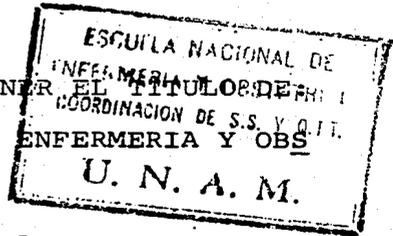


24/11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INFORME DE SERVICIO SOCIAL REALIZADO EN  
LOS SERVICIOS MEDICOS DE LA COOPERATIVA  
"CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



P R E S E N T A:  
MAGDALENA CASTILLO PEREZ

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.

## C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION	1
I. DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION DE NIZA CONEJO EN EL ESTADO DE OAXACA.	3
II. GENERALIDADES DEL ESTUDIO DE INSTITUCION DEL SANATO RIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA.	9
III. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES TECNICAS, ADMINISTRA TIVAS, DOCENTES Y DE INVESTIGACION, REALIZADAS DU - RANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA.	11
IV. ESTUDIO CLINICO REALIZADO EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA.	32
CONCLUSIONES DEL INFORME	83
SUGERENCIAS	88
BIBLIOGRAFIA	90
ANEXOS:	
Núm. 1	
Núm. 2	

## INTRODUCCION

El servicio social es la forma mediante la cual se presenta atención gratuita a una determinada población que representa a la sociedad inversionista en la educación profesional.

La salud pública es una de las ramas de enfermería menos explotadas en la actualidad y a la vez es el enfoque que el pasante de enfermería en servicio social da como toque final a su carrera profesional.

Es así como el pasante de enfermería en servicio social, que ha sido preparado para proporcionar atención directa de salud a la comunidad, establece, en primera instancia, el contacto entre el equipo de salud y la comunidad, además del vínculo entre la resolución de problemas comunales con la participación de los propios habitantes de la región. Por ésto la participación de enfermería es de vital importancia en la población en general.

Así mismo es mediante la atención directa a la salud que el pasante de enfermería realiza un diagnóstico situacional de salud dentro de una población determinada, se fija metas jerarquizando problemas y/o necesidades y buscando la manera de solucionarlos con la participación activa de la población en general.

Y ya que dentro de la formación académica se prepara al nuevo miembro del equipo de salud para funcionar como agente de promoción a la salud y protección específica dentro de una comunidad determinada, en el presente informe se incluye un diagnóstico de salud de la población de Niza Conejo, Estado de Oaxaca, en el cual se describen las generalidades de la comunidad.

Otro rubro del informe es la descripción sobre las generalidades de la institución en donde se prestó el servicio social.

En seguida de este capítulo se describen en forma cuantitativa las acciones de enfermería realizadas durante el servicio social, siendo estas actividades técnicas, administrativas, docentes y de investigación.

Otro apartado del presente informe es el que incluye un Estudio clínico de una de las patologías encontradas dentro del Sanatorio "Cruz Azul".

Además de este contenido se incluyen también conclusiones, sugerencias, bibliografía empleada y anexos, siendo estos últimos la cédula de entrevista y el anecdotario.

Con todo esto, se pretende dar a conocer a las autoridades correspondientes, las actividades de enfermería que durante el año de servicio social correspondiente al periodo comprendido entre el día 10. de noviembre de 1986 al 31 de octubre de 1987, realicé en los Servicios Médicos del Sanatorio "Cruz Azul" de Lagunas, Oaxaca.

## CAPITULO I

### DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION DE NIZA CONEJO.

La comunidad de Niza Conejo es una población pequeña en extensión que se encuentra situada en el Istmo de Tehuantepec, estado de Oaxaca.

Cuenta con una entrada principal de terracería y se comunica con la comunidad de Lagunas, Oaxaca, para poder tener acceso a la carretera transístmica y de ahí trasladarse al Norte o Sur del Estado.

Entre los medios de transporte que son utilizados por la población se encuentran el ferrocarril, taxis y autos particulares.

En lo referente a los medios masivos de comunicación se puede mencionar que la población cuenta con ellos, aunque no propiamente, ya que éstos llegan a través de las comunidades cercanas.

Su clima tropical permite que exista una abundante flora y fauna en toda la región; entre la flora más sobresaliente se pueden mencionar a los árboles frutales como el mango, guanábana, naranja, tamarindo, almendra, limón, papaya, plátano, coco y papaya; así como una gran variedad de árboles propios de la región y plantas silvestres.

Su fauna, además de los animales domésticos existentes son el

tigrillo, tlachuaches, armadillos, vívoras, arácnidos, pericos, zanates y otros.

En lo referente a la estructura poblacional de Niza Conejo, se puede mencionar que la población total es de 585 habitantes; de los cuales 298 son del sexo femenino y 287 del sexo masculino, es una población joven, predominando la infantil de 5 a 9 años de edad.

De acuerdo a las entrevistas aplicadas a la población de Niza Conejo, se encontró que cuenta con 123 casas, de las cuales 98 son casas propias y su tipo de construcción es firme y sólo 19 son casas rentadas y 6 casas prestadas.

De estas 123 familias, 100 cuentan con energía eléctrica, 64 tienen agua intradomiciliaria, mientras que 74 se abastece de pozos y tanques de almacenamiento, distribuidos en la comunidad, a manera de abarcar mayor población. Dicho abastecimiento proviene de la fábrica de Cemento Portland "Cruz Azul", la cual es tratada y sometida a análisis químicos para corroborar su pureza.

Se carece de pavimentación y drenaje, cuenta únicamente con letrinas en su gran mayoría, a excepción de 22 familias que defecan al raz del suelo.

FUENTE: Datos elaborados con base en la encuesta aplicada por las pasantes de enfermería en servicio social 1986-1987.

La disposición de basuras es mediante la quema de la misma, ya que no existe recolección de ella dentro de la comunidad.

Dentro de la fauna nociva y transmisora que ocasionan mayores problemas de salud se encuentran las moscas y mosquitos, por ser vectores principales del paludismo y el dengue, sobre todo en temporadas de lluvia.

Las condiciones de limpieza de los sitios públicos de reunión son buenas; la comunidad no cuenta con parques y jardines públicos ya que ésta se encuentra en una zona montañosa y por ende, el grado de contaminación del aire es mínimo, la cual es producida por los desechos de la industria del cemento situada cerca de la comunidad.

La familia es la base de la sociedad, de éstas, la predominante en dicha comunidad es la familia nuclear integrada de 5 a 9 personas. La clase social predominante en esta población es la media, representada por obreros y empleados. La clase baja la representan los campesinos y jubilados, siendo ésta mínima.

En el aspecto educacional existe únicamente una escuela primaria, con una capacidad de 350 alumnos, contando con los recursos materiales y humanos necesarios para lograr sus objetivos. Se cuenta con una escuela pre-primaria que atiende una población de 44 alumnos.

FUENTE: Datos elaborados con base en la encuesta aplicada por las pasantes de enfermería en servicio social 1986-1987.

Los recursos para la salud dentro de la comunidad propiamente dicha, no cuenta con ellos, a excepción de un consultorio médico y el uso de la medicina mágica que aún acostumbra la comunidad. Al servicio médico que acuden con mayor frecuencia y por enfermedad es el Sanatorio "Cruz Azul", el IMSS y privados, los cuales se encuentran situados en las poblaciones cercanas. La religión predominante entre los habitantes de Niza Conejo es la religión católica.

De los 585 habitantes que forman la población, 138 son económicamente activos; siendo en su mayoría empleados y obreros, y con un sueldo indefinido, que oscila entre los \$ 60,000 y \$ 100,000 pesos mensuales (aunque éstos datos no son confiables en un 100% ya que no se proporcionaron los sueldos reales).

En lo que respecta a la tenencia de la tierra, como ya se había mencionado, es propia, en forma de parcelas cercanas al lugar.

Para la mejora de los servicios públicos, existe un programa de financiamiento por parte de la Fábrica de Cemento Portland "La Cruz Azul" S.C.L.

El nivel de escolaridad predominante en la comunidad, es el de primaria, con un total de 276 personas; además de existir un alto índice de analfabetismo, representando un 19% del total de la población. También cabe mencionar la presencia de 13 profesionistas, ésto se considera muy importante para

el desarrollo intelectual colectivo.

Entre las tradiciones y costumbres encontradas en la población, las más sobresalientes son: la tradicional Boda con vestido blanco, en donde es de gran importancia la pureza de la mujer; otra de las tradiciones, es el festejo al Sagrado Corazón de Jesús, fiesta que es celebrada los días 5,6,7 y 8 de junio; dicha fiesta inicia el primer día con "el paseo del toro", el segundo día "la Calenda", el tercero con la "mayordomía" y el cuarto día se termina con la "Lavada de olla". Un dato importante a mencionar es que durante estas fiestas existe un alto índice en el consumo de bebidas alcohólicas.

De acuerdo a los recursos económicos de la familia, es su alimentación; pero por lo que se pudo observar, la alimentación es a base de frijol, arroz, tortilla o totopo y huevo; así como el uso excesivo de grasas y sal en la preparación de los alimentos.

El vestido de los habitantes de la comunidad es adecuado al clima de la región. Con respecto a los hábitos higiénicos que acostumbran, se aprecia el baño diario con cambio de ropa total; el aseo bucal es dos veces al día en casi todos los habitantes de la comunidad.

En lo referente a la vivienda, se aprecia que hay tendencia

hacia el hacinamiento, ya que el promedio por familia es de 5 a 9 integrantes. El tipo de ventilación e iluminación es regular en el número y características de las ventanas y puertas de las viviendas.

**FUENTE:** Datos elaborados con base en la encuesta aplicada por las pasantes de enfermería en servicio social 1986-1987.

CAPITULO II.

GENERALIDADES SOBRE LA INSTITUCION DONDE SE PRESTO EL SERVICIO SOCIAL.

El Sanatorio "Cruz Azul" de la comunidad de Lagunas, Oax., es una institución privada que depende totalmente del Club Deportivo Social y Cultural, CRuz Azul, A.C.

Se encuentra en un lugar accesible ya que está ubicado en una de las calles principales de la comunidad.

La atención que brinda es de segundo nivel, ya que cuenta con los servicios básicos que son: Cirugía General, Pediatría, Gineco Obstetricia y Medicina Interna, el área física es adecuada ya que tiene buena iluminación y ventilación, más sin embargo la comunicación interna entre los diferentes servicios no da la privacidad necesaria, sobre todo en el área de Hospitalización, ya que existe un tránsito constante de personas ajenas al servicio y ésto disminuye el bienestar de los pacientes hospitalizados.

Los recursos materiales con los que cuenta son los mínimos indispensables, aunque debido a la gran demanda del servicio médico, tiende muchas veces a ser insuficiente.

Con lo que respecta al personal médico, se considera que es acorde a los servicios existentes, no siendo así con el per

personal de enfermería, puesto que éste es insuficiente, ya que se distribuyen dos enfermeras por turno en el área de hospitalización y una para urgencias y quirófano respectivamente; y además no se cuenta con personal que cubra vacaciones, descansos e incapacidades.

Existen programas de trabajo que se desarrollan individualmente por los médicos y se encaminan al primer nivel de atención principalmente, esto es difícil de evaluar, puesto que no se cuenta con un médico de control que verifique la ejecución de dichos programas.

La organización del personal está bien definida en el organigrama, sin embargo en la práctica no están delimitadas las funciones del personal administrativo y la dirección.

Con lo que respecta a la población que atiende el sanatorio, da servicio tanto a derechohabientes como a particulares, existiendo también una asociación de ayuda para indigentes (C.A.P.I.), la cual mediante un estudio socioeconómico valora los recursos económicos del solicitante y en base a dicho estudio es la ayuda que se le proporciona.\*

\* FUENTE: Tomada del estudio de Institución realizado por pasantes en servicio social; 1986-1987, en el Sanatorio "CruzAzul" de Lagunas, Oaxaca.

CAPITULO III

DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.

Las actividades realizadas durante el servicio social, fueron encaminadas a la recuperación de la salud del individuo enfermo principalmente, aunque no por esto se olvidó el apoyo a la protección específica y a la promoción a la salud.

Durante el periodo de servicio social se puso de manifiesto los conocimientos adquiridos en la formación académica al realizar los procedimientos de enfermería correspondientes, de acuerdo a los fundamentos científicos establecidos.

A continuación se describen en forma cuantitativa las actividades realizadas durante el Servicio Social.

CUADRO NUM. 1

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA: DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Toma de signos vitales adultos y pediatría	810	90.30
Toma de signos vitales a Recién Nacidos	72	8.03
Somatometria a Recién Nacidos	15	1.67
T O T A L	897	100.00

FUENTE: Directa. Tomada del registro diario de actividades.

DESCRIPCION: De 897 actividades realizadas, 810 corresponden a la toma de signos vitales en adultos y pediatría formando un 90.30% en un 8.03% la toma de signos vitales en recién nacidos y sólo el 1.67% corresponde a la somatometría a recién nacidos.

CUADRO NUM. 2

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE DICIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Baño de regadera	144	14.60
Baño de esponja	26	2.63
Baño de arteza	17	1.72
Tendido de cama	220	22.32
Arreglo de l unidad del paciente	475	48.18
Cambio de pañal	104	10.55
T O T A L	986	100.00

FUENTE: Idem cuadro Núm. 1.

DESCRIPCION: De 986 actividades el 42.18% corresponden al arreglo de la unidad de pacientes, siguiendo en orden de importancia el tendido de cama con un 22.32%. La actividad menos realizada durante el servicio fue la del baño de arteza con un 1.72%.

CUADRO NUM. 3

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Administración de medicamen- tos:		
Vía oral	658	34.70
Vía intramuscular	495	26.10
Vía intravenosa	625	32.97
Vía subcutánea	24	1.28
Vía intradérmica	26	1.37
Vía tópica	12	0.63
Vía oftálmica	41	2.16
Vía nasal	15	0.79
T O T A L	1 896	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 1986 medicamentos administrados un 34.70% fue ron vía oral; el 32.97% por vía intravenosa; un 26.10% vía intramuscular y por vía tópica sólo el 0.63%.

CUADRO NUM. 4

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Instalación de venoclisis	70	5.20
Verificación de goteo de soluciones	1036	76.85
Realizar cambio de soluciones	195	14.47
Extracción de sangre a donadores	9	0.66
Control de líquidos	38	2.90
T O T A L	1348	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 1348 actividades realizadas 1036 correspondieron a la verificación del goteo de soluciones formando el 76.85% del total de las actividades; el 14.47% correspondió al cambio de soluciones; y sólo el 0.66% fue para la extracción de sangre a donadores.

CUADRO NUM. 5

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Proporcionar cómodo	90	47.36
Proporcionar orinal	81	42.64
Aplicación de enemas	5	2.63
Sondeo Vesical e instalación de sonda fowley	14	7.37
T O T A L	190	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 190 actividades realizadas el 47.36% corresponde a proporcionar el cómodo a los pacientes, mientras que el 42.64% es para proporcionar el orinal. La instalación de sonda fowley y sondeo vesical se realizó en un 7.37% y sólo el 2.63% correspondió a la aplicación de enemas evacuantes.

CUADRO NUM. 6

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Cambios de posición	58	37.66
Puño percusión	52	33.76
Aspiración de secreciones	13	8.44
Preparación de equipo para ejercicios respiratorios	9	5.84
Administración de oxígeno	22	14.30
T O T A L	154	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 154 actividades realizadas 58 fueron cambios de posición con un 37.66%; 52 fueron de puño percusión con un 33.76% y sólo 9 con un 5.84% fueron para preparar equipo para ejercicios respiratorios.

CUADRO NUM. 7

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
DEambulaci3n asistida	35	24.30
Traslado de pacientes:		
de cama a rayos X	20	13.90
de cama a quir3fano	15	10.41
de cama a expuls3n	30	20.83
a su unidad	44	30.56
T O T A L	144	100.00

FUENTE: Idem Cuadro N3m. 1

DESCRIPCION: La actividad que se realiz3 con mayor frecuencia fue la del traslado de pacientes a su unidad con un 30.56% siguiendo en orden de importancia la deambulaci3n asistida con un 24.30; siendo menor el traslado de pacientes a quir3fano con un 10.41%.

CUADRO NUM. 8

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Cuidados preoperatorios	14	6.52
Cuidados transoperatorios	22	10.23
Cuidados potoperatorios	25	11.63
Revisión de herida quirúrgica	71	33.02
Asistir al médico en curaciones	83	38.60
T O T A L	215	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 215 actividades, 71 fueron para revisión de herida quirúrgica con un 33.02%, 83 para asistir al médico en curaciones con un 38.60% y sólo el 6.52% fueron para cuidados preoperatorios con un total de 14 veces.

CUADRO NUM. 9

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Control térmico por medios físicos	20	14.19
Aplicación de calor y frío	25	17.73
Instalación de sonda de Levin	26	18.44
Vendaje de miembros inferiores y superiores	20	14.18
Vigilar tracción ortopédica	50	35.46
T O T A L	141	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 141 actividades, 50 fueron para vigilar la tracción ortopédica con un 35.46%; 25 para la aplicación de calor y frío con un 17.73% y con un 14.18% el control térmico por medios físicos y el vendaje de miembros inferiores y superiores.

CUADRO NUM. 10

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Aseo vulvar	20	21.51
Tricotomía	18	19.35
Toma de muestr para examen clínico	14	15.05
Manejo de reactivos (destrostix y clinitest)	35	37.64
Técnica de amortajAMIENTO	6	6.45
T O T A L	93	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: El 37.64% de las actividades realizadas en este cuadro fueron las correspondientes al manejo de destrostix y clinitest; el 21.51% al aseo vulvar y solamente el 6.45% las correspondientes a la técnica de amortajamiento.

CUADRO NUM. 11

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Valoración obstétrica de la paciente	15	11.63
Control de trabaso de parto	35	27.13
Inducción del trabajo de parto	10	7.75
Conducción del trabajo de parto	15	11.62
Valoración de foco fetal	52	40.32
Atención de parto eutócico y alumbramiento	2	1.55
T O T A L	129	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: Dentro de las 129 actividades obstétricas 52 fueron para la valoración del foco fetal con un 40.32%; 35 para el control del trabajo de parto con un 27.13 y solamente 2 para atención de parto eutócico y alumbramiento con un 1.55%.

CUADRO NUM. 12

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D E S	FRECUENCIA	%
Funciones como enfermera circulante	25	78.13
Funciones como enfermera circulante en necropsia	2	6.25
Funciones como enfermera instrumentista	5	15.62
T O T A L	32	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 32 actividades realizadas, 25 fueron como enfermera circulante, 5 como instrumentista y 2 como circulante en necropsia.

CUADRO NUM. 13

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS, OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Valoración y Observación del globo de seguridad.	31	27.67
Vigilar sangrado transvaginal	41	36.61
Observación y vigilancia en amenaza de parto prematuro	8	7.15
Educación para la alimentación al seno materno	20	17.85
Orientación para el uso del tiraleche	12	10.72
T O T A L	112	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 112 actividades realizadas, 41 fueron para la vigilancia del sangrado transvaginal con un 36.61%; un 27.67% para la valoración y observación del globo de seguridad y sólo el 7.15% de las actividades correspondieron a la vigilancia en amenaza de parto prematuro.

CUADRO NUM. 14

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
-Revisión del muñón umbilical	51	14.16
-Cuidados inmediatos al recién nacido.	7	1.94
-Cuidados mediatos al recién nacido.	33	9.17
-Lavado gástrico	10	2.78
-Sanitización de biberones	29	8.06
-Preparación de fórmula	154	42.78
-Alimentación por sonda	23	6.39
-Cuidados al recién nacido en incubadora	19	5.28
-Asistencia en paro cardíaco al recién nacido.	2	0.55
-Aspiración de secreciones	32	8.89
T O T A L	360	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: En las actividades referentes al cuidado del recién nacido; el 42.78% fue para la preparación de fórmula; el 14.16% para revisión del muñón umbilical y el 0.55% para asistencia en paro cardíaco al Recién Nacido.

CUADRO NUM. 15

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
-Preparar gasas	70	23.10
-Preparar guantes	48	15.85
-Preparar torundas	32	10.56
-Preparar apósitos	26	8.58
-Preparar abatelenguas	10	3.30
-Preparar aplicadores	5	1.65
-Lavar y envolver jeringas	112	36.96
T O T A L	303	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 303 actividades realizadas 112 correspondieron al lavado y envoltura de jeringas; el 23.10% fue para preparar gasas; y en menor porcentaje de la preparación de material de consumo se encuentra el de la preparación de aplicadores con sólo el 1.65% del total de las actividades.

CUADRO NUM. 16

ACTIVIDADES TECNICAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Realizar curaciones	135	46.00
Lavar material de curación	73	24.91
Lavado ocular	25	8.43
Preparar material y equipo para cirugía	24	8.15
Lavar material de quirófano	22	7.50
Preparar bultos de cirugía	12	4.00
Lavado ótico	3	1.01
T O T A L	293	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De 293 actividades realizadas en este cuadro, 135 fueron para realizar curaciones, tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios. 73 fueron para lavar material de curación con un 24.91% y para lavado ótico sólo fue 3 veces constituyendo el 1.01% del total de las actividades.

CUADRO NUM. 17

ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Recepción y entrega de <u>pacientes</u> adultos y pediátricos.	564	42.22
Notas de enfermería en <u>pacientes</u> adultos y pediátricos.	594	44.46
Ingreso de pacientes, adultos y <u>pediatría</u>	65	4.86
Notas de enfermería en recién nacidos	47	3.52
Recepción y entrega de recién nacidos	44	3.30
Egreso de recién nacidos	12	0.90
Ingreso de recién nacidos	10	0.74
<b>T O T A L</b>	<b>1336</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Idem Cuadro Núm.1

DESCRIPCION: De las actividades administrativas realizadas durante el servicio social un 42.22% correspondieron a la recepción y entrega de pacientes adultos y pediátricos; un 44.46% a notas de enfermería en adultos y pediatría. Respecto a recién nacidos un 3.52% correspondieron a las

notas de enfermería, un 3.30% a la recepción y entrega de recién nacidos y solamente un 0.74% al ingreso de recién nacidos a cuneros.

CUADRO NUM. 18

ACTIVIDADES DOCENTES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Participación en exposición de temas	4	5.00
Educación a la puérpera para alimentación al seno materno	20	25.00
Educación sobre planificación familiar	17	21.26
Educación a paciente diabético	15	18.75
Enseñanza incidental en servicio	8	10.00
Control de peso	6	7.50
Preparación de material directo	10	12.50
T O T A L	80	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: De las actividades docentes realizadas durante el servicio social, un 25.00% fue para la educación a la puérpera para alimentación al seno materno, mientras que sólo el 5% fue para la participación en exposición de temas.

CUADRO NUM. 19

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL EN EL SANATORIO "CRUZ AZUL" DE LAGUNAS OAXACA, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE NOVIEMBRE DE 1986 AL 31 DE OCTUBRE DE 1987.

A C T I V I D A D	FRECUENCIA	%
Realización de estudio de Institución	1	2.64
Realización de Estudio de comunidad.	3	7.90
Elaboración de estudio clínico	4	10.52
Investigación bibliográfica	30	78.94
T O T A L	38	100.00

FUENTE: Idem Cuadro Núm. 1

DESCRIPCION: Las actividades de investigación que se realizaron con mayor frecuencia fueron las investigaciones bibliográficas con un 78.94%; con un 10.52% se encuentra el estudio clínico; con un 7.90% el estudio de comunidad y con sólo el 2.64% se encuentra el estudio de institución.

CAPITULO IV

ESTUDIO CLINICO

REALIZADO A PACIENTES CON

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

I N D I C E

PAG

INTRODUCCION

OBJETIVOS

METODOLOGIA

I. MARCO TEORICO:

. GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEME

NINO

-PELVIS OSEA

EMBARAZO DE ALTO RIESGO

OBESIDAD

ARTRITIS MONOARTICULAR

TRATAMIENTO EMPLEADO

II.HISTORIA CLINICA

III.PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

IV. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

La fisiología humana y en especial la femenina es muy compleja ya que tiene por objetivo la reproducción y la conservación del ser humano a través del tiempo.

El inicio del ser humano comienza desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide y su implantación en el endometrio de la mujer, el cual está preparado para nidar el huevo durante 40 semanas y posteriormente, por accidentes hormonales, ayudarlo a salir al exterior.

Durante el tiempo que el huevo permanece en el vientre materno va tomando forma de embrión y posteriormente de feto; conjuntamente se van presentando una serie de cambios anatómicos y fisiológicos en la mujer embarazada, estos cambios pueden ser externos e internos.

Entre los cambios externos se van a encontrar la aparición del cloasma facial, la aparición de la línea morena, los vivises, la hipertrofia de las glándulas mamarias con aumento en su pigmentación y la mayor vascularización de la región vaginal.

Entre los cambios internos se va a producir un aumento del filtrado glomerular, una mayor excreción de bióxido de carbono de los tejidos hacia los pulmones y al exterior y un au -

mento en el consumo de oxígeno; también se van a presentar cambios en los niveles plasmáticos.

Pero no sólo este cambio se va a producir en el embarazo ya que hay una serie de factores que impiden el curso normal del embarazo y lo complican; estos factores pueden ser de causa materna o fetal; también influyen los factores socioeconómicos, culturales, de nutrición, la habitación y en fin todo lo que rodea a la mujer gestante.

Cuando algunos de estos factores se interpone en el desarrollo normal del embarazo, se habla de un embarazo de riesgo elevado o embarazo complicado.

Una causa de que el embarazo sea complicado es un problema frecuente que se presenta en la mujer gestante y que es la obesidad y la edad mayor de 30 años en la mujer primigesta. También algunos padecimientos agregados a éstos como lo son las enfermedades infecciosas que requieren tratamiento medicamentoso con el cual se debe tener cuidado y proteger hasta donde sea posible al feto.

#### OBJETIVOS

Conocer y comparar el desarrollo normal de un embarazo normal y el de un embarazo complicado.

Detectar las principales manifestaciones de un embarazo complicado, en un caso determinado.

**METODOLOGIA:**

El presente trabajo fue realizado por la observación directa con la paciente y por investigación bibliográfica.

También se realizó una entrevista para la elaboración de la historia clínica.

## I. MARCO TEORICO

### 1. GENERALIDADES SOBRE LA REPRODUCCION.

La reproducción y el crecimiento son aspectos distintos de un mismo fenómeno: el desarrollo de la materia viva; la reproducción es el desarrollo de la especie, el crecimiento lo es del individuo.

Todos los individuos poseen una propiedad vital constante que es su capacidad de incorporar sustancias exógenas a su organismo produciéndose así un crecimiento limitado al alcanzar la morfología del individuo adulto.

La reproducción no es más que una variedad del crecimiento extraindividual. Cuando el ser humano no puede crecer más, se reproduce engendrando otros seres vivos. La reproducción es un artificio de la naturaleza para el mantenimiento de la forma específica, y un medio de que ésta se vale para conseguir la perduración de la especie.

La reproducción tiene así una triple misión: a) asegurar la perduración de la especie, b) garantizar la conservación de su forma propia y c) evitar la degeneración de los clones celulares y el desarrollo genético de las especies y propicia la variación y evolución biológicas.

Los seres humanos crecen gracias a la División Celular que permite su desarrollo fuera del organismo primitivo, aunque esto es muy difícil de observar a primera vista por la com -

plejidad de su estructura y su sistema reproductor. Los individuos se dividen en dos partes; una masa orgánica que constituye la mayoría de su cuerpo, el soma, y otra pequeña parte reproductora, llamada germen.

El germen está dotado de una capacidad permanente de vida y se reproduce sin cesar, mientras que el soma tiene una vida limitada muriendo al final de la evolución biológica de cada individuo.

El germen hace perpetuarse a los padres en los hijos y éstos a su vez en sucesivas generaciones.

La reproducción humana se lleva a cabo a través de la reproducción sexuada que tiene como fin asimilar la información genética fusionada del gen paterno y materno, a fin de que se establezca un verdadero intercambio de conocimiento en el genoma.

Para que el número de genes no se altere con la fusión del gen paterno y materno, se lleva a cabo un mecanismo de división meiótica, que consiste en la fusión de dos células con  $N$  cromosomas cada una, que originan otra con doble número de cromosomas, las cuales se aparean, pero únicamente los que son idénticos entre sí y en esta fase tendrán un intercambio de genes análogos. Posteriormente se separarán los cromosomas, que cualitativamente serán diferentes a los anteriores y por último, la célula se partirá en dos con  $N$  cromosomas

cada una. De esta manera se irá ganando en información genética, pero el número cromosómico de la especie no aumentará.

En el ser humano se lleva a cabo la reproducción heterogamética en donde existe dos gametos diferentes: uno de ellos es grande, dotado de poca movilidad y posee abundante protoplasma, con gran cantidad de materia nutritiva para atender la nutrición del nuevo ser en los primeros momentos de su desarrollo, este gameto recibe el nombre de óvulo y representa al sexo femenino.

El otro gameto es pequeño, movable, pues ha de ir a reunirse con el femenino, que permanece quieto; no lleva en cambio reserva nutritiva, se denomina espermio y representa al sexo masculino.

Una vez que ambos gametos se unen se denomina fecundación y es ahí donde se inicia la vida de un nuevo ser, que se mantendrá en el útero materno hasta que alcance su máximo desarrollo y esté apto para vivir fuera de él, siempre y cuando no haya estímulos que entorpezcan esta evolución y puedan coartarla.

## 2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

El sistema reproductor femenino comprende los genitales externos, genitales internos y las estructuras de sostén.

Los genitales externos reciben el término colectivo de pudendum o vulva, e incluyen las siguientes formaciones todas e llas visibles a la exploración externa: el monte de venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris, el vestíbulo, el meato uretral, las glándulas de Skene (parauretrales), las glándulas de Bartolin (vulvovaginales), el himen, la horquilla, el cuerpo perineal y la fosa navicular. La hendidura vulvar o urogenital está flanqueada por estas estructuras de contorno variado, y en este espacio alargado ante y posteriormente, se abren los orificios vaginal y uretral. La forma de la región vulvar está determinada por la configuración ósea de la parte anteroinferior del cinturón pélvico, como también por la disposición del tejido adiposo subcutáneo, de los músculos y de las aponeurosis.

Los genitales internos comprenden la vagina, la cérvix, el útero, las trompas uterinas (de Falopio) y los ovarios. Es necesario utilizar instrumentos especiales para poder realizar su inspección; los órganos intraabdominales sólo pueden ser explorados visualmente con el uso de laparatomía, laparoscopia o ultrasonografía.

Se hará una breve descripción de cada una de las partes que componen los genitales externos e internos.

**MONTE DE VENUS:** Es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo situada por delante de la sínfisis púbica y que se desarrolla a partir del tubérculo genital, está cubierto de vello rígido y oscuro, que aparece temprano en la pubertad. Durante la vida de reproducción el vello es abundante y su configuración es típica, formando un triángulo de base superior.

La piel del monte de venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas; la cantidad de tejido adiposo está condicionada por factores nutricionales y hormonales (esteroides).

**LABIOS MAYORES:** En la mujer adulta representan las mayores formaciones de los genitales externos; se originan en las prominencias genitales que se extienden hacia abajo y atrás a partir del tubérculo genital. Son dos repliegues cutáneos longitudinales, elevados y redondeados que se originan en el cuerpo penel, de donde se extienden anteriormente, por fuera de los labios menores y se unen en el monte de venus. Ambos están adosados en la mujer nulípara, pero tienden a separarse por los partos sucesivos y en la mujer de edad, se adelgazan y sus vellos son escasos.

La piel en la cara externa es gruesa y con frecuencia pigmentada y está cubierta de vellos similares a los del monte de

venus; la piel interna es delgada, fina y carece de vellos. Los labios mayores están constituidos por tejido conjuntivo y aerolar, con múltiples glándulas sebáceas, subcutáneamente se extiende una fascia que es el dartos de la mujer; los ligamentos redondos del útero pasan a través del conducto de Nuck para terminar en una inserción fibrosa en la porción anterior y superior de los labios mayores.

**LABIOS MENORES:** Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, situados entre los labios mayores y el introito vaginal; normalmente están adosados entre sí, en las nulíparas, disimulando el orificio vaginal; derivan de los pliegues cutáneos que se encuentran por debajo del clítoris en desarrollo.

Posteriormente se unen por la horquilla; los labios están separados de himen, que es una estructura individual que señala la entrada vaginal o introito, y en su extremo anterior cada labio se divide dando un pliegue interno que se fusiona con el opuesto correspondiente para formar el frenillo del clítoris, y otro extremo para dar lugar al prepucio del clítoris. La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados, su cara interna es rosada y húmeda, semejando la mucosa vaginal.

Los labios menores carecen de folículos pilosos y de glándulas sudoríparas, en cambio, tienen una gran cantidad de

glándulas sebáceas. Los labios menores tienden a cerrar el introito; aumentan de tamaño como resultado de la estimulación hormonal ovárica; después de la menopausia tienden a desaparecer, a no ser de que se administren estrógenos.

CLITORIS: Es el homólogo del pene; mide de 2 a 3 cm. y tiene una localización media, un poco anterior al meato uretral; está constituido por dos cuerpos eréctiles, pequeños fijos al periostio de la sínfisis y por una estructura diminuta, parcialmente cubierta por los labios menores, que es el glande, está abastecido abundantemente por terminaciones nerviosás sensoriales; el glande se encuentra parcialmente cubier to por los labios menores.

VESTIBULO Y MEATO URETRAL: La zona triangular que se localiza en medio de la parte anterior de los labios menores y en la que se encuentra la uretra, es el vestíbulo. Este deriva del seno urogenital y está cubierto por epitelio escamoso estratificado delgado. El meato uritnario ofrece el aspecto de una hendidura anteroposterior o de una V invertida; está cubierto por un epitelio transicional como la uretra. La mucosa vascular del meato protruye o se invierte con frecuencia, lo cual hace que aparezca más rojo que la mucosa vaginal vecina.

GLANDULAS PARAURETRALES (de Skene): dentro de la uretra, en la proximidad del meato urinario, existen postlateralmente

dos orificios correspondientes a los conductos tubulares poco profundos de las glándulas de Skene, que son restos de los conductos de Wolf, esos conductos están cubiertos por células transicionales y representan el equivalente de las numerosas glándulas prostáticas masculinas.

GLANDULAS Y CONDUCTOS VULVOVAGINALES O DE BARTHOLIN: Inmediatamente por fuera del himen y a mitad de la altura del orificio vaginal existen dos pequeñas aberturas a uno y otro lado. Un conducto estrecho de 1-2 cm. de longitud conecta cada una de estas aberturas con una glándula pequeña, aplanada, productora de moco, que se localiza entre los labios menores y de la pared vaginal. Estas son las glándulas paravaginales o vulvovaginales de Bartholin, homólogas de las glándulas de Cowper en el hombre; sus conductos están revestidos por epitelio transicional. Las glándulas de Bartholin secretan moco que lubrican la vagina durante el coito.

HIMEN: Es una membrana circular o falciforme, situada por dentro y muy próxima a los labios menores y que señala la entrada de la vagina. El himen es una barrera delgada, moderadamente elástica que ocluye parcial, o en raras ocasiones, totalmente el conducto vaginal; el himen está constituido por dos caras cubiertas de epitelio que encierran una matriz de tejido fibrovascular.

CUERPO PERINEAL, HORQUILLA Y FOSA NAVICULAR: El cuerpo perineal incluye a la piel y tejidos subyacentes que se encuentran entre el orificio anal y la abertura vaginal. Está sostenido por los músculos transverso perineales y las porciones inferiores de los músculos bulbocavernosos.

LOS LABIOS MENORES Y MAYORES, DERECHOS E IZQUIERDOS, están unidos en sus extremos inferiores para formar la horquilla. Inmediatamente arriba de esta comisura existe una depresión poco notable que se extiende 1 cm. hasta el himen y que se conoce como fosa navicular.

Estas formaciones sufren frecuentemente, durante el parto, laceraciones que pueden necesitar reparación.

VAGINA: La vagina es un conducto muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cm. de largo y con un diámetro aproximado de 4 cm. Se extiende del introito a la cervix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. La cervix hace proyección varios centímetros en la porción superior de la vagina dando lugar a unos recesos, los fondos de saco. Siendo el labio cervical posterior más largo que el anterior resulta el fondo de saco posterior más profundo que el anterior.

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales o de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

El peritoneo de fondo de saco retrouterino (bolsa de Douglas) y el fondo de saco posterior, corresponden a la porción más alta de este último, lo que representa un detalle importante en cirugía.

**CERVIX:** Es de forma cónica y moderadamente firme, de 2 a 4 cm. de largo y de un diámetro externo aproximado de 2.5cm. cuando el útero no se encuentra en gestación. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Casi a la mitad de la cervix es supravaginal y está anteriormente en íntima relación con la vejiga.

El cuello está sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales transversos.

La porción vaginal de la cérvix está recubierta por células escamosas estratificadas que por lo general terminan un poco arriba del orificio cervical externo; las innumerables hendiduras que otorgan a la cérvix una apariencia de pañal al corte transversal, antes se suponían glándulas pero ahora se sabe que son el resultado de repliegues de la mucosa secreto-ria cervical; las finas musculares del cuello se disponen en forma circular y están en relación con el resto del miometrio uterino.

**CUERPO Y FONDO DEL UTERO:** El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto; está conformado como una pera invertida. El útero ingravido de la mujer a -

dulta mide aproximadamente 7-8 cm. en su diámetro más grande. Las trompas de Falopio se unen del tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones tubarias se denomina fondo del útero, el cual se continúa hacia abajo, con el segmento supravaginal de la cérvix. En la mujer nulípara el cuerpo y la cérvix uterina se dirigen hacia adelante, formando casi un ángulo recto en el eje longitudinal de la vagina, pero en 25-35% de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retroflexionado.

Exceptuando la porción anteroinferior que está cubierta por la vejiga, el cuerpo del útero está cubierto por el peritoneo. Sostienen al útero: 1) los ligamentos redondos musculosos que se originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores; 2) los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis; 3) los ligamentos uterosacos, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el perostio del sacro; 4) los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales o de Mackenrodt) y 5) los músculos elevadores del ano y la aponeurosis suprayacente.

La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, entrelazadas y que son particularmente gruesas en el fondo uterino; esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan; la cavidad del útero es pe

queña y está revestida por el endometrio, que prolifera, sangra, descama y se regenera periódicamente durante la vida reproductiva.

El útero puede sufrir una enorme expansión para acomodar a los productos de la concepción; durante la gestación aumenta su peso a un máximo aproximadamente de 90 gr. hasta cerca de 1 Kg. y su capacidad se eleva hasta más de 4,000 veces. Normalmente el huevo se implanta en el endometrio y se desarrolla en la cavidad uterina en su etapa embrionaria y fetal. La expulsión del feto antes de las 24 semanas de gestación se conoce como aborto y presupone casi invariablemente la muerte del producto; después de esta edad se considera al feto viable, y su supervivencia al nacer aumenta en proporción directa a la duración del embarazo.

**TROMPAS DE FALOPIO:** Son un par de conductos delgados que miden de 10 a 12 cm. de longitud y presentan movimientos peristálticos; se originan en los cuernos uterinos, de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios. El diámetro varía entre 1 y 2 mm. en los extremos y en la porción media puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unida al ovario por una franja larga (fimbria ovárica) que mantiene la proximidad de ambos.

Las trompas uterinas tienen dos capas de fibras musculares

lisas; una externa, delgada, longitudinal y la otra profunda circular; su mucosa es un epitelio cuboide semejante al endometrio, pero de estroma más escaso; la mucosa se caracteriza por su gran número de finos repliegues longitudinales, más abundantes en su mitad distal; las trompas están envueltas por un pliegue peritoneal, el mesosalpinx, una porción del ligamento ancho del útero.

A. los oviductos se le reconocen diferentes segmentos: su cavidad distal que se comunica a la cavidad peritoneal casi e-réctil cuando está turgente. La cavidad de los 2-3 cm. distales de los oviductos se conoce como infundíbulo; por su forma parecida a un embudo, éste se continúa con un segmento ensanchado de 6-8 cm. que es la ampolla, de ésta a la pared uterina se estrecha el conducto, por lo cual se designa a ésta porción istmo y mide de 1-2 cm. El segmento intrauterino llamado segmento intersticial, tiene 1 cm. de longitud aproximadamente y es la porción tubárica de luz más reducida, 1 mm.

El óvulo es fecundado en la trompa y después de 3-4 días de tránsito por el conducto, se implanta en el endometrio.

OVARIOS: Son un par de órganos ovoides, aplanados, firmes y blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5 x 3 x 3.5 cm., localizados en la pelvis verdadera. En la nulípara guardan una relación casi vertical y están contiguos al peritoneo de la pared lateral pélvica, en una depresión suave que es la fosa ovárica. Este espacio está limitado medialmente por

la arteria umbilical obliterada, a los lados por el uréter y los vasos uterinos y en la parte de abajo por el nervio obturador y sus arterias y vena correspondientes. El pabellón tubario se enrosca y cubre habitualmente el extremo superior del ovario.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis por el mesovario, que pertenece a la aleta superior del ligamento ancho. El mesovario no rodea ni cubre al ovario, sino que se funde con su capa epitelial superficial. También está en relación con el útero por el ligamento uteroovárico, que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

El ovario está constituido por una célula germinal (óvulo) que contiene corteza y médula vascular; la corteza y capa periférica del ovario representan de la tercera parte a la mitad del grosor del órgano y está recubierta por una capa única de células cuboides, falsamente llamado epitelio germinal debido a que no proviene de este tejido. El estroma cortical está compuesto por células fusiformes que rodean a numerosos y pequeños espacios vesiculosos (folículos de De Graff) situados en forma variable. La mitad a los 2 tercios centrales del órgano corresponden a la zona medular del ovario, la cual está desprovista de folículos, pero contiene un estroma laxo y rica vascularización.

En la recién nacida, la corteza del ovario posee millares de óvulos (oocitos) en diferentes estados de desarrollo; antes de la pubertad cada óvulo se rodea de una capa simple de células epiteliales y se denomina folículo primordial y óvulo; éstos folículos contienen una célula sexual bien desarrollada, grande y excéntrica, de núcleo granular hipercromático. Circunda al óvulo una cantidad de líquido seroso y claro.

Después de la pubertad los folículos primordiales se convierten en folículos vesiculares (de Graff), bajo el estímulo de la hormona gonadotrópica, la cual estimula algunos folículos en forma cíclica, iniciando la producción ovular de tal manera que cada mes aproximadamente, madure un óvulo. Las células foliculares, originalmente aplanadas, se vuelven cuboides y más numerosas; a medida que se multiplican se ordenan en dos capas: la túnica (antes teca) interna que es la capa vescicular profunda, y la túnica externa, formada de células planas más pequeñas. Rodeando por completo al óvulo y recubriendo la cavidad o antro folicular, se disponen las células granulosas. El líquido folicular contiene estrógenos en grandes concentraciones, producido por las células foliculares.

Alrededor de una vez por mes, se inicia el desarrollo de un pequeño número de folículos, pero únicamente 1 ó 2 folículos de Graff logran su desarrollo completo y se rompen permitien

do la salida del óvulo. El folículo vacío, ahora llamada cuerpo lúteo produce estrógenos y progesterona. Aquellos folículos que sólo lograron una maduración parcial y que aún conservan el óvulo, degeneran y desaparecen.

En caso de haberse producido embarazo, el cuerpo lúteo crece y aumenta su producción de hormonas esteroides sexuales; pero de no efectuarse la concepción, el cuerpo lúteo degenera, ocurre la maduración y, después de algunos meses se convierte en una masa hialina llamada cuerpo albicante.

La vascularización del ovario en la edad adulta es muy rica de tal manera que la irrigación de los folículos en maduración es muy generosa.

El ovario desempeña varias funciones:

1. En él se encuentran las células sexuales primitivas femeninas (óvulo)
2. Es el sitio en donde se producen, maduran y liberan cada mes óvulos maduros durante la etapa reproductora de la vida.
3. Produce hormonas esteroides sexuales (función lútea). Si el ovario no produce estas hormonas (estrógenos, progestógenos y andrógenos) en cantidades suficientes, no ocurre el crecimiento, desarrollo y funcionamiento femenino normales.

PELVIS OSEA: La pelvis es una estructura en forma de cuenca formada por 4 huesos; anterior y lateralmente, por los ilíacos, derecho e izquierdo; y posteriormente, por el sacro y el cóccix. La pelvis descansa en fémures y soporta a la columna vertebral.

La disposición de los huesos pélvicos produce la división de dos segmentos: el superior más grande y amplio, llamado pelvis mayor o falsa, y el inferior, pelvis menor o verdadera, que es una cavidad más pequeña y profunda. La separación de ambas está marcada por la línea iliopectínea (innominada), que es un surco oblicuo en la cara interna de los iliacos, y que se prolonga hasta el pubis.

La pelvis mayor está cerrada por delante por los músculos abdominales, y por detrás por la columna vertebral; este segmento aplanado y hueco presta apoyo a los intestinos, pero el útero está incluido en la pelvis menor cuando la mujer está erecta. El embarazo y los tumores pélvicos pueden elevar el útero sobre la línea pectínea pasando entonces a ocupar también la pelvis mayor.

La pelvis menor o excavación pélvica está limitada posteriormente por el sacro y el cóccix y lateralmente por los huesos iliacos. La altura de la parte posterior de la excavación es tres veces mayor a la de la anterior; la forma de la cavidad pélvica considerada por su eje, sugiere un tubo acodado,

con una curva anterior considerablemente corta. El límite superior de la pelvis menor, cuya configuración asemeja un corazón, se designa estrecho superior; el límite inferior, de forma elíptica anteroposterior, es el estrecho inferior.

Piso Pélvico: Consiste en músculos, ligamentos y aponeurosis dispuestos para sostener las vísceras pélvicas, hacer el papel de esfínter para la uretra, la vagina y el recto, y permite la salida de un feto a término. Está constituido por dos diafrágmata pelvianos, uno superior y otro inferior y por los tabiques vesico y rectovaginales, mismos que ponen en contacto a ambos diafrágmata, el cuerpo perineal y el cóccix. Otras estructuras accesorias, pertenecen al suelo pélvico, son los ligamentos cervicales transversos o cardinales y los músculos glúteos mayores.

El diafragma pélvico superior es una estructura musculoaponeurótica, formada por la fascia endopélvica, los ligamentos uterosacros y los músculos elevadores del ano, incluyendo la porción pubcoccígea de éstos. El diafragma musculoaponeurótico pélvico inferior está representado por el diafragma urogenital y los músculos esfinterianos de la vulva, isquiocavernosos, bulbocavernosos y transversos perineales.

Todas las estructuras de los diafrágmata pélvicos superior e inferior, se encuentran fijadas al cuerpo perineal en forma directa o indirecta. Las capas de los diafrágmata pélvicos están interrelacionadas y sobrepuestas para sostenerse recíprocamente; no están absolutamente fijadas sino que pueden desli-

zarse una sobre otra este movimiento permite la dilatación del conducto del parto para dar salida al feto y su cierre después del parto.

El piso pélvico está perforado centralmente por tres estructuras tubulares, la uretra, la vagina y el recto; todos ellos atraviesan el piso pélvico con una angulación determinada, que favorecen la acción de los músculos que desempeñan el papel de esfínteres. Los tejidos de los diafragmas del piso pélvico, tienen la función de sostén y elasticidad: el tejido conjuntivo proporciona sostén pero no flexibilidad; las fascias proporcionan firmeza, más carecen de elasticidad el tejido elástico contribuye poco a dar firmeza y tanto la musculatura estriada como la lisa, ofrecen una elasticidad limitada.

La debilidad, laceración o insuficiencia del piso pélvico, pueden ser consecuencia de lesiones neurológicas o producidas durante el parto, o bien pueden obedecer a defectos congénitos o a involución.

### 3. EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO O ALTO RIESGO.

Un embarazo de riesgo elevado es el que impone un aumento probable o bien definido de los peligros para la vida o la salud de la madre o su descendencia.\*

El riesgo puede deberse a problemas maternos o fetales incluyendo el tratamiento de éstos.

Los trastornos que involucran un riesgo elevado para la madre o para el feto, incluyendo problemas previos al embarazo, trastornos obstétricos y trastornos médicos o quirúrgicos maternos. Por sí solos, el feto puede estar involucrado con anomalías genéticas, disfunción placentaria, un parto fuera de tiempo y aún complicaciones del cordón umbilical.

Los factores sociales, culturales y económicos influyen en los embarazos de riesgo elevado, así también como la educación, el sostén familiar, la nutrición, el acceso al sistema de salud y otros factores.

Cualquiera que sea el problema, la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado reducirán las probabilidades de morbilidad y mortalidad perinatales.

El desarrollo anormal o la función alterada dependen del trastorno individual, mecanismos compensatorios y modo de tratamiento; así como también la administración de medicamentos.

---

1 Ralph C. Benson, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico, pág. 89.

que pueden ser beneficiosos para la madre y perjudiciales para el feto.

Para realizar una valoración diagnóstica adecuada de la embarazada de alto riesgo se haña lo siguiente:

- Examen físico general completo en donde se incluirá peso, talla, diagnóstico de la enfermedad general, disfunción o anormalidad.
- Valoración pélvica con especial atención en el útero, su configuración, tamaño, altura del fondo uterino, cintura de la paciente, tamaño fetal estimado, presentación, posición, encajamiento, cantidad de líquido amniótico.
- En el cérvix se verá su posición, epitelización, dilatación y borramiento. Se verán anormalidades de la columna vertebral y extremidades y se medirán los diámetros pélvicos.
- Pruebas de laboratorio: hematocrito, análisis de orina, urocultivo, prueba serológica, valoración de anticuerpos y rubéola, tipo sanguíneo, determinación del Rh, frotis de citología vaginal, estado hormonal y elementos malignos y estudios especiales para problemas particulares.
- Consultas prenatales que deberán ser más frecuentes en las pacientes con riesgo elevado que las normales. Esto permite una valoración más segura de la evolución del embarazo y la identificación y corrección de los problemas como son la anemia y las infecciones urinarias. Las visitas también pro

porcionan la oportunidad de la educación acerca de higiene, nutrición, empleo de medicamentos y cuidados del recién nacido.

-Se determinará el crecimiento y madurez fetales; calculando la edad gestacional, el crecimiento uterino, el encajamiento. Se puede indicar estudios radiográficos, con todas las precauciones que esto implica: ultrasonografía, ecosonografía y determinación de plasma materno o estriol urinario. También puede practicarse la amniocentesis, amniografía y amnioscopia.

El tratamiento va encaminado a tratar con cuidado la enfermedad materna para evitar dañar al producto, hasta donde sea posible.

#### 4. OBESIDAD

La obesidad es el exceso de grasa corporal, excediendo las cifras del peso ideal para la estatura y edad de la persona, en más de 10 Kg.

Etiología: el ingreso de alimentos en exceso, en relación con las necesidades corporales es la causa principal de la obesidad. La capacidad del cuerpo de almacenar proteínas y carbohidratos es limitada, y el exceso de alimento se convierte en grasa y se almacena. pueden participar factores genéticos, hipotalámicos y del SNC; factores endócrinos, metabólicos.

La obesidad hipotalámica es un trastorno clínico reconocido en el ser humano; el mecanismo aplicado parece ser la estimulación o la inhibición de los centros de apetito o de la saciedad, de tal forma que los pacientes dejan de sentir la señal de ansiedad y siguen comiendo fuera de control.

Factores endócrinos y metabólicos: Generalmente estos factores se encuentran asociados con el síndrome de Cushing y con la diabetes mellitus. La obesidad es un rasgo regular de estos trastornos y el mecanismo de su relación no se conoce.

Factores genéticos: Estos se han reconocido desde hace muchos años, aunque faltan pruebas concluyentes en el ser humano.

Factores culturales: La industria ha servido para poner cada vez más alimentos a nuestra disposición con un mínimo de ejercicio físico, además del consumo de alimentos bajos en nutrientes y con exceso calórico. El nivel cultural de las personas obesas es muy importante ya que generalmente está condicionado al consumo de grandes cantidades de alimentos poco nutritivos, según sus tradiciones.

El sexo es un factor condicionante de la obesidad, ya que ésta es más frecuente en las mujeres por tener más grasa subcutánea y el papel que juegan las hormonas sexuales femeninas en la regulación del metabolismo.

S.N.C. El control del SNC sobre la ingestión de los alimentos se lleva a cabo en el hipotálamo a través de su centro de saciedad, la destrucción del centro hace desaparecer el control del apetito y en consecuencia ocurre la ingestión excesiva de alimentos. También existen aspectos emocionales que influyen en el consumo excesivo de alimentos hipercalóricos.

El equilibrio entre síntesis de grasa y la movilización de la misma depende de varias reacciones clave en la célula adiposa y de la influencia de ciertas hormonas, como el estado de nutrición sobre tales reacciones. Una desviación de la célula adiposa, en sentido de una síntesis aumentada de grasa o de una disminución de la movilidad de la misma intervendrán para causar obesidad.

Manifestaciones y complicaciones: El simple taumatismo mecánico del exceso de peso corporal agrava o produce trastornos tan molestos como osteoartritis, dermatitis intertriginosa, venas varicosas, hernias ventrales y diafragmáticas. La colelitiasis y la colecistitis son más frecuentes en los obesos.

Existen varias manifestaciones que pueden presentarse en las personas obesas como son: hipoventilación, somnolencia, volu  
men total circulante mayor; hipertensión, hipertrofia ventri  
cular izquierda, mayor concentración plasmática de glucosa,  
aminoácidos e insulina.

Las complicaciones más frecuentes son: la hipoxia, la hiper  
tensión pulmonar, la policitemia secundaria, la insuficiencia  
cardiopulmonar, la diabetes mellitus y la arteroesclerosis.

El diagnóstico es mediante la inspección y mediante la utili  
zación de las tablas de peso y talla por edad y sexo. Si  
una persona pesa más que el límite superior de su peso ideal  
puede considerarse que pesa demasiado; si pesa 9 a 10 Kg. más  
que el peso ideal se considera obeso.

La obesidad puede ser clasificada por grados; existiendo cua  
tro:

- Grado I cuando el sobrepeso es del 10 al 19%
- Grado II cuando el sobrepeso es del 20 al 29%
- Grado III cuando el sobrepeso es del 30 al 39%
- Grado IV cuando el sobrepeso es de más de 40%

El tratamiento a seguir va a ser: la regulación de la dieta para disminuir el contenido calórico, adiestrando al paciente para que ingiera las calorías prescritas durante el día y logre un autocontrol de la conducta alimentaria.

Esta dieta debe ser no mayor de 1500 caloría por día y estar acorde con el gasto diario de energía.

Ejercicio: Una dieta controlada, debe ser complementada por un aumento de ejercicio, antes debe valorarse el estado cardiovascular y respiratorio y el esfuerzo físico del paciente debe aumentar gradualmente.

Medicamentos: no existe una medicación eficaz que corrija la obesidad; las anfetaminas han sido utilizadas como supresoras del apetito, pero sólo son eficaces durante una semana y no a largo plazo.

#### OBESIDAD Y EMBARAZO

La obesidad constituye un factor de riesgo en la embarazada ya que un peso excesivo plantea un riesgo agregado por los problemas que la obesidad plantea por sí sola.

En la obesidad existe un aumento de peso que el sistema musculoesquelético tiene que soportar además del estado de gravidez de la embarazada, así mismo existe una menor filtración glomerular debido al exceso de ácidos grasos, hay también aumento en la tensión arterial e hipoventilación cuando existe

un peso excesivo. Todo esto perjudica al producto y constituye un embarazo de alto riesgo.

Otro factor que hace que el embarazo sea de alto riesgo es la edad de la embarazada.

En este caso se trata de una paciente que además de obesa es mayor de 32 años.

La edad materna constituye un riesgo materno, fetal y neonatal cuando la mujer es comparativamente vieja para la reproducción. El embarazo es más seguro para la madre y su proge<sub>n</sub>ie cuando la edad de la madre es entre 20 y 29 años. La concepción después de los 30 años de edad plantea un riesgo creciente de defectos genéticos. Este riesgo es mayor cuando las mujeres son primigestas y no han tenido un control prenatal.

## 5. ARTRITIS MONOARTICULAR.

La artritis monoarticular es la inflamación de una articulación que puede ser causada por infecciones bacterianas (gonococo, neumococo, estreptococo, estafilococo, meningococo, microorganismos gramnegativos), tuberculosis, hongos, por artritis reumatoide, colitis ulcerosa, por desgarros de ligamentos o cartílagos y/o por neoplasias.

Las manifestaciones articulares de esta patología tienen un comienzo brusco de inflamación monoarticular con inflamación articular intensa local, leucocitosis y ocasionalmente fiebre, dado que la infección suele ser hematógena, puede haber antecedentes de escalofríos. Generalmente son atacadas las grandes articulaciones, pero las articulaciones pequeñas de manos y pies participan en la infección sobre todo en la causada por gonococo o meningococo. En los ataques gotosos incipientes a menudo participa la articulación metatarsofalángica del dedo grueso, con inflamación de los tejidos blandos adyacentes que remeda celulitis o tromboflebitis.

El diagnóstico se hace mediante la historia clínica en busca de datos de infecciones diversas, por Bñ reportando leucocitosis, aumento en la rapidez de la sedimentación de los eritrocitos y de la proteína C-reactiva. La aspiración de líquido sinovial es útil para diagnosticar la monoartritis. Generalmente la infección aguda no tiene manifestaciones radioló

gicas y sólo varias semanas después de la infección aguda puede manifestarse estrechamiento del espacio articular a causa de destrucción del cartílago.

El tratamiento consiste en el reposo en cama y la administración prudente de antibióticos y antiinflamatorios.

Tratamiento Empleado:

- Solución mixta 1000 ml.
- Penicilina Sódica Cristalina 5.000.000 I.V.
- Posipen ampulas 500 mg. I.V.
- Osteral tabletas
- Micostatina V.O.

Dieta normal

- Aplicación de calor local con bolsa cada 4 horas
- Miembro en alto

Solución mixta: contiene glucosa 5 g/100 ml. y Cloruro de Sodio al 0.9 g/100 ml. Calorías por litro 200 cal.

Esta solución es útil en pacientes con déficit de líquidos y electrolitos; se podrá indicar para mantenimiento de líquidos en postoperatorios, puede ser útil en reposición de volumen, en shock hipovolémico asociado a coloides (plasma o sangre).

Indicaciones: calorígeno y restaurador del equilibrio hidroelectrolítico.

Contraindicaciones: casos de acidosis, coma diabético e insuficiencia renal aguda.

POSIPEN:

Antibiótico de espectro reducido.

Fórmula dicloxacilina sódica 250 mg. y 125 mg. en cápsulas; ampollitas con 500 mg.

Es una penicilina que se utiliza para infecciones gram positivas incluyendo las originadas por estafilococos resistentes.

Posipen es altamente bactericida, destruye estreptococos, estafilococos y neumococos sensibles o resistentes.

Indicaciones: en el tratamiento oral en las infecciones que responden a las penicilinas como son la amigdalitis, faringitis, otitis y todas las infecciones de vías respiratorias altas; abscesos, heridas, quemaduras infectadas, etc.

Contraindicaciones: no se debe administrar a personas alérgicas a la penicilina.

PENICILINA SODICA CRISTALINA.

La penicilina es un antimicrobiano de amplio espectro que actúa a nivel de la membrana plasmática de los microorganismos. Comprenden un gran grupo de sustancias, siendo algunas de ellas derivados naturales de hongos y otro compuesto sintéticos. Su acción antibacteriana inhibe la síntesis del muco péptido de la pared celular, es activa contra bacterias gram negativas y gram positivas.

Actividades antimicrobianas: la penicilina inhibe específicamente la síntesis de las paredes de las células bacterianas que contienen un "mucopéptido" complejo que consiste de polisacáridos y un polipéptido con muchos enlaces cruzados conocido como peptidoglucano.

El paso inicial de la acción penicilínica es la unión del medicamento con los receptores celulares. Después de la fijación del medicamento, las penicilinas inhiben la actividad de tales enzimas y bloquean las reacciones de transpeptidación por consecuencia la síntesis de la pared celular es incompleta; esto provoca la lisis del microorganismo si el medio es isotónico.

La penicilina sódica cristalina contiene aproximadamente 1600 unidades/mg.

Después de la administración parenteral, la absorción de la mayoría de las penicilinas es completa y rápida distribuyéndose ampliamente en los líquidos y tejidos corporales.

Con dosificaciones parenterales de 5,000,000 a 10 000,000 de unidades de penicilina G, el promedio de las cifras sanguíneas del medicamento alcanza 1-10 unidades.

La mayor parte de las penicilinas absorbidas son excretadas por los riñones en la orina; pequeñas cantidades son excretadas por otras vías.

La mayor parte de las infecciones responden a la dosis diaria de penicilina G de 0.6 a 5 millones de unidades por vía endovenosa cada 4 ó 6 horas durante 20 minutos.

Reacciones adversas: las penicilinas poseen menor toxicidad directa que cualesquiera otros antibióticos; la mayor parte de los efectos colaterales intenso se debe a hipersensibilidad. Pueden ocurrir las reacciones alérgicas como choque a náfiláctico típico, reacciones típicas de la clase de urticaria, fiebre, hinchazón de las articulaciones, edema angio neurótico, prurito intenso y perturbaciones respiratorias que aparecen 7-12 días después de la exposición y una variedad de erupciones cutáneas, lesiones bucales, fiebre, nefri tis intersticial, eosinofilia, anemia hemolítica y otros trastornos hemáticos.

#### OSTERAL:

Antirreumático no esteroide.

Contiene piroxicam. Es un eficaz antiinflamatorio no esteroides con acción antiinflamatoria: actúa bloqueando la síntesis de prostaglandinas al inhibir el funcionamiento de la enzima ciclooxigenasa.

Así mismo interfiere con la agregación plaquetaria, disminuye la migración de leucocitos polimorfonucleares y macrófagos, la formación de radical superóxido y la degranulación lisosómica.

Reune las ventajas de la potencia elevada para inhibir las síntesis de prostaglandinas con la vida media prolongada (35-45 hrs.) por lo que sólo se administra una vez al día.

Indicaciones: Sistema musculoesquelético, reumatismo articular, artritis reumatoide, reumatismo extraarticular.

Ginecoobstétricos, en dismenorrea, dolor posepisiotomía y postparto.

Contraindicaciones: hipersensibilidad al piroxicam.

#### DIETA NORMAL:

Una dieta normal, rica en proteínas y vitaminas es importante en la formación de anticuerpos y el mantenimiento de la resistencia natural de los tejidos.

La dieta debe ser adecuada a cada paciente para poder cubrir sus requerimientos calóricos diarios, cuidando de no exceder el peso del paciente, ya que el sobrepeso ocasiona compresión de las articulaciones lo que favorece el edema.

#### Aplicación de calor local:

Se utiliza en caso de infección localizada y puede ser mediante compresas húmedas calientes, se debe tener cuidado para evitar quemaduras ya que la piel edematizada es más frágil. El calor local ayuda a filtrar agua de los espacios intersticiales para disminuir la cantidad de agua acumulada en el sitio de la lesión.

**MANTENER MIEMBRO EN ALTO:**

El cambio frecuente de posición evita que la persona en repo so se edematice. Al mantener el miembro afectado en alto se favorece el retorno venoso y con ello se evita la extravasación de líquidos y se disminuye el riesgo de producir edema.

## HISTORIA CLINICA

### DATOS DE IDENTIFICACION

NOMBRE: Alma Delia Olivera Martínez

EDAD: 32 años LUGAR DE NACIMIENTO: Juchitán, Oax.

LUGAR DE PROCEDENCIA: Juchitán, Oax.

OCUPACION: Maestra de Educación Primaria

ESCOLARIDAD: Normal Superior

RELIGION: Católica EDO. CIVIL: Casada

RESPONSABLE: Antonio López (esposó)

SERVICIO: Hospitalización

CAMA SGM-6

FECHA DE INGRESO: 24-Abril-87

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre vivo, aparentemente sano, madre hipertensa, esposo aparentemente sano.

Niega padecimientos de importancia en familiares colaterales.

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Originaria de Juchitán, Edo. de Oaxaca, con educación de Nivel Superior, maestra de primaria, procedente de medio socioeconómico medio bajo.

Desayuno precario que consiste en café con leche, frijoles, tortilla y ocasionalmente bistec asado.

Comida: caldo, sopa, fruta y agua de frutas

Cena: café con pan o chocomilk

Los alimentos que provocan desagrado son el arroz y el que prefiere es el pescado, ningún alimento causa intolerancia.

Su casa es propia con 4 recámaras, sala, comedor, cocina, baño tipo inglés, con buena ventilación e iluminación.

Tiene todos los servicios sanitarios dentro de su domicilio y no cuenta con ningún animal doméstico.

Servicios para la salud: existen médicos particulares en la comunidad y es derechohabiente del ISSSTE. Tiene buenos medios de comunicación y transporte que comunican a la población con otras.

Dentro de sus hábitos y costumbres refiere sueño tranquilo, sin pesadillas ni insomnio; descansa viendo la televisión o leyendo durante dos horas por la tarde.

Dentro de sus hábitos higiénicos menciona que se baña diario con cambio total de ropa; aseo dental 2 veces al día; eliminación vesical 2 ó 3 veces al día de características normales; eliminación intestinal una vez al día de características normales.

Niega tabaquismo, alcoholismo, adicción a medicamentos u algún otro tipo de drogas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

En la infancia padeció viruela, sarampión, paperas y cefaleas inespecíficas.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS

TELARCA: 13 años      PUBARCA: 15 años      MENARCA: 12 años

CICLO: 28 x 3 abundantes sin coágulos.

COLICOS: Ocasionales

IVSA: 32 años, con características de la menstruación iguales a las de soltera.

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES: 1 no circuncidado

EDAD DEL CONYUGE ACTUAL: 29 años

RELACIONES SEXUALES: Normales, sin alteraciones

CONTROL DE LA FERTILIDAD: Ninguno

GESTA: 1    PARA: 0    ABORTOS: 0

FECHA DE ULTIMA CITOLOGIA VAGINAL Y RESULTADOS: Nunca se ha hecho ninguna.

FUR Y CARACTERES: 4 de septiembre de 1986. De características normales con sangrado abundante, mojando aproximadamente 4 toallas al día, sin coágulos, sangre rojo brillante.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Llegó al sanatorio por cursar con edema de pie derecho, el cual se encuentra doloroso con incapacidad funcional.

PADECIMIENTO ACTUAL

Llega con dolor e inflamación en pie derecho con evolución

de 30 días. Inicia con dolor en rodilla, posteriormente en muñecas y actualmente en pie derecho por lo que acude al servicio para su diagnóstico y tratamiento.

#### EXPLORACION FISICA

INSPECCION: Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, ectomórfica, en posición de decúbito dorsal con miembro derecho en alto, con fascies tranquilas, comunicativa y actitud libremente escogida.

Con obesidad exógena importante.

#### EXPLORACION POR APARATOS Y SISTEMAS

CABEZA: Normocéfala con pelo bien implantado, corto, lacio, en buen estado; frente ancha, cara redonda, con escaso cloasma facial; ojos café claro con buena coloración de conjuntivas, cejas pobladas, nariz recta, boca regular, labios gruesos, con buena hidratación de mucosas orales con piezas dentales en buen estado.

CUELLO: Corto, cilíndrico, sin alteraciones ganglionares ni tiroideas.

TORAX: Amplio con tejido adiposo en exceso (paciente obesa) con ritmos cardíacos normales Fc de 80 x '. Mamas simétricas, pigmentación oscura areolar, sin salida de colostro.

ABDOMEN: Globoso a expensas de panículo adiposos de aproximadamente 3 cm. de espesor y PUVI en presentación cefálica, con FCF de 136 x', percibiéndose movimientos fetales. Presenta línea morena y vivises.

GENITALES: Labios mayores voluminosos, húmedos, de coloración púrpura, con implantación de vello púbico tipo ginecoide, sin presencia de secreciones transvaginales.

EXTREMIDADES: Extremidades superiores cortas, simétricas, en el miembro superior derecho tiene punzocath #18 con solución glucosada al 5% 500 ml.

Extremidades inferiores simétricas, gruesas (paciente obesa), sin várices; en miembro inferior derecho presenta edema++ (pie derecho), con incapacidad funcional y dolor regional.

#### ESTUDIOS DE GABINETE:

2-Abril-87 ULTRASONOGRAFIA PELVICA: Se observa producto único vivo intrauterino, en posición longitudinal, presenta -  
ción cefálica, dorso a la derecha. FCF rítmica, con movimientos fetales normales.

#### DIAGNOSTICO MEDICO:

Monoartritis infecciosa

Embarazo de tercer trimestre riesgoso

#### DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Paciente femenina de edad aparente a la cronológica, conciencia, tranquila, bien orientada en tiempo y espacio, cooperadora, en posición de semifowler, en su unidad, con facies tranquilas, ectomórfica, buena coloración de tegumentos, bien hidratada en mucosas orales, con canalización permeable en

miembro superior derecho, con solución glucosada al 5% 100ml. con miembro inferior derecho elevado con calor local, sensible al tacto y doloroso a la palpación profunda, localizado en maleólo externo y arco plantar.

Procede de medio socioeconómico medio bajo, con malos hábitos dietéticos, persistente en sus costumbres y tradiciones.

CONCEPTO: El embarazo consiste en la nidación y desarrollo del producto de la concepción en la cavidad uterina. El embarazo en este caso se encuentra asociado a una patología poco frecuente que es la monoartritis infecciosa.

AGENTE: Espermatozoide portador de genes e infecciones bacterianas concomitantes con el embarazo, que pueden dar como resultado la monoartritis o inflamación de una articulación.

HUESPED: Mujer en edad fértil

MEDIO AMBIENTE: Cualquier medio socioeconómico, raza o cultura Favoreciendo la aparición de las enfermedades infecciosas los cambios bruscos de temperatura.

C. T.

- Implantación del huevo de 7 a 10 días después de la fecundación.
- Alteración plasmática de la desidua del endometrio.
- Edema local: extravasación de líquido de los espacios intracelulares.

C.A.F.

- Cese de la ovulación.
- Aumento de las venas ováricas.
- Hipertrofia de células musculares uterinas.
- Aumento del tamaño del útero.
- Hiperplasia del cervix.
- Hiperemia local de la vagina.
- Aumento de tamaño de mamas, se pigmentan.
- Edema de Msis.
- Aparición de Várices
- Aumento de gasto cardíaco, hipertensión.
- Respiración lenta y profunda por compresión del diafragma.
- Sialorrea, caries.
- Disminución de la mortalidad del tubo digestivo.
- Aumento del filtrado glomerular.

RESOLUCION: INVALIDEZ  
O MUERTE

COMPLICACIONES

- Parto eutócico
- Parto distócico: muerte fetal muerte materna o de ambos.
- Artritis reumatoide, lo que ocasiona incapacidad funcional con reducción de movimiento; atrofia muscular; destrucción y deformidades en el tejido de las articulaciones.

S. S. E.

- Amenorrea
- Hiperpigmentación de glándulas mamarias.
- Areola secundaria
- Red venosa de Haller
- Tubérculos de Mon gomery
- Latidos y movimientos fetales a partir del 4o.mes
- Crecimiento uterino
- Aparición de línea morena y vivises (estrias)
- Dolor de la articulación afectada de intensidad variable.
- Incapacidad para la deambulaci6n
- Edema local de la articulaci6n afectada.
- Calor local y enrojecimiento de la zona de edema.
- Piel sensible al tacto y a la presi6n superficial y profunda.

S.S.I.

- Nauseas
- V6mito
- Ptialismo
- Sialorrea
- Edema de MsIs
- Hipertensi6n
- Fiebre
- Escalofríos

N I V E L E S D E

PREVENCION DE LA S.	PROTECCION E.	DIAGNOSTICO PRECOZ	TRATAMIENTO OPORTUNO
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación sexual.</li> <li>-Métodos de contracepción</li> <li>-Charla sobre el desarrollo del embarazo normal.</li> <li>-Charla sobre saneamiento ambiental.</li> <li>-Higiene de los alimentos</li> <li>-Higiene de la vivienda</li> <li>-Higiene Personal</li> <li>-Recreación y esparcimiento.</li> <li>-Evitar cambios bruscos de temperatura.</li> <li>-Evitar el hacinamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Control prenatal y seguimiento del calendario de visitas.</li> <li>-Detección oportuna de infecciones y procesos leucorréicos.</li> <li>-Protección de infecciones.</li> <li>-Limitar relaciones sexuales.</li> <li>-Detección de Ca Cu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Historia clínica completa a antecedentes obstétricos.</li> <li>-Exploración física</li> <li>-Cuantificación de gonadotropina coriónica.</li> <li>-Ego</li> <li>-Q S;BH</li> <li>-Ultrasonografía</li> <li>-Ecosonografía</li> <li>-Cultivo de secreciones</li> <li>-Rx después de la semana 38.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trabajo de parto y alumbramiento.</li> <li>-Antibioticoterapia</li> <li>-Episiotomía</li> <li>-Tratamiento de las infecciones detectadas</li> <li>-Dieta balanceada</li> <li>-Administración de analgésicos.</li> <li>-Aplicación de calor local.</li> </ul>

**ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA**

P R E V E N C I O N

---

L I M I T A C I O N   D E L   D A Ñ O

Evitar alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.

Favorecer la nutrición

Evitar accidentes traumáticos directos que puedan afectar al producto o a las articulaciones de la mujer gestante.

Evitar los baños de tina y duchas vaginales.

Evitar el uso de fajas.

Evitar los viajes largos y cansados.

Favorecer el reposo con miembros en alto, para evitar la aparición de edema.

Disminuir el consumo de sal.

R E H A B I L I T A C I O N

---

-Vigilancia clínica del puerperio.

-Educación higiénica del mismo.

-Orientación para la atención del producto en la etapa perinatal.

-Terapia física, en caso de enfermedades degenerativas y limitantes.

-Vigilancia médica periódica.

E N F E R M E R I A

Abril de 1987.  
Mujeres Cama 6

La cronológica, conciente, tranquila, bien orientada en tiempo y espacio idad, con facies tranquilas, ectomórfica, buena coloración de tegumentos, permeable en miembro superior derecho, con sol.glucosada al 5% 1000 ml.con sensible al tacto y doloroso a la palpación profunda, localizado en maleolo nómico medio bajo, con malos hábitos dietéticos, persistentes en sus

ACCIONES DE  
ENFERMERIA

FUNDAMENTACION

CIENTIFICA

EVALUACION

Vigilancia prenatal

-El cuidado de la salud materna es una preocupación universal y gracias a los avances médicos y recursos técnicos existentes se ha conseguido una disminución significativa de la mortalidad materna por causas atribuibles al embarazo son problemas que se pueden descubrir y corregir oportunamente durante el embarazo.

Es de primordial importancia que las mujeres embarazadas reciban oportunamente atención médica integral que redundará en la salud de la madre y de su hijo.

La vigilancia prenatal tiene como finalidades:

- + Educar a la mujer embarazada sobre las manifestaciones propias del embarazo, así como su evolución normal y patológica.
- + Descubrir oportunamente las patologías propias o concurrentes con el embarazo.
- + Medidas higiénicas concernientes a la alimentación, vestido, persona y sexual.
- + Proporcionar las medidas terapéuticas necesarias de acuerdo al criterio médico.

-La paciente no llevó control prenatal antes de acudir a esta Institución (Sanatorio Cruz Azul), por lo que su embarazo se tornó de alto riesgo.

PLAN DE ATENCION DE

NOMBRE DEL PACIENTE: Olivera Martínez Alma Delia FECHA DE INGRESO: 24 de  
 SEXO: FEMENINO EDAD: 34 AÑOS SERVICIO: Hospitalización CAMA: Sala General  
 DIAGNOSTICO MEDICO: Embarazo de tercer trimestre y monoartritis infecciosa  
 DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Paciente Femenina, adulta, de edad aparente igual a  
 cooperadora, en posición de semifowler, en su ubi  
 bién hidratada en mucosas orales, con canalizació  
 miembro inferior derecho elevado con calor local  
 externo y arco plantar. Procede de medio socioeco  
 costumbres y tradiciones.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD.	MANIFESTACIONES	FUNDAMENTACION CIENTIFICA
Embarazo de 34 semanas.	<p>-Mamas turgentes, pigmentadas, aumentadas de volumen. Abdomen globoso a expensas de útero gestante. Aparición de línea morena y estriás.</p> <p>-A la palpación se aprecia PUVI cefálico, longitudinal, derecho con FCF de 136X', con edad gestacional menor a la correspondiente por FUR, ya que se aprecia abdomen de 24 cm. que corresponden a 5-6 meses de gestación.</p>	<p>-Durante el embarazo ocurren cambios anatomofisiológicos según la edad gestacional y estos pueden ser: cambios mamarios durante las primeras semanas de embarazo las mamas se encuentran dolorosas y presentan prurito; a medida que avanza la edad gestacional, las mamas aumentan de tamaño, ocasionando hipertrofia de los alveolos mamarios; los pezones se ensanchan presentan mayor pigmentación y se ponen más erguidos. El calostro puede obtenerse por presión a partir del segundo trimestre; la areola se vuelve grande y aumenta su pigmentación alrededor de éstas se encuentran pequeñas protuberancias llamadas tubérculos de Montgomery.</p> <p>-Cambios abdominales: el útero aumenta de tamaño de 5 a 10 veces del normal ya que las células musculares se hipertrofian en el 3er. mes llegan a la cavidad pélvica; en el 4o. mes llega a ser un órgano abdominal y de las 36 a las 38 semanas llegan a la apéndice xifoides. De 3 a 4 semanas antes del parto retroceden debido al descenso a la pelvis.</p> <p>Cambios en la contractilidad desde los 3 primeros meses debido al estiramiento de los músculos uterinos, a la actinomicina, a los cambios en los niveles de progesterona, estrógenos y electrolitos.</p>

Embarazo de alto riesgo en el primer trimestre de la gestación.

Paciente adulta de 34 años de edad, primigesta, obesa de 1.60 m. de estatura y un peso aproximado de 75-80Kg. con malos hábitos dietéticos.

- Cambios del cuello uterino: generalmente presenta reblandecimiento cianosis debido al aumento de la vascularización cervical.
- Cambios vaginales: se encuentra presente el signo de Chadwick que es la coloración púrpura que adquiere la vagina por el aumento de la vascularidad y la hiperemia. La secreción vaginal aumenta así como el Ph que se vuelve más ácido.
- Cambios en el sistema urinario: dilatación de uréteres y de la pelvis renal; la filtración glomerular aumenta debido a la presión que ejerce la vena cava inferior las venas iliacas; aparece glucosuria por el aumento de la filtración glomerular.
- Cambios en el aparato respiratorio: hay hiperventilación manifestada por el aumento en la frecuencia respiratoria ocasionado por el aumento en la frecuencia respiratoria ocasionado por el aumento del consumo de O<sub>2</sub> y la producción de CO<sub>2</sub> por el producto de la concepción. El diafragma se encuentra elevado debido al aumento del útero.
- El embarazo complicado o de alto riesgo es aquel que interfiere con el curso normal de éste, por procesos propios o intrínsecos de la gestación o por padecimientos ajenos a ésta, pero concomitantes con el embarazo que pueden poner en peligro la vida de la madre o del producto.
- El riesgo puede deberse a problemas maternos o fetales incluyendo el tratamiento de éstos.
- La función alterada depende del trastorno individual, mecanismos compensatorios y modo de tratamiento.
- Se dice que hay embarazo de alto riesgo cuando: existen anomalías hereditarias, anomalías congénitas, anemia, preeclampsia, problemas sociales graves (embarazo no deseado en adolescentes, alcoholismo crónico), cuidado prenatal retardado o nulo; menor de 18 o mayor de 30 años de edad en primigesta. Admi

Vigilar aparición de signos de alarma.

La paciente debe estar instruída para comunicar de inmediato algún síntoma o signo de alarma como lo es el sangrado vaginal, dolor pélvico, o abdominal, fiebre, edema importante, visión borrosa, disminución importante de orina, escurrimiento de líquidos de la vagina en forma considerable, cefalea continua ausencia de movimientos fetales, dolor abdominal tipo cólico.

La paciente no ha presentado ninguno de estos signos en el transcurso de su embarazo.

Auscultación del foco fetal.

La vigilancia del foco fetal mediante el estetoscopio de Pinard es para valorar los sonidos cardíacos del feto y evaluar su bienestar. La colocación del estetoscopio depende la edad gestacional; en la 1a. mitad del embarazo se sitúa en la línea media entre el ombligo y el pubis. El sitio en donde son más audibles son en la región del hombro anterior del feto.

El foco fetal se escuchaba de buena intensidad con una frecuencia de 142 latidos X'. El foco fetal se localizó en el cuadrante inferior derecho.

PROBLEMA Y/O NECESIDAD	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION	CIENTIFICA
Extravasación	<p>-Presencia de edema en miembro inferior derecho, en la región interna del pie derecho y en el arco plantar. La piel se encuentra caliente, rubicunda y dolorosa a la palpación.</p>	<p>-El edema aparece como consecuencia de la alteración del intercambio y la distribución de líquido; la rapidez de formación de líquido intersticial por filtración de agua y solutos desde el plasma, debe ser equilibrada en forma exacta por la rapidez y flujo de linfa, para que no ocurra cúmulo neto de líquido intersticial, edema.</p> <p>-El edema en sí no es una enfermedad particular, sino un signo de alteración subyacente. Puede ser generalizado o localizado a ciertas regiones según el mecanismo que participe en su producción; sus principales causas son: en 1er. lugar, una presión capilar elevada produce edema al filtrar al exterior más líquido del que regresa al capilar, por lo tanto el líquido excedente se acumula en los espacios intersticiales hasta que la presión del líquido intersticial aumenta lo suficiente para equilibrar la presión intracapilar normalmente alta.</p> <p>En segundo lugar una permeabilidad capilar aumentada produce pérdida excesiva de proteínas plasmáticas hacia el líquido intersticial, con aumento concomitante de la presión coloidosmótica de este compartimiento extravascular, mientras que la presión osmótica disminuye con la pérdida de proteínas plasmáticas. El desequilibrio osmótico resultante hace que la presión del líquido intersticial y su volumen tiendan a aumentar produciendo edema.</p> <p>-Durante la inflamación aguda de las articulaciones ocurre dolor intenso al movimiento debido al espasmo de los músculos afectados. Los movimientos forzados pueden causar dislocación o desgarros musculares.</p>	<p>nistración de medicamentos peligrosos durante el 2er. trimestre del embarazo; tabaquismo intenso, estatura menor de 1.52m. o peso corporal gestacional del 20% menor o más de la cifra normal de acuerdo con la talla y la edad; feto que no crece normalmente o que su tamaño no concuerda con el esperado.</p>
Incapacidad funcional del pie derecho.	<p>La paciente se encuentra en reposo, por tener edema en pie derecho, doloroso a la presión lo que impide a la paciente su flexión y extensión para la demarcación.</p>		

ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION	CIENTIFICA	EVALUACION
Orientación sobre Higiene personal, Viajes y ejercicios.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El baño debe ser diario en regadera, evitando las duchas vaginales y los baños de asiento. Debe tener control odontológico para tratamiento de caries; no usar ligas o fajas que constriñan o dificulten la circulación sanguínea y la digestión.</li> <li>-Usar zapatos cómodos de tacón bajo.</li> <li>-Se recomienda el ejercicio moderado para mejorar la circulación y favorecer la digestión, debe evitarse la fatiga porque puede presentarse hipoxia en el producto.</li> <li>-Los recorridos cortos pueden hacerse, evitando los viajes largos por carretera para evitar congestión pélvica.</li> </ul>	<p>La paciente menciona que acostumbra las duchas vaginales por recomendaciones de vecinas, así mismo refiere no tener actividades físicas agotantes. Con la orientación proporcionada se espera mejorar su estado de salud.</p>	
Mantener miembro afectado en alto	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La posición del miembro es importante ya que al mantenerlo más alto que el resto del cuerpo, permite el retorno venoso y por lo tanto evita la estasis venosa y la extravasación de líquidos al espacio intersticial.</li> </ul>	<p>La posición del pie en alto ayudó a disminuir el edema.</p>	
Aplicación de calor local.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La aplicación de calor local ayuda a reducir el edema al provocar vasodilatación que ayuda a remover agua de los espacios extracelulares o intersticiales a la circulación general sanguínea o linfática.</li> </ul>	<p>El calor local ayudó a</p>	
Proteger la piel mediante la aplicación de aceites o cremas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-La piel situada sobre articulaciones muy inflamadas es más sensible y se quema más fácilmente, además de que el edema provoca agrietamiento de la piel.</li> </ul>	<p>La piel del pie afectado se encuentra ligeramente lesionada después de tener una úlcera infecciosa.</p>	
Mantener la articulación en reposo sobre superficies blandas evitando así contracturas y deformidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-El movimiento y la presión, durante el proceso inflamatorio de las articulaciones, provoca dolor intenso, por lo que se debe mantener el miembro inmóvil en una posición neutra en superficies acojinadas para reducir la intensidad del dolor.</li> <li>-Se debe evitar el movimiento brusco.</li> </ul>	<p>La paciente se muestra tranquila y no refiere molestias al mantenerse el pie sobre una almohada.</p>	

PROBLEMA Y/O  
NECESIDAD

MANIFESTACIONES DEL P.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA

Obesidad

-Paciente de 1.60mts. con peso aproximado de 75-80 Kg., cara redonda, cuello corto, cilíndrico, tórax ancho, extremidades superiores e inferiores cortas, cilíndricas.

-La obesidad es el exceso de grasa corporal, excediendo las cifras del peso ideal para la estatura y edad de la persona, en más de 10Kg. Es más frecuente en la mujer por tener más grasa subcutánea y el papel que juegan las hormonas sexuales femeninas en la regulación del metabolismo.

ACCIONES DE  
ENFERMERIA

FUNDAMENTACION

CIENTIFICA

EVALUACION

Vigilar peso de la paciente acorde con su embarazo

-Existen factores que intervienen en el peso de las madres gestantes, como son: obesidad exógena, aumento progresivo del tamaño del útero, del feto y la placenta; aumento del volumen del líquido amniótico; hipertrofia de mamas, mayor retención de agua, cúmulo de grasa y proteínas; aumento del volumen sanguíneo. Se puede decir que el peso de las madres se incrementa progresivamente desde el inicio hasta el final del embarazo, unos 10 Kg. en promedio. Cuando la mujer sobrepasa este peso, pueden existir factores de riesgo para ella y el producto.

La paciente presenta un aumento del tamaño del útero portante, mencionando el posible factor - hereditario. Durante su estancia en el Sanatorio, su peso no aumentó, pesando 76 Kg. al salir de él. Durante su estancia se vigiló su alimentación adecuada.

Proporcionar dieta balanceada.

La dieta de la embarazada debe ser de aproximadamente 2 000 a 2 400 calorías por día.

CONFORME A LO YA EXPUESTO SE DAN LAS SIGUIENTES SUGERENCIAS CONFORME AL DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE NIZA CO NEJO, ESTADO DE OAXACA.

-Dar orientación a la comunidad enfocándola al aprovechamiento de sus recursos naturales para mejorar su estado de salud, mediante la promoción de charlas educativas como:

- a) Higiene de los alimentos
- b) Higiene personal y dental
- c) Higiene de la vivienda
- d) Utilización de métodos anticonceptivos
- e) Prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales.
- f) Control médico prenatal.
- g) Control médico de padecimientos crónicos como la diabetes mellitus y la hipertensión.
- h) Apoyo sobre métodos agrícolas con la participación de personal capacitado.
- i) Promover el control de fauna nociva.

Para las generalidades del estudio de Institución se propone que:

- Se realice un análisis de puesto y un cálculo del personal de enfermería.
- Que se delimiten las funciones del personal que labora en el sanatorio.

- LOCKHART, R.E. Anatomía Humana, Ed. Interamericana México 1978, pp. 1655
- MARCELO, A. Hammerlyn Enciclopedia Médica Moderna, Ed. Sa feliz, Tomo II, España, pp. 1794.
- MARCUS, A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, Ed. El Manual Moderno, 29a. ed. Mé xico 1985, pp. 1226
- MERCK, Sharp y Dohme El Manual Merck, Ed. Internacional, 6a. ed., E.U., 1977, pp. 2298
- MEYERS, Frederick Farmacología Clínica. Ed. El Manual Moderno, 5a. ed. México 1984, pp. 757
- MONDRAGON, Castro Héctor Obstetricia Básica Ilustrada, Ed. Trillas, México 1985, pp. 487
- NORDMARK, Rohweder Bases científicas de la Enfermería, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 2a. ed. México 1984, pp. 375
- PARDELL, Alenta K. Dr. Lo Fundamental en la Hipertensión, Publicaciones Médicas de La Cruz Ro ja Mexicana, Barcelona, pp. 125
- PONCE, C. Vicente Obstetricia, Ed. Textos económicos, Tomo I, México 1975, pp. 265

- PRAXIS Médica Aparato Digestivo, peritoneo, hernias, Ed. Técnica Latinoamericana, Tomo IV, Barcelona 1971, pp. 2800
- SALVAT Editores Diccionario de Terminología de Ciencias Médicas, Ed. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A.de C.V., México 1980.
- SEGATORE, Luigui Dr. Diccionario Médico Teide. Ed. Varazzen S.A., México 1984.
- SMITH, Germain Enfermería Médico Quirúrgica, Ed. Interamericana, 4a.ed., México 1981, pp. 1096
- SMITH, Suddarth, et al. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica, Ed. Interamericana, 4a.ed., México 1984, pp. 587
- SODEMAN Y SODEMAN Fisiopatología Clínica, Ed. Interamericana, 6a. ed., México 1984, pp.425
- TORTORA, Gerald et al Principios de Anatomía y Fisiología Ed. Harla, México 1982, pp. 590
- VALENZUELA R. H. Manual de Pediatría, Ed. Interamericana, 10a.ed., México 1985, pp. 824

- GREENHILL, J.P. et.al. Obstetricia, Ed. Interamericana, Méx  
ico 1977, pp. 550
- GUYTON, Arthuro Fisiología y Fisiopatología Básica,  
Ed. Interamericana, 2a.ed., México  
1979, pp. 689
- HARVEY, McGehee Dr. Tratado de Medicina Interna, Ed. In  
teramericana, ed.19a., México 1978,  
pp. 1655
- ISSSTE Manual de la Unidad Quirúrgica, Ed.  
Departamento de Enfermería, ISSSTE,  
México 1978 pp. 150
- JAWEST, Ernest Manual de Microbiología Médica, Ed.  
El Manual Moderno, 9a.ed. México  
1982, pp. 536
- JENSEN, David Fisiología, Ed. Interamericana, Méxi  
co 1979, pp. 1205
- KING, E.M. Manual Ilustrado de Técnicas de En-  
fermería, Ed. Interamericana, Tomo I-  
IV, México 1985, pp. 871
- L'GAMIZ, Matuk Bioestadística, Ed. Francisco Méndez  
México 1983, pp. 250

- CRUZ ROJA MEXICANA Manual de Primeros Auxilios, Ed. Cruz Roja Mexicana, México, D.F. pp. 262
- DABOUT, E. Dr. Diccionario de Medicina, Ed. Epoca, México 1984, pp. 839
- DIVICENTI, Marie Administración de los Servicios de Enfermería, Ed. Limusa, México 1984, pp. 230
- DUGLAS, Kosier Tratado de Enfermería Práctica, Ed. Interamericana, 2a. ed, México 1974, pp. 437
- DUPONT, Herbert L. Uso Práctico de Antimicrobianos, Ed. Interamericana, 14a. ed. México 1980, pp. 171
- FACCONER, et al. Farmacología y Terapéutica, Ed. Interamericana, 13a. ed., México 1981 pp. 585
- FARRERAS, Valentín Medicina Interna, Ed. Marín, Tomo I México 1970, pp. 578
- GOODMAN, Louis Bases Farmacológicas de la Terapéutica, Ed. Interamericana, 5a. ed., México 1978, pp. 1412

- B. Haller Igel Tecto Programado de Primeros Auxilios, Ed. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. E.U., 1972, pp.114
- BRADOMIN, José María Monografía del Estado de Oaxaca, Ed. S.L.S.E., 3a. ed. México 1984
- BROOKS, Shirley Manual de Enfermería de Quirófano Ed. Interamericana, México 1978, pp. 157
- BROWN, W.Harold Parasitología Clínica, Ed. Interamericana, 4a. ed., México 1980, pp. 560.
- BRUNNER, L.S. Manual de la Enfermera, Ed. Enrumbia Lozano Editores, Vol.I al IV México, 1981 pp. 835
- CECIL-LOEB Tratado de Medicina Interna, Ed. Interamericana, Tomo II, 14a. ed. pp.1496
- CLIFORD, Kimber Diana Manual de Anatomía y Fisiología, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 13a. ed. México, 1980, pp.778
- CHRISTOPHER, Frederick Tratado de Patología Quirúrgica, Ed. Interamericana, México 1980, pp. 1857

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

- ABURTO, Galván César. Elementos de Bioestadística,  
Ed. Fondo de Cultura Económica,  
México, 1979, pp. 225
- ALONSO, Martín. Diccionario del Español Moderno,  
Ed. Aguilar, 6a. ed. México 1981  
pp. 1159
- BAENA, Paz Guillermina Instrumentos de la Investigación  
Ed. Mexicanos Unidos, 7a.ed. Mé-  
xico 1982, pp.189
- BALDERAS, Ponce Ma.Luz Administración de los Servicios  
de Enfermería, Ed. Interamerica-  
na, México 1984, pp.210
- BEESO, B. Raúl Tratado de Medicina Interna,  
Ed. Interamericana, México 13a.  
ed., 1981, pp. 2080
- BENSON, Ralph C. Diagnóstico y Tratamiento Gineco  
obstétrico. Ed.El Manual Moderno  
3a. ed., México 1983, pp.1067
- Manual de Ginecoobstetricia,  
Ed. El Manual Moderno,7a.ed. Mé-  
xico 1984, pp.744

-Ampliar el campo de acción del departamento de medicina preventiva.

-Que se establezca un programa de enseñanza continua y que se apoye al personal titulado para tomar cursos de actualización y especialización.

De las actividades de docencia, 25 correspondieron a la edu  
cación a la puérpera para alimentación al seno materno con  
un 25.00% y en un 21.25% a la educación sobre planificación  
familiar y sólo el 5.00% fue para la exposición de temas.

De las actividades de investigación el 78.94% corresponde a  
la investigación bibliográfica y el 2.64% a la realización  
del estudio de institución.

Del capítulo 4 se puede decir que la fisiología femenina es  
muy compleja y que durante el embarazo ocurren cambios que  
hacen más difícil su comprensión; sobre todo cuando existen  
factores que limitan el desarrollo normal del mismo. Las  
causas más frecuentes de complicar el embarazo pueden ser  
tanto maternas como fetales y una causa materna es la edad  
avanzada y la obesidad así como las infecciones que requie-  
ren tratamiento medicamentoso con el cual se debe tener cui-  
dado y proteger al producto hasta donde sea posible. En es  
te capítulo se expuso el caso de una mujer de 30 años con  
su primer embarazo, obesa y que además presentaba una artri-  
tis monoarticular que impedía la movilidad y que además ame  
ritó tratamiento medicamentoso y directa, se pudieron reafir-  
mar los conocimientos adquiridos durante la formación acadé  
mica y se incorporaron nuevos al comparar lo bibliográfico  
con los síntomas encontrados en la paciente.

71 actividades fueron para la revisión de herida quirúrgica con un total del 33.02%. La vigilancia de tracción ortopédica en sus diferentes modalidades reportó un 35.46% del total de 141 actividades; el 37.64% correspondió al manejo de reactivos como el destrostix y el clinitest. En lo referente a las actividades técnicas obstétricas cabe mencionar que la valoración del foco fetal se realizó 52 veces con un 40.32%, no así la atención de parto eutócico que sólo fue realizado 2 veces haciendo sólo el 1.55%. Las funciones de enfermera circulante se realizaron 25 veces con un total de 78.13%; la vigilancia del sangrado transvaginal obtuvo un 36.61% del total de 112 actividades. En lo referente al cuidado del Recién Nacido el 42.78% fue para la preparación de fórmula.

La preparación del material de curación y consumo diario nos reportó un total de 303 actividades de las cuales 112 corresponden al lavado y envoltura de jeringas con un 23.10% 135 actividades con un 46.00% fueron para realizar curaciones tanto a pacientes hospitalizados como a pacientes ambulatorios; no así el lavado óptico que sólo reportó un 1.01% del total de 293 actividades realizadas.

Por lo que se refiere a las actividades administrativas, éstas corresponden en un 42.22% a la recepción y entrega de pacientes adultos y pediátricos, en un 44.46% a las notas de enfermería en adultos y pediatría y sólo el 0.74% correspondió al ingreso del recién nacido a cuneros.

dispensables para brindar dicha atención, ya que la demanda de los servicios es alta. El personal médico con el que cuenta el sanatorio es adecuado al tipo de población que atiende, sólo que por la misma demanda en ocasiones es limitado.

En lo referente al departamento de enfermería, no se cuenta con una organización adecuada, ya que no existe una Jefe de Enfermeras que realice las funciones administrativas correspondientes y que además defina las funciones de enfermeras generales y auxiliares de enfermería, asimismo dicho personal es insuficiente para proporcionar la atención adecuada y requerida por cada paciente.

Del capítulo 3 se puede concluir que: Las actividades que se realizaron con mayor frecuencia durante el servicio social en el sanatorio "Cruz Azul" de Lagunas, Oaxaca, fueron las actividades técnicas de las cuales 810 corresponden a la toma de signos vitales, con un 90.30%; 220 para el tendido de cama con un 22.32%; otra actividad fue la administración de medicamentos en sus diferentes vías, siendo mayor la administración por vía oral con un 34.70%; la verificación de soluciones también se realizó varias veces con un 76.85% para 1036 veces; el 47.36% correspondió a proporcionar el cómodo a pacientes hospitalizados; otra de las actividades realizadas fueron los cambios de posición con un 37.66% mientras que el traslado de pacientes a su unidad obtuvo un 30.56%;

Otro problema de salud detectado es la utilización de los remedios caseros o medicina tradicional antes de acudir a los servicios médicos, los cuales son utilizados como última instancia. Existe también la tendencia al hacinamiento por la composición de 5 a 9 integrantes por familia. Además el problema educacional es evidente ya que el índice de analfabetismo es elevado y el nivel de escolaridad no rebasa la primaria por no existir escuelas de educación media y superior dentro de la comunidad.

Otro de los problemas detectados es la falta de fuentes de trabajo (dentro de la comunidad) y apoyo a los campesinos, por lo que tienen que buscarlo en las comunidades vecinas; siendo la principal la Fábrica de Cemento Portland "La Cruz Azul", S.C.L., pero que tiene como requisitos de admisión el paso de los trabajadores por las Cooperativas "La Istmeña" y "La Barrio" además de darles preferencia a los familiares de socio.

De las tradiciones existentes surge el problema del consumo excesivo de bebidas embriagantes, lo que condiciona a una desintegración familiar, ausentismo en el trabajo, a los accidentes y a la delincuencia.

En lo que se refiere al capítulo #2, se puede decir que el sanatorio "Cruz Azul" es una institución privada que brinda atención de segundo nivel a personal derechohabiente y no derechohabiente y que cuenta con los recursos mínimos in -

### CONCLUSIONES DEL INFORME

Siguiendo la metodología empleada para la realización del presente informe, de la misma manera se darán las conclusiones de cada rubro incluido.

Así se puede mencionar que Niza Conejo es una comunidad rural que cuenta con 585 habitantes, con predominio de población joven; cuenta con los medios de transporte y comunicación mínimos indispensables. Es una comunidad de clima tropical, lo que permite la existencia de fauna nociva que contribuye a la aparición de patologías cíclicas como el paludismo y el dengue.

No cuenta con todos los servicios públicos, pues carece de pavimentación, recolección de basura y drenaje, siendo esto un problema de salud importante al existir fecalismo al rascar el suelo lo que propicia la aparición de trastornos gastrointestinales. Debido a las tradiciones de alimentación persistentes en la región, un problema detectado dentro de la comunidad es la desnutrición, aunque aparentemente ingieren una dieta balanceada; en la realidad sus hábitos alimenticios son deficientes, ya que el consumo de alimentos ricos en grasas y carbohidratos es alto, lo que predispone a la aparición de trastornos cardiovasculares, dentales y de obesidad; además del problema de desnutrición ya mencionado.

WATSON, J.E.

Enfermería Médico Quirúrgica, Ed. Interamericana, 2a. ed., México 1983, pp, 996

YAGER, Mary Ellen

Técnica en el Quirófano, Ed. Interamericana, 2a. ed., México 1983, pp.313









RECURSOS PARA LA SALUD:

Servicios a los que acude:

IMSS ( ) C.S. ( ) Privado ( ) Sanatorio ( ) Otro ( )

Con que frecuencia solicita el Servicio :

Semanal ( ) Mensual ( ) Anual ( ) Por enfermedad (-)

TENENCIA

Casa Propia ( )	Casa Habitación ( )
Rentada ( )	Vecindad ( )
Prestada ( )	Jacal ( )
	Barracas ( )
	Otros ( )

DISTRIBUCION DE LA CASA:

Cocina ( ) Comedor ( ) Sala ( )

Baño ( ) Tipo Ingles.

Recamara ( ) 1, 2, 3.

EXCRETAS:

Sanitario Común ( )

Letrinas ( )

Fecalismo a ras de suelo ( )

SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTA:

Pavimentacion ( )	Agua ( ) Domiciliaria ( )
Luz ( )	Rios ( )
Drenaje ( )	Pozo ( )

VENTILACION Buena ( )  
E Regular ( )  
Iluminación Deficiente ( )

**CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACION**

Cuantas veces por semana Ingiere:

	0	1	2	3	4	5	6	7
Leche								
Carne								
Huevos								
Verduras								
Frutas								
Pescado								
Prijoles								
Pan ° tortillas								
Cereales								

Bebidas Ingeridas con mayor Frecuencia:

Agua de la LLave ( )  
Agua Hervida ( )  
Bebidas embriagantes ( )  
Refrescos ( )

**HABITOS HIGIENICOS**

Baño: Diario ( ) C. tercer dia ( ) 1 vez a la semana ( )  
Cambio de ropa Total ( ) Parcial ( )  
Aseo Bucal al Día: 1 vez ( ) 2 Veces ( ) 3 Veces ( ) Ninguna  
Vez ( )



