puede indicar choque y mayor de 135, puede indicar preeclampsia, antes de llamar al médico y poner en marcha las medidas de urgencia es conveniente conocer las cifras de presión antes del parto para comparación.

El pulso deberá ser normal o un poco lento, y con vo lumen adecuado. El pulso rápido y filiforme puede indicar - choque.

La temperatura suele estar aumentada 38 a 38.5°C. El aumento térmico de 38°C durante dos días nos indicaría una infección.

Las respiraciones, Van a desaparecer las disneas, -- las respiraciones serán normales.

Palpar el útero. La palpación del útero con frecuencia nos ayuda a palpar su dureza. El fondo debe de estar a nivel de la cicatriz umbilical y será duro. Si se palpa el útero blando, ello indica que se ha relajado. El tono uterino de las multíparas de las madres con polohidramnios, embarazos gemelares, productos macrosómicos suelen ser inadecuados.

Observar las características y volumen de las secreciones vaginales. Los llamados loquios suelen ser de color rojo brillante y ser profusa. Como regla si más de tres apósitos se empapan en término de 15 minutos podemos decir que el flujo es excesivo.

Debe de hacerse masaje en el fondo del útero y observar el orificio vaginal. Si se observa salida de grandes -- coágulos debe ser conservada con los apósitos embebidos, para estimar la perdida sanguínea. Si hay salida de tejidos,

es necesario conservar también, puede indicar retención de restos placentarios.

Examinación de la vejiga. Se buscarán signos de distensión que pueden ser extraordinaria después del parto. La vejiga llena es dolorosa y parece trastornar la involución uterina. Por la tumefacción y el traumatismo reciente del meato urinario, la madre puede sufrir dificultad en la micción. Hacer pasar un chorro de agua suave sobre la vulva o permitir que el agua fluya en el lavamanos y la madre oiga, son medidas de enfermería que ayudan a la paciente a orinar. Si no ocurre la micción será necesario un sondeo vesical.

Examinar las extremidades inferiores. Vamos a valorar el grado y la extensión del efecto de la anestesia en el bloqueo epidural. La puérpera debe permanecer acostada durante 24 horas.

Prestar atención a las quejas de la parturienta respecto al dolor. Todo dolor intenso en el perineo deberá ser investigado, pues puede indicar, la terminación del efecto de la anestesia la cefalalgia pueden ser el signo prodrómico de la eclampsia.

Los entuertos o contracciones uterinas dolorosas, poco frecuentes en las primíparas aparecen más a menudo en las

miltíparas y pueden tener intensidad que obliguen al empleo de analgésicos como la dipirona.

Prestar atención al estado emocional de la madre. Se sentirá exhausta debido al parto y se preocupará por su hijo. Si la puérpera parece expresar preocupación, por su hijo, -- hay que asegurarle que éste está recibiendo atención cuidadasa y que el médico le proporcionará información detallada en breve plazo.

La enfermera no comunicará dato alguno, si no está segura.

Informar a la jefe del servicio de cualquier signo o circunstancia insólita. Ella se pondrá en contacto con el - médico tratante si aparece algún estado de urgencia.

Ministrar soluciones parenterales, revisando la per--meabilidad venosa y el goteo de la solución indicada.

Anotar todas las observaciones en la hoja de enferme--ría exactamente y de modo conciso.

B I B L I O G R A F I A :

MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., ed. 1a., Ed. - Trillas., México, 1982., pp. 685.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

SESION CLINICA DE CATETERISMO VESICAL FEMENINO.

I.- CONCEPTOS.

- Cateterismo es la introducción de un tubo catéter o sonda al interior de una cavidad.
- Cateterismo vesical, es la introducción de un catéter o sonda en la vejiga a través del meato urinario.
- Sonda vesical permanente es aquella en que se mantiene durante tiempo prolongado mediante su fijación por diversos medios.

II.- OBJETIVOS.

- Obtener muestras de orina exentas de contaminación, para investigar la presencia de gérmenes (urocultivo).
- Vaciar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Como preparación pre-operatoria en intervenciones quirúrgicas.
- Evitar micciones involuntarias en pacientes inconscientes o neurológicos.

- Facilitar la eliminación urinaria en enfermos inmovilizados.
- Facilitar la eliminación en el post-operatorio o -- post-parto de pacientes con edema uretral o heridas quirúrgicas muy dolorosas.

III.- CONOCIMIENTOS BASICOS O PRINCIPIOS.

- La uretra femenina mide de 4 a 6 cm.
- La orina es un producto de eliminación constituida por elementos de desecho del organismo.
- La vejiga es una cavidad normalmente aséptica.
- La presencia de un cuerpo extraño en una cavidad produce irritación de las mucosas que se manifiesta -- por dolor y ardor.
- La lesión de las mucosas de la uretra y la vejiga - pueden servir como puerta de entrada al organismo a microorganismos patógenos.
- El cambio brusco de presiones en la vejiga produce trastornos en su funcionamiento.

IV.- PRECAUCIONES.

- Localizar el meato antes de intentar introducir la sonda.
- La sonda retirada no debe de reintroducirse sin pre

via esterilización.

- No vaciar totalmente la vejiga en los casos de retención urinaria.
- El calibre de la sonda debe de ser el adecuado a las condiciones anatómicas de la paciente.
- Las sondas a permanencia deben cambiarse periódicamente de acuerdo a la indicación médica.
- Mantener estrecha vigilancia sobre la permeabilidad de la sonda.

V.- TIPOS DE SONDAS.

- Se utilizan las de nélaton: generalmente de los números 8 al 10 para niños y del 12 al 16 para adultos.
- Para sonda a permanencia se usa la de Foley.

VI.- EQUIPO.

- 1).- Equipo de aseo de genitales.
- 2).- Charola con compresa.
- 3).- Gasas y torundas estériles.
- 4).- Lubricante suave (KY).
- 5).- Pinzas estériles.
- 6).- Guantes estériles.
- 7).- Frasco con antiséptico.

- 8).- Bandeja en forma de riñón.
- 9).- Lámpara de pie o de exploración.

Equipo adicional para colocar sonda a permanencia.

- Jeringa de 20 ml.
- 2 ampolletas de solución fisiológica o agua.
- Tubo de conexión.
- Tubo de derivación
- Botella o bolsa colectora.
- Tela adhesiva.

VII.- TECNICA.

- a).- Preparación de equipo.
- b).- Preparación psicológica de la paciente. (indicarle a la paciente lo que se le va a hacer).
- c).- Traslado del equipo a la unidad de la paciente.
- d).- Preparación física de la paciente: aislarla, colocarle el cómodo, cubrirla.
- e).- Realizar el aseo de genitales externos.
- f).- Colocar la lámpara en el lugar que permita iluminar el campo.
- g).- Lavarse las manos.
- h).- Preparar el equipo que va a utilizarse según el caso: abrir los paquetes con gasas, jeringa, pin-

zas, sonda, ampolletas, tubo con lubricante y poner la cantidad necesaria para lubricar la sonda sobre una gasa.

- i).- Encender la lámpara.
- j).- Colocar cerca de la paciente el recipiente colector.
- k).- Calzarse los guantes.
- l).- Probar la sonda y lubricarla.
- m).- Con una mano separar y levantar ligeramente hacia arriba los labios menores para localizar el meato (primer orificio detrás del clítoris).
- n).- Dar al meato un toque con antiséptico.
- o).- Sin que se cierren los pequeños labios, tomar la sonda e introducirla de 5 a 7 cm. hasta que empiece a fluir la orina.

Si se va a instalar sonda vesical permanente, después de l: llenar la jeringa con solución estéril y seguir los pasos señalados en m, n y o, continuando con:

- p).- Una vez introducida la sonda, detenerla sin moverla y pasar el líquido de la jeringa al globo.
- q).- Fijar la sonda con tela adhesiva.
- r).- Conectar el extremo libre de la sonda con el tubo de derivación y el extremo libre de éste a la botella o bolsa colector.
- s).- Dar al equipo los cuidados posteriores.

t).- Hacer el informe en la hoja de enfermera.

B I B L I O G R A F I A :

PRINCE, A. Tratado de Enfermería., ed. 4a., Ed. Interamericana., México, 1970., pp. 602.

SUTTON, A. Enfermería Práctica en Medicina y Cirugía., ed. 3a., Ed. Interamericana., México, 1964., pp. 402.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA,

SESION CLINICA DE ASEO DE ORGANOS GENITALES
FEMENINOS EXTERNOS.

I.- CONCEPTO:

Es el aseo de los órganos genitales femeninos externos.

II.- OBJETIVOS.

- a).- Efectuar la limpieza de los genitales externos y eliminar los productos de secreción.
- b).- Dar bienestar a la paciente.
- c).- Ayudar a formar y a conservar hábitos de higiene.
- d).- Evitar infecciones.
- e).- Preparar para cualquier intervención del aparato genito-urinario.

III.- PRINCIPIOS O CONOCIMIENTOS BASICOS.

- 1).- Anatómico. Se consideran órganos genitales femeninos externos, la vulva, labios mayores, labios menores.
- 2).- Fisiológico. Las glándulas de secreción excretan

substancias que lubrican y mantienen humeda la va
gina. Esta secreción tiende a salir al exterior
por la vulva.

3).- Psicológico. Existen regiones en el organismo --
que al quedar al descubierto ocasionan en el indi
viduo mortificaciones por su pudor.

4).- Microbiológico. La secreción vaginal favorece la
proliferación de gérmenes.

IV.- PRECAUCIONES.

a).- Usar el agua a la temperatura del agrado de la pa
ciente.

b).- Evitar quemaduras por substancias cáusticas a ele
vadas concentraciones.

V.- EQUIPO.

- 1 Apósito.
- 10 Torundas de algodón grandes.
- 1 Pinzas largas de anillos.
- 1 Bandeja en forma de riñón.
- 1 Recipiente con solución jabonosa.
- 1 Recipiente con agua o solución.
- 1 Cómodo.

VI.- TECNICA.

- 1).- Preparación psicológica de la paciente. (explicar le el procedimiento que se le va a realizar).
- 2).- Trasladar el equipo a la unidad de la paciente.
- 3).- Dar preparación física a la paciente.
 - Colocar el cómodo.
 - Dar posición de lototomía.
 - Doblar la colcha y el cobertor hacia los pies y cubrir las piernas hasta las rodillas con la sábana de encima (evitando que la cortesia quede en contacto con la piel de la paciente).
- 4).- Trasladar la charola a la cama y colocarla cerca del cómodo.
- 5).- Colocar dos torundas grandes en los pliegues inguinales.
- 6).- Verter jabón sobre la vulva a partir del monte de venus, restando presión con una torunda.
- 7).- Enjabonar el monte de venus, transversalmente.
- 8).- Enjabonar la cara interna de los muslos de arriba hacia abajo.
- 9).- Enjabonar la vulva de arriba hacia abajo sin tocar la región anal.
- 10).- Enjabonar la región perineal transversalmente, por último la región anal con movimientos circulares.
- 11).- Enjuagar cuantas veces sea necesario. utilizando

una torunda y secar con otra con el mismo orden en que se enjabonó.

- 12).- Aplicar el medicamento y cubrir con un apósito, si está prescrito o se hace necesario.
- 13).- Retirar el cómodo y cubrir a la paciente.
- 14).- Retirar la charola y hacer la cama.
- 15).- Dar los cuidados posteriores al equipo.
- 16).- Elaborar el reporte de enfermería.

B I B L I O G R A F I A :

HARMER Y HENDERSON. Tratado de Enfermería Teórico y Prácti--
co., ed. 2a., Ed. la Prensa Médica Mexicana., México, ----
1970., pp. 1309.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

SESION CLINICA DE ALIMENTACION CON SONDA.

I.- CONCEPTO:

Es la introducción de una sonda a la cavidad gástrica del recién nacido para su alimentación, cuando el pequeño carece de succión y deglución.

II.- OBJETIVOS.

- Satisfacer las necesidades de alimentación del R.N.
- Proporcionar los nutrimentos necesarios para su Crecimiento y Desarrollo.
- Estimular al recién nacido por medio del habla y las caricias en el momento de la alimentación.

III.- PRINCIPIOS O CONOCIMIENTOS BASICOS.

- La cavidad gástrica del R.N. es de aproximadamente de 30 cc.
- La alimentación condiciona al Crecimiento y Desarrollo físico y especialmente al cerebral.
- La succión y la deglución son dos factores importan-

tes en la alimentación del niño.

- La alimentación con sonda separa a la madre, rompiendo la relación del binomio madre-hijo.

IV.- PRECAUCIONES.

- Durante la alimentación, no tratar de forzar al niño.
- Cuantificar residuos gástricos.
- No ofrecer mayor cantidad de la ordenada.
- Observar las reacciones del niño en el momento de la alimentación.

V.- EQUIPO.

- Un riñón.
- Una jeringa de 20 ml.
- Una pinza de Kelly curva o recta.
- Un vaso de cristal graduado.
- Gasas estériles.
- Una sonda de alimentación K-731 6 K-732.
- Biberón con fórmula indicada a temperatura indicada (26°C.)

VI.- PROCEDIMIENTO.

- 1).- Lavado de manos.
- 2).- Preparar el equipo y calentar a baño María la fórmula.
- 3).- Colóque el equipo en la cúpula de la incubadora.
- 4).- Lávese las manos.
- 5).- Abra las mangas de la incubadora y colóque al niño en posición de decúbito dorsal.
- 6).- Introduzca el equipo retirando la primera envoltura y capuchón al biberón por el orificio correspondiente y colocarlos en la cabecera de la incubadora.
- 7).- Abrir el equipo y colocar la compresa estéril sobre el tórax del niño, para utilizarlo como campo estéril, así como babero.
- 8).- Verter la fórmula en el vasito y retirar el biberón a la piecera.
- 9).- Colocar la sonda elegida en el equipo por medio de la pinza y desechar la envoltura.
- 10).- Tomar la punta de la sonda con la pinza para medir la distancia del pabellón del oído a la nariz y de ésta a la apéndice xifoides, que será el punto de referencia para la introducción, y marcar ese punto con la pinza.
- 11).- Sujetar la cabeza del niño con el borde externo de la mano izquierda y con los dedos pulgar y meñique; y con los índice y pulgar presionar las -

mejillas para que abra la boca.

- 12).- Lubricar la sonda e introducirla con la mano derecha por la boca con movimiento firme, dirigiéndola hacia atrás y por debajo de la faringe, hasta el sitio donde está marcada.
- 13).- Despinzar para comprobar si realmente está en el estómago introduciendo el extremo libre de la sonda en el vasito, si se observa burbujeo continuo, debe de retirarse, para volverla a introducir.
- 14).- Pinzar nuevamente la sonda y adaptarla al cuerpo de la jeringa para verter la leche del vaso, elevándola ligeramente para permitir el paso por gravedad, lentamente, en caso de haber dificultad para que baje, se puede ayudar con el émbolo. Haciéndolo rotar suavemente. Volver a verter leche en la jeringa, hasta completar la cantidad indicada, teniendo cuidado que no pase aire al estómago, al estar llenando la jeringa, auxiliándose con la pinza, sostener la sonda con los dedos índice y medio a nivel de la comisura de los labios.
- 15).- Pinzar la sonda al terminar de pasar el alimento, para retirarla con un movimiento rápido, para evitar que roze la úvula a su paso, para impedir reflejos nauseosos y caigan gotas de leche a la laringe y tráquea.
- 16).- Colocar al niño en decúbito ventral con la cabeza

hacia un lado durante 10 a 15 minutos.

- 17).- Retirar el equipo por el orificio correspondiente lavarlo y colocarlo en su lugar.
- 18).- Hacer las anotaciones en la hoja.

B I B L I O G R A F I A :

Lu VERNE, W. Fundamentos de Enfermería., ed. 2a., Ed. Har-
la., México, 1983., pp. 550.

MICHELINE, A. et al. El niño desde la concepción hasta los
seis años., ed. 1a., Ed. Publicado por el Centro Internacio-
nal de la Infancia., México, 1979. pp. 420.

Técnicas de Enfermería. E.N.E.O./U.N.A.M., 1980.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

SESION CLINICA DE TRICOTOMIA VULVAR.

I.- CONCEPTO:

Es el conjunto de maniobras que se realizan para preparar la región vulvar antes del parto.

II.- OBJETIVOS:

- Mantener los órganos genitales externos libres de vello.
- Permitir la visibilidad de los órganos genitales externos.
- Mantener una área aséptica con el fin de evitar la proliferación de microorganismos.
- Preparar la región para cualquier intervención de la vulva.

III.- PRINCIPIOS O CONOCIMIENTOS BASICOS.

- Un medio sucio favorece la proliferación de los mi-croorganismos.
- La piel y mucosas sanas e íntegras son las primeras

- líneas de defensa contra agentes nocivos.
- La secreción vaginal favorece la proliferación de microorganismos.

IV.- PRECAUCIONES:

- Tratar de no cortar a la paciente en el momento de la tricotomía.
- Colocar biombos alrededor de la paciente.
- Evitar el contacto físico con la paciente.

V.- EQUIPO NECESARIO:

- Charola con compresa conteniendo.
 - . Rastrillo.
 - . Navaja.
 - . Pinza de anillos.
 - . Gasas.
 - . Frascos con solución antiséptica (benzal).
 - . Frascos con solución jabonosa.
 - . Bolsa de desechos.
 - . Guantes.
 - . Cómodo.

VI.- PROCEDIMIENTO:

- 1).- Preparación del equipo.
- 2).- Preparación física de la paciente. Darle posición de litotomía. Y psicológica indicarle lo que se le va a hacer.
- 3).- Calzarse los guantes.
- 4).- Tomar la pinza y colocarle una gasa doblada en cuatro.
- 5).- Aplicarle solución jabonosa sobre la gasa.
- 6).- Enjabonar la región a preparar.
- 7).- Empezar a rasurar de arriba hacia abajo con la mano derecha y con la izquierda restirar la piel con la pinza, con la gasa hacia arriba.
- 8).- Rasurar perfectamente hasta la región anal.
- 9).- Limpiar la región cuantas veces sea necesario.
- 10).- Cambiar la gasa e impregnarla con solución de benzal.
- 11).- Cambiar la gasa y proceder a secar la región.
- 12).- Quitarse los guantes y cubrir a la paciente.
- 13).- Retirar el equipo y darle los cuidados ulteriores.
- 14).- Hacer las anotaciones en la hoja de enfermería.

B I B L I O G R A F I A :

Lu VERNE, W. Fundamentos de Enfermería., 2a. ed., Ed. Harla. México, 1983., pp. 550.

Técnicas de Enfermería., E.N.E.O./U.N.A.M.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

SESION CLINICA DE LA INCUBADORA.

I.- CONCEPTO:

Es un aparato electromecánico destinado a proporcionar al recién nacido ya sea de término o de bajo peso, condiciones óptimas como son: Calor, Humedad y Oxígeno.

II.- OBJETIVOS:

- Proporcionar condiciones óptimas a niños de bajo peso y en niños con dificultad para controlar temperatura.
- Proporcionar oxígeno de acuerdo a las necesidades del paciente normalmente a la concentración de 40%.
- Proporcionar al niño aislamiento al medio externo.

III.- PRINCIPIOS O CONOCIMIENTOS BASICOS:

- El proporcionar humedad dentro de la incubadora es que reduce la pérdida inicial de peso, al conservar los líquidos del organismo.
- La ventilación se obtiene a través de un sistema de

circulación del aire ambiental, en que el filtro es-
tratégicamente bien colocado impide el paso de par-
tículas de polvo.

- El aislamiento que proporciona la incubadora es fa-
vorable pero es un error creer que con ésto evita-
mos infecciones en el niño ya que para el manejo pa-
ra cada uno de estos pacientes requiere de una rigu-
rosa técnica aséptica.

IV.- ESTRUCTURA FISICA:

- Para su estudio de arriba hacia abajo se divide en
tres partes.
 - . Cúpula.
 - . Motor.
 - . Gabinete.

C ú p u l a .

Es de acrílico transparente con 5 caras: superior, an-
terior, posterior y laterales izquierda y derecha.

CARA SUPERIOR. Se encuentran tres orificios en el cen-
tro que se utilizan, uno para pasar el gancho de la báscula y
los sobrantes para pasar el o los tubos de venoclisis u ---
otros.

CARA LATERAL IZQUIERDA O CABECERA. Tiene una ventana provista de tapa con bisagra por el cual se introduce el material limpio a un costado tiene perforaciones que se utilizan para introducir el tubo de aspiración o bien el tubo de oxígeno a un paciente que requiere una cantidad mayor al que le proporciona la incubadora.

CARA LATERAL DERECHA O PIECERA. También tiene una -- ventana provista de tapa con bisagras, por la cual se saca - el material sucio o contaminado.

CARA ANTERIOR Y POSTERIOR. Posee dos orificios en cada cara; cerrados por mangas de plástico montados en aros gi ratorios, los que se abrirán sólo cuando se vaya a efec-- tuar algún procedimiento.

En la parte anterior del lado derecho se encuentra el portatermómetro el cual nos indica la temperatura en grados centígrados y faranheit.

La parte media de la incubadora se encuentra separada por dos plataformas metálicas, una que sirve de base y esta limitada por dos topes acrílicos y la otra más pequeña provista por dos orificios en los extremos para introducir los dedos y permitir los cambios de posición.

Sobre la plataforma móvil se coloca el colchón de hule espuma cubierto con una sábana y una céntrica en donde va el bebé.

M o t o r .

En la cara externa de la cara se encuentran los controles del oxígeno cuya concentración es del 25 al 40%. Posteriormente se encuentra el depósito del agua el que nos indica la cantidad de agua existente por medio de un tubo ---- transparente el que debe de permanecer lleno hasta la marca indicada.

Hacia arriba se encuentra el tablero correspondiente a la humedad el cual tiene una graduación de 10 en 10 partiendo del 50 al 100%.

En la parte central se encuentra una cómoda que corresponde al gabinete. A la misma altura del lado derecho está situado un tablero con el regulador de calores, se maneja en forma rotatoria, hacia arriba suben los calores y para bajarlos se rota en forma inversa.

Se encuentran dos focos de control, uno de color rojo que cuando suena el alarma indica que los calores suben al máximo, otro amarillo que está destinado al aire circular y

se enciende para indicar que dicho aire es normal.

G A B I N E T E .

Es de lámina cromada tiene varios entrepaños los cuales se utilizan para colocar en cada uno diferentes tipos de material y equipo limpio para el uso del niño.

El cajón central se utiliza para guardar los pañales y en la parte interna se colocarán los paquetes de pañal.

En el entrepaño del lado izquierdo se coloca el equipo de signos vitales, estetoscopio.

En el segundo cajón se coloca ropa limpia y equipo que se vaya a utilizar para el manejo del niño.

B I B L I O G R A F I A .

Apuntes de Crecimiento y Desarrollo. E.N.E.C./U.N.A.M. 1980.
Técnicas de Enfermería. Pediatría. E.N.E.O./U.N.A.M. 1980.

C O N C L U S I O N E S .

Al finalizar la práctica de Crecimiento y Desarrollo, podemos concluir en términos generales que se cumplieron los objetivos establecidos en la planeación con referencia a la Institución Hospitalaria, Estancia Infantil y el Asilo.

A la práctica se inscribieron 25 alumnos de los cuales 24 la terminaron y sólo uno se dió de baja; de los 24 alumnos, 18 pasaron la materia y 6 se fueron a exámen extraordinario.

El grupo en general en el nivel en que se encuentra carece de conocimientos teóricos, prácticos y técnicos, por lo cual se tuvo que trabajar duro con el grupo, obteniendo buenos resultados y sólo algunos de los elementos fueron los que se quedaron rezagados.

Es un grupo difícil para trabajar, y creo que a los alumnos les es un poco difícil adaptarse a las diferentes metodologías de trabajo de los docentes; por otra parte el poco empeño que le ponen los alumnos durante el desarrollo de la práctica.

En el programa de Servicio Social para pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en la práctica do--

cente, los objetivos establecidos se llevaron a cabo y se superaron, sin tener limitación por parte de las maestras encargadas del grupo, teniendo su apoyo durante el desarrollo de la práctica.

Por lo mencionado anteriormente es necesario que se trabaje duro con el grupo, para que su formación profesional sea de las mejores, ya que si no se trabaja adecuadamente con el grupo serán egresados con deficiencias de conocimientos en las diversas áreas de la salud, con lo cual se tendrá una deficiencia en la calidad de atención al individuo, familia y comunidad.

Práctica Hospitalaria. No se pudo concluir la práctica en el hospital puesto que la huelga en la Universidad nos afectó grandemente hasta de perder el campo clínico para la E.N.E.O., en la práctica hospitalaria pude integrar los conocimientos teóricos y prácticos aprendidos durante mi formación profesional y especialmente sobre Gineco I y II, y poniéndolos en práctica aplicándolos a los alumnos mediante la supervisión y el desarrollo de enseñanzas clínicas incidentales.

Práctica Estancia Infantil. En el segundo período -- que pasaron los alumnos a la Estancia Infantil, estuve a car

go de la supervisión, con alguna dificultad al principio; ya que cuando realice mi práctica tuve deficiencias en la super
visión; pero con la ayuda de las maestras encargadas del gru
po y la profesora Yolanda de la Estancia Infantil que nos --
brindó toda su ayuda posible pude superar las deficiencias y
así ayudar a los alumnos durante el desarrollo de su prácti-
ca teniendo resultados satisfactorios.

A los alumnos les fue difícil identificar las caracte-
rísticas y necesidades de los niños ya que es el primer profesio
nal, pero creo que fue buena la experiencia y les sirve como
base o introducción a su próxima práctica que es de pedia---
tría.

B I B L I O G R A F I A

B I B L I O G R A F I A .

- BENSON, R. Manual de Ginecología y Obstetricia., 7a. ed., Ed. El Manual Moderno., México, 1977., pp. 736.
- BETHEA, D. Enfermería Materno Infantil., 3a. ed., Ed. Interamericana., México, 1977., pp. 252.
- CAMARA DE DIPUTADOS. Código Civil para el D.F., ed. 542., Ed. Porrúa., México, 1964., pp. 682.
- CAMARA DE DIPUTADOS Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos., 4a. ed., Ed. Gráficos., México, 1982., pp. 287.
- HARMER, V. Tratado de Enfermería, Teórica y Práctica., 2a. ed., Ed. -- La Prensa Médica Mexicana., México, 1970., pp. 1309.
- JENSEN, D. Fisiología., 1a. ed., Ed. Interamericana., México, 1979., pp. 1253.
- Lu VERNE, W. Fundamentos de Enfermería., 2a. ed., Ed. Harla., México, 1983 pp. 550.
- MARLOW, R. Enfermería Pediátrica., 2a. ed. Ed. Interamericana., México, 1975., pp. 828.

- MICHELINE, A. Et.al. El niño desde la Concepción -- hasta los seis años., 1a. ed. Ed. Publicado por el Centro Internacional de la Infancia., México, 1979., pp. 420
- MONDRAGON, H. Obstetricia Básica Ilustrada., 1a. ed., Ed. Trillas, México, 1982., pp. 685.
- OLGIN, P. et.al. Manual de la Familia., 1a. ed. Ed. CONAPO., México, 1984., -- pp. 120.
- PRINCE, A. Tratado de Enfermería., 4a. - ed., Ed. Interamericana., México, 1980., pp. 602.
- PRITCHARD, J. Obstetricia., 1a. ed., Ed. - Salvat Mexicana, Barcelona, -- 1980., pp. 967.
- SANCHEZ, J Familia y Sociedad ed. 3a. - Ed. Joaquín Martínez S.A. pp. pp. 97.
- SUTTON, A. Enfermería Práctica en Medicina y Cirugía., 3a. ed., Ed. Interamericana., México, --- 1964., pp. 402.
- U.N.A.M.-E.N.E.O. Plan de Estudios de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. ed. 1a. - México, 1979. pp. 377.
- WATSON, J. Enfermería Médico-Quirúrgica., 2a. ed., Ed. Interamericana., México, 1983., pp. 996.

A N E X O S

DATOS GENERALES: *

Carrera.	- Lic. en Enfermería y Obstetricia y Enfermería.
Asignatura.	- Crecimiento y Desarrollo. (teoría y práctica).
Area.	- Historia Natural de las Enfermedades y Crecimiento y Desarrollo.
Valor.	- 35 Créditos.
Ubicación.	- 5o. Semestre.
Duración.	- 448 Horas. (112 teoría y 336 práctica).
Antecedentes.	- Anatomía y Fisiología, Ecología y Salud, Antropología Social, Método Científico y Proceso de Atención de Enfermería, Etimologías Técnicas Médicas, Introducción a la Salud Pública, Técnicas de la Enseñanza, Farmacología, Sociología, Ética, Estadística, Fundamentos de Enfermería, Psicología General, Comunicación, Nutrición - Básica y Aplicada, Patología I y II, Ética Profesional y Dietoterapia.
Consecuentes.	- Todas las materias posteriores a éstas.

* U.N.A.M.-E.N.E.O. Plan de Estudios de la Carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia. ed. 1a. México, 1979. pág. 179

DESCRIPCION DE LA MATERIA.

Esta disciplina proporciona al alumno los conocimientos de las ciencias básicas, clínicas y sociales, necesarios para comprender las etapas de crecimiento y desarrollo por las que atraviesa el individuo desde la concepción hasta la vejez.

Este proceso del ciclo vital del hombre se analiza en forma integral, tomando en cuenta los fenómenos biológicos y psicológicos sociales que están interactuando directamente con el crecimiento y desarrollo del individuo y que permiten evaluar sus condiciones en el proceso salud-enfermedad, de acuerdo a la etapa correspondiente.

OBJETIVOS:

1).- Terminal.

El alumno analizará las etapas de crecimiento y desarrollo del individuo como proceso interdependiente de los fenómenos biopsicosociales en un momento histórico determinado.

2).- Intermedios.

El alumno:

- 2.1.- Analizará los factores biopsicosociales que influyen - en las diferentes etapas de crecimiento y desarrollo - del ser humano.
- 2.2.- Señalará la importancia de la morfofisiología del apa- rato reproductor femenino y masculino como elementos - primordiales en la génesis del individuo.
- 2.3.- Analizará los factores biopsicosociales de la etapa -- prenatal y perinatal que influyen en el crecimiento y desarrollo.
- 2.4.- Analizará cada uno de los indicadores clínicos que se- aplican como norma para la evaluación del recién naci- do.
- 2.5.- Correlacionará la influencia de los factores biológi- cos, psicosociales en el crecimiento y desarrollo del lactante y preescolar.
- 2.6.- Distinguirá las etapas escolar y del adolescente como proceso de rápido crecimiento y desarrollo, haciendo - énfasis en los cambios biológicos, psicológicos y so- ciales del hombre.

2.7.- Valorará la etapa del adulto como proceso resultante - de la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales que permiten la estructuración real - de la personalidad.

2.8.- Analizará el proceso de la declinación del hombre como una etapa de crecimiento y desarrollo que culmina con la senescencia.

CONTENIDO PROGRAMATICO.

1.- Introducción: 1 Médico M.S.P. 3 horas.

1.1.- Generalidades en el Crecimiento y Desarrollo del individuo.

1.2.- Interacción de los factores biopsicosociales del - hombre en su socioecosistema.

1.3.- El proceso salud-enfermedad en las etapas biológicas del hombre.

1.4.- Adaptación social y productividad.

1 Médico M.S.P. 6 horas.

2.- Situación de salud en los diferentes grupos de población en la República Mexicana.

- 2.1.- Estadísticas vitales.
- 2.2.- La multicasualidad de los procesos morbosos que afectan a las diferentes etapas del crecimiento y desarrollo.
- 2.3.- Políticas de salud en relación al grupo materno infantil.

3.- Recursos Nacionales e Internacionales para la protección de la salud de la población en México.

- 3.1.- Programa para el grupo de población más vulnerable y para el desarrollo integral de la familia.
 - 3.1.1.- Planificación familiar.
 - 3.1.2.- Alimentación complementaria rural.
 - 3.1.3.- Inmunizaciones.

1 Enfermera 3 horas.

3.2.- Participación del personal de enfermería en los programas de salud Materno Infantil.

4.- Etapa Preconcepcional. 1 Médico Gineco-Obstetra.

- 4.1.- Morfofisiología en el Proceso de la Reproducción en el ser Humano.

- 4.1.1.- Embriología del aparato reproductor masculino y femenino.
- 4.1.2.- Anatomía del aparato reproductor masculino y femenino.
- 4.1.3.- Histología de los órganos de la reproducción.
- 4.1.4.- Fisiología.
 - 4.1.4.1.- Ciclo hipofisiario-hipotalámico.
 - 4.1.4.2.- Ciclo estrogénico.
 - 4.1.4.3.- Ciclo menstrual.
 - 4.1.4.4.- Gemetogénesis.
- 4.2.- Morfofisiología, de los sistemas genéticos e inmunológico.
- 4.3.- Educación sexual.
 - 4.3.1.- Aspectos socioculturales y políticos, económicos que intervienen en la educación sexual.
 - 4.3.2.- Técnicas de educación sexual en relación a las diferentes etapas de la vida del hombre.
- 4.4.- Educación Prenupcial.
 - 4.4.1.- Aspectos socioculturales del matrimonio.
 - 4.4.2.- Aspectos legales del matrimonio.
 - 4.4.2.1.- Solicitud para contraer nupcias.
 - 4.4.2.2.- Certificado médico prenupcial.
 - 4.4.3.- Leyes que protejan a la madre y al niño en la Legislación Nacional.

4.4.4.- Carta Internacional de los derechos del niño.

4.5.- Planificación Familiar.

4.5.1.- Factores socioeconómicos (políticos, económicos, culturales, educacionales), psicológicos y biológicos que determinan los métodos de planificación.

4.5.2.- Métodos de planificación familiar, clasificación, indicaciones, ventajas e inconvenientes.

4.5.2.1.- Acciones de enfermería en la selección, aplicación y control de métodos de planificación familiar.

5.- Etapa Prenatal.

5.1.- Factores biopsicosociales que influyen desde la génesis desarrollo y crecimiento del nuevo ser.

5.2.- Fecundación.

5.2.1.- Formación de capas blastodérmicas.

5.2.2.- Crecimiento y Desarrollo embrionario y fetal.

5.3.- Membranas óvulo-placentarias.

5.4.- Fisiología fetal-placentarias.

5.5.- Cambios anatómofisiológicos de la embarazada según edad gestacional.

- 5.6.- Consulta médica prenatal.
 - 5.7.- Indicadores para la valoración del embarazo de alto riesgo, (biológicos, sociales, económicos, ecológicos y culturales).
 - 5.8.- Embarazo complicado.
 - 5.9.- Riesgo perinatal.
 - 5.10.- Preparación de la embarazada para el parto.
 - 5.10.1.- Parto psicoprofiláctico.
 - 5.11.- Acciones de enfermería comunes y específicas en la atención de pacientes con embarazo fisiológico y patológico.
- 6.- Etapa Perinatal.
- 6.1.- Introducción a la etapa perinatal.
 - 6.2.- Pelvimetría clínica radiológica y por ecosonografía
 - 6.3.- Fisiología de la contractilidad uterina.
 - 6.4.- Períodos clínicos del parto.
 - 6.5.- Mecanismos del parto.
 - 6.6.- Analgesia y anestesia en Obstetricia.
 - 6.7.- Acciones de enfermería en los períodos clínicos del parto.
 - 6.7.1.- Medidas de seguridad, colaboración con el equipo.
 - 6.7.1.1.- Período de dilatación y borramiento.

- 6.7.1.2.- Período expulsivo.
 - 6.7.1.3.- Período de alumbramiento.
 - 6.8.- Valoración del recién nacido.
 - 6.8.1.- Método de la doctora Virginia Apgar.
 - 6.8.2.- Valoración de Silverman-Anderson.
 - 6.9.- Participación de la enfermera en la atención inmediata del recién nacido.
 - 6.10.- Procedimientos específicos en la reanimación del -- R.N.
 - 6.11.- Asistencia a la paciente puerpera en el post-parto inmediato.
 - 6.12.- Complicaciones del trabajo de parto, período expulsivo y alumbramiento.
 - 6.12.1.- Distosias de la presentación
 - 6.12.2.- Distosias del canal pélvico.
 - 6.12.3.- Fisiopatología de la actividad uterina.
 - 6.12.4.- Sufrimiento fetal agudo y/o crónico.
 - 6.13.- Tratamiento de las distosias, complicaciones del -- alumbramiento del post-parto inmediato.
 - 6.14.- Acciones de enfermería específicas en las complicaciones del parto y post-parto inmediato.
- 7.- Puerperio.
- 7.1.- Cambios anatomofisiológicos en el puerperio.
 - 7.2.- Patología del puerperio.

7.3.- Acciones de enfermería en la asistencia de las pacientes con puerperio fisiológico o patológico.

7.3.1.- Educación puerperal y perinatal a la paciente.

8.- Etapas del lactante y del preescolar.

1 Médico Pediatra 3 horas.

8.1.- Aspectos epidemiológicos del lactante y preescolar.

8.2.- Medidas de control en el desarrollo y crecimiento del lactante y preescolar.

8.3.- Influencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales.

9.- Etapa del escolar y del adolescente.

1 Psicólogo 14 horas.

9.1.- Cambios biológicos.

9.2.- Cambios psicológicos.

9.3.- Cambios sociales.

10.- Etapa del adulto. 2 horas.

10.1.- Conceptualización y clasificación.

10.2.- Maduración.

10.3.- Independencia económica.

10.4.- Responsabilidad individual y social

11.- Etapa del Climatorio. 4 horas.

11.1.- Menopausia.

Aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

12.- Etapa de la senectud y vejez. 4 horas.

12.1.- Conceptualización.

12.2.- La gerontología en los países en vías de desarrollo.

12.3.- Acciones específicas de enfermería en los problemas geriátricos más frecuentes.

TECNICAS DE ENSEÑANZA:

- Magisterial.
- Demostración.
- Trabajos de investigación.
- Discusión en pequeños grupos.
- Elaboración de fichas de trabajo.

EVALUACION:

- Diagnóstico.
- Formativa.
- Sumativa:

FUENTES BIBLIOGRAFICAS.

- ALVAREZ, H. Fisiología de la contracción uterina y sus aplicaciones en la Clínica Obstétrica., Relato oficial., San Pablo, Brasil, Julio 1954.
- CALDEYRO-BARCIA, R.
- ARANDA PASTOR, j. Epidemiología General., Universidad de los Andes., Venezuela, 1971.
- BARNES, P. Fundamentos Científicos de la Obstetricia y Ginecología., Ed. Científico Médico., Barcelona, 1972.
- CLINICA DE PERINATOLOGIA. Neurología Neonatal., Ed. Interamericana., México-marzo, -1977.
- COHEN DE GOVIA, G La Psicología en la Salud Pública., ed. Extemporánea, S.A., México, 1975.
- COLLADO, A.B. Médicos y Estructura Social., - Ec. E. No, 70, México, 1976.
- CROVEN Y MC. CLINIFIC. Principios de Anatomía Humana.

- FERRERA, F et.al. Bases morfológicas y correlación fisiológica, Ed. Limisa, México, 1973.,
- LAURELL, C. Medicina de la Comunidad, Ed. Interamericana., Argentina, -- 1972.
- PARK, B.H. Y GOOD, R.A. Medicina y Capitalismo en México, Cuadernos Políticos No.5 Ed. E.R.A., México, 1975.
- PLAN DECENAL DE SALUD PARA LAS AMERICAS. Principles of Moder Immunology. Lea Rand Fobiger, Philadelphia, 1974.
- SALING, E. Informe de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, O.P.S., Documento Oficial No. 118. Roma, 1974.
- SAN MARTIN, H. El niño desde el punto de vista Obstétrico, Ed. Científico-Médica., España, 1971.
- Salud y Enfermedad, Prensa Médica Mexicana., México, 1975.

LISTA DE ALUMNOS.

- 1.- Amaya Juárez Roselia,
- 2.- Arredondo Rodríguez Alfredo
- 3.- Camacho Montesino Sandra,
- 4.- Chávez Villanueva Teresa.
- 5.- Escobedo Mendoza Patricia.
- 6.- Espinoza Ramírez Ma. Guadalupe
- 7.- García Martínez Griselda.
- 8.- González Dávila Leticia.
- 9.- González Moreno Mónica.
- 10.- Hernández Mandujano Juan Carlos
- 11.- Huerta Romero Guadalupe.
- 12.- Lobera González Leticia.
- 13.- López Abad Araceli.
- 14.- Márquez Mendez Ma. Dolores.
- 15.- Mayoral Méndez Yolanda.
- 16.- Meza Candanedo Laura Angélica.
- 17.- Moreno Godínez Rosa María.
- 18.- Olmedo Octaviano María del Carmen.
- 19.- Quintero Hernández Patricia.
- 20.- Ramírez Zenil Lucía.
- 21.- Roa Velázquez Claudia.
- 22.- Rodríguez Pérez Elvia.
- 23.- Salgado Quijano María.
- 24.- Sánchez del Monte Teodora.
- 25.- Velázquez Romero Rocío.

Grupo: 1511

Fecha: Nov. de 1986

CALENDARIZACION DE CHARLAS EDUCATIVAS.

FECHA	A L U M N O	T E M A	ASIST.
ENERO:			
6	Patricia Escobedo Mendoza	Alim. Balanceada	
7	Roselia Amaya Juárez	Integración Fam.	
8	Yolanda Mayoral Mendez	Imp. de la visita Med.	
9	Alfredo Arredondo Rdguez.	Det. Op. de Ca.	
12	María Salgado Quijano	Det. Op. de Ca.	
13	Leticia González Dávila	Integración Fam.	
13	Sandra Camacho Montesinos	Alim. Balanceada.	
14	Teodora Sánchez del Monte	Prev. de Accidentes.	
15	Dolores Márquez Mendez	Imp. de la visita Med.	
16	Teresa Chávez Villanueva	Det. Op. de Ca.	
19	Elvia Rodríguez Pérez	Alim. Balanceada	
20	Griselda García Martínez	Prev. de Accidentes	
21	Leticia Lobera González	Imp. de la visita Med.	
22	Rosa Ma. Moreno Godínez	Imp. de la visita Med.	
23	Ma. Gpe. Espinoza Pamírez	Det. Op. de Ca,	
26	Lucía Pamírez Zenil	Integración Familiar	
27	Guadalupe Huerta Romero	Prev. de Accidentes.	
28	Carmen Olmedo Octaviano	Prev. de Accidentes.	
29	Araceli López Abad	Imp. de la visita Med.	
30	Patricia Quintero Hdez.	Alim. Balanceada.	
FEB.			
2	Claudia Roa Velázquez	Integración familiar.	
3	Mónica González Moreno	Integración familiar.	
4	Laura Angélica Moza C.	Prev. de Accidentes.	
5	Rocío Vázquez Romero	Det. Op. de Ca.	
6	Juan C. Hernández M.	Alim. Balanceada.	

SERVICIO: Consulta Externa

GRUPO: 1511

FECHA: Del 6 de enero al 6 de febrero de 1987.

CALENDARIZACION DE CHARLAS EDUCATIVAS.

FECHA	A L U M N O	T E M A	ASIST.
ENERO			
6	Mónica González Moreno	Baño del R.N.	
7	Laura A. Meza Candanedo.	Inmunizaciones	
8	Rocio Vázquez Romero	Alim. al seno Mat.	
9	Juan C. Hernández Mandujano	Alim. con biberón.	
12	Patricia Escobedo Mendoza	Alim. con biberón.	
13	Roselia Amaya Juárez	Baño del R.N.	
14	Yolanda Mayoral Méndez	Puerperio.	
15	Alfredo Arredondo Rodríguez	Alim. al seno materno.	
16	Sandra A. Camacho Montesino	Alim. con biberón.	
19	María Salgado Quijano	Alim. al seno Mat.	
19	Leticia González Dávila	Baño del R.N.	
20	Teodora Sánchez del Monte	Inmunizaciones.	
21	Ma. Dolores Márquez Méndez	Puerperio.	
22	Teresa Chávez Villanueva.	Alim. al seno Mat.	
23	Elvia Rodríguez Pérez	Alim. con biberón.	
26	Griselda García Martínez	Inmunizaciones.	
27	Leticia Lobera González	Puerperio.	
29	Gpe. Espinoza Ramírez	Alim. al seno Mat.	
30	Lucía Ramírez Zenil	Baño del R.N.	
FEB.			
2	Ma. Gpe. Huerta Romero	Inmunizaciones.	
3	Ma. del Carmen Olmedo	Inmunizaciones.	
4	Araceli López Abad	Puerperio	
5	Patricia Quintero Hernández	Alim. con biberón	
6	Claudia Roa Velázquez	Baño del R.N.	

SERVICIO: Puerperio Fisiológico.

GRUPO: 1511

FECHA: Del 6 de enero al 6 de febrero de 1987.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CALENDARIZACION DE SESIONES CLINICAS

FECHA	L U G A R	T E M A
ENERO:		
9	Aula de Enfermería	Cateterismo vesical femenino
12	Aula de Enfermería	Aseo de órganos genitales <u>ex</u> ternos femeninos.
19	Aula de Enfermería	Alimentación con sonda.
26	Aula de Enfermería	Tricotomía vulvar.
FEB.		
2	Aula de Enfermería	La incubadora.

AUDITORIO

Alumnos del grupo 1511

EXPOSITOR

Santillán Reséndiz Alexis.

PLAN DE SUPERVISION DE LA PRACTICA.

OBJETIVOS:

Orientar a los alumnos en la integración del conocimiento y adquisición de habilidades necesarias en la atención del individuo a través de las diferentes etapas de la vida.

Favorecer la realización de procedimientos de enfermería específicos del área en cada uno de los servicios seleccionados.

Establecer coordinación con el personal de enfermería de la unidad Hospitalaria y Estancia Infantil para lograr la mejor integración en los alumnos y por ende alcanzar los objetivos trazados en la misma.

Detectar y satisfacer necesidades de aprendizaje en cada uno de los alumnos.

ACTIVIDADES:

- Control de asistencia y puntualidad de los alumnos.
- Observación del cumplimiento del reglamento del uniforme.
- Observación del cumplimiento de las normas Institucionales.
- Dirigir, asesorar y evaluar los procedimientos efectuados -

por los alumnos.

- Efectuar asesoría planeada e incidental.
- Detectar necesidades de enseñanza en los alumnos.
- Tener comunicación constante con el personal de la Institución.
- Efectuar las evaluaciones individuales y grupales necesarias.
- Participar con la jefe de los servicios en la distribución de trabajo y pacientes.
- Mantener informada a la coordinación de enseñanza de la institución médica y escolar acerca del desarrollo de la práctica.

EVALUACION:

- Se efectuará en base a los siguientes criterios:

- . Asistencia y puntualidad.
- . Presentación.
- . Actitud.
- . Organización del trabajo.
- . Conocimientos teórico-prácticos.
- . Aplicación de los mismos.
- . Elaboración de registros clínicos diversos.
- . Elaboración de documentos administrativos.
- . Educación para la salud individual y grupal.

- . Veracidad de trabajos, notas e informes.
- . Entrega de trabajos asignados.
- . Valoración de la práctica durante la última semana de prácticas con la asignación de un paciente, considerando para su atención la elaboración de un plan de atención.

PARAMETROS DE EVALUACION:

- Asistencia
- Puntualidad
- Presentación
- Participación en los servicios.
- Interrogatorio directo en los servicios.
- Elaboración de informes en los servicios.
- Elaboración de registros clínicos diversos.
- Elaboración de documentos administrativos.
- Elaboración de trabajos de investigación.
- Planeación y exposición de charlas educativas.

Planeación:

Exposición.

1 Punto

3 Puntos.

- Objetivos.
- Evaluación.
- Introducción.

- Secuencia
- Dominio.

Contenido:	Exposición.
4 Puntos.	1 Punto.
- Secuencia	- Lenguaje
- Contenido	- Voz.
- Terminología.	
	2 Puntos.
Presentación:	- Utilización
2 Puntos.	
- Integración	1 Punto.
- Mecanografía.	- Tiempo de exposición.
- Bibliografía.	
	2 Puntos.
Material Auxiliar:	- Motivación
3 Puntos.	(parcial o total).
- Presentación	
- Mensaje y texto.	1 Punto.
	- Logro de los objetivos
T O T A L . 10 puntos.	(retroalimentación)
	T O T A L . 10 puntos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

AREA CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Nombre del Alumno: _____

I. Responde en forma concreta las preguntas que a continuación se te hacen.

1).- Defina que es la Etapa Perinatal:

2).- El primer período clínico del trabajo de parto se ca racteriza por:

3).- Fundamenta científicamente tres acciones de Enfermería específicas a la paciente en éste período.

Acción.	Fundamentación.
_____	_____
_____	_____
_____	_____

4).- Enumera los mecanismos que caracterizan al segundo período clínico del trabajo de parto.

5).- Fundamenta científicamente tres acciones de enfermería a la paciente en éste período.

6).- Como se denomina el tercer período del parto y cuanto tiempo tiene de duración.

7).- Fundamenta científicamente tres acciones de enfermería específicas a la paciente en éste período.

8).- Menciona tres acciones de Enfermería específicas en la Amniotomía.

9).- Menciona tres acciones de Enfermería específicas a la paciente posterior en bloqueo peridural.

10).- Menciona en orden de importancia los cuidados inmediatos al recién nacido, en la sala de expulsión.

11).- Menciona los signos clínicos que se evalúan a través del método de Apgar.

12).- Menciona en orden de importancia los cuidados mediatos al recién nacido en el cunero.

13).- Defina el concepto de Puerperio.

14).- Fundamenta tres acciones específicas a realizar en el puerperio inmediato en la sala de recuperación

15).- Menciona cuatro necesidades a satisfacer en la paciente de puerperio mediato.

16).- Menciona tres acciones de enfermería en base a manifestaciones clínicas a una paciente pre-eclámpsica.

17).- Menciona cuatro aspectos que se consideren en el control médico de la embarazada en el 2o. trimestre.

18).- Menciona tres manifestaciones clínicas de alarma durante el embarazo.

19).- Fundamenta las manifestaciones clínicas de alarma durante el embarazo.

Vómito: _____

Dorsalgia: _____

Polaquiuria: _____

20).- Menciona la técnica a seguir en la toma de muestra cervical.

21).- Clasifica los métodos anticonceptivos de acuerdo a su mecanismo de acción.

22).- Menciona tres características físicas del niño de 12 meses.

23).- Menciona tres características sociales de un niño de 4 años.

24).- Menciona los aspectos que se consideran en el control del niño sano.

25).- Indica la dosis, vía, periodicidad, la orientación posterior a la vacuna tipo Sabin.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

AREA CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Nombre del Alumno: _____

- I. Instrucciones para el alumno: Dentro de cada paréntesis que antecede a las expresiones o nombre de la segunda columna, escriba el número de la expresión de la primera columna que mejor le corresponda.
- 1).- Es la unión de un hombre y una mujer que se ligan perpetuamente, con arreglo a las prescripciones de la Iglesia y el Estado. Situación ()
 Acciones de enfermería en una toxemia. ()
- 2).- Es la expulsión del producto de la concepción antes que ocurra viabilidad o antes de 20 semanas. Posición ()
 Matrimonio ()
- 3).- Es aquel en que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayor peligro que en un embarazo normal. Presentación ()
 Aborto ()
 Embarazo de alto riesgo. ()
- 4).- Es la parte del producto que -

se aboca o tiende a abocarse -
al estrecho superior de la pel-
vis materna que es capaz de --
llenarla y desencadenar un tra-
bajo de parto.

Variedad de posi ()
ción.

- 5).- Reposo, dieta hiposódica, con-
trol de líquidos, toma frecuen-
te de la T/A y F.C.F., minis-
tración de sedantes, diuréti-
cos, antihipertensivos y cuan-
tificación de albúmina en ori-
na.
- 6).- Es la relación que existe en-
tre el punto toconómico del --
producto y la mitad izquierda
o derecha de la madre.
- 7).- Es la relación que existe en-
tre el punto toconómico del --
producto y la mitad anterior o
posterior de la madre.
- 8).- Es la relación que guarde el -
eje longitudinal del producto
con el eje longitudinal del --
producto de la madre.

II. Instrucciones para el alumno: Algunas de las siguientes afirmaciones son falsas y otras verdaderas. En el paréntesis que sigue a cada afirmación anota F si lo que dice es falso o V si es verdadero.

- 1).- En la primera maniobra de Leopold se precisa la situación, posición y el grado de encajamiento.....()
- 2).- En la segunda maniobra de Leopold se precisa la situación, posición del producto.....()
- 3).- En la tercera maniobra de Leopold se precisa la variedad de posición.....()

III. Menciona 5 cambios Anatómicos y Fisiológicos en la paciente embarazada a término.

IV. Defina los conceptos de:

CONDUCCION: _____

INDUCCION: _____

ANALGESIA: _____

ANESTESIA: _____

V. Menciona la técnica de Inducción al parto.

VI. Menciona 5 acciones de enfermería a una paciente en puerperio inmediato.

VII. Enuncia las características anatómicas del R.N.

VIII. Menciona 5 contraindicaciones a la alimentación al seno materno.

IX. Menciona la técnica a seguir en el baño del recién nacido.

X. Menciona 3 características físicas del niño de 6 meses.

XI. Menciona 3 estímulos de desarrollo a un niño de 3 años con su respectiva fundamentación.

XII. Menciona 3 características del anciano en:

Aspecto Social. _____

Aspecto Biológico. _____

Aspecto Psicológico. _____

XIII. Menciona 3 actividades de estimulación al anciano con respectiva fundamentación.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ROTACION DE ALUMNOS POR SERVICIO 5o. SEMESTRE

PRACTICA DEL 5 DE ENERO AL 6 DE FEBRERO DE 1987.

"HOSPITAL DE LA MUJER"

- 1.- GARCIA MARTINEZ GRISELDA
- 2.- LOBERA GONZALEZ LETICIA
- 3.- CHAVEZ VILLANUEVA TERESA
- 4.- RODRIGUEZ PEREZ ELVIA
- 5.- RAMIREZ ZENIL LUCIA
- 6.- HUERTA ROMERO GUADALUPE
- 7.- MORENO GODINEZ ROSA MARIA
- 8.- ESPINOZA RAMIREZ MARIA GUADALUPE
- 9.- QUINTERO HERNANDEZ PATRICIA
- 10.- ROA VELAZQUEZ CLAUDIA
- 11.- OLMEDO OCTAVIANO MA. DEL CARMEN
- 12.- LOPEZ ABAD ARACELI
- 13.- VAZQUEZ ROMERO ROCIO
- 14.- HERNANDEZ JUAN CARLOS
- 15.- GONZALEZ MORENO MONICA
- 16.- MEZA CANDANEDO LAURA ANGELICA
- 17.- MAYORAL MENDEZ YOLANDA
- 18.- ARREDONDO RODRIGUEZ ALFREDO
- 19.- ESCOBEDO MENDOZA PATRICIA
- 20.- AMAYA JUAREZ ROSELIA
- 21.- SANCHEZ DEL MONTE TEODORA
- 22.- MARQUEZ MENDEZ MA. DOLORES
- 23.- SALGADO QUIJANO MARIA
- 24.- CAMACHO MONTESINO SANDRA
- 25.- GONZALEZ DAVILA LETICIA

		E N E R O														FEBRERO																				
		L	M	M	J	V	M	M	J	V	M	M	J	V	M	M	J	V	M	M	J	V														
		5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6		
U	U	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
G	U	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	C	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					
P	P	L	E	R	C	E	R	P	P	F	C	A	R																							
		E	L	C	E	R	P	P	F	A	R	P	C	A	R																					

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> URGENCIAS | <input type="checkbox"/> CLINICA DE ALTO RIESGO | <input type="checkbox"/> RECUPERACION | <input type="checkbox"/> MAESTROS: BLANCA E. GUADARRAMA L. |
| <input type="checkbox"/> CUEROS | <input type="checkbox"/> PLANIFICACION FAMILIAR | <input type="checkbox"/> CONSULTA EXTERNA | ELENA VAZQUEZ CASTELLANOS |
| <input type="checkbox"/> GUARDERIA | <input type="checkbox"/> PUERPERIO | <input type="checkbox"/> LABOR | ALEXIS SANTILLAN RESENDIZ |

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ROTACION DE ALUMNOS POR SECCION

PRACTICA DEL 2 DE MARZO AL 3 DE ABRIL DE 1987.

ASILO "GONZALEZ COSSIO"

- 1.- GARCIA MARTINEZ GRISELDA
- 2.- LOBERA GONZALEZ LETICIA
- 3.- CHAVEZ VILLANUEVA TERESA
- 4.- RODRIGUEZ PEREZ ELVIA
- 5.- SANCHEZ DEL MONTE TEODORA
- 6.- MARQUEZ MENDEZ MA. DOLORES
- 7.- SALGADO QUIJANO MARIA
- 8.- CAMACHO MONTESINO SANDRA
- 9.- AMAYA JUAREZ ROSILIA
- 10.- ROA VELAZQUEZ CLAUDIA
- 11.- ESPINOZA RAMIREZ MARIA GUADALUPE
- 12.- ESCOBEDO MENDOZA PATRICIA
- 15.- MEZA CANDANEDO LAURA ANGELICA
- 14.- RAMIREZ ZENIL LUCIA
- 15.- HUERTA ROMERO GUADALUPE
- 16.- GONZALEZ MORENO MONICA
- 17.- MORENO GODINEZ ROSA MARIA
- 18.- QUINTERO HERNANDEZ PATRICIA
- 19.- VAZQUEZ ROMERO ROCIO
- 20.- MAYORAL MENDEZ YOLANDA
- 21.- OLMERO OCTAVIANO MA. DEL CARMEN
- 22.- LOPEZ ABAD ARACELI
- 23.- ARREHONDO RODRIGUEZ ALFREDO
- 24.- GONZALEZ DAVILA LETICIA

M A R Z O												ABRIL				
L	M	M	J	V	M	M	J	V	M	M	J	V	M	M	J	V
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
G				E		H		1				E				
								2				V				
				H		E		3				A				
1				G				E				L				
2								H				U				
3								H		E		A				
E		H		1								C				
				2								I				
H		E		3				G				O				
												N				

- GUARDIA SECCION 3
 SECCION 1 ENFERMERIA
 SECCION 2 HOMBRES

MAESTROS: BLANCA E. GUADARRAMA LARA
 ELENA VAZQUEZ CASTELLANOS
 ALEXIS SANTILLAN RESENDIZ



ORGANIGRAMA GENERAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER
(APERTURA PROGRAMÁTICA)

DIRECCION

CONSEJO TECNICO Y COMITES ----- UNIDAD DE PLANEACION

SUBDIRECCION MEDICA

SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA

COORD. DE CONS. EXT.

COORD. DE HOSP.

URGENCIA

ENSEÑANZA

INVESTIGACION

CONTROL Q

CONTROL SERVIDORES

MED. PREVENTIVA
PLANIF. FAMILIAR

MEDICINA
GINECOBSTERICIA
PERINATOLOGIA
CIRUGIA
ONCOLOGIA

CONTABILIDAD
CAJA
COMPRAS
ALM. DE ACTIVO FIJO
ALMACEN DE VARIOS
PERSONAL
INFORMATICA
FARMACIA
ARCHIVO GENERAL
IMPRESOS
ARCHN. CLINICO Y ESTAD

ANATOMIA PATOLOGICA
RADIOLOGIA
BANCO DE SANGRE
CITOLOGIA
LABORATORIO ANALISIS CLINICOS
ANESTESIOLOGIA

BIBLIOTHEMEROTECA

ENFERMERIA
ALIMENTACION
TRABAJO SOCIAL

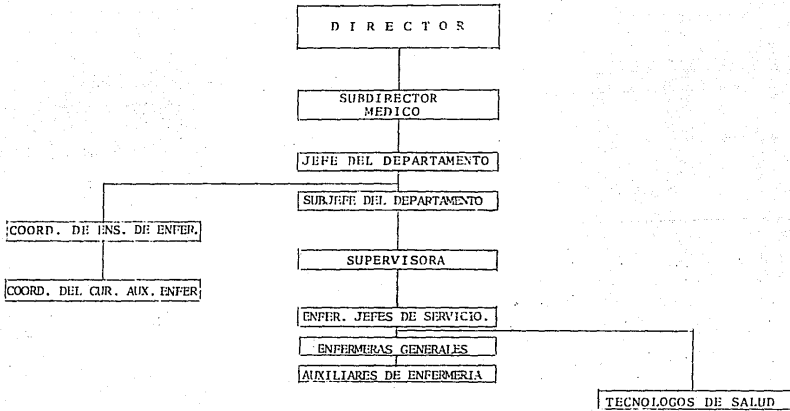
INTENDENCIA
LAVANDERIA
MANTENIMIENTO
VIGILANCIA
TRANSPORTES

PROGRAMA 01 PROGRAMA 02 PROGRAMA 05 PROGRAMA 06 P R O G R A M A 08

SERVICIOS GENERALES SERVICIOS INTERMEDIOS SERVICIOS FINALES

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

HOSPITAL DE LA MUJER



*Esta Tesis fué elaborada en su
totalidad en los Talleres de -
Impresos Moya, Rep. de Cuba -
No. 99, Despacho 24.
México 1, D.F.
Sr. Roberto Moya Ahumada.*