

20/1 1-A



# Universidad Nacional Autónoma de México

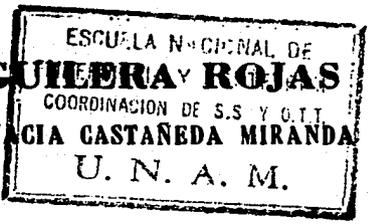
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

## INFORME FINAL DEL SERVICIO SOCIAL

Que para obtener el título de  
Licenciado en Enfermería y Obstetricia  
p r e s e n t a

**IRENE AGUILERA ROJAS**

ASESOR: LIC. IGNACIA CASTAÑEDA MIRANDA



México, D. F.

1987



## **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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

# ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ANTIGUO CAMINO A XOCHIMILCO Y VIADUCTO TLALPAN

TELEFONOS 655 22 98 655 23 32 655 31 81

TLALPAN, D.F.

APROBACION: DE INFORME DE SERVICIO SOCIAL

IRENE AGUILERA ROJAS  
P r e s e n t e .

Por medio del presente, comunico a usted la aprobación al tema: INFORME DE SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL "MAXIMINO AVILA CAMACHO"

para ser desarrollado como tema para sustentar el Examen Profesional y obtener el grado de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

*Ignacia Castañeda M.*  
Vo. Bc.  
EL ASESOR ACADÉMICO

*Ana Ma. Badillo Ramirez*  
Vo. Bo.  
COORDINADOR DE SERVICIO SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES.

LIC. IGNACIA CASTAÑEDA M.

LIC. ANA MA. BADILLO RAMIREZ

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"  
México, D.F., a lo. de junio de 1987.

*Graciela Arroyo de Cordero*  
LIC. EN ENF. GRACIELA ARROYO DE CORDERO  
DIRECTORA

GAC mop\*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Forma No. 3

C. DIRECTORA DE LA ESCUELA  
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DE LA U.N.A.M.  
P R E S E N T E:

Los suscritos, Jefe del Departamento de Servicio Social  
y Opciones Terminales de Titulación, así como el Asesor Académico de:

Informe de Servicio Social

cuyo título es: INFORME DE SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN EL CENTRO  
MATERNO INFANTIL "MAXIMINO AVILA CAMACHO"

que elaboró la pasante: AGUILERA ROJAS IRENE

manifestamos a usted, que satisface los requisitos académicos y admi-  
nistrativos establecidos en el reglamento de exámenes profesionales -  
en vigor.

A T E N T A M E N T E

México, D. F., a 10 abril de 1987.

ASESOR ACADEMICO

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL  
Y OPCIONES TERMINALES DE TITULA  
CION.

  
LIC. IGNACIA CASTAÑEDA MIRANDA

  
LIC. ANA MA. BADILLO RAMIREZ



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FORMA No. 4.

RECEPCION DE TRABAJO IMPRESO PARA TITULACION  
POR EL JURADO DE EXAMEN PROFESIONAL.

LIC. ANA MARIA BADILLO RAMÍEZ  
Coordinadora de Servicio Social y  
Opciones Terminales de Titulación  
de la E.N.E.O.  
Presente.

Los profesores del Jurado No. 12  
que examinará al (a la) pasante: IRENE AGUILERA ROJAS.

quien presenta como trabajo INFORME DE SERVICIO SOCIAL.  
de título INFORME DE SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN EL CENTRO MATERNO.  
INFANTIL "MAXIMINO AVILA CANACHO".

manifiesta a usted que ha recibido un ejemplar impreso del trabajo enun-  
ciado para titulación.

NOMBRE DEL PROFESOR.

FIRMA

PRESIDENTE LIC. IGNACIA CASTAÑEDA MIRANDA

VOCAL: Q.B.P. GABRIEL FELIX BURGOS.

SECRETARIO: PEDAG. ELIA ALJANA CORRALES.

SUPLENTE: NUT. LUIS RESA ARAUJO.

México, D. F., a 3 DE JUNIO DE 1987

Vo.Bo.  
DIRECTOR DE LA E.N.E.O.

LIC. EN ENF CRUCIELA ARROYO DE CORDERO

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

INFORME FINAL DE SERVICIO SOCIAL EFECTUADO EN PROGRAMAS DE -  
ATENCION MEDICA Y BIENESTAR SOCIAL EN EL DISTRITO FEDERAL.

NOMBRE COMPLETO DEL PASANTE DE LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRI  
CIA:

AGUILERA ROJAS IRENE.

GENERACION A LA QUE PERTENECE: 1976 - 1980.

NUMERO DE CUENTA:

7799214-5.

INSTITUCION QUE PATROCINO EL SERVICIO SOCIAL:

MATERNIDAD " MAXIMINO AVILA CAMACHO "

PROGRAMAS EN QUE PARTICIPO:

PARTICIPO ACTIVAMENTE EN EL DESARROLLO DE LOS PRO  
GRAMAS EMANADOS DE LA DIRECCION GENERAL DE SALU--  
BRIDAD EN EL DISTRITO FEDERAL.

FECHA EN QUE CONCLUYO EL SERVICIO SOCIAL:

1° DE NOVIEMBRE AL 30 MAYO DE 1983.

ASESORO EL INFORME:

LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICA.

IGNACIA CASTAÑEDA MIRANDA.

México, D.F., 1987.

NOMBRE DE LA INSTITUCION:

CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO "

UBICACION:

AVENIDA CONSTITUYENTES # 240, MEXICO  
18, D.F.

DIRECTOR:

C. DR. ERNESTO CALDERON JAIMES

SUBDIRECTOR:

C. DR. JAIME H. MICHER CAMARENA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

C. ENFERMERA. SILVIA CRUZ ESPINOZA.

I N D I C E

Hoja frontal	1
Nombre de la Institución	2
Dedicatoria	3
Indice	4
Introducción	5
Datos históricos del Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho".	6
Filosofía de la Institución, objetivos y valores	7 - 8
Esquema de la Organización	10
Dependencia de la Institución	10
Programas de Trabajo que se desarrollan	10
Servicios con que cuenta	10 - 11
Enseñanza e Investigación	12
Enfermería	12
Guardería	12
Archivo y Lusestadística	13
Trabajo Social	13
Población que atiende	14
Requisitos de Admisión	14
Por Consulta Externa	14
Por servicio de Admisión o Urgencias	15
Cuotas de Recuperación	15
Capacidad del Hospital	15
Promedio de estancia del paciente	16
Personal Médico	16
Personal de Enfermería	16
Administrativa y Secretarial	17
Intendencia	17
Organización y funcionamiento del Departamento de Enfermería	18
Objetivos y funciones generales	18
Organización del Departamento de Enfermería	19
Programa de Trabajo	20
Recursos Humanos y Materiales para el trabajo	21
Turnos, horarios y sueldos de las diferentes categorías del personal de Enfermería. 1982 - 1983.	22

Actividades educativas y docentes de los diferentes grupos de personal.	23
Programas de adiestramiento en servicio.	23
Métodos y procedimientos de supervisión.	24
Evaluación del personal y de las actividades de enfermería.	24
Plan de actividades a realizar durante el servicio social como pasante de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia en el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho".	25
Distribución de servicios y pacientes atendidos por día.	32
Educación continua en servicio para el personal (charlas) para pacientes y familiares.	33
Paternidad responsable y anticonceptivos.	34
Atención prenatal.	41
Alimentación de la embarazada.	43
Atención del parto.	50
Primeros cuidados al Recién Nacido.	59
Cuidados mediatos al Recién Nacido.	65
Higiéne del puerperio.	70
Alimentación al seno materno.	76
Resúmen.	82
Sugerencias.	85
Anexos.	86
Bibliografía.	90

DEDICATORIA .

A MIS PADRES:

EZEQUIEL AGUILERA BECERRIL

RUFINA ROJAS DE AGUILERA.

Con infinita gratitud y cariño por todo lo que me dieron.

La vida, y apoyo para mi formación profesional.

A mi familia, hijos, hijos políticos, a mi esposo a todos gracias con amor por su apoyo.

IRENE AGUILERA ROJAS.

## AGRADECIMIENTO

A todos mis apreciables maestros por su loable participación durante mi formación profesional; Generación -- 1976 - 1980, y deseo que en esta mi Escuela sigan participando maestros con espíritu de renovación.

A todos mis compañeros de generación por su apoyo y ayuda con carino y es timación.

GRACIAS.

LIC. ENF. IGNACIA CASTANEDA MIRANDA.

IRENE AGUILERA ROJAS.

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

Al elegir la Institución para realizar el Servicio Social me decidí, por el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho", ya que aquí había realizado prácticas hospitalarias.

El Servicio Social es un requisito independiente para obtener un título en la Escuela de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Y al llegar el momento de realizarlo elegí el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho". porque anteriormente había realizado prácticas hospitalarias en este Centro Materno que brinda atención a una población sin recursos para afiliarse a otras Instituciones y que da oportunidad para reafirmar el proceso enseñanza-aprendizaje, y desenvolverse profesionalmente mediante la eficiente atención a esta población.

Es una Institución donde el personal de todos los niveles da una gran oportunidad para la enseñanza y docencia del pasante de Enfermería y Obstetricia.

DATOS HISTORICOS DEL CENTRO MATERNO INFANTIL  
" MAXIMINO AVILA CAMACHO "

En el año de 1944, el Señor General Maximino Avila Camacho se propuso fundar centros para proteger y ayudar a la niñez desamparada de la Ciudad de México.

Externando su propósito al Señor General Manuel Avila Camacho entonces Presidente de México el Señor Gustavos Baz, Secretario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; quienes estuvieron de acuerdo con el Sr. Salvador Zubirán Subsecretario de Asistencia y un grupo de la materia discutieron un programa y elaboraron un anteproyecto.

Su fundador y benefactor, falleció durante la construcción del Centro, el día 17 de febrero de 1945.

El día 24 de mayo de 1945 fué creado por la Ley Publica en el Diario Oficial este centro y fué inaugurado el 17 de febrero de 1946, fecha del primer aniversario del fallecimiento del General Maximino Avila Camacho; fué el primer Centro Materno Infantil en el país.

Actualmente esta Institución por Acuerdo Presidencial del 17 de febrero de 1977, su dependencia se establece en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

El Centro Materno Infantil " GRAL. MAXIMINO AVILA CAMACHO " .

Inició sus labores el 24 de mayo de 1945, es una institución - descentralizada regida por un patronato y el gobierno federal a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. El nombre se debe a su fundador.

Su proceso dinámico emerge de la filosofía, de sus modalidades funcionales y de su propiedad técnica y actualización científica, unida al amplio contenido social de su programática, hacen de esta Institución un ejemplo entre todas las que alientan en el país en favor de la madre y el niño.

De conformidad con el criterio que sustenta, soslaya el concepto estrecho de exclusiva protección del binomio "Madre e Hijo", pronunciándose en pro del núcleo familiar, como entidad social; del hogar como institución y de la comunidad, como suma expresión de la sociedad humana. Así esbozada la filosofía de esta Institución cuya obra se reviste con claros matices de Salud Pública y continuando con sus características orgánico funcionales y sus modalidades de trabajo, cabe enfatizar la acción que desarrolla dentro de su establecimiento donde el sector de población a su cuidado dispone de las facilidades necesarias para la vigilancia adecuada del embarazo, parto y puerperio, así como el desarrollo y crecimiento del niño, para luego rebasando sus muros, ir al campo de su jurisdicción al encuentro de los problemas que confrontan sus moradores, investigando la etiología de los factores negativos al bienestar de la familia, a fin de aplicar de inmediato o sugerir las medidas correctivas pertinentes.

Con estas miras, ha llevado a su acción a todo el ámbito de su influencia en donde, tanto la educación higiénica como la profilaxia, la vigilancia de la sanidad del medio en coordinada colaboración con las autoridades del ramo, y la promoción social de la comunidad son prácticas diarias que realiza a través de sus efectivos médicos y enfermeras sanitaristas, trabajadores sociales, educadoras y agentes de promoción social etc., en su afán de mantener a sus habitantes en un clima de superación en marcha, en la constante lucha por el conglomerado

do alcance cada vez mejores índices hacia las latitudes de la salud integral y económico social del individuo, en particular y de la comunidad en general.

Como un complemento de estas actividades, el centro cumple una función docente de la educación médica de alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y alumnos de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia - de esta Universidad, y otras instituciones educativas de los - diversos estados de la República y escuelas particulares quienes orientan su actuación para ponerlas en práctica en las diversas entidades, para acrecentar sus conocimientos en aspectos materno infantiles.

**AREA GEOGRAFICA:**

El área geográfica dentro de la cual el Centro lleva a cabo -- sus funciones tiene los siguientes límites:

Al noreste la carretera de Toluca, terrenos del Bosque de Chapultepec y al panteón de Dolores.

Hacia el este el Parque Lira y Avenida Jalisco y hacia el su-- reste una línea imaginaria que parte de la calle del Jilguero en la Colonia Bella Vista, baja por la barranca de la Colonia Pino Suárez y se prolonga convergiendo hasta formar el vértice de un triángulo con la carretera a Toluca, y avenida de los -- Constituyentes.

**UBICACION:**

Ubicado en la Ciudad de México, Distrito Federal, en Avenida -- de los Constituyentes 240, entre Boulevard Adolfo López Mateos (periférico) y Avenida Parque Lira de la Colonia Daniel Garza Z.P. 18.

Pertenece a la Delegación Miguel Hidalgo.



**DEPENDENCIA DE LA INSTITUCION:**

El Centro recibe un subsidio del Gobierno Federal a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y de un patronato Civil (formado por familiares de su fundador y familia de sus colaboradores).

**PROGRAMAS DE TRABAJO QUE SE DESARROLLAN:**

Ejecuta los programas que en materia de salud-pública dicta la Secretaría de Salubridad y -- Asistencia a fin de adaptarlos de acuerdo con las características de la comunidad en práctica dentro de la jurisdicción.

**SERVICIOS CON QUE CUENTA:**

Ginecología y Obstetricia.

Cuenta con una sala de espera con 14 cubículos para la Consulta Externa, la Unidad Tocoquirúrgica y 46 camas de hospitalización, un Departamento para la detección oportuna de cáncer.

Planeación Familiar Integral:

Admisión: De aquí se distribuyen las pacientes de acuerdo con su padecimiento, a las secciones de ginecología endocrina, quirúrgica, obstetrica normal y patológica, estudio de la fertilidad etc.

Una sala con 39 cunas.

Sección de incubadoras, cuenta con seis incubadoras.

Pediatría:

Clinica de pediatría, este Departamento cuenta con: cunas para recién nacidos normales prematuros y con patología.

Consulta Externa para enfermos y para vigilancia y orientación del crecimiento y desarrollo.

Atención domiciliaria para niños enfermos y para depueración higiénica médica del ambiente.

Urgencias Pediátricas, especialmente en casos - de desequilibrio hidroelectrolítico por gastroenteritis, bronconeumonía u otras causas.

#### POLICLINICA.

Los servicios auxiliares de diagnóstico o de policlínica, dependen de la subdirección médica y agrupan los laboratorios clínicos, de endocrinología, de anatomía patológica, bando de sangre, el gabinete de radiodiagnóstico, los servicios de anestesiología y electrocardiografía.

Cuenta además con especialistas en odontología, otorrinolaringología, oftalmología y cirugía menor.

#### EPIDEMIOLOGIA.

Este Servicio depende de la Subdirección del Centro.

Estudian las causas y factores que determinan la frecuencia y distribución de los hechos epidemiológicos en su área de trabajo para conocer la magnitud y características de las causas que alteran la salud, estableciendo prioridades en su atención.

#### ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

Coordina, regula y ejecuta los proyectos de investigación de los tres Departamentos:

Ginecología, Pediatría y Policlínica.

Norma los procedimientos de enseñanza y entrenamiento médico del cuerpo de residentes.

Vigila el entrenamiento y actualización del -- cuerpo médico y paramédico así como los procedi- mientos básicos de funcionamiento de los servi- cios médicos y paramédicos.

#### ENFERMERIA.

Realiza sus actividades dentro y fuera del Cen- tro Materno Infantil.

Una de sus funciones principales es la de auxi- liar al personal médico en el fomento preven- ción y alcance de la salud, mediante una acción coordinada.

La enfermera clínica actúa con solicitud, limpieza de juicio y de intención de acuerdo a su preparación y conocimientos, en - los servicios de cuneros, hospitalización, unidad tocoquirúrgi- ca, emergencias pediátricas, a las que aborda en forma sencill- la para preparar su ánimo al momento más hermoso de la genera- ción que es el advenimiento de un hijo.

Desde este punto de vista, la psicoprofilaxis lograda en tal - forma ha permitido disminuir los índices de morbimortalidad ma- terna y fetal por la confianza que despierta en la paciente, ya que desde el primer momento es condierada con solicitud y - afecto.

Todo lo cual, determina una mejor preparación de su estado ani- mico, frente al supremo acto de la liberación.

#### GUARDERIA.

La guardería recibe la atención educativa asis- tencial, higiénica y médica a los hijos de las madres que trabajan y que viven en la zona de - influencia del centro.

Lo fundamental de este importante servicio es -

influyen la mente de los pequeños para hacer--  
los ciudadanos útiles, dignos y respetables.

#### ARCHIVO CLINICO Y BIOESTADISTICA.

El Archivo Clínico es el sitio donde se reunen y controlan los documentos en los que se consig-  
nan, el registro de las actividades médicas y -  
sanitarias realizadas por los diferentes servi-  
cios; es de tipo central y en el se mantienen -  
ordenados numéricamente y progresivamente los -  
expedientes.

#### TRABAJO SOCIAL.

Departamento de Trabajo Social.

Este servicio tiene a su cargo la recepción y -  
orientación de las personas que acuden al cen-  
tro para su atención.

La entrevista inicial cumple esta finalidad, a  
la vez permita a la Trabajadora Social conocer  
la situación socio-económica familiar para la -  
fijación de cuotas de restitución.

#### POBLACION QUE ATIENDE.

La población que atiende al Centro Materno In-  
fantil "Maximino Avila Camacho", es por lo gene-  
ral económicamente débil, poniendo mayor inte-  
rés a la mujer embarazada y o con problemas gi-  
necológicos y tomando en cuenta los programas -  
de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, --  
asiste a todas las personas que soliciten orien-  
tación de planificación familiar por tal motivo  
pone como núcleo de atención a la madre y el ni-  
ño.

REQUISITOS DE ADMISION.

- Que solicite atención médica.
- Que sea paciente ginecobotetra (posteriormente si lo solicita se le dará atención a los integrantes de la familia.

POR CONSULTA EXTERNA.

Primeramente el paciente se dirigirá al servicio de Trabajo Social para después de valorar su estado socio-económico se le asignará una cuota de recuperación, se le dará su número de expediente para posteriormente solicitar atención médica.

POR SERVICIO DE ADMISION Y URGENCIAS.

QUE LA PACIENTE AMERITE ATENCION INMEDIATA

Esto es que la paciente presente sangrado trans vaginal, en periodo de trabajo de parto que detecte alguna anomalia obstetrica.

CUOTAS DE RECUPERACION.

Las cuotas de recuperación están a cargo del servicio de Trabajo Social ya que la trabajadora social por medio de la entrevista valora la situación socio-económica familiar que en cualquier forma son mínimas, y en muchos casos simbólicas; excepcionalmente gratuitas.

**CAPACIDAD DEL HOSPITAL.**

- 46 Camas censables.**
- 39 Cunas censables.**
- 6 Incubadoras.**
- 7 Camas de recuperación no censables.**
- 2 Salas de expulsión.**
- 2 Quirófanos.**

PROMEDIO DE ESTANCIA DEL PACIENTE

Paciente de puerperio normal - - - 3 días  
Pacientes con D.X. Genecológico - - 3 a 5 días  
Pacientes de Post-Cesarea - - - 5 a 8 días  
Pacientes con D.X. de emb. de alto riesgo  
8 a 15 días.  
Paciente con D.X. de puerperio patológico  
8 a 15 días.

PERSONAL MEDICO

Existe un total de médicos de base de 25 que --  
ocupan diferentes puestos dentro del Centro Ma\_  
terno.

Médicos residentes de pré-grado un total de 27;  
médicos internos pasantes existe un promedio de  
45 total 97).

ANEXO 1 PAG.

PERSONAL DE ENFERMERIA

Total de personal de enfermería 155 personas.

Jefe de Enfermeras	- - - 1
Enfermeras Generales Supervisoras	- - - 6
Enfermeras Generales Jefe de Piso	- - - 7
Enfermeras Auxiliares distribuidas en	-
diferentes servicios. Total	42

(ANEXO 2 y 3 PAG.)

**ADMINISTRATIVO Y SECRETARIAL.**

Existe un total de 22 personas.

**Personal de servicios Generales:**

Existe un total de 32 personas encargadas del -  
mantenimiento y seguridad de la Institución.

**INTENDENCIA.**

Este personal lo forman 32 personas incluyendo  
a las que laboran en el Departamento de Cocina.  
Total 32.

(ANEXO 4 PAG.)

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERIA.

OBJETIVOS Y FUNCIONES GENERALES.

Administrar el Departamento de Enfermería con fundamentación - en la filosofía y políticas del Centro Materno Infantil "maximino Avila Camacho", para lograr la optimización de los Recursos Humanos y materiales en beneficio de la madre y el niño, - para brindar una atención de calidad de enfermería.

Realizar sus actividades dentro y fuera del Centro Materno una de sus funciones principales, es la de auxiliar directamente a las pacientes obstetricas; en forma sencilla de conocimiento y criterio para despertar su confianza y determinar una mejor -- preparación para el advenimiento de su hijo.

Mantener una red de comunicación intra e inter departamentales que contribuyan a la agilidad de servicio de enfermería.

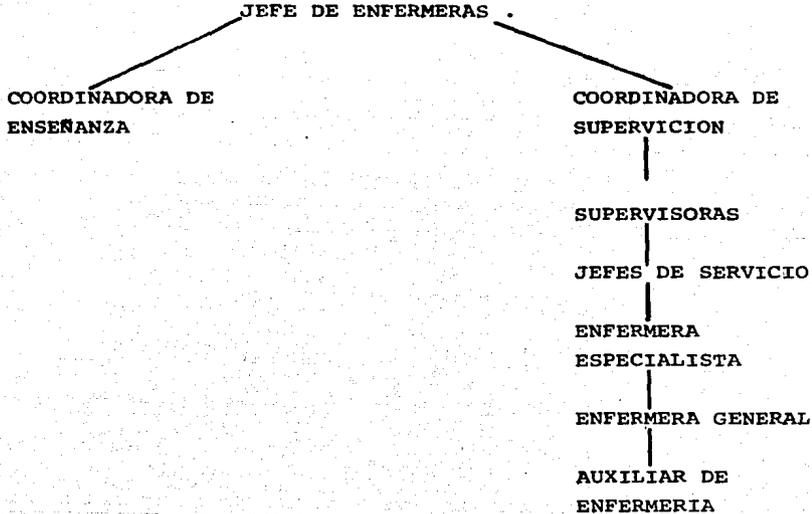
Fomentar y mantener relaciones humanas que permitan un ambiente propicio para el tratamiento productivo en el equipo de salud en beneficio de la paciente, familia y comunidad.

Implantar y mantener sistemas de control y obtener elementos - de juicio para plantear nuevas políticas, normas, procedimientos y programas.

CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO "

ORGANIZACION DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.

1 9 8 3 .



FUENTE: DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

## PROGRAMA DE TRABAJO

Se cuenta con un programa anual elaborado en el Departamento de Enfermería en el cual se establecen las funciones de los diferentes niveles, y actividades a realizar durante un año, las cuales se marcan en base a las necesidades que se detectan en el año anterior.

Areas del Hospital en que funciona:

A. Departamento de Enfermería:

Actualización de papelería para supervisión de enfermería Kardex, para evaluación del personal de enfermería.

Hojas de enfermería, para pacientes en estado normal y para pacientes en estado crítico, hojas de enfermería para neonatos en estado crítico y normal.

B. Admisión.

C. Tocoquirúrgica.

D. Hospitalización.

E. Cuneros.

F. Central de equipos y esterilización.

**RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES PARA EL TRABAJO.**

**RECURSOS HUMANOS:**

Personal Médico.  
Personal de Enfermería.  
Personal de los Servicios Auxiliares.

**RECURSOS MATERIALES:**

El material y equipo necesario para desarrollar las diferentes actividades del personal; las -- proporciona la dirección de la Institución.

**RECURSOS TECNICOS:**

Cuenta con manuales de reglamentos y rutinas en los diferentes Departamentos.

Existe un Manual de Políticas y Reglamentos, donde se contemplan las obligaciones y derechos de los trabajadores:

1. Condiciones Generales de Trabajo, del I.S.S.S.T.E.
2. Ley Federal del Trabajo.

TURNOS HORARIOS Y SUELDOS DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS DEL  
PERSONAL DE ENFERMERIA 1982 - 1983.

Turno Matutino:

Enfermera Auxiliar de 07:30 am. a 14:30 p.m.  
Enfermera General de 08:00 a.m. a 14:30 p.m.

Turno Vespertino:

Enfermera Auxiliar de 14:00 p.m. a 21:00 p.m.  
Enfermera General de 14:30 p.m. a 21:00 p.m.

Turno Nocturno:

Enfermera Auxiliar de 20:30 p.m. a 08:00 a.m.  
Enfermera General de 21:00 p.m. a 08:00 a.m.

Turno Especial, sábados, domingos y días festivos.

Con jornada de 13 horas.

Enfermera Auxiliar de 07:30 a.m. a 21:00 p.m.  
Enfermera General de 08:00 a.m. a 21:00 p.m.

SUELDOS:

Jefe de Enfermeras	\$ 50,000.00
Enfermera General Supervisora	33,366.00
	+ 30% mensual
Enfermera General Jefe de Piso	33,366.00
	+ 20% mensual
Enfermera Auxiliar	28,966.00
	mensual.

## ACTIVIDADES EDUCATIVOS Y DOCENTES DE LOS DIFERENTES GRUPOS DE PERSONAL.

Con el propósito de capacitar y mantener actualizado al personal de enfermería, se le dan facilidades para que asista a las sesiones que organiza el Centro los días miércoles, tratando temas referentes a la especialidad del mismo.

De igual manera se les otorgan becas para que asista a los cursos de diferentes especialidades como son:

- Administración de los servicios de enfermería.
- Curso para docencia.
- Curso de cuidados intensivos
- Curso de Enfermería medicoquirúrgicas.
- Cursos de pediatría etc.

Por lo general estos cursos son fuera de la Institución

## PROGRAMAS DE ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO.

Este adiestramiento en servicio lo organiza el Departamento de Enfermería valorando las deficiencias y necesidades en cada servicio, participando el personal médico de mayor jerarquía y el personal de enfermería coordinándose supervisoras Jefes de Piso y enfermeras generales, los temas a tratar son los que se refieren a la especialidad de materno-infantil.

METODOS Y PROCEDIMIENTOS DE SUPERVISION  
EVALUACION DEL PERSONAL Y DE LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.

La evaluación del personal de enfermería se lleva a cabo por medio de la supervisión directa e indirecta, en los diferentes turnos.

**SUPERVISION DIRECTA:** Se lleva a cabo por la supervisora directamente pues es la que se encarga de ver que se lleven correctamente las indicaciones médicas y cuidados de enfermería a los pacientes, aplicando conocimientos y técnicas adecuadas.

También se evalúa al personal por medio de trabajos que se les asignan para el programa de adiestramiento en servicio.

**SUPERVISION INDIRECTA:**

Se hace por medio de kardex donde se evalúa.

1. Presentación
2. Puntualidad y asistencia
3. Desarrollo técnico y científico
4. Relaciones Humanas.

Por medio del expediente individual que existe en el Departamento de Enfermería. Existe un estímulo económico por asistencia y puntualidad.

PLAN DE ACTIVIDADES A REALIZAR DURANTE EL SERVICIO SOCIAL COMO PASANTE DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA EN EL CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO " .

1. JUSTIFICACION:

Poner en práctica la integración de los conocimientos teóricos prácticos adquiridos durante mi formación académica, a fin de proporcionar una atención integral a la mujer embarazada; asistiendo al parto y puerperio en condiciones - fisiológicas, al mismo tiempo detectar y derivar oportunamente aquellos casos complicados con laguna patología (propia o agrada) durante el parto o puerperio, teniendo particular atención de enfermería, con neonato, así mismo en -- quirófano realizar técnicas quirúrgicas.

II ORGANIZACION DE LA PRACTICA

AREA: Centro Materno Infantil " Maximino Avila Camacho "

Duración: 31 semanas

Fecha: 1° Noviembre de 1982 al 30 mayo 1983.

Horario: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes  
de 14:30 horas a 21:00 horas.

Descanos: Sábados y domingos.

III UNIVERSO DE TRABAJO.

Campo Clínico: Centro Materno Infantil " Maximino Avila  
Camacho " .

SERVICIOS

ADMISION

Tocoquirúrgica: (Sala de trabajo de partos, sala de expulsión  
quirófanos, sala de recuperación).

## HOSPITALIZACION

Cuneros.

### IV. ACTIVIDADES A REALIZAR EN LOS SERVICIOS.

1. Portar el uniforme clínico reglamentario de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetrica.
2. Identificarse con la Jefe de Servicio y personal del Centro.
3. Investigar la organización y funcionamiento del servicio.
4. Recepción de las pacientes en el servicio, mediante los -- procedimientos establecidos por la Institución.
5. Mantener la unidad de las pacientes bajo condiciones de co modidad y asepsia.
6. Recibir y entregas las pacientes al siguiente turno; revisar las condiciones físicas de las pacientes (edo. de conciencia, globo uterino, sangrado transvaginal etc).
7. Manejar el expediente y las formas administrativas para -- las anotaciones respectivas.
8. Colaborar con los médicos en la visita diaria proporcionando los datos clínicos observados durante el turno.
9. Colaborar con el personal de cunas en la orientación a la madre sobre los cuidados al recién nacido.
10. Apliación de tratamientos médicos y quirúrgicos que requieran las pacientes.
11. Vigilar que se lleven a cabo los exámenes y estudios especiales a las pacientes que les es indicado,
12. Vigilar higiene personal y alimentación de la paciente.
13. Elaborar planes de atención de enfermería para las pacientes que ameriten cuidados especiales.
14. Seleccionar pacientes para el servicio de Planificación Familiar derivándolas oportunamente.
15. Atención ulterior al material y equipo empleado durante el turno.

16. Orientación física, emocional y social a las pacientes y familiares.

#### CUNEROS.

(Uniforme clínico quirúrgico). Reglamentario de la E.N.E.O.  
Identificarse con la Jefe de Servicio y personal del Centro.

1. Valorar la importancia de la aplicación de los cuidados es pecíficos.
2. Manejo del expediente y de las formas administrativas.
3. Proporcionar cuidados inmediatos al recién nacido.
4. Colaborar con el médico pediatra en la valoración inmediata del recién nacido.
5. Detectar a través de la observación continua y minuciosa - signos que indiquen patología o mal formación en el recién nacido.
6. Proporcionar cuidado integral a los recién nacidos asignados durante el turno, con la documentación correspondiente.
7. Orientar a la madre sobre los cuidados que requiere el neo nato.
8. Informar tanto al médico pediatra como a la Jefe de Servi- cio la valoración clínica de los neonatos asignados.

#### UNIDAD TOCOQUIRURGICA.

(Uniforme clínico y quirúrgico reglamentario de la E.N.E.O.),  
Identificarse con la Jefe de Servicio y personal del Centro.

1. Conocer en forma detallada el servicio en cuanto a objeti- vos, funcionamiento recursos etc.
2. Preparar el equipo necesario para realizar la valoración - de las pacientes obstetricas que acudan al servicio.
3. Orientar a la gestante y familiar sobre la organización es table del establecimiento, normas y reglamentos.

4. Verificará el contenido del expediente en relación con los datos de identificación de la gestante.
5. Preparación física de acuerdo al procedimiento que amerite realizarse.
6. Realizar interrogatorio y la exploración física para establecer el diagnóstico obstetrico (f.u.r., F.P.P., altura - del fono uterino, trabajo y parto etc.).
7. Medición y registro de signos vitales.
8. Describir oportunamente signos de alguna patologia presente en el embarazo.
9. Derivar a la señora, al servicio correspondiente (labó, - expulsión, quirófano, hospitalización o a su domicilio).

#### SALA DE LABOR.

1. Realizará la recepción de la gestante en el servicio de la bor.
2. Contribuir en la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas de la gestante durante la estancia en el servicio de labor.
3. Bajo asesoría médica elaborar el partograma.
4. Administrar e instalar soluciones; analgesia, inducción, - conducción u otras substancia.
5. Observar los efectos que producen en la paciente las substancias administradas.
6. Vigilar trabajo de parto.
7. Auscultar los latidos cardíacos fetales.
8. Observar las características de las secreciones vaginales.
9. Vigilar la eliminación.
10. Realizar tacto vaginal sólo en los momentos estrictamente necesarios.

11. Valorar y distinguir signos de alarma, valorar distocias y referirlas al médico de guardia.

#### SALA DE EXPULSION.

Ejecutar las actividades en atención a la madre e hijo en el servicio de expulsión. (previos conocimientos).

1. Verificar el material y equipo utilizado en la sala de expulsión.
2. Corroborar la identificación de la gestante en el expediente correspondiente.
3. Identificar en la gestante las necesidades que presente durante la recepción en el servicio de expulsión.
4. Orientar a la madre sobre su participación activa durante el 2o. y 3o. período de trabajo de parto.
5. Realizar con exactitud y precisión la posición ginecológica de la gestante en la mesa de expulsión.
6. Llevar a cabo las técnicas de asepsia médica y quirúrgica.
7. Realizar tacto vaginal para confirmar el diagnóstico encuentro a: borramiento, dilatación, altura de la presentación, variedad de la posición, estado de la membranas.
8. Observar las características del líquido amniótico.
9. Orientar a la gestante, sobre la forma en que puede laborar durante el período expulsivo.
10. Proteger el periné y en caso necesario realizar episiotomía
11. Realizar técnicas específicas en caso de presentación cefálica con circulares del cordón.
12. Realizar primera aspiración de secreciones tanto de la boca como de las narinas del recién nacido.
13. Entregar al recién nacido para que le sean proporcionados los cuidados inmediatos.
14. Conducir el alumbramiento observando las características macroscópicas de la placenta.
15. Observar y valorar el sangrado, observar lesiones del periné.
16. Asegurarse que la paciente esté en óptimas condiciones (físicas y emocionales), antes de ser conducida a la sala de recuperación.

17. Observar el estado de recién nacido o bien proporcionarle los cuidados inmediatos, sin olvidar la valoración de Apgar y una minuciosa exploración para descartar anomalías congénitas,
18. En casos necesarios hacer revisó uterina.
19. Identificación de la madre y el neonato.
20. Hacer anotaciones respectivas en el expediente.

#### SALA DE RECUPERACION.

1. Adaptación y preparación del ambiente en cuanto a equipo, mobiliario, medicamentos necesarios para el cuidado de la paciente.
2. Recibimiento de las pacientes.
3. Vigilar estado de conciencia, conducciones físicas y emocionales de las pacientes.
4. Observar: coloración, hidratación de la paciente.
5. Proporcionar cuidados de enfermería para la estabilización de la paciente.
6. Valorar signos de alarma.
7. Apliación de tratamientos de acuerdo a indicaciones médicas.

#### CONSULTA EXTERNA.

1. Transferir educación sobre las etapas de la vida del individuo.
2. Investigación de los recursos humanos y materiales existentes en el establecimiento de salud para el planeamiento de actividades.
3. Preparación del ambiente, mobiliario, material, equipo y expedientes.
4. Recepción de las pacientes.
5. Participar en el exámen médico de la paciente, aplicando los métodos de exploración.
6. Preparación física y emocional de la paciente.
7. Clínicamente y bajo asesoría médica determinar: la edad gestacional, F.P.P., evolución del embarazo y las condicio--

nes generales de la madre y del producto.

8. Colaboración en funciones propias de enfermería durante la consulta médica (medición y registro de signos vitales manejo de expedientes y formas administrativas utilizadas).
9. Orientar a la señora aspectos varios como consulta subsecuente, higiene, alimentación, estudios especiales etc.
10. Comentar con el médico la situación clínica de la paciente.
11. Participar en la educación de la embarazada para el tratamiento de parto durante la consulta pre-natal.

#### PLANIFICACION FAMILIAR.

1. Participación en forma activa en los programas de planificación familiar que se lleven a cabo en el Centro.
2. Investigación de los objetivos, organización y funcionamiento de la unidad.
3. Preparación física y emocional de las señoras.
4. Colaborar directamente con el médico en la exploración física de la paciente para la prescripción del método o medio para la planificación familiar.
5. Tomar producto para papanicolaou.
6. Revisión periódica de los dispositivos instalados.
7. Retirar dispositivos intrauterinos (D.I.U.).
8. Vigilar signos de intolerancia al método anticonceptivo.
9. Orientación física, emocional y social a la pareja.

DISTRIBUCION DE SERVICIOS Y PACIENTES ATENDIDOS POR DIA.					
SERVICIO	SEMANAS	DIAS	PACIENTES POR DIA	TOTAL	%
HOSPITALIZACION	4	2	7	140	25.93
PLANIFICACION FAMILIAR	2	10	10	100	18.52
CUNEROS	2	10	5	50	9.33
INCUBADORAS	2	10	2	20	3.7
ADMISION	2	10	3	30	5.5
SALA DE EXPULSION	4	20	1	20	3.7
SALA DE TRABAJO DE PARTO	4	20	1	20	3.7
SALA DE RECUPERACION	4	20	3	60	11.11
CONSULTA EXTERNA	4	20	5	100	18.51
TOTAL DE PACIENTES				540	100%

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.  
CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO "

EDUCACION CONTINUA EN SERVICIO PARA EL PERSONAL  
(CHARLAS). PARA PACIENTES Y FAMILIARES.

1. **Consulta Externa.**
  - Orientación a la embarazada sobre la importancia de la visita médica.
  - Alimentación de la embarazada.
2. **PLANIFICACION FAMILIAR.**
  - Anticonceptivos.
  - Paternidad responsable.
3. **SALA DE RECUPERACION.**
  - Signos y síntomas de hemorragia puerperal.
  - Cuidados de enfermería a pacientes en recuperación.
4. **SALA DE EXPULSION.**
  - Atención del parto.
  - Cuidados inmediatos al recién nacido.
5. **CUNEROS.**
  - Cuidados al recién nacido.
6. **HOSPITALIZACION.**
  - Alimentación del Seno Materno
  - Cuidados al recién nacido durante la amamantación
  - Higiene del puerperio.
7. **ADMISION.**
  - Exploración física de la paciente embarazada.

## PATERNIDAD RESPONSABLE Y ANTICONCEPTIVOS.

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

El hombre y la mujer son invaluableles como seres humanos y tienen un gran valor moral, social y civil; como hijos ciudadanos, padres y abuelos, todas estas responsabilidades se van adquiriendo poco a poco desde que se nace y terminan con la muerte.

**FAMILIA.** Es el vínculo social más simple que se empieza a formar con el matrimonio, formandose así por padres e hijos.

**MATRIMONIO.** Formado por un hombre y una mujer que al casarse o unirse cada uno adquiere derechos y responsabilidades.

**EL HOMBRE.** Adquiere la responsabilidad de proveer alimento, vestido y techo a su esposa y a sus hijos cuando los tengan. Y tiene el derecho a ser amado y respetado por su familia.

**LA MUJER.** Adquiere la responsabilidad de cuidar la economía, salud y educación del esposo y de los hijos y si trabaja ayudará a los gastos del hogar y de los hijos.

Adquiere el derecho de ser amada y respetada por su familia.

**HIJOS.** Los padres serán responsables de darles todo lo necesario a sus hijos hasta que cumplan 18 años.

Para todo esto suceda se necesita tener una gran conciencia y responsabilidad de lo que es el matrimonio, y lo que implica tener un hijo; y esto se puede llegar a lograr si se sabe planificar la familia mediante el conocimiento necesario de los anticonceptivos.

Es necesario acudir a una visita al médico en cualquier centro de salud, I.M.S.S., o I.S.S.S.T.E., clínica particular; el médico determinará cual es el método más apropiado a su organismo y necesidades, ya que no todos los organismos reaccionan de igual manera a los anticonceptivos.

Los padres protegen, ayudan al desarrollo de sus hijos hasta - que estos se conviertan en hombre y mujeres útiles independien- tes y maduros para poder formar una nueva familia (18) p.118

La Educación Sexual se observa en cualquier parte, pero princi- palmente se observa y estimula en el hogar.

PRINCIPIOS FILOSOFICOS Y OBJETIVOS DE LA EDUCACION SEXUAL  
SEGUN VIRGINIA HILU.

1. La sexualidad está ligada íntimamente a la personalidad, la que según los expertos se adquiere en el inicio de la vida y aflora del individuo de acuerdo a las circunstan- cias en que se encuentra.
2. La educación sexual tiene en cuenta la dignidad de la per- sona humana.
3. El comportamiento sexual humano es conciente voluntario y responsable. La educación sexual da al individuo respon- sabilidad en sus actos sobre todo en lo referente a las - relaciones sexuales para no crear una vida no deseada que lo lleve a crear caminos equivocados, lo conciente del in- dividuo debe ser tal que piense en si mismo y en la reper- cución de lo que voluntariamente haga.
4. La conducta sexual es reflejo de los valores y actitudes del individuo y de la sociedad donde vive.

La educación sexual es obligación primaria de los padres.

(18) Hilu Virginia, "PARTICIPACION DE LA ESCUELA EN LA EDUCA- CION SEXUAL. MEXICO, ED. POX MEXICO 1974 p.16.

**VENTAJAS DE LOS ANTICONCEPTIVOS Y PATERNIDAD RESPONSABLE.**

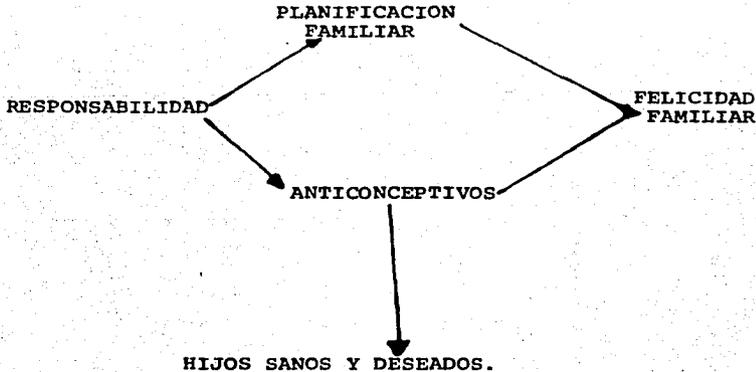
No tener muchos hijos, solamente tener los que se deseen, y - que responsablemente se les brinde todo lo necesario para crecer sanos psicológica y físicamente.

Conocer el funcionamiento del sistema reproductor femenino y masculino ambos conyuges.

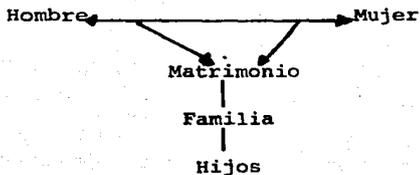
Evitar desgaste físico y emocional de la pareja.

Poder tener mejores condiciones de vida.

Dedicar el tiempo suficiente a hijos, esposa y esposo mutuamente entre sí, para sentirse realmente parte de una familia.



**PATERNIDAD RESPONSABLE Y ANTICONCEPTIVOS.**



**Responsabilidades**

**Responsabilidades.**

Hombre

Mujer

**Derechos**

**DERECHOS DE LOS HIJOS**

Amor

Alimento

Techo

Vestido, calzado

Educación

Recreación

**D U R A C I O N    1   8    A Ñ O S**

PATERNIDAD RESPONSABLE Y ANTICONCEPTIVOS.

CONTRACEPCION.

El término "contracepción", según se emplea generalmente se refiere a la prevención temporal del embarazo por diversos métodos en contraposición a la prevención permanente del embarazo realizado mediante esterilización quirúrgica. (19). p.950

La prevención voluntaria y temporal del embarazo puede estar indicado o es deseable por las razones siguientes: socio-económicas (limitación de los descendientes para elevar el estándar de vida y prevenir la sobrepoblación).

Médicas (mejoramiento de la salud materna durante el tratamiento de ciertas enfermedades, por ejemplo tuberculosis, nefropatías y diabetes); Eugénicas (radiación de los defectos hereditarios, como la idiotez) y personales (parejas que no deseen procrear). (20) 646.

METODOS ANTICONCEPTIVOS.

Temporales:

- a. Duchas vaginales.
- b. Dispositivos intrauterinos. (D.I.U.)
- c. Diafragma.
- d. Condon.
- e. Inyectables.
- f. Jaleas.
- g. Ovulos.
- h. Tabletetas.

(19) IBIDEM p.48. (8)

(20) IBIDEM p.49. (11)

Estos anticonceptivos podrán ser mecánicos, locales, orales, - intramusculares de acuerdo al organismo de cada mujer.

Por eso es indispensable acudir al médico.

Definitivos:

- a. Salpingoclasia y vasectomía.

Métodos populares:

1. Coitus interruptus.
2. Ducha podcoital.
3. Lactancia prolongada.

Métodos tradicionales:

4. Condón.
5. Diagrama vaginal.
6. Espermicidas.
7. Rítmico o período seguro.

Métodos modernos:

8. Contraceptivos orales.
9. Dispositivos intrauterinos. (21) p.953

#### BIOLOGICOS

Abstinencia (inclusive el "método del ritmo"); coito interrumpido (onanismo); supresión hormonal de la ovulación y la esterilización tubaria.

#### MECANICOS.

Preservativos (condon); oclusión cervical o intrauterina, (persarios, diafragma, dispositivos intrauterinos, botones, espirales.).

(21) IBIDEM. p. 48. (8)

**QUIMICOS**

**JALEAS, geles, cremas y supositorios espermaticidas.**

**MECANICO - QUIMICOS.**

**Espuma, polvo y esponja, duchas, diafragma y crema o jalea.  
(22). 646**

**(22) IBIDEM p. 49 (11)**

#### ATENCION PRENATAL.

El objetivos de los cuidados prenatales consiste en asegurar - en lo posible que todo embarazo culmine en una madre y un hijo sano.

Los infinitos cambios en el organismo materno durante el embarazo hace, que, a veces, no pueda ser muy precisa la demarcación entre la salud y la enfermedad.

Por consiguiente es necesario observar a las mujeres atentamente durante todo el embarazo a fin de poder reconocer, lo antes posible, cualquier anomalía que amenace el bienestar de la madre y su hijo.

El examen antes del embarazo es sin duda muy beneficioso para la salud física y emocional de la futura madre y a su vez de su futuro hijo.

En condiciones ideales de asistencia prenatal debería ser una continuación de un plan de vigilancia médica de la salud establecido de antemano para la mujer, la madre debería ser examinada lo antes posibles en su embarazo. (23) 288

La consulta médica después de confirmar el embarazo, deberá -- ser cada mes hasta los seis primeros meses de embarazo, el séptimo y octavo mes una consulta cada quince días, y en el último mes una consulta cada semana. Esto en razón de que los peligros y los riesgos a los que está expuesta la mujer en los últimos meses del embarazo, son considerablemente mayores que los riesgos a los que está expuesta en los primeros meses. (24).

El conocimiento de los problemas generales de la salud de la paciente permite al obstetra interpretar correctamente la sintomatología que sobrevenga y corregir de inmediato las complicaciones.

(23) IBIDEM p. 48 (8)

(24) IBIDEM p.48 (9)

La atención prenatal correcta constituye un aspecto de gran im  
portancia en la medicina preventiva ya que proporciona una --  
oportunidad para escrutar a las embarazadas, para identificar  
enfermas de alto riesgo versus enfermas de bajo riesgo. (25)87

### ALIMENTACION DE LA EMBARAZADA

Durante la mayor parte de este siglo las dietas de las embarazadas han sido temas de discusión inacabables que han ocasionado confusión, estas dietas han sido de restricción calórica rígida y a los que proporcionan grandes cantidades de proteínas, primordialmente de origen animal. Estas dietas ricas en proteínas si se consumen se traduce en un alto consumo calórico debido a la grasa asociada. El razonamiento erróneo que lleve a la rígida restricción calórica derivaba primordialmente de la observación de que en la preclampsia y eclampsia tenía lugar una ganancia excesiva de peso.

En general no se advierte que la ganancia de peso resaltaba más bien del edema que de un excesivo consumo calórico.

Una restricción calórica muy rígida incluso para mujer embarazada francamente obesa, no ha de repercutir necesariamente de modo favorable en el feto por ejemplo semejante régimen dietético podría provocar una cetoacidosis materna.

Y esta es capaz de provocar defectos neurologicosen los fetos (churchill y Berendes) 1.

Si fuera necesario imponer un régimen reductos debería tenerse en cuenta el peligro por cetosis por hambre y establecer un sistema de registro cuidadoso con el fin de reducir en un mínimo la probabilidad de que se desarrolle cetoacidosis.

#### ES POR ESTO QUE:

La dieta durante el embarazo puede ser el detalle más importante de la atención prenatal. Las deficiencias y excesos nutricionales tiene implicaciones significativas para la preclampsia eclampsia, la hemorragia puerperal, la anemia, las anomalías fetales y otras complicaciones.

El aumento de peso de la embarazada y el peso previo de la fu-

tura madre, constituyen los determinantes mayores en el peso -- del producto al nacer.

Las mujeres que se encuentren en una categoría de bajo peso, es decir menos de 55kg antes del embarazo y que tienen una ganancia de peso limitada durante la gestación menor de 4500 mgs. -- tienen una frecuencia notable mayor de ventajas con bajo peso -- al nacer, en comparación con madres más pesadas y mejor alimentadas.

En esta forma una mujer embarazada deberá ingerir por lo menos lo siguiente diariamente:

Leche - - - - - una porción.  
Frutas cítricas o tomate - - una porción.  
Carne magra, pescado, - - - una porción.  
Aves, huevos, quesos - - - una porción.  
frijoles - - - - - dos porciones.  
Vegetales verdes de hoja - - una porción.  
ancho.  
Vegetales amarillos - - - - una porción.

#### MINERALES Y VITAMINAS SUPLEMENTARIOS

La leche es relativamente barata y un litro de leche de vaca -- contiene un gramo de calcio y 33 gms de proteínas.

La ingestión diaria recomendada de calcio es de 1.2g. por lo -- que un litro de leche va a proporcionar la cantidad de calcio -- adecuada.

La leche descremada en polvo o la mantecquilla, son las mejores especialmente si la dieta exige restricción de crema para control de peso. La leche no tiene sabor (que no les guste) deberá suplementarse la dieta con las proteínas, calcio y -- vitaminas necesarias en otras formas es decir (queso, pescado, fruta).

Idealmente, no se necesita el hierro suplementario para prevenir la depauperación del hierro materno durante el embarazo, debido a que muchas pacientes son anémicas al inicio de la gestación.

Deberán administrarse 30 mg. de hierro en forma de hierro simple, gluconato de hierro o fumarato ferroso, para proporcionar el hierro suficiente para llenar los requerimientos de toda embarazada y proteger sus depositos de hierro.

El ácido fólico oral (falacin) 0.8 mg. diarios deberá administrarse como suplemento dietico durante el embarazo.

El tratamiento con folato en forma usual no va a dañar a la embarazada que tenga anemia perniciosa que nose ha diagnosticado.

#### FRUTAS DE LA ESTACION.

SUBSTANCIAS NUTRITIVAS QUE APORTAN AL ORGANISMO VITAMINAS CARBOHIDRATOS Y AGUA.

##### PRIMAVERA.

papaya, sandia, melón, piña, plátano, fresa, toronja, naranja, mango, mamey, chabacano, pitaya, pera, ciruela, manzana, higo, perón.

##### VERANO.

papaya, sandia, melón, piña, plátano, manzana, pera, ciruela, durazno, tuna, granada, uvas, perón.

##### OTOÑO.

membrillo, guayaba, chizo zapote, higo, toronja, piña mandarina, pera, perón, papaya, zapote, limón real, jicama, fresa, chirimoya y uva.

##### INVIERNO.

papaya, melón plátano, toronja, naranja, piña, mandarina, uva, zapote negro, zapote blanco, fresas, guayaba, tejocote, pera, caña, chirimoya y chico zapote.

#### VERDURAS DE LA ESTACION.

Substancias que aportan al organismo vitaminas carbohidratos, minerales y agua.

PRIMAVERA.

poro, apio, coliflor, acelga, espinaca, zanahoria, romerito, nopal, rabano, lechuga orejona, calabacita, berro, pepino, tomate, ejote, chicharo, alcachofa, chile poblano, verdolaga, aguacate, chilacayote y jitomate.

VERANO.

zanahoria, elote, chicharo, ejote, rabano, pepino, lechuga orejona, nopal, calabacita, chayote, col, coliflor, -- chile poblano, aguacate, chilacayote, espinacas, papa, calabaza de castilla, jitomate.

OTOÑO.

Calabaza, chayote, ejote, zanahoria, rabano, lechuga orejona, elote, betabel, chile poblano, acelga, verdolaga, -- chilacayote, espinaca, col, papa, calabaza de castilla, -- jitomate y chile poblano.

INVIERNO.

espinaca, rabano, betabel, acelga, col, elote, lechuga -- orejona, chile poblano, coliflor, berro, romerito, apio, poro, lechuga romanita, nopal, chicharo, zanahoria, pepino, ejote, chayote, calabacitas y verdolaga. (7) p.45. 62

-47-  
CENTRO MATERNO INFANTIL  
**GRAL. MAXIMINO AVILA CAMACHO**

Clave 14-86



**DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA  
SE DEBE COMER DIARIAMENTE**

**(ORIENTACION NUTRICIONAL)**



**4 1/2 a 5 RACIONES  
DEL GRUPO DE  
ORIGEN ANIMAL**

**UNA RACION ES:**  
1 taza de leche  
1 pieza de carne



**PESCADO**

**POLLO**

**YOGURT**

**HUEVOS**

**CARNE**



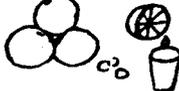
**1 RACION DE HOJAS  
VERDES**



**UNA RACION ES:**  
1/2 taza de verdura  
1 pieza de fruta

**ACELGAS  
MALVAS, QUELITES,  
ESPINACAS**

**1 RACIONES DE FRUTAS  
CITRICA**



**NARANJA  
TORONJA, LIMON  
JITOMATE**

**GUAYABA**

**1 RACION DE VERDURAS  
O FRUTAS AMARILLA**



**ZANAHORIA  
CAMOTE, PAPAYA,  
CHABACANO, MANGO**

**DURAZNO**

**5 RACIONES DEL GRUPO  
DE CEREALES, RAICES  
Y LEGUMINOSAS**

**TORTILLAS, PAN INTEGRAL  
PAPAS, AVENA, CEBADA  
PASTAS FORTIFICADAS, ARROZ**

**UNA RACION ES:**  
1 pieza de pan  
1 tortilla, 1 taza de cereal  
cocido, tallarines, arroz  
1 taza leguminosas



**GARBANZO, ARVEJON,  
LENTEJA, FRIJOL,  
HABA**

**NO SE DEBE FUMAR, NI TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS. NO SE DEBE TOMAR  
NINGUN MEDICAMENTO QUE NO HA SIDO RECETADO POR SU MEDICO**



GFR





- 48 -  
CENTRO MATERNO INFANTIL  
GRAL. MAXIMINO AVILA CAMACHO

ORIENTACION NUTRICIONAL

Clave 14-85

Si no toma usted carne, pollo o pescado:

- Deberá usted tomar productos lácteos como la leche, crema, jocoque, yogurt y queso, más huevos. -- 4 a 5 raciones al día. Si usted no puede hacer ésto, avise a su médico.
  
- Combine los granos con las leguminosas en el mismo platillo a la hora de comer, para tener una mejor alimentación.

Arroz		Frijol soya		
		Frijoles varios		
Maíz	+	Habas	+	nueces y semillas
		Lentejas		
Trigo		Garbanzos		frutas y verduras
		Chícharos secos		

Las leguminosas como los frijoles y garbanzos se deben remojar en agua toda la noche antes de cocinarlas.

El trigo debe ser integral -- pan negro, pan semita, tortillas de harina integral o el grano entero hervido como el del arroz.

El arroz de preferencia también debe ser integral, sin pulir. Se pone a hervir sin haberse frito previamente.

- La soya texturizada se utiliza en vez de la carne o para extender la carne que usted tenga. Se remoja en agua, se escurre y se sazona.

La harina de soya se utiliza para enriquecer cualquier cosa que usted haga con harina de maíz o trigo como como las tortillas, tlacoyos, gorditas, pan, panqués, etc.

Una cuchara sopera de harina de soya en una taza de Minsa, masa o harina de trigo.



# CENTRO MATERNO INFANTIL GRAL. MAXIMINO AVILA CAMACHO



## ORIENTACION NUTRICIONAL

PARA LA SALUD DE USTED Y LA DE SUS HIJOS, SE NECESITA COMER ALIMENTOS QUE CONTIENEN HIERRO. INCLUYA USTED LOS SIGUIENTES ALIMENTOS EN SU DIETA.

### ORIGEN ANIMAL



CARNE ROJA  
MORONGA  
HIGADITOS (pollo)  
HIGADO (res)

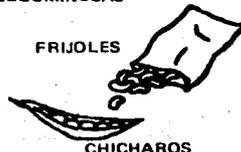


HUEVOS



PESCADO SECO  
ACOCILES  
JAIBA  
SARDINAS EN ACEITE  
O JITOMATE

### LEGUMINOSAS



FRIJOLES

CHICHAROS

### HOJAS VERDES



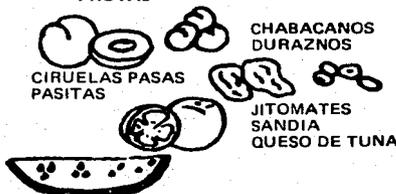
ACELGAS

MALVAS

ESPINACAS

QUELITES, VERDOLAGAS,  
YERBAMORA

### FRUTAS



CHABACANOS  
DURAZNOS

CIRUELAS PASAS  
PASITAS

JITOMATES  
SANDIA  
QUESO DE TUNA

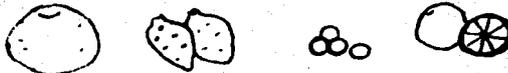
PILONCILLO en vez de azúcar blanca



CHILE cuando hay tolerancia



COMPLEMENTAR ESTOS ALIMENTOS CON FRUTA CITRICA COMO LA NARANJA, TORONJA, JITOMATE Y OTRAS COMO LA GUAYABA Y CARAMBULLO.



## ATENCION DEL PARTO.

### INTRODUCCION:

El parto se ha definido como el acto fisiológico de la mujer, mediante el cual el producto de la concepción ya viable, es desalojado del utero a través del canal vaginal y puesto en contacto con el mundo exterior.

Un parto se llama a "término" cuando el embarazo ha tenido una duración completa (9 meses solares, 10 meses lunares, 40 semanas).

Se llama "parto prematuro" cuando tiene lugar antes de que el embarazo alcance el término, pero cuando ya el producto es viable, es decir, cuando ya puede vivir al salir al exterior; parto prematuro a los 6 meses de embarazo, o en los últimos tres meses del embarazo.

Antes de los seis meses se llama aborto.

El parto puede ser "normal" cuando la naturaleza sola es capaz de efectuarlo, cuando no hay ninguna perturbación en los mecanismos por los cuales se efectúa el parto, y entonces naturalmente la expulsión del producto de la concepción se realiza sola; entonces se dice que el parto es normal o que es fisiológico, o que es eutócico.

En oposición a esto, cuando se alteran uno o varios de los factores que intervienen en el curso del parto, cuando hay necesidad de intervenir para poder liberar a una mujer del producto de la concepción, entonces se dice que el parto es "anormal" o "distócico". (35) 199-200.

OBJETIVOS.

1. Orientar a la gestante y familiares sobre lo que significa el parto.
2. Valorar las necesidades de la paciente durante el parto, y poder obtener su colaboración.
3. Poder identificar las posibles complicaciones durante el trabajo de parto y el parto.
4. Que el personal de enfermería sea capaz de vigilar y atender a la gestante y al neonato eficazmente.
5. Reafirmar los conocimientos teóricos prácticos del personal de enfermería.

DESARROLLO DEL TEMA.

El parto puede presentarse en cualquier período del embarazo, pero las probabilidades de que ocurra aumentan con la proximidad del término.

El trabajo de parto verdadero supone la dilatación de la cervix y una serie de fases subsiguientes definidas que terminan con la expulsión de la placenta.

El faso trabajo de parto, muy común al final del embarazo se caracteriza por contracciones irregulares y cortas que se acompañan de adolorimiento en la parte bajo del abdomen.

En la servix no se observan modificaciones y el producto no desciende.

El principio del trabajo de parto verdadero está señalado por la aparición de contracciones uterinas regulares y dolorosas que aumentan en frecuencia, en fuerza y en duración, con el transcurso del tiempo.

Poco antes de la iniciación del trabajo del parto se puede expulsar una pequeña cantidad de moco sanguinolento (expulsión del tapón mucoso). Este hecho es una evidencia de dilatación y borramiento cervical y también frecuentemente de descenso del producto. (36) p.111.

(36) BENSON, GINECOLOGIA, OBSTETRICIA.

La atención de un parto implica, antes de que llegue el parto mismo, cierta preparación a la paciente.

Habitualmente, las pacientes embarazadas llegan al parto con un gran temor; si son multíparas por que ya sabe lo que es el parto, por que ya han sufrido los dolores del trabajo de parto, y por que les resulta muy poco grata la idea de volverlos a sufrir. Si son primigestas, entonces llegan todavía con más temor al parto, por que la primigesta que no ha sentido estos dolores sí en cambio ha oído lo que han contado sus amigas, parientas, etc., y lo habitual es que la primigesta llegue al parto pensando que es una cosa terrible, con mucha frecuencia más de lo que es. El caso es que la mujer llega al parto con temor, y primer deber de nosotros frente a una embarazada a la cual le vamos a atender el parto, va a ser el hacerle una preparación psíquica adecuada. Claro está que cada persona es diferente; nosotros vamos por lo tanto a individualizar la preparación psíquica pensando que nuestro objetivo es que la mujer durante el embarazo no se martirice pensando en el parto, y llegando el parto, esté tranquila, con todos sus sentidos perfectamente controlados.

Esto no es nada más por una razón humanitaria, sino también -- por razones técnicas, una mujer tranquila, que ya sabe lo que va a venir y que sabe que esto no es cosa del otro mundo, entonces colabora bien con el médico en el momento de su atención obstétrica, y la colaboración de la paciente en el momento del parto es un elemento valioso. (37) 239 - 240.

### ATENCION DEL PARTO.

#### OBJETIVOS:

Brindar una atención de enfermería-obstetricia óptica a la madre, feto y recién nacido durante el período expulsivo, alumbramiento y posparto.

El parto normal puede ser atendido por la enfermera adiestrada y supervisada según el nivel de servicio; para la atención del recién nacido deberá haber otra enfermera adiestrada en la atención inmediata al recién nacido y además una enfermera circulante.

El equipo mínimo para la atención del parto es:

Lampataciélfica y auxiliar.

Mesa o camilla de parto.

Mesa para instrumental.

Mesa para recepción del recién nacido.

Equipo e instrumental para atención del parto, episiotomía y episiorrafia.

Ropa estéril para la paciente y el personal que la atiende.

Guantes estériles.

Provisión de medicamentos y material para su administración en el parto o en la atención inmediata neonatal.

Soluciones desinfectantes: alcohol, cloruro de benzalcoholio.

Estetoscopio de pinard.

Baumanometro y fonodoscopio.

Termometro.

Oxígeno y aspirador.

Material para toma de muestras de sangre.

Papeleria.

Lavamanos con llave de codo o pie.

Previo traslado de la embarazada a la sala de partos se le deberá informar sobre el lugar del parto, y la forma de colaborar durante el mismo. Será trasladada en camilla y con la historia clínica correspondiente.

El personal encargado del control del trabajo de parto debe informar la evolución del parto y las indicaciones médicas y de enfermería realizadas y a realizar a la persona responsable de la atención del parto.

La embarazada nulípara deberá trasladarse a la sala de partos con dilatación completa de servis, y presencia de pujo; la multipara será trasladada con dilatación de 7 a 8. La posición tradicional para la atención del parto es la ginecológica en esta posición la embarazada deberá estar en franco período expulsivo y tener la región sacra apoyada sobre el borde de la mesa.

Durante el período expulsivo debe controlarse:

- Dinámica uterina cada 15 minutos.
- Frecuencia cardiaca fetal cada 10 minutos.
- Mantener informar a la embarazada sobre los procedimientos a realizar, evolución del parto y estado del feto.

Se le estimulará a pujar en cada contracción con pujo largo y sostenido, indicándose relajación entre contracciones.

- Se indicará evacuación espontánea de vejiga y se hará la vado vulvo-perineal y cara interna de los muslos; se cubrirá la zona mencionada y las extremidades inferiores con campos estériles según técnica establecida.

La persona asignada para la atención del parto deberá:

- Realizar lavado de manos y antebrazos con agua, jabón y cepillo según la técnica quirúrgica.
- Vestir ropa adecuada, usar guantes estériles según técnica quirúrgica.

- Se controlará el progreso del período expulsivo mediante cambios en altura, variedad de posición y grado de flexión de la presentación.
- Cuando la presentación corone deberá realizarse: Amniotomía, si están integradas las membranas, observando cantidad y características del líquido amniótico. Episiotomía media o media lateral previa infiltración de anestesia de rutina a todas las pacientes primigestas.  
Episiotomía a pacientes multiparas previa evaluación de la elasticidad del periné y tamaño del feto.
- Todo medicamento que se le administre a la paciente durante el período expulsivo deberá ser por prescripción médica, escrita con nombre del medicamento, dosis, día y firma del médico.

#### EXPULSION FETAL.

- La recepción del feto se realizará favoreciendo la expulsión espontánea de la presentación, previniendo la expulsión brusca y sobredistensión del periné; permitiendo la rotación externa y corroborando la presencia de circulares de cordón al cuello fetal, en este caso se procederá a aflojarlos, si es factible; de lo contrario, se pinza y se corta. Terminada la expulsión de la cabeza se aspirarán secreciones de narinas y boca; se ayudará a que los hombros salgan haciendo presión relativa del hombro anterior hacia el periné y a la inversa con el hombro posterior, evitando desgarros vulvo-perineales a la madre.

Se pinzará el cordón umbilical a 5cm., de la piel del neonato después que cesen las pulsaciones.

Inmediatamente después de la expulsión del feto debe pinzarse el cordón en los siguientes casos:

- Recién nacido con asfixia neonatal (depresión respiratoria grave) ya que en ellos está disminuido el PH de la sangre.
- Recién nacido de bajo peso al nacer, para evitar hemoconcentración e hipervolemia que conduciría a una insuficiencia cardiaca neonatal.
- Recién nacido con enfermedad hemolítica por factor RH para disminuir la insoimmunización.
- Recién nacido hijo de madre que ha recibido anestesia por inhalación o pentothal para disminuir el paso de la droga al niño.

#### PERIODO DE ALUMBRAMIENTO.

Se colocará una pinza de rocher en el cordón umbilical de la placenta a nivel de la horquilla vulvar extendiendo el cordón.

- Se mantendrá una actitud expectante observando:
  - Pérdida de sangre: cantidad.
  - Descenso del cordón.
  - Retracción del cordón, altura uterina y sus modificaciones.
- Comprobado el desprendimiento de la placenta:
  - Se dejará exteriorizar la placenta por su propio peso haciendola rotar sobre sí misma, para extraer las membranas.
  - Se revisarán la placenta y las membranas para comprobar su integridad o identificar anormalidades.
- Terminada la expulsión de la placenta se procederá a controlar la presión arterial materna.
- Expulsada y revisada la placenta, se deberá cambiar los guantes para realizar revisión manual del cuello, vagina genitales externos.

- Deberá referirse al médico:  
Pacientes que presenten retención de restos placentarios, ovulares, hemorragia y desgarros perineales Grado III.
- Cuando se haya realizado la episiotomía, se procederá a la sutura reconstruyendo los planos comprometidos, según técnica.
- Los desgarros perineales Grado I y II se suturarán según técnica establecida; terminada la sutura se realizará lavado vulvo-perineal evitando la entrada del líquido por la vagina.
- Antes de trasladar a la parturienta de la mesa de parto a la camilla se deberán realizar los siguientes controles maternos:  
Presión arterial, frecuencia cardiaca, altura del útero, formación del globo de seguridad de Pinard y sangrado vaginal.
- Todos los procedimientos que se hayan aplicado a la parturienta durante la atención del parto deberán consignarse en los registros clínicos correspondientes.
- En todo cambio de turno se hará entrega individual de pacientes, informando estado y evolución de la paciente y del feto, procedimientos y acciones realizadas y a realizar.
- La información a la familia de la paciente sobre el estado y el sexo del recién nacido será responsabilidad del profesional que esté a cargo de la atención del parto.

**POSPARTO INMEDIATO.**

- A la parturienta, en las dos primeras horas del posparto se le deberán realizar cada 15 minutos los siguientes controles:  
presión arterial, frecuencia cardiaca, globo de seguridad y sangrado vaginal hasta que se estabilice.
- A la paciente que presente hipotonía uterina se le realizará masaje según técnica establecida.
- Se refirirá al médico:  
Paciente con hipotonía uterina que no ceda con masaje.  
Paciente con alteraciones de la presión arterial y frecuencia cardiaca.

Estas pacientes no deben ser trasladadas al servicio de puerperio hasta no corregir su alteración. (38)p.68

### PRIMEROS CUIDADOS AL RECIEN NACIDO.

Lo primero que haremos será limpiar correctamente las vías aéreas superiores del recién nacido por mucosidades o líquido -- amniótico.

La limpieza correcta de las vías áreas superiores importa por dos motivos fundamentales:

1. Para dejarlas expeditas para que el producto pueda respirar libremente; y 2o., Para evitar que los movimientos de inspiración que son bruscos, los primeros que realiza el producto, estas mucosidades o secreciones pasen a ocupar las vías áreas inferiores hay que evitar esto porque las mucosidades son sépticas, de manera que con posterioridad pueden determinar la -- aparición de focos neumónicos o de bronconeumonías en el recién nacido, en el curso de los días siguientes. (22) 262.

La sonda que va a realizar la aspiración se introduce por la boca a la faringe, y se están haciendo movimientos de introducción y de extracción de la sonda para facilitar la aspiración de las secreciones que ocupan estas cavidades, y además la sonda se hace penetrar por los orificios de la nariz, porque todas las fosas nasales pueden estar ocupadas también por esta secreción.

Limpiadas las vías respiratorias del producto, se procede a ligar el cordón umbilical (el cordón umbilical se encuentra pinzado y seccionado). La ligadura se efectúa habitualmente con una cinta de lagodón trenzado, o con cualquier material de este tipo que no sea demasiado rígido a demasiado delgado, no debe ser demasiado rígido porque entonces es problemático que -- efectúe realmente la ligadura de los vasos; un material demasiado rígido difícilmente aprieta sobre los vasos suficientemente para colapsarlos, y no debe ser demasiado delgado porque entonces corta la felatina de wharton y hay el peligro de que

alguno de los vasos del cordón umbilical se suelte de esa ligadura, y sea también cortado por el hilo demasiado delgado que se utilice.

Habitualmente se hace la ligadura del cordón en dos regiones, con objeto de garantizar el que realmente estos vasos van a -- quedar perfectamente colapsados; en rigos bastaría con una so la ligadura, pero es una precaución que debe hacerse de rutina, el hacer la ligadura en dos regiones diferentes: la primera de estas regiones, digamos la zona proximal en donde va a quedar colocada la ligadura, debe distar de la inserción umbilical -- del cordón cuando menos unos 4 a 5 cm., esto con el objeto de no exponer el peligro de ligar algún órgano o algún tejido del contenido abdominal que haya penetrado a través de una hernia umbilical en el espesor del cordón. Entonces se hace un nudo sencillo y se aprieta sólidamente. Después de hecho este nudo, estos dos cabos se vuelven a pasar uno a cada lado del cor dón, y del otro lado se efectúa otro nudo y se aprieta sólidamente, y ya sobre el segundo nudo se hace otro nuevo, de tal - manera que queda doblemente anudado. Esta misma operación se repite 1 ó 2 cm., más lejos para tener una doble ligadura.

(27) 262 a 264.

La primera respiración.

Para lograr la primera expansión del pulmón es necesario vencer una gran resistencia. Contribuyen a esta resistencia la regidez del pulmón, la resistencia de las vías aéreas pequeñas contra el paso del aire y la tensión superficial que tiende a mantener en posición los revestimientos húmedos de los conductos aéreos distales. Para que la ventilación sea eficaz es necesaria la presencia de material tensoactivo en los espacios aéreos.

Iniciación de la respiración.

Normalmente el recién nacido comienza a llorar de inmediato después del nacimiento; estos gritos indican el establecimiento de una respiración activa, acompañada de importantes cambios en la función circulatoria. Ha sido difícil elucidar el modo como se desarrolla la primera respiración por que muchos de los mecanismos implicados tienen lugar de forma simultánea.

Juegan un importante papel estímulos táctiles, bioquímicos, -- térmicos y circulatorios.

Se postulan las siguientes explicaciones dignas de atención es timulación física. Se cree que las manipulaciones a que es sometido el niño durante su nacimiento y su contacto con el aire y con diversas sustancias rugosas provocan la respiración durante estímulos que alcanzan al centro respiratorio desde la piel. Sin embargo, la palpación abdominal vigorosa, la aplicación de forceps y las tentativas de versión y extracción no inician la respiración en el feto con una circulación placentaria intacta.

La oclusión del cordón umbilical precipita una elevación en la presión arterial; algunos la consideran factor importante en la iniciación de la respiración.

### Compresión del tórax fetal durante el parto.

La compresión del tórax fetal durante el segundo estadio del parto seguida de la expresión que acompaña inevitablemente al nacimiento de los hombros, presenta una posible explicación para el primer movimiento inspiratorio. Sin embargo, - los niños nacidos por cesárea suelen llorar de modo satisfactorio y algunas veces con tanta rapidez como los nacidos por vía vaginal. No obstante, es posible que la compresión del tórax durante el parto vaginal constituya un factor auxiliar en la - incitación de la respiración. (28) p. 415.

### Cuidados inmediatos.

Se cree que es beneficioso aspirar el exceso de moco - de la boca y faringe en seguida después del nacimiento, mientras el niño permanece aún con la cabeza hacia abajo. A este fin es adecuada una jeringa auricular blanda de goma introducida con mucho cuidado. Una vez seccionado el cordón, el niño - ha de ser colocado dentro de una cuna calentada o en un reanimador, como la unidad Kreiselman que permite bajar la cabeza - del recién nacido y provee de oxígeno, el equipo necesario para la succión y una regulación adecuada de la temperatura.

En estos momentos el tocólogo evaluará por primera vez las condiciones del niño.

Durante el período que sigue inmediatamente al nacimiento el - niño presenta una serie característica de reacciones semejantes a las de un adulto que se recupera de una anestesia. Durante los primeros minutos, o primer período de reactividad, - presenta estertores respiratorios, expansión de las alas de la nariz, gruñidos, y retracciones subternales y subcostales. - Por lo general hay taquicardia, descenso de la temperatura y - movimientos de altura. Después de esta fase inicial, el niño entra en un período relativamente tranquilo durante el cual -- disminuye la frecuencia cardíaca y respiratoria. (415-416 Williams) (29).

(28) IBIDEM p. 48 (8)

(29) IBIDEM p. 48 (8)

### Primera respiración.

" La iniciación de la respiración sucede en forma normal inmediatamente después de que es expulsado el feto del claus--tro uterino; factores físicos (térnicos, táctiles, auditivos y visuales) y factores químicos (concentración de oxígeno, bióxido de carbono y pH) están involucrados en le mecanismo que la produce.

El estimulante directo principal del centro respiratorio es el bióxido de carbono, y secundariamente la disminución de la oxigenación normal (hipoxia) actúa en este sentido; normalmente, el CO<sub>2</sub> producido en el metabolismo general orgánico se elimina por medio de la sangre circulante a través del alveolo pulmonar; debido a la gran difusibilidad del compuesto, se requiere sólo un pequeño gradiente que se establece normalmente entre la pCO<sub>2</sub> en el alveolo pulmonar, que es de 37mm de Hg y la de la sangre venosa que es de 40mm de Hg con lo que la excreción respiratoria se realiza satisfactoriamente porque resulta suficiente para poner en actividad un número adecuado de neuronas del centro respiratorio. Cuando la pCO<sub>2</sub> sanguínea se eleva, - el estímulo es mayor y la función respiratoria se exagera aumentando la frecuencia respiratoria, la capacidad vital y el volumen minuto, y modificando las tensiones gaseosas intraalveolares para eliminar con rapidez el excedente de CO<sub>2</sub> producido. El pH sanguíneo es muy importante en la regulación de la respiración y en la posibilidad de recuperación de los trastornos respiratorios perinatales.

En cuanto a los estímulos físicos, es conocimiento generalizado desde hace muchos años que el cambio brusco de la temperatura ambiental extrauterina experimentado por el recién nacido ayuda a éste en la primera respiración."

(30) DIAZ DEL CASTILLO PATOLOGIA PEDIATRICA  
EDITORIAL INTERAMERICANA.

#### CUIDADOS MEDIATOS AL RECIEN NACIDO.

**INTRODUCCION.** Las horas más precarias de la infancia, son las inmediatas consecutivas al nacimiento. El recién nacido debe hallarse bajo observación constante; aplicando los principios científicos fundamentales en lo que se basan las actividades de enfermería requeridas para su buena atención.

**OBJETIVOS.** Otorgar al recién nacido una atención oportuna, -- eficiente y libre de riesgos para ayudarle a una mejor adaptación a la vida extrauterina.

Contribuir a la disminución de la morbilidad neonatal precoz. (31) p. 71.

Se coloca al recién nacido en posición supina sobre una superficie plana o con la cabeza levemente más baja, en una cuna calentada.

**LA POSICION.** Más interior de la cabeza favorece el desague de fluidos de la nariz y de la laringe.

**OJOS.** Se irrigarán con solución salina normal estéril.

**VITAMINA K.** Administrar Img., de vitamina K intramuscular.

**TEMPERATURA.** La temperatura del recién nacido se registrará cada hora hasta que se haya estabilizado. La temperatura de la cuna debe fluctuar entre 24 y 25.5 oc y se aumentará si la temperatura del lactante no se mantiene en límites normales.

#### CUIDADOS DE LA PIEL Y BAÑO.

Limpiar la piel diariamente para quitar el vèrnix.

Bañarlo con suma precaución, procurando que sea en el menor -- tiempo posible, para evitar pérdidas de calor. (155,156).

#### LIQUIDOS Y ALIMENTO.

**RESPIRAR.** Las secreciones bucofaríngeas con sonda blanda esterilizada en solución salina, mediante el equipo especial e individual para cada paciente; usar doble volumen cuando se desee aspiración continua.

(31) NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERIA OBSTETRICIA.

Aspirar y lavar el estómago con solución salinas empleadno son da blanda y jeringa, estériles y manuales. (32) p.264.

**EQUIPO NECESARIO PARA LA ATENCION.**

- Una mesa rodante.
- Una colchoneta con forro impermeable.
- Una sabanilla estéril.
- Un campo u na compresa para la recepción del niño.
- 02 con mascarilla.
- Un equipo de aspiración compuesto por; un aspirador electrico o pipeta de aspiración (lee) sondas de aspiración de polietileno No. 7.
- Un foco de luz infrarrojao blanca de alta potencia - para dar calor, ubicada a un metro de altura de la - mesa de recepción del nifo.
- Una mesa anexa conteniendo:  
una colchoneta con forro impermeable precalentada.  
Una balanza, tallómetro, cinta métrica, termometro.  
Material para ligadura del cordón, identificación -- del recién nacido, y profilaxis ocular.
- Fuente de calor según temperatura ambiente.
- Ropa y sabanillas para el recién nacido.
- Antisépticos y guantes estériles.
- Una cuna preparada con sabanillas y cobertores precalentados.

## EQUIPO NECESARIO PARA ATENDER AL NIÑO.

### UNA INCUBADORA.

Es un aparato destinado a proporcionar las condiciones ambientales óptimas que requiere el estado físico del recién nacido.

Esta compuesto de abajo hacia arriba por:

1. Una parte central acondicionada que consta de:
  - a) Motor.
  - b) Recipiente para agua.
  - c) Recipiente para hielo.
  - d) Enchufe para corriente eléctrica.
  - e) Tablero con el termostato y dos focos de control: uno rojo que indica el calor y otro amarillo para el control del aire circulante caliente que se prende para - indicar que dicho aire es normal.
  - f) Un compartimiento para colocar el filtro.
2. Una parte superior o cúpula: de plástico transparente que tiene:
  - a) Cuatro orificios, dos en la cara anterior y dos en la parte posterior cerrados con mangas montadas en dos - aros giratorios.
  - b) Una ventana prevista de tapa con visagra.
  - c) Dos pequeños orificios para poder colocar el humidificador.
  - d) Regulador para humedad.
  - e) En la parte superior un orificio que sirve para introducir el gancho de la báscula.
  - f) La parte media de la incubadora está separada de la cúpula por dos plataformas metálicas, una que sirve de - base y otra más pequeña provista de dos orificios en - sus extremos para poder introducir los dedos y permitir los cambios de posición del niño.

- g) Un termómetro con escala de grados centígrados y fahrenheit.
- h) Un colchón que se coloca sobre la segunda plataforma.
- i) Para la atención del niño se consideran dos partes de la incubadora.
- j) Parte limpia que coincide con el orificio anterior y posterior que corresponde a la cabecera, por los cuales se introducen los objetos estériles y limpios.
- k) Parte sucia que coincide con el orificio anterior y posterior que corresponde a la piecera, por los cuales se saca el material sucio o contaminado.

(33) p.336 - 337.

ASPIRACION DE FLEMAS

OBJETIVO.

Mantener vías aéreas permeables.

Equipo:

- Una flanera estéril.
- Dos sondas para alimentación. No. 8 y 10.
- Un frasco con solución fisiológica.
- Gasas estériles.

Procedimiento:

- Lleve el equipo a la unidad del paciente y coloquelo sobre la cúpula de la incubadora.
  - Lávese las manos.
  - Destape la flanera, deposite solución fisiológica, conecte la sonda al aspirador o introdúscalos a la incubadora.
  - Coloque al niño en posición dorsal.
  - Con la mano izquierda inmovilice la cabeza del niño.
  - Con la otra introduzca la sonda suavemente en la cavidad bucal y aspire. Repita el procedimiento por narinas para descartar atresias de vías respiratorias altas, - teniendo cuidado de hacerlo en forma suave y rápida -- con el objeto de evitar apnea o bradicardia.
  - Enjuague la sonda en solución fisiológica.
  - Al terminar el procedimiento, cubra el equipo y dejelo en la cabecera dentro de la incubadora.
  - Coloque al niño en decúbito ventral con la cabeza hacia un lado y siempre que las condiciones del paciente lo permitan. Haga anotaciones en la hoja de enfermera.
- 934) 221- 222.

#### HIGIENE DEL PUERPERIO

Se llama puerperio a la etapa del estrado gravido puerperal -- que comprende desde que termina el alumbramiento hasta que la involución genital del organismo materno se completa.

El tiempo que consume el organismo materno en restituirse a -- las condiciones que tenfa con anterioridad al embarazo, oscila más o menos seis a ocho semanas: esta es la duración del puerperio. El puerperio es una época de regresión en el organismo materno, en la que todas las modificaciones que surgieron - a propósito del embarazo y del parto en el organismo de la mujer tanto en la esfera genital como fuera de ella, van a desaparecer. El peso de la mujer puerpera va a ir descendiendo; - en el momento del parto la mujer pierde al desalojar al exte-- rior las estructuras ovulares, uno 4 a 4.5. kilos que es lo -- que pesan en total estas estructuras ovulares; pero a parte de esto; la mujer queda sobrepasada después del parto y en la pri-- mera semana o primeros días del puerperio pierde uno 2.5. a -- 3.5. kilos.

La pérdida de peso que experimenta la mujer puerpera, es tanto de peso somático como de líquido extracelular hay una gran cantidad de movilización líquida al exterior despues de que ocurre el parto y durante la primera semana o primeros 10 días -- del puerperio. La temperatura durante el puerperio es senciblemente normal oscila alrededor de 36.5c; pero elevaciones durante las primeras 24 horas del puerperio, que elevan la temperatura hasta 38.c y aún según algunos autores hasta 38,5 oC, - no deben ser considerado como patológico. Esto es por que la reabsorción de tejido necrosados durante las primeras 24 horas, se realiza con una intensidad extraordinaria y los catabolitos almacenados en el organismo pueden determinar esta elevación - de la temperatura que no debe ser considerara anormal.

Los entuertos son menos frecuentes en las primíparas que en -- las múltíparas, muchas veces las contracciones uterinas se -- acentuan al dar el pecho y provoca en este momento un aumento

en la intensidad de los síntomas (8). 411

Al parecer estos dolores son producido por la acumulación dentro del cuerpo uterino de cierta cantidad de loquios o de coágulos que hayan quedado del parto; el utero hace esfuerzos por - expulsar este contenido, y la contracción intensa mediante la cual el utero hace el esfuerzo es la que duele (9) 489.

Deambulación precoz: Ha tenido lugar importantes cambios en el tramamiento del puerperio en relación con la deambulación precoz.

En la actualidad suele permitirse que las pacientes normales - se levanten de la cama dentro de las primeras 24 horas que siguen al parto. Numerosos estudios bien controlados confirman - las numerosas ventajas de la deambulación precoz.

Después de ella, las pacientes declaran que se encuentran mejor y más fuertes. Las complicaciones vecicales y estreñimiento son menos frecuentes, las deambulación precoz ha reducido - materialmente la frecuencia de trombosis y embolismo durante - el puerperio. (10) 411

Los loquios rojos, la secreción sanguinolenta que se elimina habitualmente se vuelve serosa y de color más claro (loquios serosos) después de 2 - 3 días. Una semana después, los loquios se vuelven mucoides y de color amarillento, debido a la inclusión de leucocitos y a los elementos desiguales deseintegrantes. La secreción habitualmente cesa alrededor de la cuarta - semana después del parto. (11) 196

(8) WILLIAMS Y COL. OBSTETRICIA EDIT. SALVAT

(9) CASTELAZO AYALA L. OBSTETRICIA EDT. MENDEZ OTEO

(10) IBIDEM (8)

(11) BENZON AALP. MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA.

En muchos casos se mantiene el color rojizo de los loquios durante más tiempo; sin embargo, cuando persiste por más de dos semanas indica la retención de pequeñas porciones de placenta o una involución imperfecta de la región placentaria. Vistos al microscopio, durante los primeros días los loquios consisten en eritrocitos, leucocitos, células epiteliales, tiras de decidua degenerada y bacterias. (12) 409.

Después del alumbramiento o tercer período del parto, el útero debe ser palpado con frecuencia por varias horas para cerciorarse de su firmeza y comprobar que el sangrado genital no sea excesivo.

Las estimaciones de pérdida sanguínea son inexactas, especialmente cuando salen coágulos. La pérdida aproximada de 300 ml o más de sangre, significa una pérdida excesiva y cuando son más de 500 ml existe una franca hemorragia.

Pulso: Al mismo tiempo que se hace la palpación uterina, debe tomarse la frecuencia y el ritmo del pulso.

Esta revisión se hace cuando menos cada 15 minutos durante la hora consecutiva al parto.

El primer signo de pérdida sanguínea importante puede ser la elevación de la frecuencia del pulso en 10 a 15 latidos por minuto. Si esta aceleración persiste, se dará principio a la terapeutica antishock y para tratar la hemorragia en el puerperio.

Presión arterial: El descenso de la presión arterial puede indicar la presencia de shock.

(12) IBIDEM p. 48 (8)

Al llegar la paciente a la habitación o sala de puerperio se mide su presión arterial y se sigue registrando periódicamente: en las primeras 24 horas, cada 4 ó 6 horas; posteriormente, en dos o cuatro ocasiones al día (14) 198.

Conviene aplicar un vendaje al abdomen, pero poniendo un cojinetete inmediatamente por encima del fondo uterino.

El objeto de esto es evitar el que, si se presenta la inercia uterina, la sangre se acumule en el interior del utero sin salir al exterior, como puede ocurrir en ocasiones.

El utero es una inercia, es una bolsa atónica que están manando sangre hacia su cavidad, y esta bolsa atónica se va llenando de sangre sin ofrecer ninguna resistencia; puede suceder -- que dentro del utero esté almacenando un litro de sangre retenida o más, es decir una hemorragia profusa y que sin embargo al exterior da pequeños sangrados que desorientan por que los síntomas generales son los de una mujer en anemia aguda, y sin embargo por fuera no ha habido sangre. Si se va a explorar en entonces el abdomen, se da uno cuenta de que el utero está convertido en una enorme bolsa llena de sangre, y al exprimir el utero sale toda la sangre acumulada. Pues bien, para impedir la ocurrencia de estos fenómenos, es para o que es aconsejable en esos caos la colocación del cojinetete impide que el fondo -- uterino, aunque el utero esté atónito se desplace hacia arriba y si ese utero entra en inercia, entonces la sangre que mana -

del utero va a salir al exterior, y esta sangre es rápidamente notada por la propia paciente, por sus familiares, por la enfermera, etc.

La mujer se pone pálida, suda frío, con sensación de mareo; en cambio, el otro modo ven que la sangre sale, y solicitan auxilio médico rápidamente. (13) 488

Baño. La mujer puerpera durante los días que permanezca en la cama, sea 1, 2, 3, días, puede y es aconsejable que reciba baños de esponja; esto la hace sentirse más a gusto, porque naturalmente durante el parto ha sudado y se siente incómoda con el sudor. Todos estos pequeños detalles de confort incluyen en el estado de ánimo de una mujer puerpera.

No son aconsejables los baños de tina porque puede haber algunos germenos que pueden penetrar en genitales y determinar alguna infección puerperal.

El aseo externo consiste simplemente en que la enfermera coloque a la mujer encima de un cómodo, separe sus rodillas para exponer los genitales externos, con los miembros inferiores flexionados, y entonces se le hace un aseo con alguna solución antiséptica débil.

Este aseo consiste en que con una pinza y una torunda se limpie la sangre de los loquios que haya en los genitales y la parte superior de los muslos, esto deja la piel completamente limpia; se limpia también la herida perineal en caso de que ha ya habido desgarró o episotomía, y nada más.

Después, sobre la herida puede darse un toque de mercurio-cromo o alguna pomada antiséptica y analgésica: no hay que aplicar nada en los genitales internos, cualquiera que sea su estado.

(15) 490.

(13) IBIDEM p- 48 (9).

(15) IBIDEM p. 48 (9)

Higiene de los pezones:

Los pezones requieren pocos cuidados durante el puerperio aparte de la limpieza y atención a las fisuras. Es conveniente el lavado de las areolas con agua y jabón antes de cada tetada, - ya que la leche seca puede acumularse e irritar los pezones.

Una molestia frecuente proviene de los pezones inflamados. (16) 412.

FUNCION MUY IMPORTANTE ES LA DE LA GLANDULA MAMARIA.

Durante el puerperio, ya que es cuando comienza a cumplir la - hipofisis, destaca por la función tan importante que tiene en el puerperio, la prolactina o lúteotrofina, que tiene en este momento su función más importante; la hipofisis, liberada de - la acción depresora de los estrógenos, empieza a secretar en - mayor cantidad la prolactina, y la prolactina es la que va a determinar la aparición de la secreción láctea en las glándu-- las mamarias de la mujer. (17) 464 - 465 .

(16) IBIDEM p. 48 (8)

(17) IBIDEM p. 48 (9)

ALIMENTACION AL SENO MATERNO Y CUIDADOS AL RECIEN NACIDO, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA AMAMANTACION DEL SENO MATERNO.

INTRODUCCION: " Dar el pecho al bebé es una practica tan antigua como la vida y tan moderna como el presente, es la forma - que la naturaleza dicta alimentar al bebé y algo que proporciona a la madre una gran satisfacci6n", se ha reconocido que es el mejor medio para iniciarlo en la vida. (1) p. 22-23.

Es indiscutible el gran valor nutritivo que tiene para los niños dentro de los primeros meses de edad, homólogo de la misma especie, estéril, completo, que mejor puede ofrecerse al niño. (2) p.133.

Se ha comprobado que los niños alimentados en esta forma ofrecen mayor resistencia a algún padecimiento infeccioso por conferirle al niño anticuerpos, o sean defensas; en la primera leche segregada que se le denomina calostro, que como es sabido aparece en los últimos días del embarazo y aumenta notablemente durante los primeros días que siguen al parto.

Leche temprana segregada durante las primeras semanas.

Leche intermedia o madura segregada durante los 3 a 6 meses de edad del pequeño, leche tardía de los 7 meses y se prolonga -- hasta los 10 ó 12 meses. (3) p.131.

(1) BLEIER. J.I. ENFERMERIA MATERNO INFANTIL ED. INTERAMERICANA

(2) VALENSUE COLS. MANUAL DE PEDIATRIA ED. INTERAMERICANA

(3) IBIDEM (2) p. 33

OBJETIVOS:

1. Dar a conocer a la madre el beneficio que obtiene su hijo al ser amamantado.
2. Que la madre conozca las ventajas que obtiene el amamantar a su hijo.
3. Explicarle de una forma sencilla como y cuando amamantar al bebé.
4. Que conozca los cuidados que debe tener antes de amamantar al bebé.
5. Que dé los cuidados necesarios al bebé después de amamantarlo.
6. Indicaciones para alimentación al seno materno.
7. Contraindicaciones para alimentación del seno materno.

DESARROLLO DEL TEMA.

Alimentar al recién nacido con el seno materno es tan natural como la naturaleza misma, a la vez que la madre experimentará una gran satisfacción por hacerlo, el niño también sentirá un gran placer y aceptación al ser amamantado. Algunas madres se muestran renuentes a amamantar a su hijo, por creer que ello - arruinará su figura; otras piensan que limitarán sus actividades y tendrán que quedarse en caso, esto no es así.

Otra más teme no poder saber si el bebé está recibiendo suficiente leche, esto tampoco es problema en realidad la leche materna no sólo es un alimento indicado que ayuda a su bebé a -- crecer fuerte y saludable, sino que además, dar el pecho hace que su utero (matriz) recobre su posición y su tamaño normal con rapidez, ayudándole a recuperar su figura.

2. La preparación para la lactancia debe iniciarse tres meses antes de que nazca su bebé. Al bañarse lávese cuidadosamente - los pezones sin jabón porque reseca la piel y puede ser causa de que se agrieten.
3. El bebé recibe por primera vez el pecho regularmente a las 4 ó 6 horas después de nacido.

Desde la primera ocasión, póngase cómoda y relajese, pues la -- tensión puede afectar su producción de leche.

4. Su bebé debe tener dentro de su boca la areola o sea el área de color oscuro que circunda el pezón, teniendo el bebé dentro de su boca la areola puede con sus encías exprimir el pecho materno que son las cavidades que contienen la leche. En esa forma, la leche fluye a través de los canales lacteos hacia afuera del pezón, si el bebé sólo tiene dentro de su boca el pezón no podrá obtener mucha leche, así que suavemente, retire el pecho de su boca, y vuelva a ofrecerselo asegurandose esta vez de que abarque la areola.

5. Después del parto se requiere unos cuantos días para que produzca leche materna madura: entre tanto su bebé será nutrido -- por un fluido delgado amarillento secretado por los pechos denominado calostro, no se preocupe si no tiene aspecto de leche; - es excelente para el recién nacido mientras no se establezca -- bien la producción de leche, es posible que tenga que ofrecer - los dos pechos lo cual es muy conveniente, sirve para satisfacer mejor a su bebé y estimular una buena producción de leche.

Al alimentarlo, ofrescale ambos pechos alternadamente, para evitar que uno de sus pezones se lastime, al amamantar al bebé este ingiere una pequeña cantidad de aire.

Ayude a su bebé a expulsar ese aire a la mitad del alimento o - cuando lo cambio de pecho y de nuevo al terminar.

La forma correcta de hacerlo es, sosteniendo al bebé contra su pecho, dándole palmaditas en su espalda y frotandosela, asegurandose de proteger su propio hombro con una toalla o un pañal limpio; hasta que eructe el aire.

Cuando el niño ya puede sostener su cabeza, puede eructar sentado en sus faltas.

Si su bebé no parece satisfecho consulte a su médico. (4)

#### TECNICA DE ALIMENTACION AL SENO

I. " Se debe establecer un horario para alimentar al bebé, de den ser tetadas a los lapsos regulares, nunca durante la noche y cada uno no menos de 20 minutos, para evitar que el niño -- trague o introduzca demasiado aire (aerofagia exagerada). Esta deglución de aire se acentúa cuando la secreción lactea es escasa o insuficiente y ocasiona trastornos o molestias como - el hipo, las regurgitaciones o los cólicos.

Esto es muy importante para el niño y para la madre no caer en el error de proporcionarle el pecho cuando no tiene hambre, si no cada vez que llora o que se inquieta por otros motivos, o - aún durante las horas de la noche que deben dedicarse al sueño y el reposo difestivo se puede establecer un horario por ejem-- plo iniciando a las 6-9-12-16-19 y 23 horas o bien a las 6-10-- 14-18 y 22 horas por un lapso de 10 a 15 minutos (7 minutos en cada pecho) esto será de acuerdo a la abundancia de la secre-- ción de leche de la madre, y a la capacidad digestiva de cada-- niño". (5) p. 135.

- a. Primero la madre debe hacerse aseo de las manos y de los pezones.
- b. La posición que debe guardar el niño será formando un ángulo de 45 grados con relación al eje del cuerpo materno, en el momento de tomar el alimento.
- c. La madre colocará el pezón entre sus dedos indice y medio, al mismo tiempo que realiza movimientos rítmicos de expresión de la glándula (exprimir el pecho) con lo cual facilita el vaciamiento de ésta y evita la obstrucción de las narinas del niño y la asfixia consiguiente (esta precaución permite al niño respirar sin problema).

(4) IBIDEM p. 33-1

(5) IBIDEM p. 33-2

- d. Se la dará el pecho durante 10 ó 15 minutos según la cantidad de leche, 7 minutos en un pecho y al cambiar al otro - se debe erigir al niño y golpearle suavemente con el objeto de que eructe, lo cual significa la expulsión del aire del estomago.

CONTRAINDICACIONES DE LA ALIMENTACION MATERNA POR PARTE DE LA -  
MADRE SON GENERALES:

1. Enfermedades infecciosas graves, agudas como la tifoidea, neumonía, meningitis.
2. Enfermedades crónicas como la T.B., la brucelisis (fiebre de malta).
3. Enfermedades cardiorrenales, cardiopatias descompensadas o evolutivas, nefrotapias con insuficiencia renal.
4. Endocrinopatías severas como diabetes, bocio etc.
5. Debilidad o desnutrición, anemias graves de la madre.
6. Cualquier otro padecimiento que afecte seriamente la nutrición y la salud de la madre (neoplasias) cáncer; un nuevo embarazo.

LOCALES.

1. Deformación de los pezones, que pueden ser umbilicados, -- muy pequeños, obturados (cerrados) etc.
2. Grietas, constituyen motivos de contraindicación temporal o parcial de la lactancia.
3. Mastitis, fenómeno inflamatorio y doloroso del seno, que - puede ser producido por las grietas que a menudo son fuente de infección esto puede ser perjudicial al niño cuando se mezcla la leche con las secreciones purulentas.

CONTRAINDICACIONES POR PARTE DEL NIÑO:

1. Defectos congénitos como el labio leporino con hendidura del paladar, que físicamente impiden la lactancia.

El mejor estímulo para la secreción de la leche es la succión periódica y constante del niño.

VENTAJAS.

1. La leche materna es un alimento biológico de la mejor calidad nutricional.
2. Contiene y reúne los requisitos de alimentación es un alimento en condiciones normales caloricamente suficiente, -- completo equilibrio, adecuado y estéril (libre de micro---bios) que posee proterinas, grasas, carbohidratos de la mejor calidad, vitaminas, sales minerales y agua.
3. Es el alimento ideal y óptimo.
4. Contiene anticuerpos (defensas contra algunas enfermedades infecciosas).
5. No cuesta nada.

DESVENTAJAS.

1. No se puede dar cuando existen enfermedades infecciosas -- por parte de la madre o algún impedimento por parte del -- niño. (6) 136.

R E S U M E N .

El Centro Materno Infantil " Maximino Avila Camaho ", se me dió la oportunidad de realizar el servicio social sin ningún requisito, solamente una solicitud de servicio social reconocida por la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, u el Plan de Trabajo, a realizar durante el servicio Social.

Se colaboró con la Institución, ya que ser pasante se le responsabiliza en cuanto a material y equipo, y atención adecuada a los pacientes, en ocasiones se trabajo sábados y domingos y días festivos, valorando la ausencia del personal médico y de enfermería, así como de estudiantes de enfermería y medicina.

En Educación Continua se servicio para el personal, y se orienta a las pacientes por medio de pláticas.

Y se colaboró como docente. Se atendió un total de 540 pacientes.

HOSPITALIZACION: 140 pacientes, 25.93 %.

Siendo el porcentaje mayor, se dieron pláticas al personal familiares y pacientes sobre "Cuidados al Recién Nacido Durante la Amamantación".

- Higiene del puerperio.

PLANIFICACION FAMILIAR: Se atendieron 100 pacientes el 18.52% Siendo el 2do. lugar en porcentaje.

Se orientó y colaboró con el personal y pacientes sobre anticonceptivos y paternidad responsable.

CONSULTA EXTERNA: Se atendieron 100 pacientes el 18.51%, ocupando el 3er. lugar en porcentaje.

Se manejaron los temas de:

- Orientación a la embarazada sobre la importancia de la visita médica y alimentación de la embarazada.

**SALA DE RECUPERACION:** Se atendieron 60 pacientes equivalentes al 11.11% del total de pacientes, se colaboró en educación continua en servicio con el personal responsable:

- Signos y síntomas de hemorragia puerperal.
- Cuidados de enfermería a pacientes puerperas en recuperación.

**CUNEROS E INCUBADORAS:** Se atención a 50 recién nacidos el -- 9.33%, se colaboró en Educación Continua en servicios como: -- Cuidados al Recién Nacido.

**ADMISION** Se atendieron 30 pacientes, siendo el 5.5% del total de pacientes de 540, se colaboró con Educación Continua en servicio con el tema de Exploración Física de la paciente embarazada.

**SALA DE EXPULSION:** Se atendieron 20 pacientes el 3.7% y se colaboró con los temas Atención del Parto y Cuidados Inmediatos al Recién Nacido.

**SALA DE PARTO:** Se atendieron a 20 pacientes el 3.7% del total de 540 pacientes.

Se dió a conocer el tema: Preparación Psicológica de la Paciente".

**UNIDAD TOCOQUIRURGICA:** Esta Unidad se subdivide en:

- Admisión.
- Sala de trabajo de parto.
- Sala de expulsión.
- Sala de recuperación.

Dando atención de enfermería durante cuatro semanas, en cada -  
atendiendo de una a tres pacientes por día.

Se colaboró con el Centro y el personal con responsabilidad, ya  
que se laboró en días festivos, sábados y domingos en los dife-  
rentes turnos, matutino, vespertino y nocturno; ya que así se -  
requiere en esta Unidad, y aprovechar al máximo lo que es el --  
servicio social pues de esto dependerá la actuación eficiente y  
profesional de la enfermera dentro de una Institución de salud  
de cualquier nivel.

### SUGERENCIAS.

El servicio social es la experiencia más notable durante una -  
carrera profesional, donde se conjugan a la vez teoría y prác-  
tica, es aquí donde el pasante demuestra su profesionalismo --  
que poco a poco se ha cultivado a través de experiencias y sa-  
biduría de los maestros y el anhelo de superación, pero aún -  
no todo está logrado se necesita la aprobación de una persona  
ya que con esto la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetri--  
cia tendería conocimiento de como se está realizando el servi-  
cio social y la calidad con que egresan sus profesionales de -  
enfermería y el prestigio de que goza en las diferentes Insti-  
tuciones de salud.

En lo personal fué una gran experiencia de aprovechamiento en  
conocimientos y práctica; pues todo el personal siempre fué --  
amable y muy accesible en cuanto a práctica, el personal médi-  
co ayuda y orienta al pasante, lo toma en cuenta como un con-  
junto de trabajo, y este a su vez se hace responsable.

En este centro Materno Infantil se observaron buenas relacio--  
nes humanas entre todo el personal de los diferentes turnos.

- BAENA PAZ. Guillermina. Instrumentos de Investigación. Editores Unidos, 2da. ed. México, 1980. p.190.
- BLEIR J.I. Enfermería Materno Infantil. Editorial Interamericana, 3a. ed. México, 1975. p.288
- CASCAJARES, I.L., Chacerol., E. Compendio de Anatomía-Fisiología e Higiene. Editorial Elalsa. México 1974, p. 396.
- C. BENZON , RALP. Manual de Ginecología y Obstetrica, Editorial Interamericana, 8a. ed. México, 1977, p. 600
- CASTELAZO AYALA, L. Obstetricia. Editorial Méndez Oteo. 4a. ed. Tomo I yII México, 1978, p. 1070.
- HARMER. Tratato de Enfermería Teórica-Práctica. Editorial La Prensa Médica Mexicana. -- México, 1969. p. 1044
- SMITH BERMAIN. Maderlyn. Enfermería Médico Quirúrgica. Editorial Interamericana. 2da. ed. México. 1978. p. 295.
- WILLAMS, L. y Cols. Obstetrica. Editorial Salvat. México, - 1978. p. 1076
- SALUD EMOCIONAL DE LA FAMILIA.
- Valenzuela Lenguas Marquet. Manual de Pediatría Editorial Interamericana, 9a. Ed. México, 1975 p.839.

CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO " .

NUMERO DE PERSONAL POR CATEGORIAS 1983.

CATEGORIA	NUMERO	%
ENFERMERA ESPECIALISTAS	3	1.93
ENFERMERA GENERAL	53	34.19
AUXILIAR DE ENFERMERIA	99	63.88
T O T A L	155	100.00%

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

ANEXO # 2.

**CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO "**

**PERSONAL DE ENFERMERIA PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL.**

<b>PERSONAL</b>	<b>NUMERO</b>	<b>%</b>
<b>PROFESIONAL</b>	<b>56</b>	<b>35.93</b>
<b>NO PROFESIONAL</b>	<b>99</b>	<b>64.07</b>
<b>T O T A L</b>	<b>155</b>	<b>100.00 %</b>

**FUENTE: DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.**

**ANEXO # 3.**

CENTRO MATERNO INFANTIL "MAXIMINO AVILA CAMACHO"  
 NUMERO DE PERSONAL DE ENFERMERIA DISTRIBUIDO POR  
 CATEGORIAS EN LOS DIFERENTES  
 TURNOS.

CATEGORIA	1er. TURNO	2do. TURNO	3ro. "A"	3ro. "B"	TURNO ESPECIAL
JEFE DE ENFERMERAS (ESPECIALISTA)	1				
ENFERMERA GENERAL SUPERVISORA.	6	3	2	2	2
ENFERMERA GENERAL JEFE DE FISO	7	4	3	3	3
ENFERMERA GENERAL	8	3	2	3	4
ENFERMERA AUXILIAR	32	17	18	15	17
T O T A L	54	27	25	23	26

T O T A L 155

NOTA:

LA ENFERMERA ESPECIALISTA  
 OCUPA PUESTO DE SUPERVISORA

FUENTE: DEPARTAMENTO DE  
 ENFERMERIA.

ANEXO # 4.

CENTRO MATERNO INFANTIL " MAXIMINO AVILA CAMACHO " .

CATEGORIA	NUMERO
JEFE DE ENFERMERAS (ESPECIALISTA)	1
ENFERMERA GENERAL SUPERVISORA	15
ENFERMERA GENERAL JEFE DE PISO	20
ENFERMERA GENERAL	20
ENFERMERA AUXILIAR	99
T O T A L	155

FUENTE: DEPARTAMENTO DE  
ENFERMERIA.

ANEXO # 5 .