

2 of 12

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

INFORME DE SERVICIO SOCIAL DE MAYO A -
OCTUBRE, EN EL HOSPITAL DE LA MUJER CON
PARTICIPACION EN EL PROGRAMA " PREVEN-
CION DEL RETRASO MENTAL. "

PRESENTA:

VERONICA CELERINA GALVAN VAZQUEZ.

No. CUENTA: 8 3 0 7 5 4 4 - 1

ASESORIA DEL MAESTRO:

JULIO HERNANDEZ FALCON

FALLA DE ORIGEN



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.

CONTENIDO

PAG.

INTRODUCCION.

1. OBJETIVOS.

1.1. GENERAL. 1

1.2. ESPECIFICOS. 1

2. DESCRIPCION DE LA UNIDAD INSTITUCIONAL. 1

2.1. DATOS GENERALES. 1

2.2. ANTECEDENTES HISTORICOS. 1

2.3. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO. 4

2.3.1. Objetivo. 4

2.3.2. Tipo de Hospital. 4

2.3.3. Características de la población que
atiende. 4

2.3.4. Tipo de pacientes. 4

2.4. ORGANIGRAMA GENERAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER.. 6

2.5. PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD
HOSPITALARIA. 7

2.6. RECURSOS FISICOS. 8

2.7. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.. . . . 10

2.7.1. Filosofía. 10

2.7.2. Objetivo. 10

2.7.3. Políticas. 10

2.7.4. Organigrama. 11

2.7.5. Recursos Humanos. 11

2.7.6. Recursos Fisicos. 12

2.7.6.1. Programas.	13
2.7.6.2. Manuales.	13
2.7.6.3. Reglamento.	14
2.7.7. Funciones y Actividades.	14
2.7.7.1. Jefe de la oficina de Enfermería.	14
2.7.7.2. Supervisora de Enfermería a nivel central.	14
2.7.7.3. Jefe del departamento de enseñanza	15
2.7.7.4. Subjefe del departamento de enseñanza..	16
2.7.7.5. Coordinadora de enseñanza.	16
2.7.7.6. Supervisora de servicios de - Enfermería.	17
2.7.7.7. Enfermera jefe de servicio.	18
2.7.7.8. Enfermera General.	19
2.7.7.9. Auxiliar de Enfermería.	19
2.7.8. Políticas Docentes.	20
3. <u>DESCRIPCION DEL PROGRAMA "PREVENCION DEL RETRASO MENTAL".</u>	20
4. <u>DESCRIPCION DE LOS SERVICIOS.</u>	30
4.1. MEDICINA PREVENTIVA.	30
4.2. PLANIFICACION FAMILIAR.	31
4.3. URGENCIAS.	31
4.4. CUNEROS.	32
4.5. UNIDAD TOCOQUIRURGICA.	33
4.5.1. Labor.	34

	pag.
4.5.2. Expulsión.	34
4.5.3. Neonatología.	35
4.5.4. Recuperación.	35
4.5.5. Sub-CEYE.	36
4.6. TERAPIA INTENSIVA.	36
4.7. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.	37
<u>5. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS.</u>	37
5.1. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA "PREVENCIÓN DEL RETRASO MENTAL"	38
5.2. PLANIFICACION FAMILIAR..	40
5.3. URGENCIAS.	42
5.4. UNIDAD TOCOQUIRURGICA.	43
5.4.1. Labor.	43
5.4.2. Expulsión.	44
5.4.3. Neonatología.	45
5.4.4. Recuperación.	45
5.4.5. Sub-CEYE.	46
5.5. CUIDADOS ESPECIALES.	46
5.6. TERAPIA INTENSIVA.	48
5.7. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.	49
<u>6. CONCLUSIONES.</u>	50
<u>7. ANEXOS.</u>	51
7.1. TECNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA TAMIZ METABOLICO.	51
7.2. RETARDO MENTAL.	53

	PAG.
7.3. HIPOTIROIDISMO.	56
7.4. FENILCETONURIA.	60
7.5. SALPINGOCLASIA.	62
7.6. CUADROS Y GRAFICAS DE LAS MUESTRAS DE TAMIZ ME__ BOLICO TOMADAS EN EL HOSPITAL DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.	67
7.7. CAUSAS DE MORTALIDAD EN PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO.	73
8. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	89
9. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	92

INTRODUCCION

El servicio social es una actividad temporal donde el futuro profesionista presta sus servicios a Instituciones, ya sea - internas o externas en forma gratuita. Dicha actividad permite_ poner en práctica los conocimientos adquiridos y extender a la_ sociedad los beneficios de la ciencia, la técnica y la cultura. Ademas actúa como consolidadora de la formación académica y de capacitación profesional; y nos hace tomar conciencia de la pro_ blematica del sector salud.

La enfermera juega múltiples papeles en diferentes campos co_ mo: la investigación, docencia, administrativo y por supuesto_ el asistencial; lo cual la coloca en un peldaño profesional y - se hace necesario ejercer su servicio social para su mejor pre- paración, en cualquier actividad elegida de los diferentes cam- pos que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia ofrece, en ocasiones colaborando con la Universidad Nacional Autnoma - de México.

Los programas de dependencias universitarias se llevan a ca- bo dentro del ámbito universitario y requieren estudiantes que_ realicen su servicio social como colaboradores, tal es el ejem- plo el que se lleva a cabo actualmente en diferentes Institucio_ nes como es el caso del Hospital de la Mujer que lleva el pro-- grama " Prevención del Retraso Mental. " , que adquiere relevan_ cia si se considera que tiene la asistencia de seres anormales_ a nivel familiar, social y económico. Ademas de los problemas -

emocionales de la propia familia y en los demas miembros de la sociedad, representa enorme costo para el país por la atención especializada que requieren durante toda su vida.

El hipotiroidismo y la fenilcetonuria son padecimientos que pueden aparecer en el recién nacido que causan daño cerebral y por lo tanto retraso mental. Actualmente es posible detectar-- los tempranamente y proporcionar a los niños afectados el tratamiento específico, antes que se produzca el daño.

En éste informe se hace énfasis de las actividades de Enfermería en el programa "Prevención del Retraso Mental.", asi como el estudio de la unidad Institucional, se incluyen conclusiones y sugerencias al servicio social; en los anexos se presentan - estadísticas de mortalidad en pediatría del Hospital General de México.

1.- OBJETIVOS.

1.1 General.

Aplicar los conocimientos adquiridos durante los semestres cursados en la carrera.

1.2 Especificos.

Participar en el programa de Prevención del Retraso Mental con la toma de pruebas tamiz para detección de hipotiroidismo y fenilcetonuria.

Concientizar a la población de la importancia de la prueba para prevención del retraso mental.

2.- DESCRIPCION DE LA UNIDAD INSTITUCIONAL.

2.1. Datos Generales.

El Hospital de la Mujer tiene dependencia de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, está ubicado en Prolongación Díaz Mirón # 374, colonia Santo Tomás.

2.2. Antecedentes históricos.

En el siglo XVI existían en la ciudad de México diversos hospitales encargados de la atención de enfermos, pero había un grupo considerable de la población, negros, mestizos y mulatos que no encontraban albergue en ellos.

En 1582 el Licenciado en Medicina Dn. Pedro López fundó un hospital para su atención.

El primer nombre que recibió fué Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, por la situación que guardaban los enfermos. Compuesto de dos salas, una para hombres y otra para mujeres y una ermita para los niños expósitos.

Desde el año de 1582 hasta 1624 permanece bajo el cuidado de Dn. Pedro López primero, y su hijo después.

El 25 de febrero de 1624, los hermanos de la Orden de San Juan de Dios, tomaron posesión del hospital. Construyeron un nuevo edificio para el hospital, el Convento y el Templo, elevaron

el rango de la Institución hasta hacerlo ocupar el primer lugar en América.

Durante la peste que azotó a México en los años 1736 y 1737 se atendieron en 10 meses 9402 enfermos. Los medios para sostener el hospital los obtenían recorriendo la ciudad.

En 1820 curso la peor época de su historia y dejó de estar bajo el cuidado de los "juanitos". Estuvo bajo dirección de Dn. Mariano Alarcón (1835) y contaba solo con 8 camas.

En 1844 quedó bajo el cuidado de la Orden de los Hermanos de la Caridad hasta el año 1874. Como consecuencia de la reglamentación de la prostitución se dedicó a la atención de los enfermos con padecimientos venéreos. (1864)

En 1875 recibe el nombre de Hospital de Morelos y es cuando inicia su verdadera consolidación científica y técnica bajo el impulso de los Doctores Gazano y Macías.

Siendo hospital para prostitutas se inició la cirugía ginecológica entre 1900 y 1910 dirigida por el doctor Ramón Macías.

Siendo hospital para prostitutas, en 1914 el diputado Moheno pide que se quite el presupuesto al hospital y a la Institución por considerarse inmoral el control de prostitutas.

El hospital pasa a manos de la junta de las Damas Católicas quienes lo convirtieron en hospicio y asilo para papeleros y mendigos y se transforma casi inmediatamente por necesidad de la Revolución en hospital de sangre.

Entre 1914 y 1930 se implanta la cirugía vaginal, se sustituye a las enfermeras prácticas por tituladas, se fundó la sala de maternidad, y en ella se imparte la cátedra de Obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina, se completa la lavandería y se construye el depósito de cadáveres.

De 1930 a 1940 se restauran la fachada y los pisos. Se hacen reparaciones a las salas de operaciones y se establece el gabinete dental y el laboratorio de análisis clínicos así como talleres para enfermas.

En 1940 se deroga la ley de Reglamentación de prostitución y el hospital pasa a ser para enfermedades venéreas, tanto para -

hombres como para mujeres.

En 1947 se instala un servicio de radiodiagnóstico y en 1948 se convierte en Hospital General de libre concurrencia para mujeres.

En 1949 se inaugura el servicio de cancerología y un departamento de citología para la detección de cáncer, base del actual servicio de cancerología.

En abril de 1950 se inicia el curso piloto de Gineco-Obstetricia para estudiantes de la Escuela Nacional de Medicina, impartidos por los médicos del hospital; y en noviembre del mismo año se lleva a cabo la organización y funcionamiento de un servicio de radioterapia y una central de equipos y abastos.

En 1952 se establece un banco de sangre y en 1954 se inaugura el laboratorio de anatomía patológica.

En 1956 se creo y organizo un cuerpo de médicos residentes. En 1957 se inicio la reconstrucción de algunos de sus servicios y - en consideración al hecho de que éste hospital se ha dedicado -- desde los tiempos coloniales y casi en forma interrumpida a la atención de las mujeres enfermas, se designa el nombre del Hospital de la Mujer.

El doctor Jesús Alemán Pérez lo convierte en un centro tocoginecologico que imparte atención médica en diferentes especialidades.

En 1958 se instala el conmutador, se construye una aula y se adapta un lugar para salón de actos.

En febrero de 1959 se inicia el servicio de ginecologia endocrina, se construyen nuevos quirófanos, salas de labor y expulsión.

Para entonces son tres actividades fundamentales: Ginecología, Obstetricia y Oncología ginecologica.

En marzo de 1966 se clausuró el antiguo hospital de la Mujer situado en Hidalgo # 47 y se trasladarón enfermos e instalaciones al edificio.

El progreso y rendimiento del hospital se encuentra en fase paulatina ascenso.

2. ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO.

Las Filosofías y Políticas que rigen al Hospital se plantean en cada departamento que lo constituyen.

2.3.1. Objetivo.

Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer y el recién nacido.

2.3.2. Tipo de Hospital.

Por su dependencia es un Hospital Gubernamental, su construcción es de tipo vertical con un edificio central y varias áreas anexas, consta de planta baja y cuatro pisos, orientado de norte a sur.

Por el tipo de pacientes es un hospital agudo en el que una gran parte de pacientes que son atendidos corresponden al área de Gineco-Obstetricia (87%).

2.3.3. Características de la población que atiende.

El hospital proporciona servicios a la población de escasos recursos, que no tienen las prestaciones que otorgan otras Instituciones de Seguridad social, donde el 63% de las pacientes son residentes del Distrito Federal y el 37% restante de 18 estados del interior de la república (el 20% de éste último son de los estados vecinos del distrito federal como: Estado de México, Morelos, Hidalgo, Puebla, Tlaxcala y Queretaro).

2.3.4. Tipo de pacientes.

El tipo de pacientes que acude es de nivel de vida bajo, pre

dominando el nivel de ingreso de salario mínimo, con grado de escolaridad bajo: 17% analfabetas y un 10% cuenta con estudios a nivel secundaria o equivalente a una carrera comercial; de acuerdo a las cargas familiares, el 60% entre los 3 y 6 hijos.

El porcentaje ocupacional en general del servicio en todo el hospital es de 70%.

Promedio de estancia de pacientes es de 2 a 5 días y de 3 a 5 días y en Oncología 30 días.

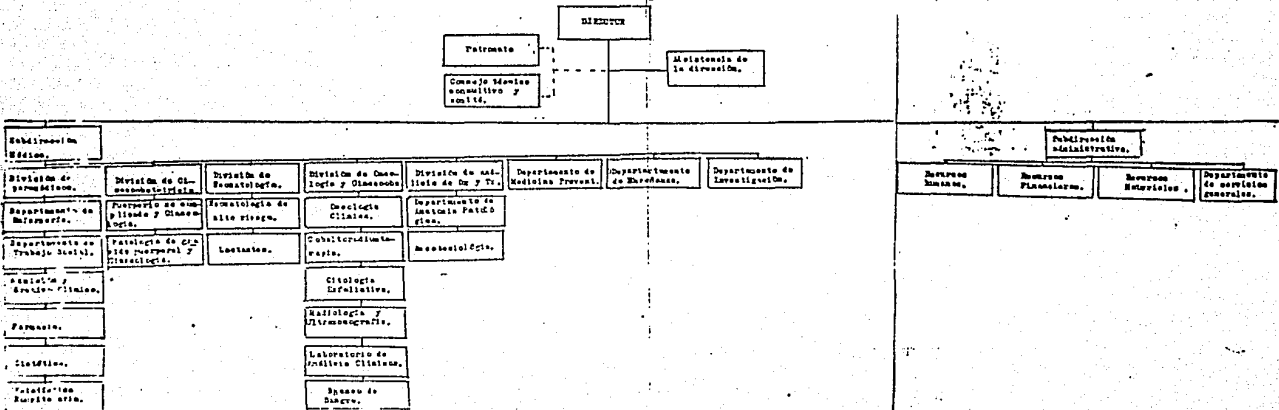
Tiene una capacidad de 481 camas, de las cuales 248 son censables y 233 no censables.

El porcentaje ocupacional de camas por servicio es la siguiente:

Oncología	35 a 40 %
Primer piso	60 a 70 %
Segundo oriente	90 a 95 %
Segundo poniente	75 a 80 %
Tercero poniente	80 a 85 %
Tercero oriente	75 a 80 %
Cunas	100 %
Cuidados Especiales	100%
Prenaturos.	100%

El Hospital de la Mujer es de Ginecoobstetricia, con servicios auxiliares para la atención médica y quirúrgica de enfermedades de la mujer. Se cuenta con servicios de Neonatología para la atención de recién nacidos de partos atendidos de la Institución.

2.4. ORGANIGRAMA GENERAL DEL HOSPITAL DE LA MUJER.



2.5 PRINCIPALES CAUSAS DE MORBI-MORTALIDAD HOSPITALARIA.

Número.	Causa	Total.	Porcentaje.
1	Parto en condiciones completamente normales.	8503	43.29
2	Aborto.	1998	10.17
3	Hipertensión que complica el embarazo, parto, y puerperio.	1322	6.73
4	Otros problemas fetales o placentarios que -- afectan la atención de la madre.	1328	6.76
5	Anormalidad de órganos y tejidos blandos de - la pelvis.	1135	5.77
6	Otras complicaciones del trabajo de parto no clasificadas en otras partes.	820	4.17
7	Desproporción cefalo-pélvica.	739	3.76
8	Posición y presentación anormales del feto.	627	3.19
9	Trabajo prolongado de parto.	495	2.52
10	Parto prematuro y amenaza de parto prematuro.	480	2.44
	Las demas causas.	2 191	11.15
T O T A L D E C A U S A S .		19 638	100 %

Hospital de la Mujer.

México, D.F. Diciembre 1988.

2.6. Recursos Fisicos.

2.6.1. Departamentalización y servicios.

Almacén.

Incinerador.

Mantenimiento.

Dietología.

Laboratorio.

Contabilidad.

Conmutador.

Banco de sangre.

Radiología.

Cobaltoterapia.

Archivo.

Lavanderia.

Farmacia.

Estadística.

Personal.

Intendencia.

Pagaduría.

Unidad Tocoquirúrgica.

Quirófano.

Planificación familiar.

Terapia intermedia.

Terapia Intensiva.

Central de equipos y esterilización.

Perinatal de alto riesgo.

Obstetricia clínica de Medicina.

Sala de recién nacidos de alto riesgo.

Consulta Externa.

Urgencias.

Oncología.

Ginecología.

Obstetricia.

Puerperio no complicado.

Prematuros.

Sala de recién nacidos normales.

Sala de recién nacidos prematuros con patología.

2.7. DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

El departamento de Enfermería depende de la subdirección médica.

2.7.1. Filosofía.

La filosofía se la ha formado personalmente cada integrante, en base a la formación escolar y práctica en la Institución.

2.7.2. 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 de la población de Consulta externa y Hospitalización.

Fomentar en el personal de Enfermería el cumplimiento a las funciones y responsabilidades inherentes al puesto que desempeñe.

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

Evaluar la calidad de atención de Enfermería que se proporcione a la población que asiste a consulta externa y paciente hospitalizado.

2.7.3. Políticas.

Que la organización y funcionamiento del departamento de Enfermería esté acorde con las políticas generales de la unidad.

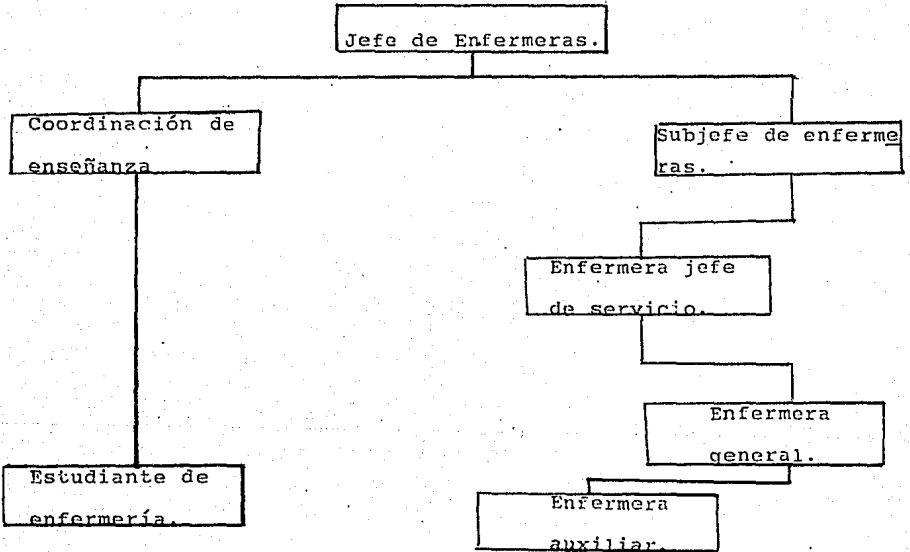
Coadyuvar en la atención médica quirúrgica sin importar credo o posición social a toda paciente que lo solicite.

Contribuir en la disminución de mortalidad y morbilidad materno-infantil.

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

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

2.7.4. Organigrama.



2.7.5. Recursos humanos.

Dentro del departamento de Enfermería existen las siguientes categorías:

Jefe del departamento de Enfermería.

Subjefe del departamento de Enfermería.

Coordinadora de enseñanza.

Supervisoras:	Turno matutino	4	
	Turno vespertino	5	
	Turno nocturno	A: 3	B: 3

Jefe de piso.

Enfermeras especialistas.

Enfermera general.

Pasantes de Enfermería.

Técnicas de Enfermería.

Ayudantes de CEYE.

El personal que labora en la Institución es clasificado en profesional y no profesional.

Profesional: Enfermera especialista.

Enfermera general.

Total. 200

No profesional: Pasantes.

Técnicos de Enfermería.

Auxiliar de Enfermería con o sin secundaria.

Total. Aproximadamente. 224

El total del personal de Enfermería en todo el hospital varía, aproximadamente son 424.

2.7.6. Recursos físicos.

Los recursos físicos lo constituyen los programas, manuales y reglamentos.

2.7.6.1. Programas.

Las actividades del departamento de Enfermería se desarrollan con base en un programa anual del que se derivan los siguientes subprogramas:

- a) Docente de Coordinación de Enseñanza.
- b) Supervisión.
- c) Subprograma general de trabajo de jefes de servicio.

2.7.6.2. Manuales.

- a) Manual de procedimientos básicos de Enfermería Tomo I y II.
- b) Normas mínimas de Enfermería para planeación y organización de una unidad de cuidados intensivos, de tipo general.
- c) Formas y registros de Enfermería.
- d) Puestos de Enfermería de la D.G.A.M.
- e) Manual de Enfermería Quirúrgica:
 - Tomo I Organización de una unidad quirúrgica.
 - Tomo II Procedimientos básicos de Enfermería en la unidad quirúrgica.
 - Tomo III Normas mínimas de Enfermería para la organización y funcionamiento de una CEYE.
 - Tomo IV Procedimientos de Enfermería en la CEYE.
- f) Procedimientos generales de Enfermería en Pediatría.
- g) Procedimientos de Enfermería para la atención del paciente crónico.
- h) Procedimientos de Enfermería en la Consulta Externa.
- i) Manual de Enfermería de procedimientos de supervisión.

2.7.6.3. Reglamento.

El reglamento que rige al departamento de Enfermería son las condiciones generales de trabajo.

2.7.7. Funciones y Actividades de Enfermería.

2.7.7.1. Jefe de la oficina de Enfermería.

- Planear, organizar, integrar y evaluar la implementación de programas y el desarrollo de funciones que conlleven al cumplimiento de las políticas y objetivos establecidos en la Dirección General de Asistencia Médica.
- Coordinar actividades con las jefes del departamento y oficinas de la Dirección General y con el personal dirigente de establecimientos de salud dependientes de la Dirección General de Asistencia médica.
- Interpretar y adaptar las políticas de los niveles superiores.
- Asesorar las investigaciones que se efectúan en las unidades aplicativas de la Dirección General de Asistencia Médica.

Actividades.

- Informar de las actividades técnicas, administrativas y docentes con base a los parámetros establecidos.
- Supervisar el desarrollo de los programas generales y específicos de las áreas de trabajo.
- Realizar los trabajos solicitados por autoridades superiores.

2.7.7.2. Supervisora de Enfermería de Nivel Central.

- Planear y controlar las actividades inherentes al área de trabajo designada por su jefe inmediato superior.

- Investigar las necesidades de recursos humanos y materiales - de su área.
- Programar las actividades de su área de trabajo.
- Supervisar y evaluar las funciones y actividades del personal dirigente de Enfermería correspondiente a su área.
- Calendizar la docencia clínica de estudiantes de Enfermería, - de pre-básico, pos-básico y otras a nivel aplicativo.

Actividades.

- Elaborar el calendario de actividades inherentes al área asignada.
- Adiestrar al personal de Enfermería a nivel aplicativo.

2.7.7.3. Jefe del departamento de Enseñanza.

- Planear, implementar y controlar las funciones técnico administrativas y docentes del personal de Enfermería a su cargo.
- Investigar las necesidades de recursos humanos, material y - equipo de los servicios.
- Detectar y analizar situaciones problemáticas para darles solución de la manera más favorable.

Actividades.

- Verificar la asistencia del personal de Enfermería.
- Elaborar y aplicar los roles de asistencia del personal de Enfermería a su cargo.
- Autorizar y controlar los permisos, licencias y otras, basándose en el Reglamento de Condiciones Generales de Trabajo.
- Informar sobre el desarrollo de las actividades a las autoridades del establecimiento a la jefe de Enfermería de la Direc--

ción General de Asistencia Médica.

2.7.7.4. Subjefe del departamento de Enfermería.

- Planear, organizar y controlar las actividades del Departamento de Enfermería conjuntamente con la jefe del mismo.
- Dar a conocer al personal del departamento de Enfermería las políticas, objetivos y actividades que emanen del nivel central y del establecimiento.
- Supervisar directamente al personal de Enfermería a su cargo.
- Participar en la elaboración del Reglamento interno del trabajo del departamento.

Actividades.

- Calendizar reuniones con la jefe del departamento y supervisores.
- Participar en la elaboración de manuales de organización y procedimientos de Enfermería.
- Colaborar en la realización de análisis de puesto.
- Verificar la entrega de material, equipo y suministros requeridos por el personal de los servicios de Enfermería, conjuntamente con la supervisora de área.

2.7.7.5. Coordinadora de Enseñanza.

- Organizar y planear las actividades docentes de Enfermería.
- Controlar y evaluar los programas de educación en servicio dirigidos al personal de Enfermería.
- Implementar programas generales y específicos para el personal de Enfermería.

- Participar en reuniones de coordinación con las escuelas de Enfermería para conocer los planes de enseñanza de alumnas que asisten.
- Distribuir a los estudiantes de Enfermería en los diferentes campos clínicos.
- Orientar al personal de nuevo ingreso sobre el funcionamiento general del establecimiento.
- Participar en forma activa en los programas para los pasantes de Enfermería.
- Elaborar los instrumentos de control necesarios en el desarrollo de los programas de Enseñanza.

2.7.7.6. Supervisora de servicios de Enfermería.

- Supervisar y evaluar el cuidado de Enfermería que se proporciona a los pacientes, y demás actividades que se lleven a cabo en el servicio.
- Planear las actividades conjuntamente con la jefe de servicio.
- Orientar a las jefes de servicio sobre los principios de Administración.
- Tomar parte activa en la enseñanza de los pacientes y familia.
- Elaborar conjuntamente con la jefe de servicio los roles del personal de Enfermería.
- Llevar un registro diario de ingresos y egresos de los pacientes del servicio a su cargo.

Actividades.

- Efectuar visitas de supervisión al personal de Enfermería.
- Verificar condiciones del servicio al momento de cambio de --

turno.

- Revisar que las ordenes médicas sean cumplidas.
- Entrevistar a los pacientes y familiares.
- Introducir a sus respectivos puestos al personal de nuevo ingreso en cuanto a funciones y actividades a realizar.
- Registrar asistencias al personal de Enfermería, número de - pacientes por servicio y estado de salud de los mismos.

2.7.7.7 Enfermera jefe de servicio.

- Administración de recursos humanos.
- Plantea y organiza pasar la visita médica.
- Elaborar y tramitar la solicitud de Dietología.
- Se coordina con trabajo social, intendencia y roperia.
- Controla el registro de ingresos y egresos.
- Participa en la supervisión y evaluación del personal de Enfermería a su cargo.

Actividades.

- Recibe turno y se entera de las novedades de turnos anteriores.
- Vigila que se cumplan los tratamientos indicados por el médico.
- Supervisa y controla el uso adecuado del material y equipo del servicio.
- Orienta y enseña al personal de nuevo ingreso.
- Hace la requisición de material y equipo, estableciendo sistemas para su control y dando de baja lo no utilizable.
- Elabora plan de rotación del personal de Enfermería de acuerdo con las normas establecidas en el departamento de Enfermería y presentarlo a la supervisión para su aprobación.

- Supervisa las anotaciones y registros de Enfermería en las formas correspondientes.

2.7.7.8. Enfermera General.

- Controla material de curación, equipo y ropería de su área de trabajo.
- Mantiene en orden el expediente clínico .
- Elabora los registros de Enfermería correctamente.
- Administra y suministra los medicamentos.

Actividades.

- Recibe y entrega pacientes en el cambio de turno junto con la jefe.
- Revisa ordenes médicas y las actualiza.
- Efectúa procedimientos específicos como: toma de signos vitales, control de temperatura, técnica de alimentación por gastroclisis, técnica de enema evacuante, manejo de reactivos, -- cambios de posición, oxigenoterapia, curaciones, cuidados pre y postoperatorios.
- Orienta y educa a los pacientes y familiares para colaborar en el tratamiento médico..
- Colabora con el médico en tratamientos, procedimientos especiales, curaciones y exploraciones.
- Informa a su jefe inmediato y al personal médico si se presenta algún estado de gravedad.

2.7.7.9. Auxiliar de Enfermería.

- Colabora con la enfermera general o especialista en la atención integral de los pacientes.

- Colabora con la enfermera general a controlar material de curación, equipo y ropa de su área de trabajo.

Actividades.

- Recibe material de curación, equipos de servicio en cuanto a cuarto clínico, cuarto de curaciones y salas.
- Toma de signos vitales.
- Efectúa baños de regadera, esponja, sediluvios, pediluvios, - aseo de manos, cabello, cavidad, etc.
- Efectúa tendidos de camas.
- Colabora con la enfermera en la aplicación de procedimientos_ específicos indicados por el médico.
- Colocación de cómodo y orinal.
- Manejo de reactivos.
- Colabora en los cuidados pre y post-operatorios del paciente_ quirúrgico.
- Movilización y alimentación al paciente incapacitado.

2.7.8. Políticas docentes.

- Asistir a las prácticas de docencia clínica portando el uniforme reglamentario de la escuela en los servicios de hospitali_ zación.
- Pasarán lista de asistencia con su profesor estando uniformadas y acudirán de inmediato al servicio que tiene asignado. Deberán presentarse con la jefe de servicio con un máximo de 15 minutos después de la hora fijada para iniciar su práctica.

Si la alumna se presentará mas tarde, la jefe de servicio in_ formará a la profesora y a la coordinadora de enseñanza.

- Cuando el alumno esté en los servicios de la Unidad Tocoqui--
rúrgica, cuneros, prematuros y quirófano, y presente afecciones
de vias respiratorias o cutáneas avisará a la jefe de servicio_
para que ésta tome las medidas correspondientes.
- La estudiante deberá permanecer en el servicio asignado todo_
el horario de la práctica y cuando por alguna razón tenga que -
ausentarse, la profesora dará aviso a la jefe de servicio y/o -
coordinadora de enseñanza.
- Asistirá junto con el personal de servicio a la entrega y re-
cibo de turno.
- Recibirá instrucciones de la profesora en coordinación con la
jefe de servicio a fin de elaborar plan de cuidados a las pacient
tes asignadas, de acuerdo a las técnicas aprendidas en la escuel
a.
- La estudiante no deberá realizar ningún procedimiento fuera_
de los principios aunque sea una rutina establecida en algún --
servicio.
- Cuidará del equipo, material y documentos que utilice, evitando
desperdicios y reportando a la enfermera jefe de servicio lo
que haya sufrido desperfectos o extraviado durante su guardia.
- Participará en las actividades que contribuyan a mejorar la -
atención de los pacientes, programadas y organización de los --
servicios de salud.
- La alumna evitará tomar alimentos en el servicio, pasillos y_
áreas verdes, así como fumar dentro de las áreas del hospital.
- Será motivo de suspensión ausentarse de las áreas asignadas,-

para asistir a reuniones y otros asuntos que no aparezcan programadas en el plan de docencia clínica y que impliquen disminución del horario de experiencias clínicas solicitados por la escuela.

El equipo y mobiliario se tienen limitaciones a algunos servicios ya que éste es insuficiente, sin embargo con frecuencia se puede hacer improvisaciones para realizar los procedimientos de Enfermería.

La facilidad para ocupar aulas depende de las demandas existentes para este fin, y será utilizada únicamente para sesiones clínicas, presentación de casos clínicos y/o retroalimentación de conocimientos.

3. DESCRIPCION DEL PROGRAMA "PREVENCION DEL RETRASO MENTAL."

A partir de enero de 1986 se inicio un programa piloto de prevención del retraso mental por medio de tamiz neonatal. Su objeto ha sido conocer la frecuencia de hipotiroidismo congénito y de aminoacidopatías como la fenilcetonuria en la población y averiguar diferentes aspectos de la realización de este tipo de acciones en nuestro medio.

El programa ha sido el resultado de los esfuerzos conjuntos de muchas dependencias del Sector Salud y de la UNAM. Las Instituciones que llevan a cabo el programa són:

Instituto Nacional de Perinatología.

Centro Hospitalario "20 de Noviembre".

Instituto Nacional de Pediatría.

Hospital de Gineco-Obstetricia Número 4

Hospital Central Militar.

Hospital Infantil de Xochimilco.

Hospital Infantil de Coyoacan.

Hospital Infantil de Iztacalco.

Hospital Infantil de Legaria.

Hospital Infantil de Tacubaya.

Hospital de la Mujer.

Centro Médico Naval.

Centro Comunitario de Salud "Gerardo Varela Mariscal".

Centro Comunitario de Salud "Ampliación Miguel Hidalgo".

Centro Comunitario de Salud "Pedregal de las Aguilas."

Centro Comunitario de Salud "David Fragozo de Lizaldi".

Hospital de Zona 1-A "Los Venados."

Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

De enero a agosto de 1986-87 se detectaron a 6 pacientes - con hipotiroidismo congénito, de entre 5,225 recién nacidos estudiados, lo que representa una frecuencia de 1:871, la frecuencia mas alta encontrada en poblaciones no endémicas.

Dos de los casos fueron antireóticos y 4 corresponden a nodulos sublinguales. En ninguno se sospecho clinicamente la presencia de hipotiroidismo. Todos fueron a término, con edad gestacional de 40 semanas, peso al nacimiento mayor de 2.500 Kg., con embarazo normal y ninguno presento otras malformaciones -- congénitas. Dos nacieron por parto eutócico y 4 por cesárea: 1 por estrechez pélvica y 1 por desproporción cefalo-pélvica, 1 por cesárea previa y 1 por sufrimiento fetal. Dos nacieron en

el Hospital de la Mujer, 1 en el centro Médico Naval, 1 en el ²⁴ Hospital Central Militar y 2 en el Instituto Nacional de Perinatología. Los 6 casos recibieron tratamiento antes de la tercera semana de vida y su desarrollo físico y mental está siendo vigilado periódicamente; en todos ellos el desarrollo ha sido hasta ahora normal.

Se está practicando análisis costo y se estima aproximadamente en 15,000 dólares por hipotiroidismo detectado y tratado oportunamente.

Para la Fenilcetonuria, además de los 6,439 niños estudiados para hipotiroidismo congénito, se incluyen 36,027 neonatos muestreados en un programa que llevarán a cabo la UNAM y la Secretaría de Salubridad y Asistencia, entre 1975 y 1977. Entre todos ellos se han detectado 2 pacientes. El tamaño de la muestra es evidentemente insuficiente para conocer la frecuencia de México.

En forma global, 91 niños fueron casos sospechosos por tener un resultado anormal; 69 de ellos (75.8%) pudieron ser localizados y reestudiados y solo en los 10 con hipotiroidismo congénito se comprobó el diagnóstico. Además de los 6,439 niños en total que se estudiarán, hubo otros 390 que no se pudieron tamizar, 189 porque la muestra fué insuficiente y 201 porque estuvo mal tomada.

En conclusión, el programa piloto ha mostrado la factibilidad y los beneficios de la prevención del retraso mental por medio de tamiz neonatal. En el primer trimestre de 1988 se incor-

poro la detección de toxoplasmosis.

Con base en estos resultados, la Secretaria de Salud tomó la decisión de institucionalizarlo, incorporándolo a sus programas de Medicina Preventiva.

El estudio de las muestras es de la siguiente manera:

En caso comprobado de Hipotiroidismo congénito, es el paciente que tiene mas de 25 microunidades internacionales de tirotropina (T4) en valores por abajo de los normales; pueden ser transitorio o permanente.

En el caso de Toxoplasmosis congénita activa, es el paciente en quien aumenta los anticuerpos IgM específicos contra el Toxoplasma dondii, entre una muestra de suero y otra tomada 2 semanas después.

Caso comprobado de Fenilcetonuria es el paciente que tiene - mas de 20 miligramas de fenilalanina por 100 ml. de suero y ácido fenilpirúvico en la orina; puede ser transitorio o permanente.

Cuando la unidad de salud identifica el caso probable, lo lo caliza y se le extrae al paciente por punción venosa 4ml. de -- sangre, se determina la concentración de tirotropina y de tetra yodotiroina, en el caso de hipotiroidismo.

Para la comprobación de Toxoplasmosis, se procede de la si-- guiente manera: A todo caso probable se le extrae por punción venosa 4 ml. de sangre con intervalo de 2 semanas, se determinan

anticuerpos IgM específicos contra *Toxoplasma gondii*.

En la Fenilcetonuria a todo caso probable se le extraen por punción venosa 4 ml. de sangre y se colectan 25 ml. de orina. Y se comprueban las concentraciones antes mencionadas.

El tratamiento que se prescribe es:

Hipotiroidismo congénito:

- Hormona tiroidea, bucal, en una o tres tomas, equivalente a 7 a 10 microgramos de L-tiroxina por kilo de peso por día.
- A las cuatro semanas de iniciado el tratamiento, determinación de tirotrpina y tetrayodotiroina en suero; se adecua la dosis de hormona tiroidea para mantener la concentración de tirotrpina menor a 10 microunidades internacionales por mililitro de suero y la de tetrayodotiroina entre 7 y 11 microgramos por 100 ml. de suero.
- Se continua la administración de hormona tiroidea y se cita al niño cada 4 meses para vigilar si su crecimiento y desarrollo son normales y si hay síntomas de hipertiroidismo.
- Si hay retraso en el crecimiento y del desarrollo o síntomas de hipertiroidismo, determinación de tirotrpina y tetrayodotiroina en suero y en su caso adecuación de la dosis de hormona tiroidea.

Para diferenciar si se trata de hipotiroidismo congénito -- transitorio o permanente, se procede de la manera siguiente:

- A los 2 años de edad, se suspende la administración de hormona tiroidea durante un mes.

- Se determina tirotropina y tetrayodotiroina en un suero, si las concentraciones son normales, se considera un niño eutiroides y se da de alta por curación; si se contrarefiere a una unidad de salud de primer nivel de atención, para continuar el control de su nutrición, crecimiento y desarrollo.
- Si la concentración de tirotropina es mayor de 10 microunidades internacionales por mililitro de suero y la de tetrayodotiroina menor de 7 microgramos por 100 ml. de suero, se trata de hipotiroidismo congénito permanente y se reanuda la administración de hormona a dosis adecuada para mantener la concentración de ésta hormona menor a 10 microunidades internacionales por mililitro de suero y la tetrayodotiroina entre 7 y 11 microgramos por 100 ml. de suero.
- Cita al niño con hipotiroidismo congénito permanente cada 6 meses para vigilar si su crecimiento y desarrollo son normales y si hay síntomas de hipertiroidismo:
- Si hay retraso mental, del crecimiento y del desarrollo o síntomas de hipertiroidismo, se determinan concentraciones de hormonas y se adecua la dosis.
- El control y el tratamiento se continúa durante toda su vida.

El tratamiento de caso comprobado de Toxoplasmosis congénito activo, se lleva a cabo de la manera siguiente:

- Pirimetamina, bucal en una toma, 0.5 a 1 mg. por kilo de peso 2 veces por semana, durante tres semanas.
- Curación y alta; el niño se contrarefiere a una unidad de salud de primer nivel de atención, para continuar con el tratamiento y/o control de su nutrición, crecimiento y desarrollo.

El tratamiento de caso comprobado de Fenilcetonuria, se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Se hospitaliza al niño.
- Se sustituye la alimentación habitual, por un sucedaneo de leche materna pobre en fenilalanina.
- Determinación diaria de fenilalanina en suero.
- Se mantiene la concentración de fenilalanina entre 6 y 10 mg. por 100 ml. de suero, mediante la regulación de la dieta con sucedaneo de leche materna, agregando leche de vaca.
- A los 5 días de estabilizada la concentración de fenilalanina, se da de alta del hospital con la dieta adecuada.
- Cita cada mes hasta los 6 meses de edad, para determinación de fenilalanina en suero; se regula la dieta, manteniendo la concentración entre 6 y 10 mg. por 100 ml. de suero y se vigila la nutrición, el crecimiento y desarrollo del niño.

Para diferenciar si se trata de Fenilcetonuria transitoria o permanente se procede a :

- A los 6 meses de edad, nuevamente se hospitaliza al niño.
- Se alimenta durante tres días con leche de vaca únicamente, para que reciba como mínimo 180 mg. de fenilalanina por kilo de peso y por día.
- Determinación de fenilalanina en suero a las 24, 48 y 72 horas después de iniciada la administración de leche de vaca.
- Si la concentración de fenilalanina se mantiene por debajo de 10 mg. por 100 ml. de suero en las tres determinaciones, se trata de fenilcetonuria transitoria y el niño se da de alta por cu

ración; se contrarefiere a una unidad de salud de primer nivel de atención, para continuar el control de su nutrición, crecimiento y desarrollo.

- Si la concentración de fenilalanina es mayor de 10 mg. por 100 ml. de suero en una de las tres determinaciones, se repiten las 3 determinaciones en las mismas condiciones clínicas del niño.

- Si la concentración de fenilalanina es mayor de 10 mg. por 100 ml. de suero en cuando menos 2 de las 3 determinaciones, se trata de Fenilcetonuria permanente; se da de alta del hospital al niño, con la dieta pobre en fenilalanina.

- Cita al niño con Fenilcetonuria permanente cada mes hasta los 7 años, para determinación de fenilalanina en suero; se regula la dieta manteniendo la concentración de fenilalanina entre 6 y 10 mg. por 100 ml. de suero y se vigila la nutrición, el crecimiento y el desarrollo del niño.

- A los 7 años de edad se regula la dieta para mantener la concentración de fenilalanina por debajo de los 20 mg. por 100 ml. de suero.

- En la mujer con Fenilcetonuria permanente de edad reproductiva, se regula la dieta para mantener la concentración de fenilalanina en valores normales; concentración de mas de 10 mg. por 100 ml. de suero son teratogénicas.

- La restricción de fenilalanina en la dieta se mantiene durante toda la vida.

En el presente año se empezó a llevar un programa piloto -- que consiste en tomar la muestra de sangre en cordón umbilical al momento de nacer el niño. Se realiza con el fin de hacer comparación de las concentraciones hormonales en sangre de cordón y a las 48 horas de nacido. En caso de ser las mismas, se planea llevar a cabo la toma de muestra solamente de cordón, evitando gastos invertidos en recursos humanos y en material y equipo utilizados.

Es de suma importancia concientizar a la población de la importancia de la toma de muestra a todos los recién nacidos, para medida preventiva, evitando de esta manera problemas psicológicos, sociales y económicos.

4. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS.

En ésta sección se describen brevemente a los servicios en los cuales se participarán.

4.1. MEDICINA PREVENTIVA.

El servicio de medicina preventiva está localizado en la planta baja del hospital en el área de consulta externa. Tiene como función principal prevenir enfermedades, y lo realiza a través de la promoción a la salud con los programas: Detección de cáncer, Aplicación de inmunizaciones: Sabin, BCG, Tétanos, Sarampión, DPT; Realización de la prueba de Mantoux y tratamiento oportuno en caso de ser positivo; realiza la fumigación de la unidad hospitalaria. En este servicio desarrolla el programa "Prevención del Retraso Mental" en consulta externa y cuneros.

Los recursos humanos los constituyen una Doctora de base, dos enfermeras tituladas y pasantes de Enfermería.

El servicio de medicina preventiva es de gran importancia para el primer nivel de atención ya que promueve y realiza concientización a la población de prevenir enfermedades y tratarlas oportunamente.

4.2. PLANIFICACION FAMILIAR.

Es el servicio que se encarga de aplicar métodos anticonceptivos que la paciente haya elegido, realiza principalmente la salpingoclasia y la colocación del dispositivo intrauterino. Funciona semejante a un quirófano, tiene una área blanca, una gris y una negra, en esta última se encuentran las áreas pre y postoperatoria. El área blanca consta de salas quirúrgicas. El área gris está comprendida por área de lavado y preparación de material y equipo.

La paciente recibe atención pre, trans y postoperatoria en el mismo servicio, egresando después a hospitalización.

Los recursos humanos son médicos de base y residentes, una enfermera jefe de servicio, dos enfermeras y pasantes de Enfermería.

4.3. URGENCIAS.

En urgencias llegan todas las pacientes en demanda de atención inmediata, generalmente son pacientes en trabajo de parto avanzado, o que presentan sangrado transvaginal por aborto, o padecimiento de tipo ginecológico. El médico valora el estado de la paciente y en caso de traer una dilatación mayor de 7 cm.

y borramiento de mas de 80% queda hospitalizada, o bien si es amenaza de aborto, aborto y amenaza de parto prematuro.

El servicio cuenta con médicos de base, residentes e internos, enfermera jefe de servicio, pasantes y estudiantes de Enfermería.

Los cuidados que se proporcionan son de admisión.

Cuenta con 11 cubiculos, área de almacenamiento de material y equipo, una área para preparación del mismo y séptico.

4.4. CUNEROS.

El servicio de cuneros se localiza en el cuarto piso del hospital. Esta dividido en tres partes: Cunero central, Prematuros y Cuidados Especiales. A él ingresan recién nacidos provenientes de Neonatología (parteneciente a la unidad Tocoquirúrgica) y se distribuyen de la siguiente manera:

Niños con peso mayor de 2,500 Kg. son dirigidos a cunero central y en caso que estos mismos presenten alguna insuficiencia respiratoria son llevados a la sala de observación, donde se les brindan cuidados mas específicos.

Esta sección esta subdividida en: eutócicos, cesárea, forceps, observación, ingresos, egresos, control de Enfermería y áreas anexas donde se encuentra el anaquel para ropa, séptico, vestidor, etc. Cuenta con aproximadamente 110 cunas abiertas y dos térmicas.

El personal esta formado por médicos de base y residentes, una enfermera jefe de servicio, enfermeras, pasantes y estudiantes de Enfermería.

A prematuros son enviados los neonatos con peso menor de --- 2,500 Kg. sin patología aparente o significativa. Consta de 6 - salas, una de ellas exclusiva para cunas abiertas y las demas - con incubadoras y cunas térmicas.

El personal esta formado por un médico de base, un residente, una enfermera jefe de servicio, enfermeras y pasantes.

El promedio dia/estancia es cerca de 7 dias.

Los cuidados proporcionados son semiintensivos.

A la sección de cuidados especiales son canalizados los niños con peso menor de 2,500 Kg. y que presentan patologías de - importancia. Se subdivide en: 1 sala donde se encuentran los de mejoría, 1 para enfermedades respiratorias, 1 para aislamiento y una general.

Los cuidados que proporciona el servicio son intensivos por el estado crónico del paciente.

Algunas ocasiones se trasladan neonatos de cuerno central o de prematuros si presentan gravedad.

El promedio dia/estancia es alrededor de 8 a 9 dias.

El personal con que cuenta es una médico de base, un residente, una enfermera jefe de servicio, enfermeras generales y pasantes de Enfermería.

4.5. UNIDAD TOCOQUIRURGICA.

Se localiza en la planta baja del hospital. Esta formada por varios servicios: Labor, Expulsión, Neonatología, Recuperación y Central de equipos y esterilización.

4.5.1. Labor.

Es subdividida en dos secciones: sépticos y no sépticos. En sépticos se canalizan a las pacientes con ruptura prematura de membranas de mas de 8 horas, a las pacientes con padecimientos ginecológico agudo, o de aborto. En esta sección de sépticos - se encuentra recuperación de las mismas pacientes y el mismo - personal que atiende en labor las atiende en recuperación; teniendo la ventaja del seguimiento de caso de las pacientes y - proporcionando la atención basada en su estado anterior.

Los recursos humanos son médicos de base, médicos residentes, enfermera jefe de servicio, enfermeras, pasantes y estudiantes de Enfermería.

En la sección de no sépticos se reciben la mayoría de las pa- cientes, ya que son las que se encuentran en trabajo de parto - con dilatación mayor de 7 cm. y borramiento de mas de 80 %.

Médicos de base, médicos residentes, enfermera jefe de servi- cio, dos enfermeras, estudiantes y pasantes de Enfermería for- man los recursos humanos.

En ambas secciones se dan cuidados preoperatorios a las pa- cientes que ameritan cesárea, y actividades de parto. El pro- medio de estancia en el servicio es aproximadamente de 3 horas.

4.5.2. Expulsión.

Conocido mas comúnmente con el nombre de cubículos, está -- compuesto por 6 salas de expulsión y 3 quirófanos para operación cesárea. Dos salas y un quirófano son asignados para las pacien- tes de la sección sépticos. En caso de parto en las mismas salas de expulsión se dan los cuidados inmediatos al recién nacido y

los obtenidos por cesárea los niños se trasladan a Neonatología para la aplicación de los mismos cuidados.

Los recursos humanos son médicos de base, residentes, enfermeras, pasantes y estudiantes de Enfermería.

Las actividades proporcionadas por el personal son de transoperatorio.

4.5.3. Neonatología.

Es el servicio donde permanecen los recién nacidos durante un tiempo, obtenidos por parto y cesárea. Como se mencionó anteriormente se les dan los cuidados inmediatos obtenidos por cesárea y los mediatos a los de parto.

Se trasladan después a cuneros a la sección requerida, según su estado de salud.

Consta de una sala con cunas térmicas y mesa de exploración, cunas de traslado, y una área de lavado de instrumental.

El personal son médicos de base, residentes, 2 enfermeras, pasantes y estudiantes de Enfermería.

4.5.4. Recuperación.

Ingresan aquí las pacientes de posparto y poscesárea designadas como no sépticas. Se divide en 2 áreas, una para las pacientes de cesárea y otra para las de parto. Es aquí donde se inicia su alimentación por vía oral la paciente, ya sea dieta líquida o blanda.

El servicio tiene su área de control de enfermería, área séptica y la de ropa.

Se cuenta con médico de base o residente, 2 enfermeras, pasantes y estudiantes de Enfermería como recursos humanos.

4.5.5. Sub-CEYE.

Es el servicio donde se lleva a cabo el procesamiento, distribución y control de material y equipo que se utiliza en la atención del paciente de la Unidad Tocoquirúrgica y Planificación Familiar.

Esta comprendido de 2 áreas, una de ellas para recibo, preparación y esterilización de material y equipo, la otra para almacenamiento y distribución del material, a través de una --ventanilla que se comunica a los cubículos, ya que funcionan -- las 24 horas del día y requieren mas su servicio.

Se encarga de todo el material y equipo utilizado en la Toco cirugía y Planificación familiar, excepto de la preparación y esterilización de los guantes ya que esto se lleva a cabo en -- la CEYE principal.

El personal con el que cuenta son enfermeras, pasantes y es tudiantes de enfermería.

4.6. TERAPIA INTENSIVA.

La unidad de cuidados intensivos se encuentra localizada -- en el primer piso del Hospital, en ella ingresan las pacientes en estado crónico causado por algún problema presentado durante el embarazo o el trabajo de parto; o bien durante algún padecimiento y/o cirugía ginecológica. Cuenta con 6 camas, 2 monitores en regular estado, una central de enfermeras, una sala de juntas, un cuarto de exploración, un cuarto de material y --

equipo y un baño para pacientes.

El personal con que cuenta el servicio es de: Médicos ascritos y residentes, una enfermera jefe de servicio, 4 enfermeras, pasantes de enfermería y personal de intendencia.

Los diagnósticos mas frecuentes son: Eclmipsia, Cardiopatias, Enfermedades renales, entre otras. .

Los cuidados que se proporcionan son intensivos a quienes lo ameritan y en la mayoría de los casos se les dan a pacientes ambulantes, por su estado de mejoría.

A las enfermar que presentan una evolución positiva son trasladadas al servicio de terapia intermedia, pueden egresar por alta voluntaria, trasladadas a otra unidad institucional o por defunción.

El promedio dia/estancia es de tres.

4.7. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

El servicio de embarazo de alto riesgo esta ubicado en el -- tercer piso del hospital, en dicho servicio se encuentran pacientes que han tenido problemas en el embarazo.

Cuenta con 6 salas y un total de 32 camas, un cuarto de exploración, 2 salas de estudios especiales donde se realizan: auscultación de frecuencia cardiaca fetal, amniócentesis, amnióscopias; un séptico, un control de enfermería y un cuarto de material y equipo.

Una sala es exclusiva para pacientes con diabetes, esto permite dar cuidados específicos a un mismo grupo de pacientes.

Los recursos humanos los constituyen: Médicos de base, médi-

cos residentes, una enfermera jefe de piso y tres enfermeras, - pasantes y estudiantes de enfermería.

Los diagnósticos mas frecuentes son: Amenaza de parto prematuro por infección de vias urinarias, amenaza de aborto, cardiopatías, diabetes gestacional, entre otras.

Las actividades se distribuyen por Enfermera-Número de pacientes, proporcionando cuidados integrales.

El promedio dia/estancia fluctúa entre 4 y 5 dias.

5. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LOS SERVICIOS.

5.1. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PROGRAMA "PREVENCION DEL RETRASO MENTAL." EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.

Durante los seis meses del servicio social en todos los servicios descritos anteriormente, participando principalmente en el programa "Prevención del Retraso Mental", en el servicio de Medicina Preventiva. Se llevarón a cabo un total de 1450 muestras de tamiz metabólico; de las cuales aproximadamente el 10 % fuerón tomadas en la consulta externa y el 90% en cuneros (80% en cunero central, 5% en prematuros y 5% en cuidados especiales). (cuadro y gráfica # 1).

En el mes de mayo solo se realizarón 64 muestras exclusivamente en la consulta externa, en el consultorio de medicina preventiva.

En junio el número de pruebas tomadas fuerón 380, de las cuales, el 85% fuerón en cuneros: 8% en prematuros (30), 7% en cuidados especiales (26) y 70% en cunero central (266); 15% en consulta externa (57) (Cuadro y gráfica #2).

Durante el mes de julio fueron 378 muestras tomadas, con los siguientes porcentajes: 7% en la consulta externa, 5% en cuidados especiales, 8% en prematuros y 80% en cunero central, dando las siguientes cifras: 26 muestras en el consultorio de Medicina Preventiva, 18 en cuidados especiales, 30 en prematuros y 302 en cunero central. (Cuadro #3).

En agosto las muestras tomadas fueron: 310, obteniéndose la mayor parte en cunero central 248 con un porcentaje del 80%, en cuidados especiales 24 porcentaje del 8%, en el servicio de prematuros 19 y el porcentaje del 6% al igual que en consulta externa. (Cuadro y gráfica #4)

En el mes de septiembre son tomadas también 310 pruebas, cambiando los porcentajes y las cifras: 75% en cunero central (233), 7.5% en cuidados especiales (23), 7.5% en prematuros (23) y 10% en consulta externa (31). (Cuadro y gráfica #5).

En el mes de octubre solo son tomadas 8 muestras, dos en cada servicio, para instrucción de la técnica de toma de muestra tamiz a los nuevos participantes en el programa.

Se puede deducir que la meta trazada es sobrepasada en su número, ya que se planteo tomar 100 pruebas y en total se obtivieron 1450.

Conjuntamente, en la consulta externa se realizó concientización a la población de la importancia de la prueba tamiz.

En el servicio de medicina preventiva, junto con el desarro-

llo del programa se realizaron aplicación de inmunizaciones ; cerca de 50 vacunas BCG., 100 vacunas DPT. y Sabin, 10 de sarampión; y como medida diagnóstica 3 pruebas de Mantoux.

Como promoción a la prevención del embarazo de alto riesgo se realizó un periódico mural, colocandolo en la sala de consulta externa.

Con esto resumimos las actividades realizadas en el servicio de Medicina Preventiva, durante la participación en el programa "Prevención del Retraso Mental" aplicado en el consultorio y en los cuneros.

5.2. PLANIFICACION FAMILIAR.

En el servicio de planificación familiar, se proporcionaron cuidados quirúrgicos (pre, trans y postoperatorios.)

Las acciones de Enfermería proporcionadas antes de la intervención quirúrgica, fueron realizadas a aproximadamente seis pacientes:

- . Revisión del documento de autorización de cirugía.
- . Corroboración del ayuno.
- . Apoyo psicologico.
- . Toma de signos vitales.
- . Revisión de las condiciones generales de las pacientes (ropa, prótesis, joyas, etc.)
- . Ofrecer cómodo.
- . Ministración de medicamentos.
- . Revisión de la región operatoria, si esta preparada.

- . Colocación de capelina y pierneras.
- . Instalación de venoclisis.
- . Realización de anotaciones de Enfermería.
- . Acompañar a la paciente a la sala de operación.
- . Entrega de paciente.

En la sala quirúrgica se aplicarán acciones a cerca de tres pacientes:

- . Dar posición a la paciente.
- . Apoyo psicologico, proporcionando seguridad.
- . Asepsia de la región.
- . Colaboración con el médico en la ministración de anestesia.
- . Preparación de bultos e instrumental.
- . Colaboración con el cirujano para portar el vestido quirúrgico.
- . Realizar registros de Enfermería.
- . Proporcionar el equipo y material necesario.
- . Vigilar soluciones.
- . Cambio de bata a la paciente.
- . Entrega de la paciente a recuperación.
- . Mantener en orden y limpia la unidad.
- . Abastecer material y equipo al servicio.
- . Registrar a la paciente en la libreta de control.

Cuidados proporcionados posoperatorios a aproximadamente siete pacientes:

- . Traslado de la paciente a la sala de recuperación.
- . Vigilar estado de conciencia, coloración de piel y mucosas.

- . Colocación de la cabeza en forma lateral para facilitar la salida de secreciones bucofaringeas.
- . Apoyo psicologico.
- . Revisión y ejecución de ordenes médicas.
- . Revisión de la gasa quirúrgica.
- . Toma y registros de signos vitales.
- . Informar al médico cualquier signo o síntoma de alarma.
- . Anotaciones de registros de Enfermería.
- . Registros de datos en la libreta de control.
- . Ministración de analgésicos en caso necesario.
- . Entrega de la paciente al camillero, con expediente completo y en orden.
- . Lavado de instrumental, material y equipo utilizado.
- . Mantener en orden y limpia la unidad.

Durante una semana se aplicarán estos cuidados en el servicio de Planificación Familiar.

5.3. URGENCIAS.

Al rededor de veinte pacientes se atendieron en urgencias - durante una semana.

- . Recepción de la paciente.
- . Preparación fisica y psicologica.
- . Colaboración en el interrogatorio y exploración fisica con - el médico.
- . Preparación de equipo y material necesario.
- . Toma de signos vitales.
- . Tricotomia de la región vulvar.

- . Anotaciones en la hoja de Enfermería.
- . Traslado de la paciente al servicio que amerite.
- . Anotaciones en la libreta de control.
- . Entrega de pertenencias a familiares o Trabajo Social.
- . Lavado de equipo utilizado.
- . Mantener en orden la unidad.

5.4. UNIDAD TOCOQUIRURGICA.

5.4.1. Labor.

Dando cuidados a aproximadamente doce pacientes los siguientes :

- . Recepción de la paciente.
- . Preparación física.
- . Toma de signos vitales.
- . Colaboración con el médico en la exploración física.
- . Instalación de venoclisis.
- . Apoyo psicologico.
- . Vigilancia y control del trabajo de parto.
- . Proporcionar medidas higienicas a las pacientes.
- . Registros de Enfermería.
- . Traslado a expulsión.

A las pacientes trasladadas a quirófano se dan cuidados preoperatorios (5 pacientes.)

- . Tricotomía de abdomen.
- . Instalación de sonda Foley.
- . Colocación de capelina y pierneras.
- . Ministración de medicamentos, antimicrobianos en caso de --

ruptura prematura de membranas.

- . Traslado a quirófano.
- . Lavado de instrumental y equipo utilizado.
- . Mantener en orden la unidad.

Estos cuidados fueron proporcionados en labor sépticos y no sépticos.

5.4.2. Expulsión.

Proporcionando cuidados a cerca de seis pacientes.

- . Recepción de la paciente.
- . Dar apoyo psicologico, orientando a la paciente.
- . Dar posición a la paciente.
- . Preparación de equipos (parto, asepsia y sutura.)
- . Asistencia en el vestido quirúrgico al médico.
- . Colaboración en la asepsia.
- . Vigilancia de las soluciones.
- . Cuidados inmediatos al recién nacido. (3 R.N.)
 - Recepción del niño.
 - Posición de Rossier.
 - Aspiración de secreciones.
 - Oxígeno en caso necesario.
 - Ligadura de cordón.
 - Profilaxis oftálmica.
 - Aseo general.
 - Somatometría.
 - Notificación y presentación del niño con la madre.
- . Colocación de la toalla sanitaria y observación de las carac-

- terísticas del sangrado transvaginal.
- . Colocación de brazaletes de identificación.
- . Anotaciones en la hoja de Enfermería.
- . Traslado de la paciente al servicio de recuperación.
- . Lavado de instrumental.
- . Dotación del material y equipo al servicio.
- . Mantener en orden la unidad.

5.4.3. Neonatología.

Se dan cuidados a aproximadamente ocho recién nacidos.

- . Recepción del niño.
- . Revisión de los datos de identificación.
- . Revisión del estado general del niño.
- . Aplicación de vitamina K intramúscular.
- . Anotaciones en la libreta de control.
- . Realizar anotaciones de Enfermería en caso que el niño sea - menor de 2.500 o mas de 4 kilos. Así también se realiza lavado gástrico.
- . Proporcionar cuidados higienicos.
- . Revisión de la hoja de pediatría.
- . Traslado del recién nacido al servicio asignado según su estado de salud.
- . Lavado de equipo e instrumental utilizado.
- . Mantener en orden la unidad.

5.4.4. Recuperación.

Atendiendose alrededor de quince pacientes.

- . Recepción de la paciente.

- . Valoración de la conciencia.
- . Valoración del sangrado transvaginal.
- . Toma y control de signos vitales.
- . Mantener a la paciente en buen estado de higiene.
- . Vigilar soluciones.
- . Vigilar diuresis y retirara sonda Foley.
- . Aplicación de medicamentos indicados.
- . Apoyo psicologico.
- . Iniciar la via oral a tolerancia.
- . Registros de Enfermería.
- . Mantener en orden la unidad.

5.4.5. Sub-CEYE.

- . Colaboración en las actividades desarrolladas en el servicio.
- . Preparación de bultos de ropa para la atención del parto.
- . Realización de paquetes de gasa y apósitos.
- . Recepción del material y equipo para su procesamiento.
- . Abastecimiento de material y equipo a todo el que lo requiera.
- . Preparación de jeringas bultos de instrumental para cirugías.

La permanencia en la Tococirugía fuerón en total 11 días.

5.5. CUIDADOS ESPECIALES.

Durante 4 días se proporcionarán cuidados a cerca de diez -- pacientes recién nacidos, las siguientes actividades:

- . Toma de temperatura.
- . Proporcionar cuidados higienicos.
- . Alimentación por via oral o por gastroclisis.

- . Ministración de medicamentos.
- . Revisión y actualización de ordenes médicas.
- . Registros de Enfermería.
- . Vigilancia de soluciones parenterales.
- . En una sola ocasión se dió reanimación por paro cardio-respiratorio, sin logro. Realizando consecuentemente cuidados post-mortem.
- . Mantener en orden la unidad.
- . Toma de muestras de sangre en los casos requeridos.
- . Lavado de incubadora.

En un solo día por falta de personal en cuñero central se -- hizo necesario participar con el personal de dicho servicio, la sala asignada fué observación, proporcionando cuidados a cinco_ niños:

- . Toma de temperatura.
- . Registro de Enfermería.
- . Actualización de ordenes médicas.
- . Alimentación via oral.
- . Aplicación de fototerapia por hiperbilirrubinemia (4 niños).
 - Desnudar completamente al niño.
 - Colocación de protectores en los ojos.
 - Colocarlo en el calentador radiante.
 - Cambios frecuentes de posición.
 - Registrar e informar el grado de ictericia.
 - Vigilancia de evacuaciones y diuresis.
 - Hidratación por via oral.

- . Ministración de medicamentos.
- . Cuidados higienicos.
- . Mantener en orden la unidad.

5.6. TERAPIA INTENSIVA.

Durante una semana se proporcionarán cuidados a cinco pacientes :

- . Asistencia en el baño de regadera.
- . Limpieza de catéter.
- . Apoyo psicologico.
- . Colaboración en la alimentación.
- . Realizar el recorrido de visita médica.
- . Vendaje de abdomen y miembros inferiores.
- . Registros de Enfermería.
- . Vigilar diuresis y cuantificarla.
- . Preparación y ministración de medicamentos.
- . Mantener en orden la unidad del paciente y del servicio.
- . Manejo de reactivos.
- . Vigilancia de soluciones parenterales.
- . Vigilar el estado de conciencia y presencia de estado de gravedad.
- . Instalación de sonda Foley.
- . Cuidados preoperatorios.
- . Medidas higienicas a las pacientes.
- . Orientación de planificación familiar.
- . Colaboración con el médico a la exploración física.
- . Toma de signos vitales.

5.7. EMBARAZO DE ALTO ALTO RIESGO.

- . Toma de signos vitales.
- . Proporcionar cómodo.
- . Asistencia en el baño de regadera.
- . Realización de registros de Enfermería.
- . Proporcionar cuidados de comodidad e higiene a la paciente.
- . Toma de muestras de sangre pre y posprandial.
- . Instalación de venoclisis.
- . Instalación de sonda Foley.
- . Actualización de ordenes médicas.
- . Vigilancia de soluciones parenterales.
- . Vigilancia de la soluciones de las pacientes.
- . Preparación para estudios (Ultrasonografía).
- . Colaboración con el médico en los estudios de Amniócentesis y Amnióscopia.
 - Preparación de bultos a utilizar (ropa y equipo).
 - Apoyo psicologico a la paciente.
 - Dar posición a la paciente.
 - Asistir al médico en el calzado de vestido quirúrgico.
 - Rotular muestras obtenidas.
 - Lavado de instrumental.
 - Mantener la sala limpia.
- . Orientación a las pacientes de planificación familiar.
- . Mantener en orden el servicio.

Fuerón proporcionados los cuidados a aproximadamente cinco_ pacientes

6. CONCLUSIONES.

50

Durante los seis meses (de mayo a octubre), la estancia en el hospital de la Mujer dentro del servicio social, fué productiva, ya que se lograrón en su mayor parte los objetivos y metas trazadas en el programa, y más aún, algunos fuerón sobrepasados.

Se tuvo la oportunidad de participar en los demas servicios del hospital y no solo en Medicina Preventiva, en el desarrollo del programa "Prevención del Retraso Mental"; contribuyendo así, a la formación que el profesional en Enfermería necesita dentro del campo asistencial e investigación.

Seria benéfico que en cada servicio se realizarán sesiones clínicas y/o presentación de casos, de acuerdo a la especialidad y de temas generales, organizadas entre el mismo personal del hospital, pasantes y estudiantes de Enfermería y de esta manera evitar las rutinas realizadas continuamente.

Las estadísticas de mortalidad en pediatría del Hospital General de México, se anexan al informe, con el fin de mostrar que el índice mayor de mortalidad es registrado en los menores de 1 año en sus diferentes grupos, y como causa principal la prematuridad. Tal vez como consecuencia a un mal control prenatal, por deficiente o nula información antes y durante el embarazo, con esto se hace necesario que la enfermera tome con mas responsabilidad su papel de promotora de la salud y concientizar a la población de la importancia de la planificación familiar, control prenatal, educación sexual, etc. para contribuir así a disminuir la morbi-mortalidad en pediatría.

7. A N E X O S .

ANEXO No. 1

7 . 1. TECNICA PARA LA TOMA DE MUESTRA DE TAMIZ METABOLICO.

Las muestras de sangre se obtienen del talón del recién nacido a través de una punción con lanceta estéril.

1.- Identificar el área de punción (a los lados de dos líneas imaginarias, una que va de la mitad del primer dedo hacia el talón y la otra que va desde el pliegue interdigital del cuarto dedo y quinto hacia el talón).

2.- Inmovilizar el pie.

3.- Limpiar el área a puncionar con la torunda alcoholada y deje evaporar el exceso de alcohol.

4.- Puncionar el talón con un solo movimiento, continuo y seguro en dirección casi perpendicular a la superficie del pie.

Tenga cuidado de no exprimir el área vecina ya que se produciría hemolisis mezclandose el líquido intersticial con las gotas de sangre.

5.- Si la sangre no fluyera, coloque el pie por debajo del nivel del corazón y frote la pierna para producir una mayor ---afluencia de sangre al pie.

6.- Elimine la primera gota con un algodón limpio y espere a -que se forme una segunda gota.

7.- Ponga en contacto la superficie de la tarjeta con la gota de sangre y deje que se impregne por completo el círculo teniendo cuidado de que la piel no toque la tarjeta.

8.- La gota debe ser suficientemente grande para saturar el cír

culo completo e impregne hasta la cara posterior de la tarjeta de papel filtro.

9.- Espere una nueva gota.

10.- Ponga en contacto nuevamente la tarjeta con la gota de sangre para llenar el segundo círculo.

11.- Repita el mismo procedimiento hasta que haya llenado perfectamente los 6 círculos de la tarjeta.

12.- Una vez completa la recolección de sangre, levante el pie del niño por arriba del nivel del corazón y presione el área de la punción con un algodón limpio.

13.- Deje secar la tarjeta y procure no tocar con los dedos los círculos que contienen las muestras de sangre.

14.- Ponga la tarjeta y la ficha de control en el sobre y envíela al laboratorio para su estudio.

7.2. RETARDO MENTAL.

El retardo mental es considerado cuando el coeficiente intelectual es menor al normal, generalmente menor a 70.

Etiología.

1. Infecciones de la madre que afectan al feto durante el embarazo como infecciones agudas (sífilis, tuberculosis) o infecciones virales (rubeola, sarampión, virus de inclusión citomegática).
2. Medicinas tomadas por la madre que afectan al feto durante el primer trimestre del embarazo (Tolidamida, Amniopterina, Yoduro pótasico, Quinina, Sulfonamidas, Fenobarbital excesivo, - Morfina, Vitamina K) y agentes nocivos como rayos X.
3. Anormalidades congénitas (diversas trisomias cromosómicas, mongolismo, síndrome de Klinefelter y otras deficiencias genéticas -esclerosis tuberculosa, estenosis del conducto de Silvio-).
4. Defectos metabólicos fenilcetonuria, galactosemia, hipotiroidismo entre otras. Este grupo de síndromes son causas físicas bien conocidas ocasionan el 10% del total de retardos mentales.
5. Deficiencias culturales y sociales en los primeros años de vida.

Diagnóstico.

Historia clínica.

Exámenes físicos y neurológicos (oído y vista).

Rayos X.

Electroencefalograma.

Estudios metabólicos.

Pruebas psicológicas, psicométricas y de proyección (personalidad y dinámica).

Valoración psiquiátrica (trastornos emocionales).

Cuadro Clínico.

Coefficiente intelectual disminuido.

Neurosis.

Psicosis.

Desarrollo tardío en todas las áreas de sus funciones.

Afección en el intelecto y aptitudes.

Problemas emotivos.

Encefalitis benigna.

Ambivalencia.

Conducta antisocial.

Tratamiento.

Ayudar a los padres a aceptar el problema.

Experiencias emocionales para adquirir desarrollo, seguridad, amor, disciplina, estímulos, despliegues a sus potencialidades y reconocimiento de progreso.

No proteger exageradamente.

Diversión y educación fuera del hogar.

Someterlo a un programa de trabajo psiquiátrico.

Grupos a su nivel.

Prevención.

Consejo genético.

Determinar los riesgos de engendrar hijos anormales.

Charlas sobre Trisomias, Mongolismo, fenilcetonuria que ocasiona un gen autosómico recesivo, causado por un gen sexual.

Charlas de infecciones virales que ocasionan interrupción del embarazo.

Prevención secundaria.

Comprende todas las medidas que preservan al niño de cualquier situación.

Tratar a la mujer embarazada contra infecciones agudas.

Evitar los medicamentos perjudiciales.

En caso de anoxia infantil durante el nacimiento, dar atención específica de urgencia.

Transfusiones sanguíneas contra eritroblastosis, a lactantes Rh.

Agrupar a los niños nacidos con defectos congénitos en el metabolismo y darles el tratamiento oportuno y específico.

Prevención de factores culturales o sociales que causan retardo.

Programas educativos hasta psicoterapia.

Canalización a grupos de apoyo.

Clases especiales a los niños con retardo mental, de acuerdo al grado de afección.

Psicoterapia.

Apoyo afectivo a los padres.

ANEXO No. 3

7.3. HIPOTIROIDISMO.

El hipotiroidismo es un trastorno que entraña hipofunción tiroidea de evolución lenta, seguida de signos y síntomas que indican insuficiencia tiroidea. Este proceso se califica como hipotiroidismo primario. Cuando la disfunción tiroidea es debida a insuficiencia de la hipófisis, se conoce como hipotiroidismo secundario, mientras que si la causa subyacente es insuficiencia del hipotálamo, se utiliza el término hipotiroidismo terciario.

Cuando existe deficiencia tiroidea al nacimiento se designa a la enfermedad con el nombre de cretinismo, y en tales casos a menudo también padece la madre deficiencia tiroidea. (1)

Etiología y frecuencia.

Las causas del cretinismo según Wilkins son:

- . Glándula tiroides ausente o rudimentaria (defecto embrionario; la mayor parte de los casos de cretinismo esporádico).
- . Glándula presente pero con secreción hormonal defectuosa, bociosa o secundariamente atrofiada debido a factores exógenos (deficiencia de yodo, sustancias bociogénas, en la mayoría de los enfermos de cretinismo endémico); o debido a factores maternos (algunos casos de bocio congénito). Muchos casos son familiares y pueden demostrarse defectos enzimáticos en la síntesis de hormona tiroidea.

1. BRUNNER-Suddarth. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica Ed. Interamericana. p. 905

El padecimiento ocurre en forma esporádica en Estados Unidos. Es más frecuente en la mujer que en el hombre.

El hipotiroidismo puede presentarse en el niño o en el adulto normal.

Manifestaciones clínicas.

Los síntomas varían según el estado de deficiencia y la edad del sujeto cuando comienza el trastorno.

El niño tiene el aspecto normal al nacer, pero pueden presentarse manifestaciones clínicas en las primeras semanas o meses de vida. Los primeros síntomas de esta enfermedad son: ictericia fisiológica prolongada y dificultades para alimentarlo. El lactante está pálido debido a la anemia, está estreñido y aparece hernia umbilical, debido a la musculatura abdominal hipotónica. Suda poco y la piel está seca y escamosa. El niño está letárgico, llora poco, duerme la mayor parte del tiempo y tiene poco apetito. La temperatura es subnormal y el pulso es lento. El aspecto facial es peculiar ya que los ojos están separados del punto de la nariz ancha y plana, los párpados hinchados y la lengua sale de la boca. La fontanela anterior está muy abierta, debido al desarrollo óseo deficiente. La dentición se retrasa y los dientes sufren caries rápidamente. El aspecto general es anormal, los brazos y piernas son cortos, la cabeza relativamente grande se apoya en un cuello corto y grueso y las manos son anchas con dedos cortos. El pelo es burdo y quebradizo y escaso. El contorno del cuero cabelludo llega hasta la frente. Estos lactantes tienen un retraso temprano de desarrollo. El desarrollo óseo está retardado y el desarrollo físico y motor es lento.

También se retrasa el desarrollo mental, tardan en sentarse, en ponerse de pie y caminar; no aprenden a hablar en el tiempo normal y la madurez sexual es más lenta. Son niños aburridos - placidos bonachones.

Diagnóstico.

El diagnóstico temprano es difícil ya que los síntomas aparecen en forma gradual a medida que el niño crece.

Las radiografías muestran edad ósea retardada en casos sin tratamiento y aparecen focos múltiples de osificación en la epífisis. El metabolismo basal disminuye. Las concentraciones normales de colesterol es de 70 a 125 mg./100 ml. de suero, en el cretino es de 250 a 600 mg. La concentración de testostona sérica es baja y la de caroteno está aumentada muchas veces.

Una medida confiable es de la función tiroidea al estar la concentración de yodo ligada a proteínas del suero. Los valores en el cretinismo son por lo general menores de 2 μ g/100 ml. Otra prueba del funcionamiento tiroideo es la ingestión de yodo radioactivo por la glándula tiroides. No se obtiene una concentración normal en el tiroides en pacientes con cretinismo. Actualmente se puede incluir a estas pruebas la del tamiz metabólico, en el cual se recolecta sangre en papel filtro y es cuantificada las cantidades de hormonas TSH, T3 y T4, hay presencia de altos niveles de la hormona estimulante de la tiroides.

Tratamiento.

Si se retarda el tratamiento, el lactante puede volverse más retardado en su desarrollo físico y mental. El tratamiento (te-

rapeúutico y substitucional) es por administración bucal de tiroides desecada. La dosis es a menudo pequeña cuando se empieza a dar el medicamento y se aumenta en forma gradual hasta alcanzar la cantidad máxima que puede ser dada sin producir síntomas de dosis excesiva, debe ser tomado este medicamento en toda su vida. En la pubertad y en el periodo de la reproducción puede tener que aumentarse la dosis. Además el lactante debe recibir una dieta completa con cantidades adecuadas de vitamina D. Como el tiroides estimula el crecimiento óseo, ya no le servirá al niño su abastecimiento de vitamina D sino se le proporciona cantidades adicionales de ella. (2)

Signos de dosis: pulso rápido, pérdida de peso, vómito, ca excesiva
 hambres, diarrea, aumento de temperatura,
 y cambios de la personalidad (excitabilidad e irritabilidad aumentada).

Pronóstico.

El pronóstico de los casos sin tratamiento es malo. Puede morir por infección intercurrente. Si se lleva a cabo el tratamiento a tiempo y si se lleva durante toda su vida el niño puede ser físicamente normal pero con retraso mental.

7.4. FENILCETONURIA (P.K.U.)

Definición.

Es un defecto metabólico congénito en el que disminuye la capacidad para metabolizar un aminoácido específico, es una deficiencia de la enzima hepática que convierte la fenilalanina en sangre, afecta la pigmentación de la piel y causa retardo mental permanente.

Es una enfermedad que se descubrió como la primera causa biológica química del retraso mental. Es un padecimiento autosómico recesivo cuya frecuencia varía de 1:500 000 entre los irlandeses y los escoceses a 1:300 000 entre los individuos de raza negra, judíos, ashkenazi y finlandeses.

Cuadro clínico.

Esta representado clásicamente por un niño rubio, de ojos azules con piel muy clara y retraso mental. Las convulsiones y los problemas de conducta a menudo se presentan.

La hiperfenilalanemia en un bebé sano no es parte de la fenilcetonuria, ya que puede tener diversas causas.

La hiperfenilalanemia por fenilcetonuria representa el 96% de los casos. Requiere tratamiento dietético con el culamejora (para evitar retraso mental), consiste en la restricción de fenilalanina, solo con lo suficiente para que sostenga el desarrollo sin que provoque retraso mental. La determinación semanal de la cifra de fenilalanina en la sangre manteniendo los valo--

res entre 3-10 mg./100 ml. es la mejor vigilancia.

La dieta debe mantenerse durante 3-6 años, algunos piensan - que durante toda su vida. Después de los 6 años de edad puede - usarse para modificar síntomas tales como hipercinesia, convul- siones y eccema.

La dieta no mejora el estado de retraso mental, pero si se - da antes de los tres meses de edad el lactante tiene oportunidad estadísticamente significativa de lograr una inteligencia normal.

Una vez que un enfermo es identificado, se debe analizar a - toda la familia y a los vástagos subsiguientes buscando fenilce- tonuria. Si la madre tiene fenilcetonuria, puede procrear un ni- ño normal, pero es mayor la frecuencia del aborto y el riesgo - de un niño con retraso mental sin fenilcetonuria, microcefalia_ y cardiopatía congénita. La recomendación actual es iniciar el tratamiento antes de la fecundación y no durante el embarazo, - ya que trae consecuencias fetales.

(1). KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento.

Ed. El Manual Moderno. P. 1062

7.5. SALPINGOCLASIA.

Desde 1974 México abre los programas de Planificación Familiar con el objetivo de evitar el riesgo a la salud de los embarazos no deseados, y crear conciencia a la población de las ventajas de planificar la familia para su propio bienestar. La pareja debe decidir el futuro de los hijos y el tamaño de su familia para proporcionarles habitación, vestido, alimentos, educación, asistencia médica y diversión.

Para evitar los hijos no deseados algunas personas recurren al aborto; otra forma de evitar el embarazo es a través de métodos anticonceptivos, que permiten a la pareja tener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo, y pueden ser temporales o definitivos. Se trata de impedir el encuentro entre el óvulo que desprende el ovario cada mes y los espermatozoides que son depositados en la vagina en cada relación sexual y que sube hacia el cuello. (1)

El método quirúrgico anticonceptivo de efecto permanente, -- por lo general irreversible, y de máxima eficacia es la salpingoclasia; consiste en ligar, cortar y extirpar un segmento de trompas de Falopio.

Indicaciones.

Tiene tres tipos de indicaciones: electivas, médicas y médicosociales.

1. A.M.H.G.O. No. 3 Ginecología y Obstetricia. Ed. Mendez Oteo.P. 985

- Electivas: se trata de la solicitud de: la paciente o de la pareja, ante el deseo de no tener mas familia. La mayoría de los casos están en esta clasificación.

- Médicas: el médico practica el procedimiento en casos que la fertilidad futura este contraíndicada porque compromete la vida o la salud de la paciente o bien, un nuevo producto puede presentar malformaciones congénitas.

- Médicosociales: e casos de la incapacidad de la madre para responsabilizarse del mantenimiento y educación del hijo.

Técnicas Quirúrgicas.

Técnicas como laparoscopia, electrofulguración turbia y aplicación de anillos de silastic, caen dentro de las técnicas llamadas de intervalo, porque se aplican fuera del puerperio.

Los tipos de incisión que se practican en las diversas técnicas son :

Posparto tardío o de intervalo: suprapúbica vertical y transversal.

Posparto inmediato: transumbilical, transversal y vertical - infraumbilical.

Técnica de Pomeroy.

Es de las primeras y la mas empleada hasta el momento, por su sencillez, efectividad y baja morbilidad.

1. Identificación de la trompa y tracción con una pinza (Allis), de su porción intermedia.
2. Comprimir con una pinza la trompa en el sitio de sección.

3. Efectuar ligadura tomando las dos porciones en la trompa dejando una asa en medio (3 cm.) con catgut simple número 0. Después se secciona el asa en sentido distal al punto de la ligadura, con tijeras.

T. de Madlener.

Consiste en colocar dos ligaduras en la porción istmica tubaria y seccionar en la parte intermedia.

T. de Kröener o Fimbrictomía.

Consiste en ligar y seccionar el extremo de la trompa, extirpando la porción ampular, generalmente se utiliza material no absorbible.

T. de Irving.

La primera parte de la técnica es similar a la de Madler. En un segundo tiempo el cabo proximal de la trompa se introduce en el peritoneo de la cara anterior del útero, y el cabo distal se introduce en el mesosalpinx, se utiliza catgut 0 a 2.

T. de Uchida.

Esta técnica es parecida a la de Irving. Se disecciona una trompa entre la capa muscular y mucosa en la parte media de la trompa. El cabo proximal se introduce en el mesosalpinx y el distal se deja en la cavidad abdominal.

T. de Adrige.

Se encierra el extremo del pabellón de la trompa entre las hojas de ligamento ancho, pero se tiene la desventaja de ser muy irreversible.

T. de Anillos de Silastic.

Se emplea un aparato quirúrgico que al tiempo que tracciona la trompa y la introduce en un tubo, pone en libertad el anillo de silastic, lo que produce la obstrucción tubaria. Esta técnica tiene el inconveniente de que además de requerir el instrumento adecuado, no es aplicable en el puerperio, pues la trompa se encuentra edematizada, lo que dificulta la aplicación -- del anillo o puede producir hematomas en el momento de la aplicación.

La microlaparotomía de intervalo consiste en una incisión suprapúbica con técnicas semejantes para interrumpir la permeabilidad tubaria, y requiere aproximadamente dos días de hospitalización, se puede aplicar anestesia local en ciertos casos. En cualquier parte del ciclo puede efectuarse un nuevo método, la esterilización laparoscópica. Se ejecuta una a dos incisiones en la región subumbilical, se distiende el abdomen con gas dióxido de carbono, se introduce el laparoscopio a través de un trocar y si se identifica la trompa de Falopio, se sujeta la porción istmica de la trompa y se coagula, e incluso puede seccionarse en sentido transversal se repite el mismo procedimiento con la otra trompa.

Complicaciones.

Se puede dividir en dos grupos: Inmediatos y Tardios.

Inmediatos.

- . Sangrado en cavidad abdominal.
- . Hematomas disecantes del ligamento ancho y mesosalpinx.

- . Infección de herida quirúrgica.
- . Lesiones de organos vecinos.

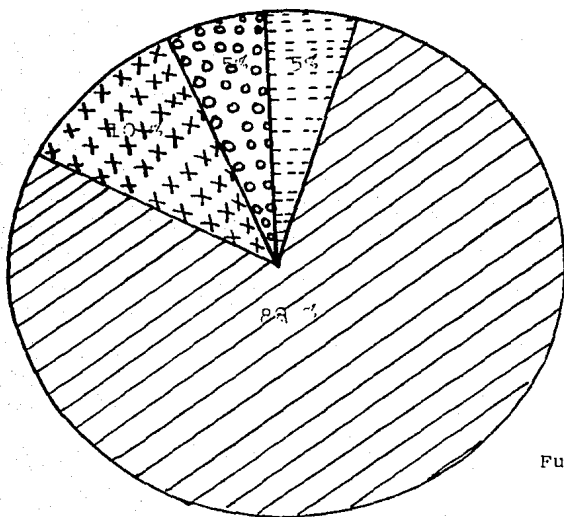
Tardias.

- . Embarazo no deseado.
- . Embarazo ectópico.
- . Alteraciones del ritmo menstrual.
- . Rechazo psicológico al procedimiento,
- . Alteraciones en las relaciones sexuales.

7.6. CAUADROS Y GRAFICAS DE LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL
HOSPITAL DE LA MUJER DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

Número de muestras tomadas en los servicios, durante el servicio social de mayo a octubre 1989.

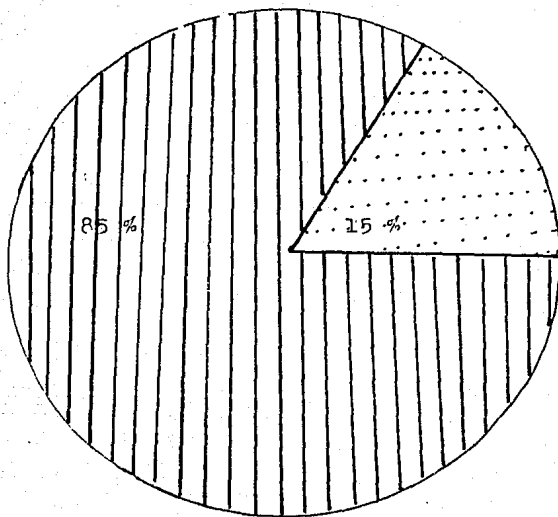
Servicio.	Número.	Porcentaje.
Cunero central.	1161	80
Cuidados especiales.	72	5
Prematuros.	72	5
Consulta externa.	145	10
Total.	1450	100



Fuente: Hospital de
la Mujer.

Número de muestras de tamiz metabólico tomadas en cunero y consulta externa en el mes de junio de 1989.

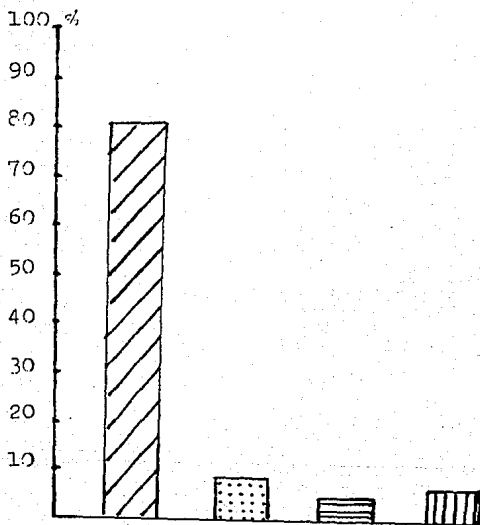
Servicio	Número.	Porcentaje.
Cunero,	323	85
Consulta externa.	57	15
Total.	380	100



Fuente: Hospital de
la Mujer.

Número de muestras de tamiz metabólico tomadas en los servicios durante el mes de julio de 1989.

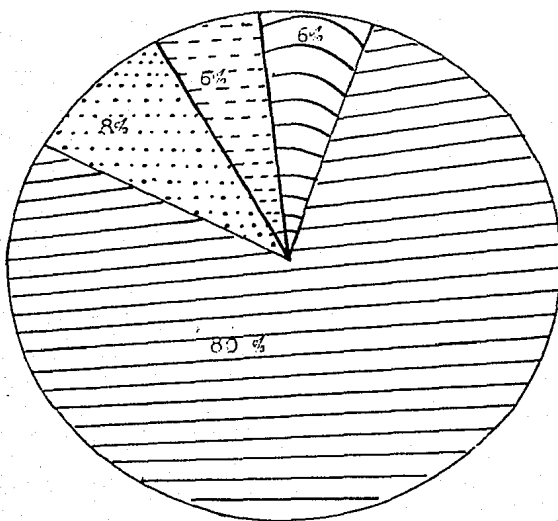
Servicio	Número.	Porcentaje
Cunero central.	303	80
Prematuros.	30	8
Cuidados especiales.	18	5
Consulta externa.	27	7
Total.	378	100



Fuente: Hospital
de la Mujer.

Número de muestras de tamiz metabólico tomadas en los servicios en el mes de agosto, 1989.

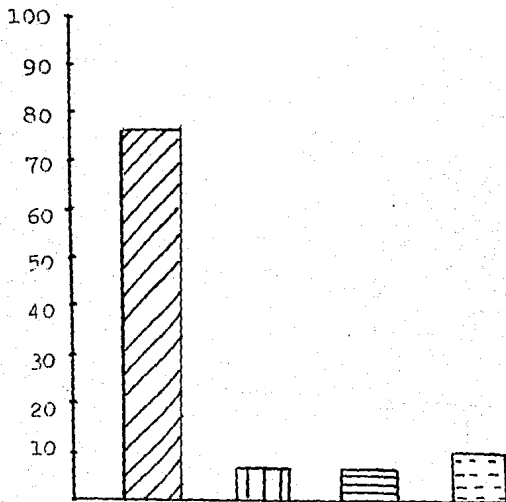
Servicio.	Número.	Porcentaje.
Consulta externa.	19	6
Cunero central.	248	80
Prematuros.	19	6
Cuidados especiales.	24	8
Total.	310	100



Fuente: Hospital de .
la Mujer.

Número de muestras de tamiz metabólico tomadas en los servicios durante el mes de septiembre, 1989.

Servicio.	Número.	Porcentaje.
Cunero central.	233	75
Cuidados especiales.	23	7.5
Prematuros.	23	7.5
Consulta externa.	32	10
Total.	310	100



Fuente: Hospital de la Mujer.

**7.7. CAUSAS DE MORTALIDAD EN PEDIATRIA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO. (1987-1989).**

ESTADÍSTICA DE LOS CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉDICO DURANTE EL AÑO DE 1954

	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Neuritis óptica	4	12.90	3	8.57	1	3.84	0	0
Neuritis retrobulbina	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Neuritis isquémica	1	2.70	0	0	0	0	0	0
Distrofia de la retina	6	16.21	4	11.76	2	7.19	0	0
Tumores de la retina	1	2.70	5	14.70	4	15.38	1	20
Exoftalmía	1	2.70	0	0	0	0	0	0
Exoftalmía exógena	2	5.40	2	5.68	3	11.53	0	0
Hipertensión ocular	0	0	0	0	3	11.53	0	0
Distrofia corneal	2	5.40	0	0	0	0	0	0
Ulcera corneal	1	2.70	5	14.70	1	3.84	1	20
Edema de la cornea	1	2.70	0	0	0	0	0	0
Opacidades	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Leucoma	2	5.40	1	2.94	1	3.84	0	0
Leucoma opaco	1	2.70	0	0	0	0	0	0
Conjuntivitis	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Conjuntivitis bacteriana	0	0	0	0	0	0	0	0
Neuritis palpebral	1	2.70	1	2.94	3	11.53	1	20
Hipertrofia palpebral	1	2.70	1	2.94	3	11.53	0	0
Triquiasis	6	16.42	2	5.68	0	0	0	0
Choque electrotraumático	0	0	0	0	1	3.84	0	0
Trauma eléctrico	1	2.70	1	2.94	0	0	0	0
Desequilibrio hidroelectrolítico	0	0	0	0	0	0	0	0
Microrretinosis	0	0	1	2.94	0	0	1	20
Ritmo poliquético	0	0	0	0	0	0	0	0
Retinopatía	1	2.70	0	0	1	3.84	0	0
Choque eléctrico	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Orbita convulsiva	0	0	1	2.94	0	0	0	0
Orbita de amputación de ojo izquierdo	1	2.70	1	2.94	0	0	0	0
Coque óptico	1	2.70	0	0	0	0	0	0
Congestión intracranial	0	0	1	2.94	1	3.84	0	0
Ardor ocular	0	0	0	0	1	3.84	0	0
Embleopelosis	2	5.40	0	0	0	0	0	0
Exoftalmía exógena	1	2.70	1	2.94	0	0	0	0
Exoftalmía exógena	0	0	0	0	1	3.84	0	0
T.C.T.A.L.	37	100	34	100	26	100	5	100

Fuente: Hospital General de Médico.
Registros de Mortalidad.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HEREDODIAL EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN CAUSAS A, B, C Y D,
1987.

	C A U S A				C			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Asfixia perinatal.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Torsión testicular.	0	0	1	100	0	0	0	0
Hipovolemia.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
Septis.	6	23.81	0	0	0	0	0	0
Enfermedad de membrana hialina.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Congulación intravascular	0	0	0	0	0	0	0	0
Sangrado de tubo digestivo alto.	0	0	2	100	0	0	0	0
Hemorragia pulmonar.	1	4.76	1	5.26	0	0	0	0
Broncoconstricción.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Gastritis.	0	0	3	15.78	0	0	0	0
Intoxicación.	0	0	0	0	0	0	0	0
Congestiones.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Insuficiencia hepática.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
Malformaciones.	0	0	1	5.26	0	0	0	0
Desnutrición.	0	0	0	0	2	14.28	0	0
Cheque mixto.	4	19.04	0	0	0	0	0	0
Acidosis mixta.	0	0	2	10.52	0	0	0	0
Meningoencefalitis.	2	9.52	0	0	0	0	0	0
Cheque séptico.	0	0	1	5.26	0	0	0	0
Hemorragia del Sistema Nervioso Central.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
Hipoxia severa.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Hemorragia intracraniana.	2	9.52	1	5.26	0	0	1	16.66
Cheque hipovolémico.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
Bronconeumonía.	1	4.76	0	0	0	0	0	0
Insuficiencia respiratoria.	0	0	1	5.26	0	0	0	0
Prematuro.	0	0	1	5.26	0	0	0	0
Hiperbilirrubinemia.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
Insuficiencia renal aguda.	0	0	1	5.26	0	0	0	0
Colitis convulsiva.	0	0	0	0	1	7.14	0	0
	0	0	0	0	0	7.14	0	0
T O T A L .	71	100	15	100	14	100	6	100

Fuente: Hospital General de México.

Registros de morbimortalidad.

Nota: Algunas causas no hubo en sus A, B, C o D.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORALIDAD MENORES DE UN AÑO EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN
1957, N.º 1, p. B. EN 1967.

	CAUSAS							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Arteria coronaria.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria pulmonar.	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Arteria aorta.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Arteria renal.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria mesenterica.	2	11.11	0	0	0	0	0	0
Arteria hepatica.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Arteria pancreatica.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Arteria gastroduodenal.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria splenica.	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Arteria mesenterica superior.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria mesenterica inferior.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria iliaca.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Arteria femoral.	2	11.11	0	0	0	0	1	20
Arteria poplitea.	1	5.55	2	13.33	0	0	0	0
Arteria tibial.	1	5.55	2	13.33	1	9.09	0	0
Arteria plantar.	0	0	2	13.33	1	9.09	0	0
Arteria pedis.	1	5.55	0	0	1	9.09	0	0
Arteria digital.	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Arteria umbilical.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria testicular.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria vaginal.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria uterina.	0	0	0	0	0	0	1	20
Arteria ovarica.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria mesenterica superior.	1	5.55	0	0	0	0	0	0
Arteria mesenterica inferior.	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Arteria iliaca.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Arteria femoral.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria poplitea.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria tibial.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria plantar.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria pedis.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria digital.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria umbilical.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria testicular.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria vaginal.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria uterina.	0	0	0	0	0	0	0	0
Arteria ovarica.	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	10	100	15	100	12	100	1	100

Las causas de mortalidad de un año en base a las actas de defunción en el período 1957-1967.

Nota: En algunas causas no hubo más de una causa.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 1 A 5 AÑOS EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN,
 GUAYMAS A, B, C Y D, EN 1987.

	CAUSAS.							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Septicemia.	1	7.69	1	8.33	1	9.09	0	0
Empiema.	1	7.69	1	8.33	0	0	0	0
Neumonia.	1	7.69	0	0	0	0	0	0
Transtración.	1	7.69	2	16.66	0	0	0	0
Aspiración.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Gastroenteritis.	1	7.69	0	0	2	18.18	0	0
Infarto agudo.	1	7.69	0	0	0	0	0	0
Neurragia intracraniana.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neofalitis.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Parotidomeningitis.	2	15.38	0	0	1	9.09	0	0
Parotidomeningitis.	1	7.69	1	8.33	0	0	0	0
Neumonia.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neurragia.	2	15.38	0	0	0	0	0	0
Epistaxis cerebral.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neurosis aguda.	0	0	0	0	0	0	1	100
Neurosis aguda intracraniana.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neumia.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Intoxicación.	1	7.69	0	0	0	0	0	0
Neurosepsis.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neumia de Peyer.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neurosepsis aguda.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neurosis.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Intoxicación.	1	7.69	0	0	0	0	0	0
Intoxicación obstructiva.	0	0	1	8.33	0	0	0	0
Neurosis.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
TOTAL	11	100	12	100	11	100	1	100

Fuentes: Hospital General de México.

Registros de Mortalidad.

Nota: En algunos casos no hubo causa A, B, C, o D

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MAYORES DE 5 AÑOS, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCION,
DE LOS AÑOS 1947 Y 1948

	C A U S A S							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Enfermedad	5	29.41	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad cardíaca	1	5.88	0	0	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar	1	5.88	2	13.33	0	0	0	0
Enfermedad renal	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad de la sangre	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso	1	5.88	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema digestivo	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema respiratorio	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema circulatorio	1	5.88	1	6.66	1	11.11	1	33.33
Enfermedad del sistema genitourinario	0	0	2	13.33	0	0	0	0
Enfermedad del sistema endocrino	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema muscular	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso central	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso periférico	0	0	0	0	0	0	1	33.33
Enfermedad del sistema nervioso autónomo	1	5.88	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso vegetativo	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso somático	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso sensorial	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso motor	1	5.88	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso autónomo	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso vegetativo	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso somático	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso sensorial	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso motor	1	5.88	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso autónomo	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso vegetativo	0	0	0	0	1	11.11	0	0
Enfermedad del sistema nervioso somático	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso sensorial	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso motor	0	0	1	6.66	0	0	0	0
Enfermedad del sistema nervioso autónomo	0	0	1	6.66	0	0	0	0
T O T A L	17	100	15	100	9	100	1	100

Fuente: Hospital General de México,
Registros de Morbi-mortalidad.

Nota: En algunos casos no hubo causa
A, B, C o D.

MEMORIA DE CUANTAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE 7 DIAS, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN,
 DE AÑO A AÑO, EN 1968.

	A		C A U S A				D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Dificultad.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Desvivo.	14	19.71	4	6.55	7	17.50	0	0
Insuficiencia renal.	0	0	1	1.63	2	5	1	10
Respiración irregular.	4	5.47	8	13.11	7	17.50	1	10
Asfisia.	1	1.36	0	0	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	2	2.73	2	3.27	0	0	1	10
Alteraciones de equilibrio hídrico.	14	19.71	13	21.11	5	12.50	0	0
Desnutrición.	0	0	2	3.27	1	2.50	0	0
Desnutrición congénita.	1	1.36	1	1.63	0	0	0	0
Desnutrición.	8	10.95	1	1.63	1	2.50	1	10
Desnutrición sintomática.	1	1.36	3	4.91	1	2.50	1	10
Desnutrición.	8	10.95	3	4.91	0	0	0	0
Desnutrición.	2	2.73	2	3.27	1	2.50	0	0
Insuficiencia respiratoria.	0	0	6	9.83	0	0	2	20
Asfisia neonatal.	3	4.10	0	0	1	2.50	0	0
Desnutrición sintomática.	1	1.36	2	3.27	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	2	5	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Desnutrición.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
Desnutrición.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	1	10
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	1	2.50	1	10
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	2	2.73	0	0	1	2.50	1	10
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	2	5	0	0
Asfisia neonatal.	2	2.73	0	0	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	1	1.36	0	0	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	1	1.36	0	0	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	1	1.63	0	0	0	0
Asfisia neonatal.	0	0	0	0	1	2.50	0	0
TOTAL	74	100	61	100	40	100	10	100

Puentes Hospital General de Arriño,
 Registros de morbimortalidad.

Nota: En algunos casos no hubo causa A, B, C o D

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

...	1	3.70	1	0	0	0	0
...	1	0	1	0	0	0	0
...	1	3.70	1	0	0	0	0
...	1	3.70	1	0	0	0	0
...	1	11.11	6	3.67	1	5.5	0
...	0	0	1	3.70	0	0	0
...	2	7.40	0	0	1	5.5	0
...	1	3.70	0	0	0	0	0
...	0	0	1	3.70	0	0	1
...	0	0	0	0	1	5.5	1
...	1	3.70	0	0	0	0	0
...	0	0	2	7.40	0	0	0
...	3	11.11	1	3.70	0	0	0
...	0	0	0	0	0	0	1
...	2	7.40	0	0	0	0	0
...	0	0	2	7.40	1	20.22	1
...	0	0	1	3.70	0	0	1
...	1	3.70	0	0	0	0	1
...	0	0	1	3.70	0	0	0
...	1	3.70	0	0	1	5.5	0
...	1	3.70	0	0	0	0	0
...	3	11.11	0	0	0	0	0
...	1	3.70	1	3.70	0	0	0
...	0	0	1	3.70	2	11.11	1
...	0	0	0	0	0	0	1
...	1	3.70	0	0	0	0	0
...	0	0	1	3.70	0	0	0
...	1	3.70	0	0	1	5.5	0
...	0	0	0	0	0	0	0
...	1	3.70	0	0	1	11.11	0
...	0	0	1	3.70	0	0	0
...	0	0	1	3.70	1	5.5	0
...	0	0	0	0	2	11.11	0
...	0	0	2	7.40	1	5.5	0
...	0	0	0	0	1	11.11	0
...	1	3.70	0	0	0	0	0
...	0	0	1	3.70	0	0	0
...	0	0	0	0	1	5.5	0
...	0	0	0	0	1	5.5	0
...	1	3.70	0	0	1	5.5	0
...	0	0	0	0	0	0	0
...	1	3.70	0	0	1	5.5	0
...	0	0	1	3.70	0	0	0
TOTAL	27	100	70	100	15	100	6

En este Hospital General de Varones.
 Hoy entre 4 y 5 de la tarde.
 Nota: Se eligieron entre los que están A, B, C o D.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN,
CAMPOS A, B, C y D, EN 1968.

	C A U S A							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hipoxia severa.	7	9,52	0	0	0	0	0	0
Cardiopatía congénita.	1	4,76	2	10	0	0	0	0
Neuroinfección.	1	4,76	1	5	0	0	0	0
Hemorragia intracerebral.	0	0	0	0	1	7,8	0	0
Ineficiencia cardíaca.	1	4,76	1	5	0	0	0	0
Edema pulmonar.	0	0	0	0	1	7,8	0	0
Neofalocistis hepática.	1	4,76	0	0	0	0	0	0
SIDA.	1	4,76	0	0	0	0	0	0
Neumopatía.	0	0	3	15	0	0	0	0
Tuberculosis.	1	4,76	1	5	1	7,8	0	0
Intoxicación intestinal.	1	4,76	0	0	0	0	0	0
Divertículo de Meckel.	0	0	1	5	0	0	0	0
Obstrucción intestinal.	0	0	0	0	1	7,8	0	0
Eléctroencefalograma.	1	4,76	0	0	0	0	1	33,33
Misocéfalia.	1	4,76	1	5	1	7,8	0	0
Desnutrición.	2	9,52	1	5	0	0	0	0
Desequilibrio hidroelectrolítico.	0	0	1	5	1	7,8	0	0
Desequilibrio ácido-básico.	0	0	1	5	1	7,8	1	33,33
Shock hipovolémico.	1	4,76	0	0	1	7,8	0	0
Spasmodicidad.	2	9,52	0	0	0	0	0	0
Obstrucción.	0	0	1	5	3	18,5	0	0
Rotura de tubo digestivo.	0	0	1	5	1	7,8	0	0
Desfibrinación.	2	9,52	0	0	1	7,8	0	0
Infarto.	1	4,76	0	0	1	7,8	0	0
Obstrucción intestinal.	0	0	1	5	0	0	0	0
Enterocolitis.	0	0	0	0	0	0	1	33,33
Letargo neonatal.	0	0	1	5	0	0	0	0
Deficiencia renal.	0	0	0	0	1	7,8	0	0
Deficiencia respiratoria.	0	0	1	5	0	0	0	0
Tramía obstructiva.	0	0	0	0	1	7,8	0	0
Neurorritmia.	1	4,76	0	0	0	0	0	0
Choque séptico.	0	0	1	5	0	0	0	0
Síndrome icterico.	1	4,76	0	0	0	0	0	0
Obstrucción de vías biliares.	0	0	1	5	0	0	0	0
TOTAL.	21	100	20	100	16	100	3	100

Fuente: Hospital General de México.

Registros de morbi-mortalidad.

Nota: El número en blanco no hubo causa.

A, B, C o D.

EXAMEN DE LOS CAUSAS DE NORMALIDAD DE LA ADOLESCENCIA SEGUN LAS ACTAS DE DEFUNCIONES,
 PERIODO A, B, C Y D DEL AÑO 1968.

	CAUSAS							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Infecciones orgánicas.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Altitis.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Neoflebotomía.	1	7.14	1	7.69	1	10	0	0
Shigelosis.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Perforación intestinal.	0	0	0	0	1	10	0	0
Foco de equilibrio medio-buñico.	0	0	0	0	1	10	1	33.33
Neuritis.	1	7.14	1	7.69	0	0	0	0
Ineficiencia respiratoria.	0	0	2	15.38	0	0	0	0
Ineficiencia cardíaca.	3	21.42	0	0	0	0	0	0
Cardiopatía congénita.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad reumática.	0	0	0	0	1	10	0	0
Enfermedad.	0	0	0	0	0	0	1	33.33
Hemorragia intraventricular.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Alteraciones de membrana hialina.	0	0	0	0	1	10	0	0
Neuroenteritis.	2	14.28	0	0	0	0	0	0
Neurotrastía.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Síndrome del niño maltratado.	0	0	0	0	1	10	0	0
Enfermedad.	0	0	0	0	0	0	1	33.33
Enfermedad.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Enfermedad.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad pulmonar.	0	0	0	0	1	10	0	0
Neuritis.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Ineficiencia hepática.	0	0	0	0	1	10	0	0
Neuritis.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Enfermedad cardíaca.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad cerebral.	0	0	0	0	1	10	0	0
Enfermedad neurológica.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Enfermedad ocular.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad.	0	0	1	7.69	0	0	0	0
Enfermedad.	0	0	0	0	1	10	0	0
TOTAL.	14	100	13	100	10	100	1	100

Fuente: Hospital General de México.
 Registros de morbi-mortalidad.
 Notas: Algunas causas de muerte fueron A, B, C y D.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MAYORES DE 5 AÑOS EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN,
AÑO 1950 Y EN 1951.

	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Leucemia.	7	43.75	0	0	0	0	0	0
Arterio esclerosis.	0	0	2	14.28	0	0	0	0
Demencia senil.	0	0	0	0	1	12.5	0	0
Diabetes mellitus.	1	6.25	1	7.14	1	12.5	0	0
Desbalance hidroelectrolítico.	0	0	2	14.28	0	0	0	0
Epilepsia.	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Insuficiencia sistémica.	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Nefritis.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Insuficiencia respiratoria.	0	0	0	0	1	12.5	0	0
Edema pulmonar.	0	0	0	0	0	0	1	50
Insuficiencia hepática.	2	12.50	0	0	0	0	0	0
Peritonitis.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Hipertensión arterial.	0	0	0	0	1	12.50	0	0
Insuficiencia renal crónica.	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Intoxicación urémica.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Prostata.	1	6.25	2	14.28	1	12.50	0	0
Neurorinofaríngea.	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Parálisis cerebral.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Desnutrición.	0	0	0	0	1	12.50	0	0
Encefalopatía.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Malformaciones.	1	6.25	0	0	0	0	0	0
Hemorragia intracranial.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Obstrucción de tubo digestivo.	0	0	0	0	1	12.50	0	0
Hicera.	0	0	0	0	0	0	1	50
Neumonía.	0	0	1	7.14	0	0	0	0
Insuficiencia del sistema nervioso central.	0	0	0	0	1	12.50	0	0
TOTAL.	16	100	14	100	8	100	2	100

Muestra: Hospital General de México.

Registros de Morbi-mortalidad.

Nota: El número de casos no suma 100.

A, B, C o D.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCION
CAUSAS A, B, C Y D EN 1989.

	C A U S A:							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hidrocefalia.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Neuroinfección.	0	0	1	9.09	0	0	0	0
Deficiencia de herida.	0	0	0	0	1	14.28	0	0
Enfermedad de membrana hialina.	0	0	0	0	0	0	1	100
Insuficiencia respiratoria.	3	21.42	0	0	1	14.28	0	0
Trauma obstetrico.	1	7.14	1	9.09	0	0	0	0
Distocia.	1	7.14	0	0	1	14.28	0	0
Septicemia.	4	28.57	3	27.27	1	14.28	0	0
Coagulación intravascular.	0	0	1	9.09	0	0	0	0
Síndrome de Torch.	0	0	1	9.09	0	0	0	0
Atresia de vias biliares.	0	0	0	0	1	14.28	0	0
Hipoxia.	0	0	4	36.36	0	0	0	0
Prematurez.	2	14.28	0	0	0	0	0	0
Choque séptico.	1	7.14	1	9.09	0	0	0	0
Hepatitis.	0	0	0	0	1	14.28	0	0
Hemorragia intracraneana.	0	0	2	18.18	0	0	0	0
Malformaciones.	1	7.14	0	0	0	0	0	0
Irritabilidad peritoneal.	0	0	0	0	1	14.28	0	0
T O T A L .	14	100	11	100	7	100	1	100

Nota: En algunos casos no hubo
causa A, B, C o D.

Fuente: Hospital General de México.
Registros de Morbi-mortalidad
(enero a septiembre)

EFECTOS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCIÓN
 EN EL AÑO DE 1959

	C A U S A							
	A		B		C		D	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Pneumococmia.	2	7.69	1	4.54	1	9.09	0	0
Scarlatina.	2	7.69	4	18.18	1	9.09	0	0
Escarlatina.	0	0	1	4.54	0	0	0	0
Neumococmia.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia congénita.	3	11.23	2	9.09	0	0	0	0
Escarlatina.	1	3.84	1	4.54	0	0	0	0
Scarlatina.	4	15.38	2	9.09	0	0	0	0
Septicemia de tubo digestivo.	0	0	1	4.54	1	9.09	1	100
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Desequilibrio hidroelectrolítico.	0	0	1	4.54	0	0	0	0
Intoxicación por DDT.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Intoxicación por DDT.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Aspiración de leche.	0	0	2	9.09	0	0	0	0
Aspiración de leche.	2	7.69	1	4.54	0	0	0	0
Neumococmia.	2	7.69	1	4.54	2	18.18	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	0	0	1	4.54	0	0	0	0
Neumococmia intracraniana.	2	7.69	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	0	0	1	4.54	0	0	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia congénita.	0	0	2	9.09	0	0	0	0
Intoxicación.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	0	0	1	4.54	0	0	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	0	0	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	1	9.09	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
Neumococmia.	1	3.84	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	100	27	100	11	100	1	100

Fuente: Hospital General de México.
 Registros de Morbi-mortalidad
 (año a septiembre.)

Nota: En algunos casos no hubo causas A, B, C o D

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE 1 A 5 AÑOS, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCION,
CAUSAS A, B y C.

	C A U S A .					
	A		B		C	
	No.	%	No.	%	No.	%
Leucemia.	1	16.66	0	0	0	0
Desnutrición.	1	16.66	0	0	0	0
Gastroenteritis.	0	0	1	33.33	0	0
Síndrome de hipotonía muscular.	1	16.66	0	0	0	0
SIDA.	0	0	1	33.33	0	0
Malformaciones.	1	16.66	0	0	0	0
Sarampión.	1	16.66	0	0	0	0
Absceso manilar.	0	0	1	33.33	0	0
Choque séptico.	0	0	0	0	1	100
Neuroinfección.	1	16.66	0	0	0	0
T O T A L .	6	100	3	100	1	100

Fuente: Hospital general de México.
Registros de Morbi-mortalidad.
(enero a septiembre)

Nota: En algunos casos no hubo causa A,B o C.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MAYORES DE 5 AÑOS, EN BASE A LAS ACTAS DE DEFUNCION,
CAUSAS A, B Y C, EN 1989.

	CAUSA.					
	A		B		C	
	No.	%	No.	%	No.	%
Anemia.	1	20	0	0	0	0
Choque hipovólemico.	0	0	1	20	0	0
Insuficiencia respiratoria.	1	20	0	0	0	0
Paro cardiaco.	0	0	1	20	0	0
Sangrado pulmonar.	1	20	0	0	0	0
Choque séptico.	0	0	1	20	0	0
Fibrinolisis.	0	0	0	0	1	50
Leucemia.	1	20	0	0	0	0
Hemorragia de sistema nervioso central.	0	0	1	20	0	0
Fiebre tifoidea.	1	20	0	0	0	0
Faringoamigdalitis.	0	0	1	20	0	0
Escarlatina.	0	0	0	0	1	50
TOTAL.	5	100	5	100	2	100

Fuente: Hospital General de México.

Registros de morbi-mortalidad.

(enero a septiembre)

Nota: En algunos casos no hubo causa A, B o C.

8 . GLOSARIO DE TERMINOS.

- ACCION DE ENFERMERIA: Son los métodos prácticos o administrativos que la enfermera realiza para ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades.
- ALTO RIESGO: Que contiene aumentada la posibilidad de sufrir lesión, alteración, pérdida o muerte.
- AISLAR: Separar a una persona de la vista de otros. Por diferentes mecanismos. (cortinas, biombos, otros.)
- AMNIOCENTESIS: Extracción de líquido amniótico por inserción de una aguja en el saco amniótico. El líquido amniótico se emplea para valorar la salud o la madurez del feto y para brindar información que permita tomar decisiones sobre el aborto terapéutico.
- AMNIOSCOPIA: Visualización de líquido amniótico a través de las membranas con un amnioscopio. Se recurre esta técnica para identificar la coloración de líquido amniótico por meconio.
- APNEA: Suspensión transitoria de la respiración seguida de una respiración forzada, voluntaria o involuntaria.
- ASFIXIA: Sofocación, estado en el que hay una anoxia y aumento de bióxido de carbono en la sangre y tejidos.
- BORRAMIENTO: Adelgazamiento y acortamiento del cuello uterino que ocurre durante la parte tardía del embarazo o durante el trabajo de parto.
- COMODO: Resipiente utilizado por los enfermos encamados para defecar o miccionar.

CONGENITO: Presente desde el nacimiento; puede ser hereditario o no serlo.

CONSCIENTE: Enterado, despierto o sensible; "mentalmente despierto".

DILATAACION: Ampliación de la boca externa del útero que inicialmente es una abertura de unos cuantos milímetros, hasta alcanzar un tamaño suficiente para permitir el paso del feto.

DISTOCIA: Trabajo de parto difícil a causa de factores mecánicos producidos por el feto o por la pelvis materna, o bien por actividad inadecuada uterina o muscular de otro tipo.

ESTERILIZACION: Es el proceso mediante el cual se destruye toda forma de vida microbiana incluyendo sus esporas.

EUTIROIDEO: Funcionamiento normal de la tiroides.

EXPOSITO: adj. Aplícase al recién nacido abandonado en un sitio público y recluso o internado en la inclusa.

FOTOTERAPIA: Tratamiento de la enfermedad por exposición a la luz.

HIPERBILIRRUBINEMIA: Cantidad excesiva de bilirrubina en la sangre, indica un proceso hemolítico causado por incompatibilidad, infección intrauterina, infección renal neonatal y otros trastornos.

RECURSOS HUMANOS: Se entiende como las aptitudes, los conocimientos y las facultades de que disponga o podría una colectividad para el desarrollo económico y social. - Se incluye a hombres y mujeres tanto si forman parte

de la población económicamente activa o si son económicamente inactiva.

PREPARACION PSICOLOGICA AL PACIENTE: Consiste en el acercamiento amable y respetuoso que el personal de Enfermería establece con el paciente para orientarlo a cerca del procedimiento o tratamiento, con el fin de disminuir los temores y angustias que pueda presentar.

ULTROSONOGRAFIA: Ondas sonoras de alta frecuencia que puede dirigirse mediante un trnsductor hacia la zona abdominal materna. Las ondas sonoras ultrasonicas que refleja en las estructuras subyacentes de densidades variables, - permiten identificar los diversos tejidos maternos y - fetales, lo mismo que huesos y los líquidos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

AÑORVE López, Raquel. Manual de Procedimientos esenciales de Fundamentos de Enfermería. UNAM-ENEO. México 1984, P.p. 93

BALDERAS, Pedrero, Ma. de la Luz. Administración de los servicios de Enfermería. Ed. Interamericana. Mc. Graw-Hill, 2a. edición, México 1988 P.p. 2300

BRUNNER-Suddarth. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Interamericana. 4a. edición. Tomo I; y II. P.p. 1563

GARCIA, Pelayo, Ramón. Diccionario Larousse Ilustrado. 6a. edición, México D.F. 1978 P.p. 742

KYES, Joan Enfermería Psiquiátrica. Ed. Interamericana, 4a edición Tradc. Ma. Elena Pérez Sánchez. México, D.F. 1986, P.p. 654

LEIFER, Gloria. Manual de Enfermería Pediátrica. Ed. Interamericana. Tradc. Georgina Guerrero, 4a. edición. México, D.F. 1986 P.p. 350

MONDRAGON Castro, Héctor. Obstetricia Basica Ilustrada. Ed. Trillas., México 1983, P.p. 685

OLDS, Sandy Enfermería Materno-infantil. Ed. Interamericana. 2a.- edición. México 1983 P.p. 1283

S.S.A. Normas mínimas de Enfermería para la organización y funcionamiento de una unidad quirúrgica. Dirección General de Asistencia Médica, México 1980 P.p. 84

S.S.A. Procedimientos basicos de Enfermería en la Unidad Qui-
rúrgica. Dirección General de Servicios Médicos, México 1981 -
P.p. 141

S.S.A. Normas Mínimas de Enfermería para la organización y fun-
cionamiento de una CEYE. Dirección General de Asistencia Médica
México 1981, P.p. 87

A.M.H.G.O.No. 3 Ginecología y Obstetricia. Ed. Mendez Oteo, Mé-
xico 1987, P.p. 1029

L'GAMIZ Matuk, Arnulfo. BIOESTADISTICA. Ed.Francisco Mendez C.
México D.F. 1987. P.p.250

MUNGUIA Zatarain, Irma. Redacción e Investigación Documental I
Ed. Universidad Pedagógica Nacional, Segunda edición, México
1985, P.p. 233