

29
2



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

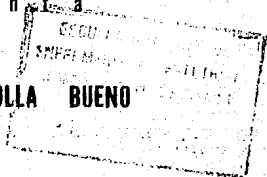
ESTUDIO CLINICO EN PROCESO DE ATENCION
DE ENFERMERIA.

“ CONDILOMATOSIS VULVAR ”

Que para obtener el Título de:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P r e s e n t a

GUILLERMINA BEDOLLA BUENO



México, D. F.

1989

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

C O N T E N I D O

	PAG.
1. INTRODUCCION.	1
2. JUSTIFICACION	2
3. OBJETIVOS.	3
4. CAMPO DE INVESTIGACION.	4
5. METODOLOGIA.	5
6. MARCO TEORICO	6
6.1. GENERALIDADES DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.	6
6.2. FISIOPATOLOGIA.	23
6.3. SINTOMATOLOGIA	29
6.4. DIAGNOSTICO.	30
6.5. TRATAMIENTO.	32
6.6. COMPLICACIONES	33
6.7. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.	34
7. HISTORIA CLINICA.	35
7.1. DX. DE ENFERMERIA.	40
7.2. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA	41
8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.	54

PAG.

9.	GLOSARIO DE TERMINOS.	56
10.	ANEXOS.	59
11.	BIBLIOGRAFIA.	64

1. INTRODUCCION.

El condiloma acuminado es un padecimiento causado por un virus del grupo de los papovirus que se observa predominantemente en individuos de bajo nivel socio-económico con deficientes hábitos higiénico-dietéticos que viven en promiscuidad sexual y desconocen el padecimiento. Generalmente es adquirido por relaciones sexuales promiscuas.

Es una afección bastante frecuente, aunque las estadísticas hospitalarias no la reportan debido a que aunque el paciente la padezca no acude a solicitar tratamiento por desconocimiento.

Cuando la paciente cursa con un condiloma acuminado y se embaraza, aunque estas verrugas sean abundantes no se les da tratamiento porque la podofilina se absorbe rápidamente y se han reportado muertes fetales, por lo que se proporciona un tratamiento conservador y se resuelve su embarazo por vía abdominal, porque además esta patología se exacerba con el embarazo.

Lo idóneo es que la mayoría de la población reciba educación para la salud y que tenga un mejor nivel de vida y por ende acceso a los servicios para la salud y la educación.

2. JUSTIFICACION:

El Proceso de Atención de Enfermería es una opción valiosa para la titulación, ya que el alumno se encuentra familiarizado con él, debido a que durante todos los semestres aprendió a proporcionar cuidados específicos mediante este método pudiendo planear el cuidado a un paciente y valorando una a una de las acciones de Enfermería proporcionadas.

2. JUSTIFICACION.

El Proceso de Atención de Enfermería es una opción valiosa para la titulación, ya que el alumno se encuentra familiarizado con él, debido a que durante todos los semestres aprendió a proporcionar cuidados específicos mediante este método pudiendo planear el cuidado a un paciente y valorando una a una de las acciones de Enfermería proporcionadas.

3. OBJETIVOS.

1. Tener conocimiento acerca de la patología y de la Historia Natural de la Enfermedad para así proporcionar una mejor y más eficaz atención.
2. Planear los cuidados específicos de acuerdo al paciente tomando en cuenta no sólo los problemas biológicos, sino también los psicológicos, laborales, sociales, económicos y educacionales.
3. Prevenir las posibles complicaciones que pudieran presentarse en este caso.

4. CAMPO DE INVESTIGACION.

El presente estudio se llevo a cabo en el Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada" dependiente del Instituto de Salud del Estado de México de la -- S.S.A.

Dicho Hospital se encuentra ubicado en la Calle de Alfonso Reyes s/n esquina con Venustiano Carranza en Cuautitlán de Romero Rubio en el Estado de México

El Hospital cuenta con cuatro secciones de hospitalización como son: Cirugía, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia y Pediatría.

En el área de hospitalización de Gineco-Obstetricia se encuentran padecimientos diversos entre las pacientes hospitalizada tales como: Amenaza de aborto, Toxemia del Embarazo, Amenaza de Parto prematuro o Pretermino, así como pacientes de puerperio fisiológico y quirúrgico, estas últimas por diversas causas.

La paciente del caso en estudio pertenece al área de puerperio quirúrgico, con un diagnóstico de Post-Cesárea por condilomatosis vulvar ocupando la cama 139 de ésta sección.

5. METODOLOGIA.

Para la elaboración del presente trabajo fue necesario elegir una paciente del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital General de Cuautitlán "General José Vicente Villada". Seguido a esto se elaboró mediante el interrogatorio y la exploración física la Historia Clínica con apoyo del expediente clínico como una fuente indirecta. Una vez realizado este punto, se procedió a realizar fichas de trabajo y fichas bibliográficas para la integración del marco teórico y de los elementos del Plan de Atención de Enfermería que se basó en cada uno de los problemas y necesidades detectados en la paciente con todo lo anterior. Continuando con la parte teórica se fundamentaron científicamente tanto el porque de los problemas y sus manifestaciones así como el de las acciones de Enfermería planeadas y otorgadas a la paciente, continuando así con la elaboración de un informe de los resultados obtenidos en la evaluación de las acciones, finalizando con la redacción de los comentarios y las sugerencias respectivas al caso y al trabajo en general.

6. MARCO TEORICO.

6.1. GENERALIDADES DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El aparato genital femenino se encuentra compuesto por un par de glándulas mixtas de secreción interna y de secreción externa (ovarios), por dos ductos por los que los óvulos se dirigen al útero llamadas trompas uterinas; por un órgano que sirve para la recepción del huevo fecundado que recibe el nombre de útero; más un grupo de órganos que forman parte en la cúpula (vagina y vulva).

OVARIO.

Los ovarios son las glándulas de la mujer, se dice que son mixtas debido a su secreción interna generando hormonas que influyen en la producción de caracteres sexuales secundarios, y de secreción externa que da origen a los ovulos.

Los ovarios son dos pero en ocasiones sólo puede llegar a existir uno solo. Se encuentran en las caras laterales de la excavación pélvica detrás del ligamento ancho.

Su color es rosa pálido en las menores y rosado en la mujeres adultas, siendo de un rosa más aumentado durante el periodo de la menstruación. Su consistencia es firme y pesan de 8 a 10 gramos.

Su forma es ovoidal y esta fijado mediante ligamentos.

LIGAMENTO LUMBOOVARICO.- Recibe también el nombre de ligamento suspensor o infundibulopélvico de Henle, que va desde las apófisis transversas de las últimas vertebrae lumbares al polo superior del ovario. Está formado por fibras musculares lisas recubierto por un repliegue peritoneal.

LIGAMENTO UTEROOVARICO.- También se forma de fibras musculares lisas y va desde el polo inferior del ovario al cuerno del útero y está también recubierto por un repliegue peritoneal que ocupa la aleta posterior del borde superior del ligamento ancho.

El mesovario está formado por un repliegue peritoneal corto que contiene vasos para el ovario y fibras musculares lisas y limita los movimientos del ovario y se forma por la aleta posterior del ligamento ancho.

El ligamento tuboovarico que va desde el polo superior externo del ovario hacia la franja ovárica de la trompa.

En el ovario se puede distinguir una cara superior y una inferior, dos bordes anterior y posterior y dos extremidades superior e inferior.

" El ovario está constituido por una envoltura llamada epitelio ovárico que guarda un estroma conjuntivo donde se hayan situados los folículos de Graaf.

El estroma conjuntivo está constituido por haces de tejido conjuntivo que se enlazan entre si, y que en el borde se condensan, formando una capa llamada falsa abugínea.

Los folículos de Graaf son vesículas más o menos redondas que contienen los ovulos".⁽¹⁾

Los folículos de Graaf tienen su origen en los folículos primordiales que forman a su vez una o dos hileras en el borde del ovario y de estos solo algunos llegan a ser folículos maduros, la mayor parte de ellos sufren una regresión que va seguida de una degeneración del óvulo.

1) Quiróz Gutiérrez, Fernando. Tratado de Anatomía. Tomo - No.3 Ed. Porrúa. México, 1962. p.312

El folículo maduro ocupa la periferia del ovario, produciendo un ligero levantamiento sobre su envoltura epitelial que es llamada estigma. Aquí la pared es más delgada. En el lado contrario al estigma se haya el óvulo y toda la cavidad está llena de líquido folicular. El lado del estigma, en gran contacto con el epitelio ovárico no tiene vasos sanguíneos y es allí donde estallará el folículo durante el período de menstruación. Cuando se ha producido la dehiscencia del folículo, el ovulo expulsado es absorbido por la trompa, dejando una pequeña cavidad con los restos foliculares que empiezan a tomar un color amarillento cuando cicatrizan por lo que se le da el nombre de cuerpo amarillo.

"El ovario recibe aporte sanguíneo de la arteria ovárica rama de la aorta abdominal que baja por el ligamento lumboovárico. Al llegar al ovario por su extremo superior, emite una rama tubaria para la trompa y otra para el ovario, que recorre la orilla adherente hasta su extremo inferior interno, donde con la uterina se anastomosa dando ramas múltiples para el ovario. Por lo consiguiente la irrigación arterial del ovario se lleva a cabo mediante ramas de la ovárica y la uterina: (2)

2) Quiróz. Op. Cit. p.313

TROMPA UTERINA.

Esta, llamada también trompa de Falopio, es un conducto que va desde la superficie externa del ovario al ángulo lateral del útero, recorriendo el borde superior del ligamento ancho.

Mide aproximadamente 12 cm. de largo y su diametro va de 3 ml a su lado uterino y llegando a 8 cm en el extremo ovárico.

Por el extremo interno está fija al útero y por su extremo externo se fija en el ovario mediante el ligamento tuboovárico.

En su cara anterior, posterior y superior está cubierta por peritoneo fijándose al borde superior del ligamento ancho.

Se divide en 4 partes: intersticial, istmo, ampolla y pabellón. La primera porción intersticial mide aproximadamente 1 cm y atraviesa la pared del útero del que sale para continuar con el istmo. El istmo mide de 3 a 4 cm. de longitud y de 3 a 4 milímetros de diámetro y su forma es más o menos cilíndrica y su consistencia firme.

La ampolla mide unos 7 a 8 cm. de longitud y de 6 a 8 de diámetro. La parte del istmo y de la ampolla ocupan la parte media del borde superior del ligamento ancho y está en relación con las asas intestinales y con el recto por atrás y por delante con la vejiga cuando ambos órganos están llenos.

El pabellon es infundibuliforme y tiene una base, una superficie interna y otra externa. La base o borde libre del pabellón presenta 10 a 15 franjas o fimbrias, entre las fimbrias hay una más larga cuyo extremo se fija al ovario en forma directa.

Por dentro la trompa representa una superficie con pliegues longitudinales y tienen un papel muy importante en la fecundación.

"La trompa recibe sangre arterial de la tubaria interna, rama de la uterina y la tubaria externa, rama de la ovárica, las cuales se anastomosan en el mesosalpinx, dando ramas ascendente para las trompas y descendente para el ovario"
(3)

UTERO.

El útero o matriz es el órgano cuyo fin esta desti

3) Quiróz Op. Cit. p.316

nado al albergar al huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando su desarrollo se ha completado.

Se encuentra situado entre la vejiga y el recto -- por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales. Su forma es de pera invertida. En su parte media recibe el nombre de istmo y lo divide en dos, la parte superior cuerpo y la inferior cuello o cervix.

"Mide en la nulipara alrededor de 8 a 9 cm. de longitud, 6 cm en su parte más ancha y unos 4 cm. de espesor. Puede dividirse en cuerpo y cuello, en la mujer prepuberal y en la post-menopáusica el cuello es muy pequeño, pero durante la época menstrual suele tener volumen netamente aumentado y ser mucho mayor el cuello a consecuencia de la estimulación ovárica. La porción superior del cuerpo, que afecta la forma de cúpula se denomina fondo; el ángulo que marca a uno y otro lados el origen aparente de las trompas recibe el nombre de cuernos. La cavidad uterina es algo cónica, de base superior, corresponde al fondo. El vértice que corresponde al pequeño orificio interno, se pone en comunicación con el orificio cervical. Exteriormente el cuerpo uterino se haya cubierto de peritoneo".⁽⁴⁾

4) Novak, Edmund. Tratado de Ginecología. Edit. Nueva Interamericana. México, 1977 p.8

La mucosa del cuerpo uterino se llama endometrio y su grueso va a ser variable según la persona, siendo aún más variable durante las distintas fases del ciclo menstrual. Por regla general se hace más delgado después de las menstruaciones pero va en aumento según va a llegar la próxima menstruación.

" El estroma está constituido por un tejido conectivo de tipo embrionario característico, formado por una masa homogénea de pequeñas células con núcleos redondeados o ligamentos ovales, casi desprovistas de citoplasma en las primeras fases del ciclo. Descansan sobre un tejido de sostén formado por tenues fibrillas casi invisibles. Dos redes -- vasculares, las arteriolas espirales y las basales, riegan el endometrio. Las arteriolas basales son los vasos nutricios principales que rigen especialmente las capas basales. Las arteriolas espirales por otra parte, juegan importantísimo papel en el mecanismo del ciclo menstrual sobre todo -- en la hemorragia catamenial".⁽⁵⁾

El útero está formado por tres capas: Una externa serosa, una media muscular y una interna mucosa.

La capa serosa cubre su base y su cara anterior hasta el istmo y cubre también la cara posterior.

5) Novak. Op. Cit. p.8

La capa muscular está constituida por fibras musculares lisas dispuestas en tres capas: La capa externa está formada a su vez por fibras longitudinales y transversales. Por abajo parte de las fibras longitudinales descienden hasta el tercio superior del cuello y otras se detienen en el istmo. La capa media se forma por heces que se entrecruzan en todos sentidos y albergan en su red una gran cantidad de canales venosos. La capa interna está igualmente constituida que la externa y posee también fibras transversales.

"La capa mucosa reviste la cavidad uterina y tiene una composición diferente en el cuello y en el cuerpo. En el cuello es pálida. Está formada por un epitelio ciliado cilíndrico que en la parte vaginal o inferior disminuye su tamaño y se transforma en epitelio epidérmico." (6)

La mucosa del cuerpo es lisa y de color más rosado y está adherida a la capa muscular. Está formada por epitelio ciliado cuyos flagelos aparecen en la pubertad y desaparecen en la menopausia.

Ligamentos del Utero: Son tres de cada lado: Ligamentos Anchos.- Se encuentran formados por una doble hoja del peritoneo que va de dentro hacia afuera desde la superior. 6) Quiróz. Op. Cit. pp.324.

ficie lateral del útero hasta la pared de la pelvis. El - borde superior del ligamento ancho envuelve la trompa de Falopio y por fuera de ésta se extiende hasta la pared pelviana constituyendo el ligamento infundibulo pélvico, por lo - que pasan los vasos ováricos que van destinados a trompas y ovarios.

Desde la orilla inferior de la trompa, el ligamento ancho va hacia abajo para poder cubrir al ligamento redondo de tal manera que ésta porción constituye una forma de mesenterio tubárico que no es más que el mesosalpinx. En esta parte se haya el paraovario que representa las partes laterales de los vestigios de los túbulos mesonéfricos.

El ligamento ancho se hace más grueso en la parte inferior, desde el tejido conectivo condensado y algunas fibras musculares forman una especie de bandas, el ligamento cardinal o el ligamento transversal de Mackenrodt. Siendo ésta una estructura de mucha importancia para el sostén del útero, siendo causante, cuando se agranda del prolapso uterino.

Ligamentos Redondos.- Son dos bandas musculares redondeadas que se originan a cada lado de la pared lateral del fondo, un poco por abajo y por delante del sitio donde

la trompa se inserta. Van hacia la parte de afuera entre las dos hojas de ligamento formando una curva y van al orificio inguinal interno atravesando enseguida el conducto inguinal para terminar uniéndose, después de haberse extendido en forma de un abanico con el tejido conectivo de la ingle. El grosor de estos ligamentos redondos es muy diverso, midiéndose en promedio unos 5 a 6 mm. Se forma de fibras musculares lisas, que se continúan con las del útero, su función es la de impedir el desplazamiento del útero hacia - - atrás.

LIGAMENTOS UTEROSACROS.- Son pliegues peritoneales que contienen un gran número de fibras musculares lisas además de tejido conectivo. Se originan a cada lado de la pared posterior del útero, más o menos a la altura del orificio interno y retrocediendo.

Riego Sanguíneo del útero.- El útero se haya irrigado por las arterias ováricas y Uterina, originándose la primera de la aorta abdominal. Baja por detrás del peritoneo hasta el ligamento infundibulopélvico, por medio del -- cual alcanza el mesosalpinx para irrigar trompa y ovario. Al final se anastomosa con la arteria uterina completando de esta forma el arco vascular uteroovárico.

La arteria uterina se origina en la rama anterior de la hipogástrica llegando al útero después de cruzar el parametro. A unos 2 cm. por fuera del cuello, sube describiendo muchas flexiosidades y termina anastomasándose con la ovárica. En todo ese camino proporciona un gran número de ramas a la pared del útero. Al dirigirse hacia arriba a la altura de la porción cervicovaginal se relaciona con el uréter que situado por detrás de la arteria va hacia abajo y hacia adentro para alcanzar la vejiga. Las venas en general tienen una función semejante a la de las arterias. Las venas ováricas que cruzan el hilio del ovario en su trayecto hacia la vena cava forman entre las hojas del ligamento ancho una amplia red que recibe el nombre de plexo pampiniforme. La vena ovárica derecha desemboca en la cava inferior, la izquierda en la vena renal izquierda.

La contractilidad del útero que se induce debido a las prostaglandinas y por el orgasmo, y principalmente por un movimiento de succión que se ejerce hacia el peritoneo, son factores que intervienen de una manera muy importante para que pueda realizarse el encuentro de los gametos, el útero es capaz de sufrir una gran expansión para poder acomodar a los productos de la concepción. Durante la gestación su peso aumenta de 30 a 40 gr. hasta 1 kg. y su capacidad se extiende a 400 veces más de lo normal. El endome-

trio tiene como principal función la descamación menstrual al igual que la implantación del huevo. Cuando el embarazo llega a su fin la contractilidad uterina está capacitada para lograr que se expulse el producto de la concepción.

VULVA.-

La vulva está constituida por el conjunto de órganos genitales externos de la mujer. Se situa entre el peritoneo y la parte inferior de la pared interior del abdomen y en forma transversal se sitúa entre los dos muslos. En su parte media presenta una depresión y en el fondo de ésta se haya la abertura de la vagina y de la uretra, recibiendo esto el nombre de vestibulo limitada en los lados por los llamados labios. La unión delantera de estos labios es -- llamado Monte de Vénus. Los labios menores también se unen en su parte delantera para cubrir al clitoris.

LABIOS MAYORES.- Son dos repliegues de piel alargados y aplanados. Se forman por dos caras, dos bordes y dos extremos.

La cara externa pertenece a la cara interna del muslo, su forma es convexa, de color obscuro y tiene menos vello que el Monte de Vénus.

La cara interna corresponde a la cara externa del labio contrario y al labio menor de ese lado. También su cara interna es más oscura y tiene menos vello.

"El borde superior adherente corresponde a las ramas isquípbianas. El borde inferior o libre es convexo de adelante a atrás y adosado al borde del labio opuesto, límita la hendidura vulvar y como el resto del labio presenta - pelos en escaso número". (7)

La extremidad anterior se une con la del otro lado formando así la llamada comisura anterior e igualmente de otro formando la comisura posterior también llamada orquilla, la cual inmediatamente delante de ella y por atrás del himen forma una depresión denominada foseta navicular.

Los grandes labios se encuentran formados por diversas capas, que de afuera hacia adentro son: primero una capa de epidermis pigmentada cubierta con vello y llena de glándulas sebáceas y sudoríparas, su irrigación proviene - de las pudendas externas y de la perineal superficial, rama de la pudenda interna.

7) Quiróz Op. Cit. pp.332

LABIOS MENORES.- Estos se encuentran situados por dentro de los mayores y se forman igualmente de dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara externa corresponde a la interna del labio mayor y la interna a la externa del labio opuesto.

El borde superior se continúa con las partes blancas cercanas. El inferior es convexo y en ocasiones levemente dentado.

La extremidad posterior se pierde insensiblemente en la cara interna del labio mayor.

La anterior se divide en dos pliegues que rodean al clítoris su irrigación es igual que la de los labios mayores.

MONTE DE VENUS.- Se trata de un borde redondeado que se encuentra por delante de sínfisis pubiano. Se encuentra formado por piel que sirve de cubierta a una capa de tejido celulo-adiposo. Su irrigación se basa en las pudendas externas, ramas de la femoral, sus venas desembocan en la femoral. Sus vasos linfáticos van a los ganglios superficiales de la ingle. Los nervios vienen de las abdominogenita-

les.

FORMACIONES INTERLABIALES.

Separando los labios mayores y menores, en el fondo se sitúa el orificio que sirve de entrada para las vías genitales y por delante el vestíbulo, el meato urinario y el clitoris. En las mujeres vírgenes este orificio está cerrado en parte por el himen.

VESTIBULO.- Su color es rosado y sus bordes laterales limitan con los labios menores por delante con el clitoris y por atrás con el meato urinario. El meato urinario es un orificio que se encuentra en la línea media y la parte trasera del vestíbulo y por encima del tubérculo vaginal.

HIMEN.- Se trata de un tabique perforado que se halla en el límite del conducto vulvar y vaginal.

Existen tres tipos según su hendidura y son: senillar, anular labiado y estrechado. Se forma de fibras elásticas de diversa cantidad y por un repliegue mucoso que en su interior contiene además tejido conjuntivo.

FORMACIONES ERECTILES DE LA VULVA:

Estos incluyen los bulbos de la vagina y el clitoris. Los de la vagina se encuentran a los lados de la uretra y de la vagina. Son dos y miden aproximadamente de 3 a 4 cm., y con un grosor de 10 a 15mm.

El bulbo de la vagina es un cuerpo eréctil cuyos elementos eréctiles son escasos.

CLITORIS.- Es un pequeño órgano eréctil homólogo al pene del hombre y se encuentra en el interior de la vulva y está formado por cuerpos cavernosos.

El clitoris como el pene tienen un ligamento suspensorio, formado por tractos fibroelásticos.

Recibe arterias de la pudenda interna que suministran las arterias cavernosas y las dorsales del clitoris.

"Emite numerosas venas, las superiores dan forma a la vena dorsal profunda y se separan por la llama fascia clitoriana y que desemboca la superficial a la vena femoral y la profunda al plexo Santorini y las otras inferiores menos importantes van a integrar al Plexo Kobelt".⁽⁸⁾

8) Quiróz Op. Cit. pp.335

La enervación viene del pudendo interno que entre las ramas dorsales del clitoris los cuales terminan en el glande en corpúsculos de Paccini, de Meissner y de Krausse.

GLANDULAS DE SKENE.- (PARAURETRALES)

Dentro de la uretra, en la proximal del meato urinario existen lateral y posteriormente dos orificios correspondientes, a los conductos tubulares de las glándulas de Skene; también se abren las glándulas que son repliegues de la mucosa.

La arteria y vena pudendas son las encargadas de irrigar las glándulas de Skene. Lubrican el introito y son particularmente susceptibles a infecciones por gonococos.

GLANDULAS DE BARTHOLIN (PARAVAGINALES)

Por fuera del himen, y a la mitad de la altura del orificio de la vagina, hay dos pequeñitas aberturas de cada lado cada una. Las dos se comunican por un estrecho conducto que mide más o menos 1 cm. de largo con una pequeña glándula mucosa, aplanada, situada entre el labio menor y la pared vaginal. Estas glándulas Bartholin son homólogas a las glándulas de Cooper del hombre. Las ramas de la arteria, ve

nas y nervios pudendos internos, son los que tienen por destino las glándulas de Bartholin. Su función es la de lubricar el introito.

VAGINA.

Es un canal muscular delgado parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cm. de largo y con un diámetro aproximado de 4 cm. Se extiende del introito a la cérvix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás. Siendo el labio cervical posterior más largo que el inferior, resulta el fondo de saco vaginal posterior más profundo que el anterior (saco de Douglas).

La vagina ocupa un estado intermedio entre la vejiga y el recto, y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (Ligamento de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano. Normalmente no existen glándulas en la vagina.

Los nervios de la vagina proceden del pudendo interno, del hemorroidal y del plexo hipogástrico. La arteria vaginal, rama de la hipogástrica, irriga la vagina en gran parte, pero también recibe ramas de la vesical inferior, de la hemorroidal media y de la pudenda interna.

"El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los ganglios linfáticos inguinales superficiales, el de la porción superior deriva a los ganglios linfáticos iliacos externos hipogástricos. Estas anastomosis tienen importancia para la propagación de las infecciones vulvovaginales y del cáncer".

CERVIX (CUELLO UTERINO)

Es de forma de cono y medianamente firme de 2 a 4 cm. de largo y de un diámetro externo de aproximadamente 2.5. cm. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Está sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamento de Mackenrodt).

Su inervación se hace a través de los nervios sacros segundo, tercero y del plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervicales representan las vías de riego principalmente de la cérvix.

Juega un papel importante para mantener en la cavidad uterina al producto de la concepción, ya que al término del embarazo se dilata para la salida del producto, y cuando hay insuficiencia cervical puede sobrevenir el aborto.

FISIOLOGIA DE LA MADRE DURANTE LA GESTACION.

La fisiología de la madre sufre modificaciones durante la gestación de distintas formas. Primeramente ocurren modificaciones secundarias en los órganos del aparato reproductor y en las glándulas mamarias, todo esto con la finalidad de crear una protección y de dar lo necesario para el buen desarrollo del feto y la nutrición del recién nacido. Después, todas las funciones metabólicas están en aumento para poder dar al feto en desarrollo la nutrición adecuada. Y por último la gran producción de algunas hormonas placentarias durante el embarazo origina muchos efectos secundarios que no tienen una relación directa con el embarazo.

La mujer aumenta en promedio alrededor de 10 kilos durante la gestación, en forma general este aumento se distribuye más o menos así: feto 3.100 gr.; útero 900 gr.; placenta, membranas y otros 900 gr.; mamas 700 gr.; lo demás corresponde a grasas y al mayor volumen de líquido extracelular y sangre. Pero todo esto va a variar de una mujer a otra dependiendo en mayor o menor grado de los hábitos alimenticios de cada una y de la cantidad de hormonas que se excretan durante el período de la gestación.

Modificaciones en el metabolismo.- El metabolismo en general aumenta aproximadamente en relación directa con el aumento de peso, más un 5 a 10% adicional.

"Sin embargo, el desarrollo rápido del feto, también exige mayor cantidad de casi todas las funciones maternas, como metabolismo intermedio rápido en el hígado, expulsión sanguínea rápida por el corazón, y aumento de la respiración y de la digestión y la asimilación de los alimentos" (10)

Modificaciones en los líquidos corporales y la circulación.- Por acción de las hormonas sexuales femeninas, y las cortico suprarrenales adicionales producidas durante la gestación, la madre gana aproximadamente 2,270 a 3,180 gramos de líquidos, o sea un promedio de 3 litros. Más o menos medio litro corresponde al plasma y otro medio litro a los eritrocitos por lo que el volumen sanguíneo aumenta más o menos un litro. Alrededor de la tercera parte de la sangre adicional es necesaria para llenar los senos de la placenta y las dos terceras partes sobrantes se acumulan en la circulación, provocando con esto que la sangre tenga mayor facilidad de fluidez hacia el corazón que lo normal.

10) Guyton C. Arthur. Fisiología Humana. Edit. Nueva Editorial Interamericana. 5a. edición. México, 1983 p.471

Dando por consecuencia que el gasto cardíaco tenga un aumento aproximado de 30% sobre lo normal.

Durante el nacimiento del producto, la madre pierde en un promedio de 200 a 300 ml. de sangre, al realizarse el desprendimiento de la placenta del útero. Esto no suele causar ningún trastorno fisiológico debido al acúmulo de sangre adicional almacenada durante la gestación. Después del nacimiento, la pérdida de hormonas como estrógenos y -- otras hormonas esteroides que se produjeron por la placenta provoca que los riñones eliminen casi todo el resto del líquido y el exceso de sales en los días sucesivos.

6.2. FISIOPATOLOGIA.

Anatomopatológicamente el condiloma acuminado tiene una estructura arborecente con un núcleo central de tejido conectivo recubierto de epitelio hiperplásico caracterizado por clavos alargados (acantosis) y paraqueratosis superficial. El estroma es edematoso y está infiltrado de células inflamatorias crónicas.

6.3. SINTOMATOLOGIA.

"Clínicamente el condiloma acuminado se presenta con formaciones verrugosas de distintos tamaños, por lo regular múltiples que se encuentran discretamente diseminadas en la vulva, el perineo, las nalgas y en la cara interna de los muslos. También se observan en el extremo inferior de la vagina más raramente en la extremidad superior de este órgano y a veces en el cérvix"⁽¹¹⁾

"Son excreciones rosadas, alargadas, puntiagudas, suave, húmedas y pruríticas, su tamaño varia desde ser casi puritiformes hasta tener de 1 a 2 cm. de amplia base de sustentación, su superficie puede ser aspera o lisa y de forma plana en mosaico o poliédricas"⁽¹²⁾

11) Novak. Op. Cit. pp.201

12) Benson C. Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Ed. El Manual Moderno. 3a. edición. México, D.F. p.368.

Cuando se encuentran en zonas húmedas adoptan la característica de "picos sangrantes" (crestas) de tamaño variar desde el rosa, hasta el rojo, su crecimiento es rápido y en ocasiones forman un pedículo. Cuando son muy numerosas tienden a confluír formando grandes racimos.

Durante el embarazo se hipertrofian extraordinariamente formando a veces masas gigantes con aspecto de coliflor.

Los crecimientos pueden aglutinarse en una gran masa que puede en muchas ocasiones bloquear la salida del producto del parto.

En algunas ocasiones muchas de estas lesiones pueden desaparecer espontáneamente después del parto. Por lo general involucionan notariamente durante el puerperio llegando a desaparecer.

6.4. DIAGNOSTICO.

El condiloma acuminado (verrugas genitales) son causados por el grupo papuva.

"El diagnóstico es muy simple pues se trata de ex

crecencias típicas. Solo cabe el diagnóstico diferencial con los condilomas planos que son manifestaciones de secundarismo sífilítico. Pero éstas son malformaciones aisladas, no confluentes, papulosas y la depresión central les da un aspecto umbilicado".⁽¹³⁾

Cuando se puedan confundir con el condiloma de una sífilis secundario, bastará realizar una prueba serológica para establecer el diagnóstico.

Las neoplasias malignas en especial las de la Enfermedad de Bowen, pueden ser muy semejantes a las verrugas anogenitales. Se recomienda en este caso practicar una - - biopsia de esta lesión para determinar su origen.

13) Calatroni, Carlos J. Ginecología. 2a. Edición Buenos Aires. México, 1984 Edit. Médica Panamericana p.251

6.5. TRATAMIENTO.

Es muy útil para tratar lesiones menores la aplicación tópica de podofilina al 25% en tintura de Benjuf.

Puede aplicarse resina de podofilina al 5% en solución de alcohol.

Deberá lavarse de 3 a 6 horas después de la aplicación en la piel donde se puso el medicamento o antes si -- llega a ocurrir irritación interna.

Se aconseja colocar aceite o alguna crema; lubricante alrededor del área donde se aplicará la podofilina para evitar que esta escurra, ya que suele provocar serias -- quemaduras en la piel sana.

"También son buenos los resultados mediante criocirugía, electrocoagulación o cauterización, aunque también se han comunicado buenos resultados con Rayos X, y con radio". (14)

"No se recomienda el uso de la podofilina durante el embarazo, ya que suele tener efectos teratogénicos que
14) Calatroni. Op. Cit. p.251.

han llegado a causar la muerte del feto" (15)

"La aplicación de cantaridina en Coloidón también es eficaz para la eliminación de algunas de éstas verrugas" (16)

6.6. COMPLICACIONES.

Aunque realmente no tiene ninguna complicación por lo regular, podría decirse que el contagio a la pareja es la más común.

También se puede contagiar al recién nacido en un parto vaginal al momento del nacimiento.

Cuando el problema es mayor y el tratamiento común no logra el efecto deseado, pueden ocurrir casos en los que las lesiones pueden llegar a sufrir malformaciones malignas.

-
- 15) Zarate, Treviño Arturo y Canales Pérez, Elias S. Ginecología. Edit. Fco. Méndez Cervantes. 1a. Edición México 1982 p. 301
- 16) Eipstein Ernest. Enfermedades Comunes de la Piel. Edit. Científica S.A. de C.V. 2a. Edición. México, 1985 p.164

6.7. HISTORIA NATURAL DE CONDILOMA ACUMINADO.

PERIODO - PREPATOGENICO	PERIODO - PATOGENICO	
<p>CONCEPTO: El condiloma acuminado es la forma más común de verruga vulvar de estructura arbórea con un núcleo central de tejido conectivo, se considera una tumeración benigna de origen viral. Generalmente se transmite durante el coito.</p> <p>AGENTE: Este padecimiento es causado por un virus de 50 a 55 milimicras de grupo papovirus o papava, que agrupa en cuorpos de inclusión intranucleares y puede resistir la congelación varios meses y el calor a 50°C por media hora.</p> <p>MUESPED: Ambos sexos durante la edad reproductiva, aunque se observa mayor frecuencia en las mujeres, siendo éstas las más afectadas y pueda de una lesión suocerse numerosas lesiones por autocontagio. Este padecimiento predomina en -- grupos sociales y culturales medianos y bajos donde los deficientes hábitos de higiene favorecen el contagio, si bien puede presentarse también en -- otros grupos sociales, aunque en ellos las lesiones son menos numerosas y apuratasas.</p> <p>AMBIENTE: Se da en cualquier tipo de clima aunque con mayor predominio en zonas de clima húmedo y caliente.</p>	<p>HORIZONTE CLINICO</p> <p>CAMBIOS TISUARES</p> <p>En epidermis hiperqueratosis y acantosis con edemas, células epidérmicas con vacuolización producida por degeneración balonizante e inducciones intracitoplasmáticas hay papilomatosis. La viridad gigante tiene cambios -- epidérmicas acentuadas e hiperplasia siendo epitaliomatosa.</p> <p>El virus va a determinar cambios locales anatómicos, al desarrollarse y multiplicarse en las papilas dérmicas, cuando se hipertrofia y crecimiento, en la piel estratificada con capa de queratina al aspecto será verrugoso y aspero en tanto que en el -- epitelio de las mucosas no -- presentará este carácter de aspereza. El período de incubación va de uno a seis meses.</p>	<p>COMPLICACIONES</p> <p>Puede contagiarse a la pareja; también puede contagiarse al recién nacido a través del canal de parto al momento del nacimiento.</p> <p>En algunos casos estas lesiones pueden sufrir transformaciones malignas.</p> <p>SIGNOS Y SINTOMAS</p> <p>Se presentan malformaciones que varían en número y tamaño, desde ser casi puntiformes hasta tener 1 o 2 cm. de amplia base de sustentación y de superficie aspera o lisa, a veces son planas, en mosaico, o poliédricas. En las mucosas aparecen en su ínfimo con la piel, como en labios genitales alrededor del -- ano, al encontrarse en zonas húmedas adoptan las características "picos sangrantes (crestas) de tamaño variable. Aparecen -- generalmente en superficies calientes y húmedas de la región genital (prepucio, meato uretral, vulva, pared vaginal, cuello uterino y perineo).</p> <p>En los varones homosexuales son muy frecuentes en la región perianal y recto.</p> <p>Las verrugas aparecen como excrescencias blandas y húmedas de color rosa o rojo, crecen rápidamente y forman un pedículo. Muchos condilomas pueden agruparse en la misma zona adoptando un -- aspecto de "coliflor".</p>

PREVENCIÓN PRIMARIA PREVENCIÓN SECUNDARIA PREVENCIÓN Terciaria.

PROMOCION A LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	REHABILITACION.
<ul style="list-style-type: none"> - Orientación higiénica y nutricional mejorando hábitos y costumbres en <u>ambos</u> casos. - Promoción del saneamiento: <ul style="list-style-type: none"> - Agua potable intradomiciliaria. - Eliminación adecuada de excretas. - Eliminación de basuras. - Control de fauna nociva. - Higiene de los alimentos. - Mejoramiento de la vivienda. - Programa de control del crecimiento y desarrollo pre-postnatal. - Visitas periódicas al médico. - Educación médica. - Educación sexual. 	<p>Se promoverán mejores hábitos de aseo y de higiene personal, evitando el manejo inadecuado de las lesiones, así mismo se promoverá la atención inmediata de las lesiones aún cuando sean pocas.</p> <p>Se evitará la promiscuidad sexual para disminuir el riesgo de contagio.</p> <p>Así como la atención del parto (en caso de embarazo) por medio de cesárea para prevenir el riesgo de infección del Recién Nacido</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar la obesidad. - Tratamiento oportuno de las lesiones. - Evitar el uso de ropa demasiado ajustada. 	<p>Se basa primeramente en la Historia Clínica y en la Exploración física.</p> <p>Aunque en general el Diagnóstico es fácil - los condilomas acuminados deben distinguirse de los planos, típicos de la secundaria. En ocasiones será necesaria una Biopsia para aclarar su naturaleza.</p> <p>Descubrimiento de la enfermedad en los primeros estadios.</p>	<p>Tratamiento inmediato y adecuado de casos detectados.</p> <p>Los condilomas pueden tratarse con sustancias de aplicación repetida que debido a su toxicidad deberán ser administradas por personal capacitado. En todo caso cuando las lesiones son muy extensas están indicadas la electrocauterización o la extirpación quirúrgica, incluso también la crioterapia da buen resultado.</p> <p>-Rayo Ianser</p> <p>-Podofilina a 20 a 40% en solución alcohólica.</p> <p>-Dx: diferencial.</p> <p>Condilomas planos, crímicosis, tuberculosis verrucosa, nuevas verrugas, angioqueratoma, epiteloma espinocelular.</p> <p>-Verrugas vulgares.</p>	<p>Prevención de secuelas.</p> <p>Utilización de recursos médicos para evitar que la enfermedad pase a un estado más avanzado.</p> <p>Procedir del contacto sexual mientras <u>desaparezca</u> la lesión, recordando que los condilomas tienden a reaparecer en un cierto número de casos para evitar el contagio a la pareja y el autocontagio.</p> <p>-Uso de preservativo.</p> <p>-Aplicar vaselina o aceite en partes vecinas cuando se aplique la podofilina.</p>	<p>Si la enfermedad es manejada correctamente no deja ninguna secuela.</p> <p>-Dar orientación sobre hábitos y costumbres higiénicas.</p> <p>-Control médico periódico.</p>

7. HISTORIA CLINICA.

FICHA DE IDENTIFICACION:

NOMBRE B.M.F. Ingreso: 18 de mayo de 1988 No. de Cama 245

Edo. Civil. Soltera Escolaridad: 2o. año de primaria.

Nacionalidad: Mexicana Religión: Católica. Ocupación hogar

Lugar de procedencia: Cuautitlán de Romero Rubio, Edo. de - México.

Persona Responsable: Lucia Baca Miranda. Parentezco: hermana

Servicio al que ingresa: Hospitalización de Gineco-Obstetricia.

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

- Madre muerta, ignora la causa
- Demás familiares sanos aparentemente.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.

Habita en casa propiedad de su padre, construida con tabique y láminas donde la ventilación e iluminación son inadecuadas, consta de dos cuartos, sin animales domésticos, con agua potable extradomiciliaria, sin control adecuado de deshechos, sin drenaje, fosa séptica, con deficiente control de fauna nociva (ratas). Sin pavimentación en las calles. Carecen de vías de comunicación y de recursos para la

atención de la salud, acudiendo a la S.S.A o a particulares cuando es necesario.

En cuanto a sus hábitos higiénicos: Baño completo con cambio de ropa cada 3 días, aseo de manos frecuente y aseo bucal una vez por día.

Alimentación: Desayuno a base de frijoles y pan - con café diariamente, comida a base de verduras o huevo y a veces pollo, refresco y tortillas. Cena basada en frijoles, café y pan, raras veces toma leche. Las tres comidas en escasa cantidad.

Eliminación vesical 4 o 5 veces por día de características normales, intestinal una o dos veces al día de mismas características.

Paciente dedicada al hogar, trabajando por breves temporadas. La dinámica familiar es variable, ya que en ocasiones vive con alguna hermana o con su padre, por lo que no habita en un lugar fijo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

La paciente refiere haber padecido así todas las enfermedades propias de la infancia, además de amigdalitis

diarreas frecuentes aunque sin ninguna aparente complicación. Tabaquismo y alcoholismo negativos. Niega también alergias, tratamientos quirúrgicos y transfusiones.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

Inicia telarca a los 11 años y menarca a los 12 - con ritmos regulares de 30 x 4 con sangrado de regular cantidad con coagulos y dismenorrea de mediana intensidad, previa a la menstruación.

Inicia vida sexual activa a los 18 años sin ningún método anticonceptivo. Refiere satisfacción sexual durante el coito. Un sólo compañero sexual no circuncinado. Refiere no haber padecido ninguna infección genital ignorando -- hasta el momento de acudir a la institución de salud, el -- problema de condilomas que presenta en la región genital.

G-I P-O A-O C-I FUR= 19 de agosto de 1987:

EXPLORACION FISICA

HABITUS EXTERIOR:

Sexo: Femenino

Edad: 20 a 24 años

Facies: Normales.

Biotipo: Ectomórfica.

Actitud Somática: Librement e escogida

Actitud Psicológica: Adaptada.

Movimientos: Normales

Marcha: No caludicante.

Aspecto social y cultural: Nivel socioeconómico bajo

I.Q de 60-70

Cabeza de forma normal con cabello bien implantado, reseco y opaco, conjuntivas normales, mucosas regularmente hidratadas, cuello sin ninguna alteración, toráx sin ruidos anormales con una F.C. de 84 latidos por minuto T/A de 110/70 y - F.R de 20 respiraciones por minuto, mamas secretantes.

Se palpa abdomen de consistencia blanda con dolor en herida quirúrgica tipo punzante, herida quirúrgica drenando líquido sanguinopurulento con mal proceso de cicatrización.

Región vulvar con grandes condilomas, vello púbico de implantación normal.

Se realiza tacto vaginal y exploración con espejo vaginal encontrándose cérvix cerrado, loquios de regular - cantidad sanguinopurulentos y ligeramente fétidos.

Extremidades superiores e inferiores adelgazadas, piel reseca.

PADECIMIENTO ACTUAL.

La paciente acude a solicitar servicio, ya que cursa con un embarazo de aproximadamente 40 semanas por F.U.R. en trabajo de parto efectivo. A la exploración abdominal se palpa P.U.V. con F.C. de 140 láticos por minuto, en presentación cefálica, dorso a la izquierda, con contracciones uterinas de 3 a 5 en 10 minutos y con una dilatación cervical de 4 a 5 cm y borramiento de 60 a 70%, pero al momento de la exploración vaginal también se localiza toda la zona vulvar con condilomas, por lo que se decide resolver el -- parto, mediante vía abdominal, practicándole una operación cesárea, por el riesgo de infección que corre el producto y la obstrucción del canal del parto por los condilomas. Se obtiene P.U.V. de sexo masculino, que llora y respira al nacer. Dándole una calificación de APGAR de 8-9.

7.7. DX. DE ENFERMERIA.

Puerpera de 18 años de edad, orientada en las tres esferas; ectomorfica, perteneciente al nivel socioeconómico bajo; deambulando, con palidez generalizada, delgada, con mamas secretantes abdomen globoso, doloroso a la palpación, con herida quirúrgica longitudinal de aproximadamente 10 -- cm. con deficiente proceso de cicatrización por dehiscencia de herida quirúrgica, con dolor punzante en la misma y secreción sanguinopurulenta. Región vulvar con abundantes - condilomas, loquios serohematicopurulentos y fétidos en escasa cantidad. Miembros superiores o inferiores simétricos y adelgazados.

PROBLEMAS REALES

- Condilomatosis vulvar
- Infección puerperal
- Dehiscencia de Herida Quirúrgica

PROBLEMAS POTENCIALES

- Desnutrición.
- Bajo nivel socioeconómico y cultural
- Deficientes hábitos higiénicos y dietéticos.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.

FICHA DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: B.M.F. EDAD: 18 años. SEXO: Femenino. EDO. CIVIL: Soltera. ESCOLARIDAD: 2o. Primaria
 RELIGION: Católica. NACIONALIDAD: Mexicana. LUGAR DE NACIMIENTO: Cuautitlán de Romero Rubio
 Edo. de México. DOMICILIO ACTUAL: Santa Barbara, Cuautitlán Izcalli, Edo. de México. PERSONA
 RESPONSABLE: L.B.M. PARENTESCO: Hermanas. FECHA DE INGRESO: 18 de mayo de 1988. SERVICIO AL
 QUE INGRESA. Hospitalización de Gineco-Obstetricia. NO. DE CAMA 245. DX.MEDICO: Puerperio -
 quirúrgico complicado con infección puerperal; dehiscencia de Herida Quirúrgica y condiloma
 tosis vulvar.

DX. DE ENFERMERIA: Puerpera de 18 años de edad, orientada en las tres esferas, ectomórfica,
 perteneciente al nivel socio-económico bajo, deambulando con palidez generalizada, delgada,
 mamas secretantes, abdomen globoso, doloroso a la palpación, herida quirúrgica longitudinal
 de aproximadamente 10 cm., deficiente proceso de cicatrización por dehiscencia de herida qui-
 rúrgica con dolor punzante en la misma y drenando secreción sanguinopurulenta. Revisión vul-
 var con abundantes condilomas, loquios serohemáticos purulentos y fétidos con escasa canti-
 dad. Miembros superiores e inferiores simétricos y adelgazados.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
INFECCION PUERPERAL	Ligeras elevaciones de la temperatura que posteriormente disminuyen para elevarse nuevamente (picos febriles) 37 ⁵ a 38 ⁸	En la mayoría de las ocasiones, el factor desencadenante en un síndrome febril en estados patológicos, está condicionado por sustancias llamadas pirogenas. Estas pueden ser proteínas, productos de desintegración de las mismas toxinas por bacterias o por productos de tejidos del cuerpo en degeneración. Tales sustan-	Administración de antibióticos (Gentamicina 80 mg c/8 horas) I.M.	La gentamicina es un antibiótico de amplio espectro. La absorción es pequeña después de la ingestión por lo que es más frecuente administrarla por vía parenteral. Después de la administración intramuscular en una hora promedio se alcanzan niveles máximos en sueros. En sujetos normales tiene una vida media de 2 a 4 horas de un volumen	Al parecer los antibióticos no daban buen resultado, ya que su proceso de curación fue muy lento solo disminuyó la fiebre pero la secreción tardó algunos días en desaparecer por completo.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
		<p>cias penetran en la circulación de la sangre y llegan al hipotálamo — ajustando su cifra a un valor más alto que lo normal. En estas condiciones entran en acción todos los mecanismos de defensa para elevar la temperatura corporal incluyendo la conservación del calor y el aumento de producción del mismo cuando un tejido corporal degenera o enferma, leucocitos polinucleares penetran en él, ellos a su vez se destruyen autocatalíticamente cuando fagocitan el tejido degenerado, en estas condiciones — los leucocitos secretan una sustancia denominada pirógeno leucocitario, dicha sustancia tiene una acción directa sobre el hipotálamo elevando su ajuste hasta valores fébriles.</p>		<p>aparato de distribución de 25 a 30% del peso corporal. Se ocurre una fundamentalmente por filtración glomerular y en individuos con uremia puede tener una vida de 40 a 50 horas o mayor. Las reacciones adversas son mínimas. Después de administración parenteral pueden surgir erupciones maculopapulosa, náuseas, vómitos, cefaleas y signos de lesión renal y hepática (aumento del nitrógeno ureico en sangre) la toxicidad más grave se observa en el octavo día craneal y la rama vestibular es la más sensible a la lesión. La toxicidad en el riñón es tan frecuente como la lesión vestibular puede ocurrir si se emplean grandes dosis de gentamicina, o en personas que sufren ya nefropatías.</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
DEFICIENCIA EN CUIDADO QUIRURGICO.	Separación de los bordes de la herida quirúrgica y salida de secreción sanguinolenta.	Si hay infección de la herida quirúrgica las posibles fuentes de bacterias son: -La piel del paciente. -Infección introducida al quirófano por: a) Bacterias de la sala de operaciones b) Infecciones transmitidas por la nariz, boca, pelo, piel o ropa del personal. c) Deficiencias técnicas quirúrgicas que permiten que el material no esterilizado se ponga en contacto con la herida. -Bacterias que circulan en el torrente sangui-	Colaborar con el médico en la limpieza y curación de la herida quirúrgica con jabón o alguna solución antiséptica y agua estéril, cambiando el apósito cuando sea necesario.	patía. En pacientes con nefropatía preexistente, el tratamiento no controlado puede ocasionar rápidamente insuficiencia renal progresiva. Si se ha formado pus es necesario hacer un drenaje, ya que los antibióticos son totalmente ineficaces en una cavidad llena de pus. Si el conducto que drena una cavidad estrotruido se debe asegurar el drenaje del mismo, ya sea directamente o por alguna alternativa. Los antibióticos son muy eficaces cuando la infección se ha diseminado a través de los tejidos pero cuando ya se ha formado el absceso es esencial el drenaje.	Diariamente se le realizaba curación H.Q pero aún así el proceso de curación fue muy lento.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE EXPERIMENTA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
		<p>no del paciente.</p> <p>-Cuidado inadecuado de la herida.</p> <p>-Una de las razones por la cual una infección encuentra un medio propicio para desarrollarse es la lesión de los tejidos del organismo (como en el caso de una H.O.) Si la piel está lacerada, las bacterias como el estafilococo, que por lo general viven en la piel, penetran en los tejidos dañados y se multiplican. La pus es el resultado de la coagulación de glóbulos blancos vivos y muertos junto con el suero que ha sido exudado. El pus puede tener diferentes características: estafilococo, amarillo; escherichia, coli, olor fétido; - pseudomonas, verde; estreptococo, acuoso.</p>			

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
DESNUTRICION	La paciente se nota adelgazada con menor peso - el que corresponde a su talla y edad, su pelo no tiene brillo y está quebradillo, su piel se nota seca	La nutrición se define como el proceso por el cual el organismo utiliza alimentos y líquidos para a lo largo y conservar la salud. Por lo tanto la desnutrición es la consecuencia de la falta de nutrientes adecuados en la dieta.	Proporcionar a la paciente una dieta hipercalórica con líquidos a tolerancia (las proteínas además son necesarias para mejorar el proceso de cicatrización).	Proteínas.- Las proteínas son elementos nutritivos importantes para la síntesis y conservación de los tejidos corporales. Las personas bien nutridas casi siempre reciben alimento con bajo contenido proteico. Se ha considerado que todas las sustancias propias de la alimentación, las más importantes son las proteínas. Es probable que sea el nutrimento más caro en la dieta excepto en frutas como los chicharos y los frijoles. -El agua es 45 a 75% del peso corporal, la cantidad más bien depende de la edad. El contenido hídrico debe conservarse en nivel bastante constante para no perder la salud. De este modo, una parte esencial de la vida, de-	El nivel socio-económico de cada persona tiene mucho que ver en cuanto a sus hábitos alimenticios ya que un nivel bajo indica casi siempre deficiencias nutricionales -- que conllevan a la desnutrición además de los vicios en la forma de alimentarse. En este caso la paciente se negaba a comer lo que se le proporcionaba a pesar de ser comida buena en calidad y cantidad, argumentando que eso no le agradaba

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
CONDILOMAS Y EMBARAZO.	Verrugas arborecentes en vulva detectadas a la exploración física del área genital.	Clinicamente el condiloma acuminado se presenta con formaciones verrugosas de distintos tamaños, por lo regular múltiples que se encuentran diseminadas en la vulva, el perineo, los	Preparación preoperatoria de la paciente incluyendo: a) toma de signos vitales.	pende de la ingestión suficiente de agua. Calorias.- Recibe el nombre de caloria la unidad de medición del calor, es la cantidad necesaria para elevar 1°C la temperatura de 1 kg. de agua. En nutrición se indica el valor calórico cuando se habla de proteínas, grasas y carbohidratos y significa que el alimento puede aportar calor o energía al organismo. Las necesidades calóricas varían y dependen de factores como edad, actividad y sexo. Las anomalías en los signos vitales pueden denotar la presencia de una infección y otros trastornos que agraven los riesgos y complicaciones quirúrgicas.	La preparación adecuada para la intervención quirúrgica y el período posoperatorio ha sido muy útil porque disminuye la angustia después de la intervención y las com-

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
		<p>glucos y la cara interna de los mslos. También se observan en el extremo inferior de la vagina, más raramente en la extremidad superior de éste órgano y a veces en el cuello.</p> <p>Quando son muy numerosas tienden a confluir formando grandes racimos. Durante el embarazo se hipertrofian extraordinariamente formando a veces masas gigantes con aspecto de coliflor que obstaculizan en ocasiones el parto, además de que por ser causa de un virus el producto corre el riesgo de infectarse al paso del canal del parto siendo preferible la solución de éste, mediante la operación cesárea, como medida profiláctica.</p>	<p>b) Preparación de la piel incluyendo tricotomía de la región.</p>	<p>Se procurar que el quirúrgico no tenga vellos o cabellos y est escrupulosamente limpia para disminuir las posibilidades de introducir micro-organismos en ella. Una operación siempre debe realizarse a través de la piel limpia. En las operaciones abdominales debe revisarse siempre el ombligo.</p>	<p>aplicaciones estimulando el deseo por parte del paciente de cuidarse por si mismo.</p>

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
			Colaborar con el médico en toma de muestras de laboratorio.	Es muy importante conocer el estado del enfermo para evitar complicaciones y disminuir los riesgos quirúrgicos. Los estudios hematológicos incluyen estimación del tipo de sangre y pruebas cruzadas cuando se provee la necesidad de una transfusión. Se mide tiempo de coagulación para prevenir complicaciones y evitar hemorragias en el postoperatorio. El estudio de electrolitos y gases sanguíneos indica si es necesaria la reposición de los primeros o la oxigenoterapia.	El cuidado preoperatorio inmediato que incluye la preparación de la piel en el sitio donde se planea hacer la incisión reduce el riesgo de infección aunque en ocasiones el mal estado nutricional y el proceso de cicatrización de cada individuo son los factores determinantes que hacen que una herida se infecte a pesar de las medidas tomadas para evitarlo.
			Poner un enema limpiador.	El colon lleno de excremento obstruye las maniobras del cirujano en algunas operaciones. Cuando está anestesiada la paciente puede expulsar involuntariamente heces sino ha vi	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
			<p>Verificar que la paciente esté en ayuno.</p> <p>Retirar cosméticos de la paciente tales como lápiz labial, esmalte de uñas, etc.</p>	<p>ciado el colon.</p> <p>Ninguna operación debe realizarse cuando hay alimento o líquido en el estómago, por lo tanto deberán pasar seis horas desde que se tomó el último alimento, de tal forma que sus vías gastrointestinales estén vacías e inactivas, para que así disminuyan las náuseas y el vómito en el pos-operatorio. El vómito durante la anestesia puede originar la aspiración de material en los pulmones y complicaciones graves.</p> <p>Los médicos y demás personal de las salas de operación y recuperación necesitan evaluar el aparato circulatorio por observación de la piel, los labios y las uñas en busca de cianosis y los cosméticos impiden tales observaciones.</p>	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
			Cubrir por completo el cabello de la paciente con una capelina.	El cabello puede ser molesto para las maniobras del personal médico en la sala de operaciones, además la favorecerá la introducción de microorganismos en herida quirúrgica.	
			-Canalizar una vena, ya sea para mantenerla permeable o administrando la solución de goteo terapéutico.	El tener una vena disponible será de mucha ayuda, ya sea para el paso de medicamentos o la reposición de líquidos perdidos.	
			-Tener lista la historia clínica completa, revisar la identidad del paciente y transportarlo a la sala de operaciones entregando a la enfermera correspondiente.	El personal de quirófano y la sala de recuperación necesitan contar con la historia clínica completa, que incluye la lista de revisión pre-operatoria y todos los resultados de laboratorio. Confundir la identidad de los pacientes por error y otros problemas constituye un error gravísimo.	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
			<p>-Cuidados pos-operatorios incluyendo:</p> <p>a) Tasa de signos vitales cada 30 minutos en la sala de recuperación y revisar frecuentemente la herida buscando cualquier signo de infección o de hinchazón de la incisión.</p>	<p>A menudo hay una baja presión arterial, la cual es sólo fisiológica si las extremidades están calientes y hay una adecuada circulación no deberá causar alarma.</p>	<p>Cuando el personal de enfermería recibe un paciente de recuperación, debe evaluar su estado físico y psicológico, lo mejor posible y leer todas las ordenes pos-operatorias para evitar posibles complicaciones y llevando a cabo todas las ordenes pos-operatorias inmediatas, si no existen problemas del paciente permanecerá menos tiempo en el ambiente hospitalario. El cuidado pos-operatorio está escamado a evitar molestias y complicaciones y emprender la rehabilitación del enfermo. Son esenciales las medidas para estimular la actividad y evitar la infección. Por lo tanto nosotros</p>
	Dolor en la herida quirúrgica durante el pos-operatorio.	El dolor es una sensación que posee su propio aparato sensitivo. Los receptores de la estructura profunda son terminaciones nerviosas finas libremente ramificadas que forman una red muy intrincada. Una sola neurona primitiva del dolor, con su cuerpo celular situado en el ganglio radicular posterior se subdivide en múltiples ramas periféricas y es capaz de	Administrar un analgésico leve que evite molestias a la paciente. Administración de una ampula de 1g. de dipiridona por vía I.M. c/6 horas P.R.N.	Se absorbe en forma rápida y se obtienen niveles plasmáticos máximos en una hora. En el hígado se metaboliza lentamente. Su vida media biológica en el hombre es de unas 72 horas. Su principal efecto analgésico tal vez guarda relación con su actividad inflamatoria periférica o su efecto en los receptores del dolor; si bien se han sugerido aunque no demostrado	

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION
		<p>Inervar una zona de varios centímetros. Durante el pos-operatorio es a menudo cuando el paciente experimenta dolor por primera vez, ya que la pared abdominal ha sido sometida al traumatismo del corte del tejido y manipulación y en este momento el anestésico aplicado ha cesado en su efecto. El dolor puede ser tan intenso que será necesario administrar algún medicamento para disminuirlo.</p>	<p>Cuidado de la Herida Quirúrgica. Cambio de apósito.</p>	<p>concluyentemente que hay algún sitio subcortical de acción analgésica en el sistema nervioso central. No deberá tocarse una herida limpia que haya sido protegida en forma adecuada por un apósito en quirófano. Sin embargo, en caso de que el apósito se ensucie con sangre o suero será necesario cambiarlo. Las principales finalidades del apósito son: - Impedir el paso de microorganismos a la herida. - Absorber la secreción o el líquido de drenaje. - Aplicarse compresión con fines de hemostasia. - Restringir el movimiento que puede interferir en la curación.</p>	<p>debemos estar preparados para solucionar situaciones de urgencia como hemorragia, choque, etc. Tenemos también responsabilidades adicionales tales como ayudar al individuo a que sea nutrido adecuadamente así como que reciba líquidos, y su reposo y sueño sean satisfactorios ayudarlo a sus necesidades de higiene personal así como evitar y aliviar el dolor. Además de que al contar con una paciente cooperadora estas responsabilidades se realizan de manera más completa.</p>

PROBLEMA	MANIFESTACIONES	RAZON CIENTIFICA	ACCIONES DE ENFERMERIA	RAZON CIENTIFICA	EVALUACION.
			Vendaje abdominal para compresión.	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el proceso de curación aplicados de tal forma que aproximen los bordes de la herida. - Los vendajes pueden emplearse para fijar el apósito. - Evitar la lesión en las suturas, aplicadas adecuadamente - Pueden emplearse para ejercer presión en una zona. - Limitan el movimiento y con ello mejoran la cicatrización. Permiten comodidad y seguridad para la paciente. 	

8. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

En la elaboración del presente trabajo se encontró que los condilomas acuminados son un padecimiento que abunda, la mayoría de personas que lo padecen lo ignoran o no le dan la importancia suficiente, debido a las pocas molestias que causa, y sólo se percatan de él o acuden al médico cuando se diseminan y crecen o cuando por casualidad en la exploración física son detectadas al acudir al médico por otra causa. Y aunque es un padecimiento que no tiende a agravarse o a causar grandes complicaciones.

Más en cambio en este caso que la paciente curso con un embarazo tuvo muchas complicaciones ya que es un padecimiento que suele exacerbarse durante el embarazo además de que es una indicación de cesárea.

En un medio hospitalario como en el que se realizó esta investigación este padecimiento es tan frecuente debido al bajo nivel cultural y socio-económico de la población ya que esto conlleva a que sea el tipo de individuos con deficientes hábitos higiénico dietéticos ignorantes y desidiosos.

Si en este caso se hubiera aplicado el primer nivel de atención y orientado a la paciente para acudir a la consulta prenatal el problema sencillamente se habría evitado,

ya que aquí es de suma importancia la educación para la salud, las charlas educativas y las visitas periódicas al médico para la prevención de este problema.

Las sugerencias están encaminadas a la prevención - siendo de gran importancia la participación del personal de salud del primer nivel promoviendo, la higiene, la educación sexual, la mejora de hábitos alimenticios y la visita periódica al médico principalmente a la consulta prenatal durante el embarazo.

9. GLOSARIO DE TERMINOS.

- ACUMINADO. Que termina en punta
- CONDILOMA. Pat. tumor o verruga parecido a la fresa.
- CRIOCIRUGIA. Rama de la cirugía que se vale del frío intenso aplicado con un instrumento no cortante para extirpar o destruir tejidos enfermos. Llamada también cirugía criogénica, comenzó a usarse después de 1960 en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson; también se ha empleado experimentalmente contra el glaucoma, las inflamaciones prostáticas, el exceso de flujo menstrual y en la tonsilectomía.
- Es la destrucción del tejido por congelación. Los refrigerantes (Bioxido de Carbono, Freón, Oxido nitroso, o Nitrogeno, todos en estado líquido) pasan a través de una sonda hueca. Las ventajas son la facilidad de administración y la falta de malestar. Además es raro el sangrado.
- DISMENORREA. Menstruación dolorosa o difícil.
- ELECTROCUAGULACION- Coagulación de la sangre que se obtiene mediante el paso de una corriente de alta frecuencia

- ESTROMA.** Trama o armazón de un tejido que sirve para sostener entre sus mallas los elementos celulares.
- Trama sólida del micelio de los hongos que da origen a los aparatos esporíferos. Parte superficial del ovario de los animales que contiene los ovocitos y folículos
- EPITELIO.** Tejido de células unidas entre sí y dispuestas en una o varias capas, que cubren las superficies exteriores o interiores del cuerpo.
- FOLICULO DE GRAAF.** Capa de pequeñas células germinales que forman un epitelio alrededor del óvulo de los mamíferos que lo aíslan de otros ovulos.
- HIPERTROFIA.-** Aumento de volumen o desarrollo de un órgano que sobrepasa los límites ordinarios.
- INFECCION.** Introducción y desarrollo en un organismo de seres patógenos.
- LEUCOCITO.** Glóbulo blanco, incoloro de protoplasma granuloso amiboideo, que se encuentra en la sangre, linfa y tejido conjuntivo.

PODOFILINA. Resina amarilla purgante que se extrae del podofilo.

PODOFILO. (*Podophylum peltatum* y *Pi emodi*) Familia de las berberidáceas, del orden de las poliacáricas. Plantas medicinales de cuyos rizomas y raíces se extrae la podofilina.

10. ANEXO

10.1 ORGANIGRAMA

FECHA	ACTIVIDADES
10-19 mayo de 1988	Lectura de expedientes clínicos y entrevista con la paciente elegida para la elaboración de un P.A.E.
Junio 2 de 1988 a 8 de junio.	Presentar el proyecto del P.A.E. como opción elegida para titulación y elaboración de fichas de trabajo y bibliográficas
Del 9 al 25 de junio de 1988.	Proporcionar cuidados a la paciente y elaborar historia clínica y Dx. de enfermería
Julio 10. a 30 de 1988	Elaboración de marco teórico y generalidades de Anatomía y Fisiología .
Agosto 1 a 30 de 1988	Trámites para presentar examen profesional
Septiembre 9 de 1988	Fecha probable de examen profesional.

ESTE TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA INSTITUCION

10.2 ANEXOS

RESINA DE PODOFILO.

Es extracto alcohólico del *podophyllum peltatum* comúnmente conocida como raíz de mandrágora o manzana de mayo. Se emplea en el tratamiento del condiloma acuminado y de -- otras verrugas. Es una mezcla de podofilotoxina alfa y beta peltatum desoxipodofilotoxina, de hidro podofilotoxina y -- otros compuestos.

Es soluble en alcohol, éter, cloroformo y la tintura compuesta de benzoina.

La resina de podofila se absorbe en aplicación percutánea particularmente en las áreas interpapilosas y después de aplicaciones a condilomas húmedos y grandes. Es soluble en lípidos por lo tanto, se distribuye ampliamente por todo el organismo incluyendo el S.N.C.

El uso principal de esta resina es en el condiloma acuminado. La podofilotoxina y sus derivados son agentes citotóxicos activos con afinidad específica por las proteínas microtubulares del huso mitótico.

Se impide el ensambleja normal del huso y la mitosis de las células epidérmicas se detiene en la metafase.

Una concentración de 25% de esta resina en tintura compuesta de benzoina, es la dosificación recomendada para el tratamiento del condiloma acuminado. La aplicación debe restringirse sólo al tejido verrugoso para limitar la cantidad total del medicamento usado y prevenir cambios erosivos graves en tejido adyacente. En el tratamiento de casos de condilomas grandes y extendidas es aconsejable limitar la aplicación a secciones del área afectada para reducir la absorción general.

Se insistirá al paciente para que retire la preparación lavando cuidadosamente de dos a tres horas después de la aplicación inicial, ya que la reacción irritante es variable.

De acuerdo a la reacción individual de la persona, este período puede alargarse a seis-ocho horas en las aplicaciones siguientes. Si de tres a cinco aplicaciones no han dado resolución significativa, deberán considerarse otros métodos de tratamiento.

Los síntomas tóxicos asociados con aplicaciones excesivamente grandes, incluye náuseas, vómito, alteraciones en la percepción, debilidad muscular, neuropatía con reflejos tendinosos bajos, coma y aún muerte. La irritación local es común y un contacto inadvertido en el ojo puede producir conjun

tivitis grave. Su uso durante el embarazo está contraindicado en vista de los posibles efectos citotóxicos en el feto.

(17)

17) Bertram G. Katzung. Farmacología Básica y Clínica. El Manual Moderno. México, 1984. pp. 750-751

CONDIL (POMADA Y SOLUCION)

Medicamento tópico específico para el tratamiento del condiloma acuminado.

FORMULA	POMADA	SOLUCION
Podofilina	Cada 100g. contiene 25 g.	Cada 100 ml. contiene 25 g.

CONTRAINDICACIONES.- No se aplique en membranas, mucosas, ni cerca de los ojos.

REACCIONES SECUNDARIAS: Edema, dolor, inflamación local.

DOSIS Y MODO DE EMPLEO:

En condilomas acuminados se recomienda dejar actuar el condil por un promedio de 5 horas repitiendo esto cada 4 horas hasta que desaparezcan las eflorecencias condilomatosas.

Una vez transcurrido el período de aplicación es necesario lavar perfectamente la zona afectada con agua y jabón para remover el podofilo. ⁽¹⁸⁾

18) Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (PLM) 29 Edición Mexicana. México, 1983 pp.206-207

11. BIBLIOGRAFIA

ARENAS, ROBERTO, LATAPI, FERNANDO. Dermatología Atlas Diagnóstico y Tratamiento. Edit. Mc. Graw Hill. México, 1987. pp. 650

BAENA PAZ, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental. Editorial Mexicanos Unidos. México, 1981. pp.124

BERTHAM G. Katzung. Farmacología Básica y Clínica. Ed. El Manual Moderno. México, 1984. pp.866

BENSON. C. Ralph. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétrico. Edit. El Manual Moderno. 3a. edición. México, 1983. pp. 612

BENSON C., Ralph. Manual de Ginecología y Obstetricia. Ed. el Manual Moderno. 6a. edición. México, 1981 pp.764

BEVAN, John A. Fundamentos de Farmacología. Edit. Harla 2a. edición. México, 1982. pp 825.

BRUNWER Y SUDARTH. Manual de la Enfermera. Edit. Nueva Interamericana. México, 1981. Tomos III y IV. pp.983

CASTELAZO AYALA. Obstetricia. Editorial Francisco Méndez Oteo
6a. Edición. México, 1983. pp.420.

CALATRONI, Carlos J. Ginecología. 2a. edición. Buenos Aires.
Ed. Panamericana. México, 1984. pp.512

CHARLES DAVID Y MAXWELL FINLAND. Infecciones perinatales y -
obstétricas. Edit. Salvat. México, 1979. pp.635

DICCIONARIO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS. (P.L.M) 29 Edi-
ción Mexicana. México, 1983. pp.1152

DE LILLE BORJA, José. Biología. Edit. E.C.L.A.L.S.A. 12a. Edi-
ción. México, 1966 pp.458

Enciclopedia La salud. Editorial Uthea. México, 1984. Tomo 18
pp.2384

Enciclopedia Larousse de la Medicina. Edit. Ediciones Larousse
Barcelona, 1980. pp.591

EPSTEIN, Ernest. Enfermedades Comunes de la Piel. Edit. Cien-
tífica S.A. de C.V. 2a. edición. México, 1985. pp.179

GUYTON C. Arthur. Fisiología Humana. Edit. Nueva Interamericana. 5a. edición México, 1985. pp.490

HAROLD ELLIS Y CHRISTOPHER WESTELL. Manual Internacional de - Enfermería Quirúrgica. Tomo I. Edit. Limusa. México, 1987. pp.223

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA. Información estadística del sector salud y Seguridad Social. S.P.P. México, 1986. pp.85

HARRISON. Medicina Interna. Editorial La Prensa Médica Mexicana. 5a. Edición. México, 1985 Tomos I y II. pp.2499

MURRAY ATKINSON. El proceso de Atención de Enfermería. Edit. El Manual Moderno. 2a. Edición. México, 1982. pp.207

MONDRAGON CASTRO, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Edit. Trillas. México, 1982. pp.621.

NOVAK, Edmund. Tratado de Ginecología. Edit. Nueva Interamericana. 5a. edición. México, 1977. pp.628

NOVOA, Julio y MARTINEZ, Roberto. La salud del niño y el adolescente. Edit. Salvat. 2a. Reimpresión. México, 1981. pp. 1854

SAN MARTIN, Hernan. Salud y Enfermedad. Edit. La Prensa Médica Mexicana. 4a. edición. México, 1983. pp.893

STEWART, Taylor. Obstetricia de Beck. Edit. Interamericana. 3a. edición. México, 1989. pp.1117

QUIROZ GUTIERREZ, Fernando. Tratado de Anatomía Humana. Edit. Mexicana Porrúa. 17. Edic. México, 1977. Tomo III

WILLIAMS. Obstetricia. Edit. Salvat. 3a. edición, México, 1980. pp.1532

WOLFF LEWIS LU. Verne. Fundamentos de Enfermería. Editorial Harla. 2a. Edición. México, 1983. pp.550.

WANDALEN Y MAYER. Manual de técnicas de Investigación. Edit. Paidós. 4a. Edición. Buenos Aires. 1979

WATSON JEANNETE E. Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Interamericana. 2a. Edición. México, 1983. 996 pp.