



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

ESCUELA DE ENFERMERIA

COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ENFERMERA GENERAL

PRESENTA:
BEATRIZ CURIEL JACOBO

QUERÉTARO, QRO. 1984.

BIBLIOTECA CENTRAL

Biblioteca Central
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

" D E D I C A T O R I A S " .

DEDICO ESTA TESIS PROFESIONAL - -
AL DOCTOR: JOSUE GARCIA HERNANDEZ-
POR LA AYUDA TAN GRANDE QUE ME ---
BRINDO DURANTE TODA LA CARRERA - -
DE ENFERMERIA, Y DURANTE EL AÑO -
DE SERVICIO SOCIAL Y DURANTE LA -
ELABORACION DE ESTE ESTUDIO.

VIGILANTE GENERAL

" D E D I C A T O R I A S " .

DEDICO ESTA TESIS PROFESIONAL
A MI FAMILIA Y EN ESPECIAL A
MI MADRE POR EL APOYO BRINDADO
DURANTE LA CARRERA.

" D E D I C A T O R I A "

D E D I C O. ESTA TESIS PROFESIONAL
A LA LIC. EN ENFERMERIA. - - - - -
Ma. GRACIA MARTINEZ ORTIZ, POR LA
AYUDA Y ASESORAMIENTO TAN GRANDE -
QUE ME BRINDO PARA LA ELABORACION
DE ESTE TRABAJO.

O B J E T I V O G E N E R A L .

MEDIANTE LA REALIZACION DE ESTA TESIS COMPLETAR Y AMPLIAR
EL MARCO TEORICO SOBRE LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES -
DEL PUERPERIO, PARA LOGRAR UNA ACTIVIDAD MAS ACORDE CON LA
REALIDAD Y DE ESTA MANERA REDUCIR AL MINIMO LA MORTALIDAD -
QUE PRODUCEN LAS COMPLICACIONES A QUE SE HARA MENCION.

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

El estudio de las complicaciones en las puerparas, datan - - desde el inicio de la humanidad, cambiando exclusivamente - - de acuerdo a los avances y descubrimientos actuales, la - - época actual requiere de un mayor aceleramiento de las técnicas Científico-Humano, ya que solo coordinando ambos factores se puede lograr un avance mayor y más estructurado en la atención y cuidados que estos requieren.

Dentro del estudio realizado en el Centro de Salud "B" con - Hospital "D" en Tequisquiapan Querétaro en 425 puerparas - - se encontraron como principales complicaciones: hemorragias- Fiebre puerperal, Desgarros de Cervix, Oeiscencias de Episiotomía, Variaciones de los signos vitales, Infección de Herida mismas que son tratadas de diferente manera, de acuerdo al criterio del Médico responsable ocasionalmente el tratamiento inadecuado la posición inadecuada de la Enfermera han provocado exacerbaciones de las complicaciones e inclusive decesos, además se hace notar que cada puerperio pueda presentar problemas como; Intolerancia a suturas, y a los medicamentos y también a los de tipo Físico, obesidad, desnutrición y enfermedades anergisantes.

El motivo de este trabajo es indicar la posición que debe tener la Enfermera conjuntamente con el Médico para atender adecuadamente el cuadro clínico de las complicaciones del puerperio.

La mujer de hoy tiene mayor posibilidad de procrear un ser sano y estable, Física y Mentalmente; no obstante , los riesgos y problemas que puedan sucedarle sea por negligencia o falta de equipo técnico o humano, puede ser de igual o mayor índole, - dando con ello a diversas complicaciones en el puerperio, como las ya mencionadas, que se corroboran en el estudio presentado a continuación.

A todo esto se debe añadir la vital intervención de la --
Enfermera pues es ella, la que casi directamente formará --
parte esencial del cuidado y preservación positiva de la --
paciente.

La claridad y versatilidad en el avance logran un resultado
satisfactorio para todos los que intervienen en tan delica-
da labor, siendo esto el principal objetivo del presente -
estudio.

Biblioteca Central
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO

I N D I C E :

1.- ANATOMIA DEL APARTARO GENITAL FEMENINO	1
2.- PROBLEMAS DURANTE EL PUERPERIO	38
3.- ETIOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	41
4.- CAMBIOS CORPORALES NORMALES DURANTE EL PUERPERIO	45
5.- CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO PATOLOGICO EN BASE A COMO SE MANEJAN EN LA INSTITUCION DONDE SE ELABORO ESTE ESTUDIO	46
6.- CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL PUERPERIO PATOLOGICO COMO DEBEN HACERSE EN TODOS LAS INSTITUCIONES.	49
7.- INTRODUCCION A LOS EXPEDIENTES	50
8.- EXPEDIENTES	51
9.- SUGERENCIAS.	90
10- CONCLUSIONES	91
11- BIBLIOGRAFIA	92

" ANATOMIA DEL APARATO GENITAL FEMENINO "

El aparato genital de la mujer está compuesto por dos glándulas mixtas de secreción interna y externa (ovarios); dos conductos por donde se dirigen los óvulos del ovario al útero (trompas - uterinas+); un órgano que recibe y contiene el huevo fecundado (el útero) y un conjunto de órganos que intervienen en la íntima relación fisiológica que con éstos posee, las glándulas mamarias. Se describe al final.

OVARIOS.

Los ovarios, son glándulas de la mujer, glándulas mixtas, cuya secreción interna genera las hormonas ováricas que intervienen en la producción de los caracteres sexuales secundarios de la mujer.

NUMERO Y SITUACION: Normalmente los ovarios son dos, pero pueden existir ovarios supernumericos, bajo la forma de pequeños cuerpos ovoides que ocupan a menudo el Hilo de la glándula principal; - También puede suceder que falte uno de los ovarios. Están situados en las caras laterales de la escavación pelvica, por detrás del ligamento ancho y descansan en una foseta peritoneal llamada Foseta ovárica.

PESO COLOR Y CONSISTENCIA. Son de color rosa pálido en la niña y rosada en la mujer adulta, color que aumenta de intensidad - - durante el período menstrual. En la mujer adulta alcanza un peso de 8 gramos en estado de reposo, pero después del período menstrual disminuye su peso en uno y asta dos gramos.

Su consistencia es firme, pero mucho menor que la del testículo.

FORMA Y MEDIOS DE FIJACION: El ovario tienen una forma ovoidea, aplanado ligeramente de afuera adentro, con su eje, mayor dirigido verticalmente, posee, como medios de fijación cuatro ligamentos.

- 1.- Ligamento Tuvoovarico, o ligamento Suspensor, o Infundíbulo pélvico o Henle.
- 2.- Ligamento Uteroovárico
- 3.- Ligamento Ancho
- 4.- Ligamento Tuboovárico

CONSTITUCION ANATOMICA: El ovario está constituido por una envoltura, el epitelio ovárico, que encierra un estroma conjuntivo, - donde están contenidos los folículos de Graaf.

LOS FOLICULOS DE GRAAF: Son vesículas más o menos redondas que - contienen los óvulos.

VASOS Y NERVIOS: El ovario recibe sangre arterial de la arteria ovárica rama de la aorta abdominal, que desciende por el ligamento lumboovárico. Al abordar al ovario por un polo superior, -- emite una rama tubaria para la trompa y otra para el ovario, -- que recorre el borde adherente hasta el polo inferointerno, donde se anastomosa con la uterina dando múltiples ramas para el - ovario.

La irrigación arterial del ovario se hacer por consiguiente por las ramas de la uterina y a la ovárica.

Las venas salen del ovario y forman al nivel del hilfo una red abundante que se anastomososa por una parte de las redes venosas del útero.

FORMA Y MEDIOS DE FIJACION: El ovario tienen una forma ovoidea, aplanado ligeramente de afuera adentro, con su eje, mayor dirigido verticalmente, posee, como medios de fijación cuatro ligamentos.

- 1.- Ligamento Tuvoovarico, o ligamento Suspensor, o Infundíbulo pélvico o Henle.
- 2.- Ligamento Uteroovárico
- 3.- Ligamento Ancho
- 4.- Ligamento Tuboovárico

CONSTITUCION ANATOMICA: El ovario está constituido por una envoltura, el epitelio ovárico, que encierra un estroma conjuntivo, - donde están contenidos los folículos de Graaf.

LOS FOLICULOS DE GRAAF: Son vesiculas más o menos redondas que - contienen los óvulos.

VASOS Y NERVIOS: El ovario recibe sangre arterial de la arteria ovárica rama de la aorta abdominal, que deciende por el ligamento lumboovárico. Al abordar al ovario por un polo superior, -- emite una rama tubaria para la trompa y otra para el ovario, -- que recorre el borde adherente hasta el polo inferointerno, donde se anastomosa con la uterina dando múltiples ramas para el - ovario.

La irrigación arterial del ovario se hacer por consiguiente por las ramas de la uterina y a la ovárica.

Las venas salen del ovario y forman al nivel del hilfo una red abundante que se anastomososa por una parte de las redes venosas del útero.

Los linfáticos superiores del cuerpo siguen el trayecto de las -
venas úteroováricas, y ascienden con ellas hasta el riñón. Des-
pues de recoger los linfáticos del ovario van a desembocar a los
ganglios preaórticos y yuxtaaórticos, Los linfáticos anteriores
nacen de los ángulos uterinos, acompañan a los vasos del ligamento
redondo y van a terminar en el grupo superointerno de los ganglios
inguinales superficiales. Los linfáticos laterales se originan en
los bordes uterinos, caminan dentro del ligamento ancho y desembo-
can en los ganglios ilíacos externos. Los linfáticos del cuello -
se dirigen en parte a las paredes laterales de la pelvis para de-
sembo-
carse en los ganglios ilíacos internos; otros corren hacia la -
cara anterior del sacro, bordean el recto y terminan en los ganglios
pasacros y del promotorio.

INERVACION DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS: de los órganos geni-
tales internos, el útero está inervado por ramos procedentes del -
plexo de Frankenhauser, en el cual se encuentra un ganglio grande
situado a los lados del cuello uterino, uno o dos más pequeños si-
tuados a los lados del cuerpo uterino. Se hallan constituidos por
neuronas multipolares, entre las cuales discurren nervios mielíni-
cos y amielínicos.

El plexo de Frankenhauser recibe ramos procedentes del plexo hipogás-
trico que, a su vez, se origina en el nervio presacro, el cual se -
prolonga hacia arriba, sobre los gruesos vasos abdominales, donde --
forman el plexo aórtico, recibe también el nervio erector o pélvico
que nace por dos o tres raíces del cuarto y quinto nervio sacro que
aislados o unidos, abordan el plexo de Frankenhauser. Esta conti-
tuído, como en el hombre, por fibras mielínicas. Además de estos -
elementos, recibe fibras del simpático sacro y coxigeo, pues de los
últimos ganglios simpáticos parten fibras para el plexo de - - - -
Frankenhauser.

y sus conductos venosos, aunque lleguen a la replección completa, no alcanzan la erección perfecta.

CLITORIS. Es un órgano eréctil, homólogo al pene del hombre, situado en la parte anterior de la vulva y formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas. Después se dirigen hacia arriba y adelante hasta el borde inferior de la sínfisis pubiana donde se unen para formar el cuerpo del clítoris.

Se adelgaza ligeramente hasta su extremidad, donde toma una forma cónica, de vértice redondeado; es el glande del pene

El clítoris, como el pene presenta un ligamento suspensorio, formado por tractos fibroelásticos y se insertan en la fascia clitoridiana.

El clítoris recibe arterias de la pudenda interna que suministra las arterias cavernosas y las dorsales del clítoris. Emiten numerosas venas unas superiores, forman la vena dorsal superficial y a la vena dorsal profunda separadas por la fascia clitoridiana y que van a desembocar, la superficial a la vena femoral y a la profunda al plexo de Santorini; otras inferiores, de menor calibre, van a integrar el plexo intermediario de Kobelt.

GLANDULAS ANEXAS, AL APARATO GENITAL DE LA MUJER. Se consideran como glandulas anexas al aparato genital de la mujer, las glándulas uretrales y periuretrales así como las glándulas vulvovaginales.

Las glándulas uretrales y periuretrales, ocupan principalmente la pared inferior de la uretra. Unas son glándulas en racimo y otras se presentan como simples depresiones de la mucosa. Son más numerosas en la parte anterior del conducto, y las más anteriores atraviesan la pared de la uretra y su fondo glandular se sitúa en la región del vestíbulo, por lo que se les denomina periuretrales.

LAS GLANDULAS VULVOVAGINALES O GLANDULAS DE BARTHOLIN. Están situadas una a cada lado de la parte posteriorlateral del orificio vulvovaginal, entre la aponeurosis perineal superficial y la aponeurosis perineal media.

" U T E R O " .

El útero o matriz, es un organo hueco destinado a contener el huevo fecundado durante su evolución y a expulsarlo, cuando éste ha alcanzado su desarrollo completo.

SITUACION: Está situado en la parte media de la escavación pélvica entre la vejiga y el recto, por arriba de la vagina y por debajo de las asas intestinales.

FORMA: Tiene forma de un cono truncado y aplanado de adelante atrás de base superior y de vértice inferior,. Presenta en la unión de su tercio inferior con sus dos tercios superiores, un estrechamiento circular llamado istmo, que lo divide en una parte inferior o cuello.

NUMERO: El útero es único normalmente, pero pueden ser dobles o bien estar atrofiado hasta faltar totalmente.

DIMENSIONES: El útero de la nulípara mide siete centímetros de longitud por cuatro de ancho en su cuerpo y dos en su cuello o servix, con un espesor medio de dos y medio centímetros. En la múltipara su longitud es de ocho centímetros, de ancho alcanza cinco de espesor tres centímetros, tiene un peso de cuarenta y cincuenta gramos en la nulípara, llegando de sesenta a setenta gramos en la múltipara.

DIRECCION: Se distingue la dirección absoluta, cuando se considera - aislado de la matriz y la relativa, tomando en cuenta las paredes - pélvicas. El eje de la matriz no es recto, pues presenta en la unión del cervix con el cuerpo un ángulo obtuso, abierto hacia abajo y adelante. Su abertura normal varía entre 140 y 170 grados. Cuando es - demasiado cerrado se halla invertido y, por tanto, abierto hacia - atrás, se dice que hay retroflexión. Si el ángulo se presenta en - uno de sus lados se dice que hay láteroflexión, hecho que puede - -

ocurrir aunque el ángulo anterior se presente más o menos carcado

Cuando, sin cambiar el punto central, el útero dirige su cuerpo -- hacia delante y en su cuello hacia atrás, se dice que hay inter-
versión. Si la dirección en su sentido contrario se dice que --
hay retroversión.

Finalmente, en caso de que incline hacia uno de sus lados se --
habla de láteroversión.

La posición es en situación central, con ligera ante flexión y --
ligera anteversal

Normalmente, el útero presenta, aunque en corta extensión des-
viaciones provocadas por la repleción o vacuidad de las víceras
adyacentes y aun por la posición que adopte la mujer.

MEDIOS DE FIJACION DEL UTERO: El útero está sostenido en su posi-
ción normal por seis ligamentos, constituidos por repliegues peri-
toneales que contienen en su interior las formaciones ligamento-
sas propiamente dichas. Los ligamentos uterinos, pares y simétrí-
cos, son los ligamentos anchos, los ligamentos redondos y los li-
gamentos redondos y los úterosacros.

LIGAMENTOS ANCHOS: Se hayan constituidos por el peritoneo uterino
cuyas hojas anterior y posterior se adosan en sus bordes, formando
el repliegue que va a las paredes laterales de la pelvis por fuera
y alcanza por abajo el piso pélvico, Son los tabiques transversa-
les que de los bordes uterinos van a las paredes pélvicas,

cuya forma es más o menos cuadrangular y que adoptan una dirección semejante a la del útero.

En el sentido vertical se dirigen oblicuamente de arriba abajo y -- de adelante atrás; poseen dos caras y cuatro bordes.

La cara anterior, vuelta hacia adelante y abajo, está en relación con la vejiga y presentan en su parte más alta el levantamiento -- del ligamento redondo. la cara posterior, vuelta hacia atrás y -- arriba, se relaciona con el recto y lleva en su parte más alta los repliegues que corresponde a los ligamentos úteroováricos y tuboováricos.

El borde interno corresponde al borde uterino, y contiene en su -- interior la arteria uterina y el plexo venoso. El borde externo -- corresponde a la pared lateral de la pelvis; el borde inferior, -- al piso de la pelvis, y el borde superior libre, a la trompa uterina.

El borde superior a partir del cuerpo uterino, presenta tres re-- pliegues que divergen hacia fuera. Se llaman aletas del ligamento ancho la anterior, formada por el ligamento redondo; la media que -- es la más alta, por la trompa uterina, la posterior, por el ligamento úteroovárico y la inserción del hilo del ovario sobre el ligamento ancho.

ESTRUCTURA: Debajo de la serosa peritoneal que cubre a los ligamentos anchos, se encuentra un armazón formado por fascículos musculares lisos que en parte superior se fijan íntimamente al peritoneo. Parte del ligamento infundíbuloopélvico y van hasta el cuerpo uterino.

Para poder observar los repliegues peritoneales que los contienen basta, levantar y llevar la matriz al sacro, rodeando el recto. Su insercción posterior se hace en la segunda o terceravértebra sacra, y a veces en la primera., Se presenta bajo la forma de - repliegues, con una cara superior y otra inferior, un borde externo que se confunde con la hoja peritoneal pélvica, y otro interno, falciforme y cóncavo, que abarca al recto. Se les llama también - repliegues de Douglas.

ESTRUCTURA. Se hallan constituidos por tejido celular del espacio pelvirrectal superior que se condensa hasta tomar el aspecto de - una membrana, la cual contiene en su parte superior fibras musculares lisas, Estas se continúan por delante con las fibras uterinas y cuando están muy desarrolladas, forman lo que se ha llamado músculo retractor uterino de Luschka.

Además, contiene en su cara inferior el ganglio hipogástrico y por fuera los vasos linfáticos y venosos.

También contribuyen a la fijación del útero a la vagina, que envaina con su cúpula la parte inferior de aquel. Se hallan rodeados - ambos a este nivel por el tejido celular subperitoneal que es a la vez fibroso muscular y elástico, y el cual al mismo tiempo que se fija a estos órganos, se adhiere a las paredes pélvicas laterales constituyendo el parametro de Virchow o ligamento transversal de - Mackenrodt. Se fija también al sacro y al pubis y constituye las aponeurosis sacrorrecto genitales de Delbet. El útero, así engarzado a la vagina, descansa sobre el piso del perineo, y principalmente sobre el elevador del ano que le sirve de sostén.

LIGAMENTOS REDONDOS: Son cordones redondos, extendidos de los ánculos laterales del útero al conducto inguinal y al pubis. - Tiene una longitud de 12 a 14 centímetros, por un diámetro de cuatro a cinco milímetros. Nacen por delante y por debajo de la troma uterina, se dirigen hacia fuera en el espesor del ligamento ancho, al cual forman la aleta anterior, hasta llevar al orificio profundo del conducto inguinal, pasando antes sobre el cayado de la epiastrica en el momento preciso de cambio de dirección. Se introduce en el canal inguinal, al que recorren en toda su extensión, igual que el salir de él se dividen en haces divergentes que van a insertarse a la espina del pubis, a la sínfisis, y muchos de ellos al tejido celular de los grandes labios y del monte de venus. El orificio inguinal interior, el peritoneo forma una depresión (foseta inguinal externa). Cuando la serosa acompaña al ligamento redondo en el conducto inguinal, constituye una anomalía consistente en la persistencia del conducto peritoneal. Este es el feto existente del cuarto al octavo mes, y lleva el nombre de canal de Nuck: normalmente se oblitera antes del nacimiento.

ESTRUCTURA: El ligamento redondo está constituido por tejido conjuntivo elástico que en forma de fascículos entrelazados con haces de fibras musculares lisas y de los vasos y nervios correspondientes, originan el cordón o ligamento propiamente dicho. Las haces conjuntivo-elástico, al penetrar al conducto inguinal, se fijan en parte en las paredes de este conducto y la mayoría de ellos al salir de él existen ahí mismo paquetes adiposos que ocultan la terminación de las haces ligamentarias, y llevan el nombre de tapones de Imlach.

LIGAMENTOS UTEROSACROS: Se extiende de la cara posterior del cuello uterino, en los límites del istmo, a la cara anterior del sacro.

MEDIOS DE FIJACION: por su extremidad interna se fija el útero, con el que se continúa y su extremidad externa se fija al ovario por el ligamento lúboovárico. El peritoneo la cubre por su cara interior, posterior y superior, formando un meso que la fija al borde superior del ligamento ancho.

CONFIGURACION EXTERIOR Y RELACIONES: Se distinguen cuatro porciones que de adentro afuera son; la intersticial, el istmo, la ampolla y el pabellón.

La porción intersticial; que mide de un centímetro de longitud, se inicia el óstium uterinum, el cual es un orificio de un milímetro de diámetro, situado en el ángulo superoexterno de la cavidad uterina. Atraviesa la pared del útero, del que sale para iniciar la porción del Istmo.

El Istmo principia en el vértice del ángulo del útero en un plano más superior y entre el ligamento redondo por delante y el ligamento úteroovárico, por atrás, despues se extiende hasta el polo inferior del ovario, casi horizontalmente, mide tres a cuatro centímetros de longitud, con un diámetro de tres a cuatro milímetros - de longitud y siete a ocho milímetros de diámetro. sigue por el borde anterior del ovario y presenta en su trayecto flexuosidades más o menos marcadas, al abordar el polo superior del ovario, se dobla hacia atrás y abajo para continuarse con el pabellón, formando una cavidad hacia abajo que rodea al polo superior del ovário.

Esta disposición se observa en la nulípara, pues la múltípara, por el cambio de posición que sufre el ovario, cambian ligeramente - estas relaciones.

La porción del istmo y de la ampolla ocupan la aleta media del - borde superior del ligamento ancho y esta en relación con las -- asas intestinales y con el recto por detrás, y la vejiga por de-
lante, cuando estos órganos están llenos.

Por otra, constituyen los troncos Uteroováricos que - - ascienden por el abdomen para desembocar en la vena renal las del lado izquierdo, y en la cava inferior, las del lado derecho.

Los linfáticos toman su origen en las paredes folículos - por redes que se anastomosan y emiten conductos que atraviesan el tejido glandular para llegar al hilfo. De aquí parten los conductos eferentes que acompañan a las venas úteroováricas y van a los ganglios preaórticos.

Los nervios proceden de los ganglios mesentéricos superiores y preaórticos, de los troncos que van al riñón. De ellas emanan ramitas que acompañan a los vasos (ramos vasculares) y en los folículos (ramos sensitivos).

Las celdillas intersticiales del ovario se encuentran determinadas en la zona medular y desempeñan una doble función, de secreción interna y de nutrición del óvulo.

TROMPAS O TUVAS UTERINAS.

La trompa uterina o trompas de falopio es un conducto que se extiende de la superficie exterior del ovario al ángulo lateral del útero, recorriendo el borde superior del ligamento -- ancho.

DIRECCIONES Y DIMENSIONES: Parten del ángulo uterino y se dirige transversalmente hasta la mitad del cuerpo ovarico, donde -- sufre un flexión hacia arriba; después nuevamente se dobla -- hacia dentro abarcando en su concavidad al ovario. Es recta -- en su parte interna más o menos ondulada en sus dos tercios -- externos. La trompa uterina mide de 10, a 12 centímetros de longitud, y su diámetro, al salir del útero, es de dos a cuatro milímetros, aumentando progresivamente para medir en su extremidad ovárica ocho milímetros.

Las fibras nerviosas que abordan la pared muscular del útero se prolonga con frecuencia hasta la mucosa, y al nivel de sus cuernos, cambian en las inmediaciones de los vasos. Pueden observarse verdaderos manojos de nervios mielínicos al nivel de la desembocadura de la trompa de Falopio.

El cervix uterino tiene igual cantidad de fibras nerviosas que el cuerpo, pero en el hocico de tenca se encuentran escasa fibras amielínicas.

La vagina recibe igualmente ramas procedentes del plexo de Frankenhäuser que abordan su pared a a menudo la atraviesan para llegar hasta la capa mucosa, donde terminan a veces en pequeños corpúsculos claviformes que semejan ganglios.

La trompa de Falopio recibe fibras amielínicas que discurren por las diversas túnicas que la constituyen, siendo las segundas más abundantes en su desembocadura en el útero.

El ovario recibe ramos del plexo ovárico, cuyo origen radica en las anastomosis que producen los ramos que parten de los ganglios semilunar renal y mesentérico. Estas anastomosis son tan complicadas, que ha sido muy difícil comprobar la procedencia exacta de su fibras; pero de cualquier manera, éstas se dirigen rodeando la arteria y vena ovárica, caminan en su interior y se ven fibras amielínicas muy finas que alcanzan los folículos de Graaf.

Los órganos genitales externos presentan corpúsculos cilindricos, ovalados o fusiformes, que reciben el nombre de corpúsculos nerviosos genitales.

Son constantes en el clítoris y en los pequeños labios, donde se encuentran próximos a las pápilas cutáneas. Sin embargo, también se encuentran en los órganos genitales externos fibras amielínicas que penetran hasta el epitelio, acompañando a los vasos procedentes seguramente del plexo cavernoso.

La capa muscular está formada por fibras lisas, cuyo plano profundo es de fibras circulares, que hacia dentro se continúan con las fibras del útero y hacia fuera se condensan al nivel del óstium abdominal el plano superficial, de fibras longitudinales, también se continúan hacia dentro con las fibras de la matriz y hacia fuera se detiene igualmente en el óstium abdominal.

La capa mucosa está formada por un epitelio de células cilíndricas ciliadas que descansan sobre un corión de tejidos conjuntivos mezclados con fibras musculares lisas. Además se encuentran en el epitelio -- células cilíndricas no ciliadas ó células muciparas, cuya función se manifiesta durante el paso del óvulo, por la trompa, estando inactivas en el período del reposo sexual.

VASOS Y NERVIOS; La trompa uterina recibe sangre arterial de la tubaria interna, rama de la uterina y de la tubaria externa, rama de la ovárica, las cuales se anastomosan en el mesosalpinx, dando ramos ascendentes para la trompa y descendentes para el ovario.

Las venas, que nacen de redes capilares de la cara muscular, emiten troncos que van a las uteroováricas.

Los infáticos emanan de las redes de sus paredes y van al mesosalpinx. Lo más externos se anastomosan con los del ovario, y los más internos con los del útero para ir con ellos a los ganglios lumboaórticos.

Los nervios proceden de los nervios uterinos y de los ováricos, -- acompañan a las arterias, con ellos penetran en las paredes de la trompa.

Por la disposición que adoptan las franjas del pabellón, pone en comunicación este orificio la cavidad peritoneal con el conducto tubario y éste con la cavidad uterina. Es el único caso en que la cavidad peritoneal tiene comunicación propiamente con el exterior.

Entre las franjas, hay una más larga cuya extremidad se fija al ovárico directamente o por medio del repliegue que forma el ligamiento tubovárico.

Se llama franja ovárica o franja de Richardd, y presenta por su cara axil un surco longitudinal que la recorre en todo su proyecto hasta el óstium abdominal.

La superficie exterior del pabellón está cubierta por el peritoneo y se continúa con la superficie exterior de la ampolla.

La superficie interior se haya cubierta por la mucosa que se continúa con la mucosa de la trompa y es irregular por la disposición de las franjas.

CONFIGURACION INTERIOR: Interiormente, la trompa es de color rosada y presente múltiples pliegues mayores se observen pliegues secundarios, y entre todos ellos llenan la luz del conducto tubario.

Desempeñan un papel importante en el contacto que deben tener el ovulo y el espermatozoide para facilitar la fecundación que se realiza en la trompa, entre estos pliegues.

COSTITUCION ANATOMICA: La trompa uterina está constituida por una capa externa serosa, una media, muscular y una interna mucosa la capa serosa depende del peritoneo que la cubre por arriba por delante y por atrás, formando en su borde inferior, por adosamiento de sus hojas, el mesosalpinx o alata superior del ligamento ancho. En el pabellón de la trompa, la serosa cubre la parte externa de sus franjas y al nivel de sus bordes se continuá con la mucosa que reviste su cara interna.

La mucosa del cuerpo es lisa, de un color rosado y se adhiere intimamente a la capa muscular, está constituida por un epitelio ciliado, de células prismáticas, cuyos flagelos aparecen después de la pubertad, desapareciendo con la menopausia. El epitelio descansa en un corion de tejido conjuntivo joven y se encuentra en él glándulas en tubo cuyo fondo, simple o bifurcado, alcanza la capa muscular.

VASCOS Y NERVIOS DEL ÚTERO. El útero recibe arterias de la uterina, rama de la hipogastrica, la cual al ascender por sus bordes, proporciona múltiples ramos a sus pares. Al llegar al ángulo, emite la tubaria interna que se anastomosa con la tubaria externa, rama terminal de la ovárica. La arteria uterina, al nivel de su cayado, suministra ramos vésicouterinos y el ramo uretral inferior. Recibe también sangre arterial de la ovárica, rama de la aorta, y de la arteria del ligamento redondo, rama de la epigástrica.

Las venas se originan en las capas del útero, principalmente en la capa muscular, donde nacen de los senos uterinos, son avalvulares gruesas y numerosas, se dirigen hacia los bordes, donde forman los plexos uterinos de los cuales, emanan abajo dos gruesas venas uterinas, satélites de la arteria, y arriba constituyen los plexos útero ováricos o pampiniformes de los cuales el izquierdo se vierte en la vena renal del mismo lado, y el derecho en la vena cava inferior.

Los linfáticos nacen de redes mucosas que se inician en lagunas que existen en el corion y redes musculares, cuyos conductos siguen direcciones longitudinales y transversales. Los conductos referentes se dirigen a la superficie exterior del útero, donde con la red serosa, forman una rica red subserosa de la cual parten numerosos conductos colectores que van a desembocar de diversos modos como sigue:

al llegar a él se dirigen hacia la cara posterior; otras se continúan en el ligamento ancho, y las de la base se prolongan con las fibras - longitudinales de la trompa uterina. Entre estas fibras transversales se encuentran numerosos vasos sanguíneos. Su límite por abajo es el - istmo, donde se continúan con la capa muscular profunda de la vagina y con los elementos musculares de los ligamentos úterosacros.

La capa media o capa plexiforme se halla formada por haces que se entrecruzan en todos sentidos y albergan entre sus mallas gran cantidad de - canales venosos o senos úteros (Stratum Vasculosum) una vez que los - vasos han perdido sus paredes. Las cavidades musculares se encuentran - revestidas por endotelio que se les adhiere íntimamente y permiten la - circulación sanguínea.

La capa interna está constituida de manera idéntica a la externa, por - haces longitudinales que van de cara a cara y haces que al nivel de la base se desvían hacia las trompas uterinas. También posee fibras trans - versales que, al nivel del istmo se condensan, constituyendo el esfínter del istmo. Al nivel de los ángulos úterinos forman anillos concéntricos que circunscriben la porción intramural de la trompa uterina. La capa mucosa reviste la cavidad uterina y presenta una estructura distinta en el cuello y en el cuerpo. En el cuello la mucosa es pálida y presenta los pliegues del árbol de vida. Esta formada por un epitelio cilíndri - co ciliado, que en su parte inferior o vaginal disminuye de altura y se transforma en epitelio epidérmico o epitelio pavimentoso estratificado transformación que se verifica al nivel del orificio vaginal del cuello.

Este epitelio descansa sobre un corion de tejido conjuntivo y contiene glándulas, unas en forma de criptas, otras en tubo y algunas glándu - las en racimo. Cuando accidentalmente se obstruye el conducto excretor de estas glándulas, se forman quistes que reciben el nombre de huevos - Naboth.

La cavidad uterina mide longitudinalmente de tres a cuatro centímetros en la núlpara, y de cinco a seis en la múltipara.

Su diámetro transversal es la mitad de esa longitud.

CONSTITUCION ANATOMICA. El útero está constituido por tres capas, - una serosa externa, otra muscular media y una mucosa interna.

La capa serosa, como ya se indicó, cubre su base y su cara anterior hasta el istmo, donde se refleja para cubrir la vejiga, formando el fondo de saco véscouterino. Cubre también la cara posterior, y - desciende hasta revestir parte de la pared posterior de la vagina en una extensión de dos a tres centímetros. Se refleja luego para cubrir las caras ánterolaterales del recto, formando el fondo de saco rectovaginal o de Douglas. El mismo peritoneo que ha cubierto las - caras, al llegar a los bordes del útero, se adosa en su fondo y en - sus dos tercios superiores, mientras, en su tercio inferior al contacto entre la capa muscular y la serosa se hace por medio de tejido celular flojo.

La capa muscular, muy desarrollada, está constituida por fibras musculares lisas, dispuestas en tres capas. La capa externa está formada a la vez por fibras longitudinales y transversales. Las primeras se distribuyen en la parte media de la cara anterior, ascienden al fondo y descienden a la cara posterior en forma de herradura; constituyen el fascículo ansiforme de Hélie. Estas fibras no pasan todas directamente de una cara a la otra, pues muchas de ellas, al llegar a la base, cambian de dirección dirigiéndose a los orificios de la trampa uterina. Por abajo parte de las fibras longitudinales descienden hasta el tercio superior del cuello y otras se detienen en el - - istmo.

Las segundas, o fibras transversales, están situadas por debajo de las anteriores en el cuello uterino. Van de borde, y muchas de ellas,

CONFIGURACION INTERIOR DEL UTERO. Interiormente el útero presenta una cavidad aplanada de adelante atrás que comunica por abajo con la cavidad vaginal, por arriba, al nivel de sus ángulos, con las trompas uterinas. La configuración de las paredes de esta cavidad es distinta en el cuello y en el cuerpo.

En el cuello la cavidad presenta dos paredes, una anterior y otra posterior, con una cresta longitudinal más o menos mediana de ambas. De esta, parten pliegues transversales que originan una figura denominada árbol de vida. Los pliegues se hallan más desarrollados en la nulípara que en la múltipara y están dispuestos de tal manera, que los anteriores se acomodan en los intersticios de los posteriores.

En la cavidad del cervix, los bordes laterales son ligeramente cóncavos hacia la línea media y constituyen con las caras a formar el orificio superior o del istmo uterino que comunica esta cavidad con la cavidad uterina. Mide cinco milímetros de diámetro y en él se observan todavía los pliegues del árbol de vida, cosa que no sucede con el orificio inferior, más estrecho y adonde no llegan estos pliegues.

El cuerpo presenta una cavidad constituida por dos paredes y tres bordes, las paredes son planas, lisas y presentan alguna vez bien marcado un rafe longitudinal y medio.

Los bordes, los laterales y uno superior, son convexos hacia el centro de la cavidad.

Los laterales limitan por abajo el estrechamiento del istmo y con el borde superior por arriba y a los lados, los orificios de las trompas uterinas. Estos, son muy estrechos, son más amplios en la múltipara que en la nulípara y en ellos se observa algunos pliegues mucosos, continuación de los pliegues que presenta interiormente la troma uterina.

CONFIGURACION EXTERIOR Y RELACIONES: En el útero se consideran una porción superior o cuerpo y otra inferior o cuello, unidas por el istmo.

CUERPO: Posee dos caras, tres bordes y tres ángulos. La cara -
ánteroinferior es lisa, ligeramente convexa, y está cubierta -
en toda su extensión por el peritoneo, que desciende hasta el
istmo para reflejarse hacia la vejiga, formando el fondo de sa-
co vésicouterino. Se pone así en relación esta cara con la ve-
jiga por el intermedio del fondo de saco peritoneal. La cara -
pósterosuperior, lisa y más convexa que la anterior, se halla
revestida por el peritoneo, que desciende más allá del istmo -
hasta cubrir la parte superior de la pared posterior de la va-
gina en una extensión de dos a tres centímetros. Se refleja -
luego sobre la cara anterior del recto para constituir en el -
fondo del saco de Douglas. Se relaciona esta cara con la cara
anterior del recto o con las asas intestinales que se interpo-
nen entre ambos.

BORDES LATERALES: Redondeados de adelanté atrás, corresponden
al borde interno de los ligamentos anchos, y están en relación
con la arteria uterina y los plexos venosos que la acompañan.

BORDE SUPERIOR: También llamado fondo uterino o base del útero
es recto en la nulípara y convexo en la multípara. Se halla cu-
bierto por el peritoneo y en relación con las asas intestina-
les.

ÁNGULOS: Los ángulos laterales resultan de la unión de los bor-
des laterales con el borde superior, y de ellos se desprende la
trompa uterina, el ligamento redondo y el uteroovárico. El ángu-
lo inferior se continúa con el istmo, formando el estrangulami-
ento que marca los límites del cuello y del cuerpo uterino.

y por abajo, se pone en relación con el constrictor de la vulva, así como con las venas y arterias ramas de la interna.

Por arriba alcanza a la aponeurosis perinela media y por abajo, se pone en relación con el constrictor de la vulva por delante, alcanza la parte media del orificio de la vagina, y por atrás, están en relación con el músculo transverso del perineo de la cara interna de la glándula se desprende del conducto excretorio, de los centímetros de longitud y los milímetros de diámetro, que se dirige hacia abajo y adelante para desembocar en el surco ninfomiental, en la unión del tercio posterior con los dos tercios anteriores del orificio inferior de la vagina.

La glándula de Bartholine es una glándula en racimo, compuesta de acinos y lobulillos que segregan un líquido incoloro y untoso que sirve de lubricante durante el coito.

PERINERO DE LA MUJER

El perineo de la mujer tiene los mismos límites que en el hombre, y se consideran, como en éste, los músculos del perineo y sus aponeurosis. Transverso del perineo. Se inserta en la cara interna del isquion y en el ano, al que pone en tensión cuando se contrae.

Bulbocavernoso, insertado por atrás en el rafe ano-vulvar, donde entre - - cruzan sus fibras con las del esfínter del ano, se dirige hacia adelante cubre el bulbo vaginal y a la glándula de Bartholin y alcanza al clitoris donde se divide en dos haces. Uno se inserta en la cara dorsal del clitoris y el otro se fija en el ligamento suspensor de este órgano. Por la disposición que toman sus fibras musculares y unidos el de un lado con el otro vienen a formar la vagina un anillo que abarca su extremidad inferior; - - constituyen el constrictor inferior de la vagina que tiene por acción favorecer la erección del clitoris por congestión pasiva, abatir este órgano comprimir el bulbo y las glándulas de Bartholin, a vez que estrechar el orificio de la vagina.

APONEUROSIS DEL PERINEO.

Como en el perineo masculino, existen en el de la mujer tres aponeurosis

APONEUROSIS PERINEAL SUPERFICIAL. Es delgada y se inserta en el labio anterior de las ramas isquiopúbicas. Su borde posterior se refleja al nivel del músculo transverso superficial para confundirse con la aponeurosis perineal media; su vertice se confunde con las formaciones célulares del monte de venus y en su parte media presenta un orificio vulvovaginal cuyas bordes se insertan en las paredes de la vulva.

APONEUROSIS PERINEAL MEDIA. Se inserta por fuera en las ramas isquiopúbicas y está constituida por dos hojas que contienen al músculo transverso profundo, y que por delante se unen en la cara anterior de la uretra.

Aloja en su interior los vasos y nervios pudiendo internarse, como en el hombre, y está atravesada en la línea media por la uretra y la vagina.

APONEUROSIS PERINEAL PROFUNDA. Tiene la misma disposición que el hombre pero en vez de alcanzar la prostata, llega a la vagina, a cuyas paredes se adhiere íntimamente.

GLANDULAS MAMARIAS.

Las mamas o pechos son órganos encargados de segregar la leche. Existen en ambos sexos y normalmente son dos, uno derecho y otro izquierdo, situados en la parte anterior y superior del torax, por delante de los músculos pectorales.

Aunque normalmente son dos, puede haber reducción en su número o falta totalmente, constituyendo la amastia, que excepcionalmente se presenta en la mujer, en la cual, más frecuentemente, falta el pezón (atelia). Más a menudo, se ha observado la hipermastia o polimastia, cuando existen mamas supermerarias y la hipertelia o politelia, caracterizadas por la presencia de varios pezones.

Antómicamente la glándula está formada por acinos secretores, canales excretorios y tejidos conjuntivo intersticial, siendo un total una - - glándula tuboacinososa. Los acinos secretorios se componen de una capa principal de células irregularmente cúbicas, situadas por fuera de las arterias ambas descansan en una membrana propia.

Los canales excretorios se inicia en los conductos e intralobulares y - están constituidos por una membrana propia que se continúa con la membrana de los acinos glandulares un epitelio de células prismáticas y gran cantidad de células de boll que favorecen la expulsión de los productos interlobulares que presentan pliegues longitudinales y están --- constituidos por un epitelio de células prismáticas una capa de células mioepiteliales; descansan en una membrana propia bastante gruesa.

Los canales interlobulares, que pertenecen a un mismo lobulillo glandular desembocan en un canal, galactóforo de forma cilíndrica, con - - pliegues longitudinales más marcados y depovistos de válvulas.

Este canal se halla tapizado por un epotelio prismático que descanza - en una membrana propia como la de los canales inciales, y células mioepiteliales intercaladas que se llaman células de Boll.

Todos los elementos contituidos de la glándula mamaria están unidos entre si por tejido conjuntivo de la glándula mamaria intersticial que encierra en su interior células adiposas, las cuales, en las mujeres bien contituidas, forman lóbulos adiposos. La envoltura cutánea está formada por la - piel que cubre totalmente la cara anterior de la glándula que posee tres zonas., una cubre el pezon (zona mamilar); otra corresponde a la áreola - (zona areolar); y el resto constituye la zona periférica.

La zona mamilar, compuesta por la piel que cubre el mamelón o pezón, es delgada y presenta multiples papilas voluminosas y gran número de glándulas sebáceas. En su cara profunda se encuentra multip^l es fibras muscul^e - res lisas unas horizontales; p^{er}perndiculares a los canales galactoforos y dispuestas en forma circular; otras verticalmente o longitudinales que se extienden de la base al vértice del pezón.

FORMA VOLUMEN Y CONSISTENCIA. La mama en la mujer decanza sobre el toraz, tiene forma semiesferica y presenta en el centro de su convexidad una papila que el pezón.

La mama puede ser cónica o piriforme y aun aplanada. En la multi-para puede adquirir forma más o menos cilíndrica, observandose en otros casos cierta forma pedicular. En general, la forma varía - con las costumbres de la mujer. El volumen de las mamas varia con la edad. Poseen un rápido crecimiento durante la pubertad y despues de la menstruación y el embarazo conserva su aumento de volumen en la lactancia; sufren una regresión de volumen durante el - período de reposo; igualmente experimentan una atrofia después de la menopausia, constituyendo la mama senil, su volumen igual que la forma, varia en la razas con las costumbres de la mujer.

La consistencia de las mamas es mayor y manifiesta mayor elasticidad en las virges y en las nulíparas, y se vuelven blandas y fraccidas - en las multíparas.

CONFIGURACION EXTERIOR Y RELACIONES. La mama ocupa region mamaria - situada en la parte lateral y superior de la pared anterior del torax, Se considera en ella una cara posterior, una cara anterior y - una circunferencia.

LA CARA POSTERIOR. Más o menos plana, esta en relación con el gran pectoral y el gran dentado por intermedio de la dascia superficial y de tejido celular de consistencia variable según las mujeres, que - permiten a la mama, movimientos de amplitud variable.

LA CARA ANTERIOR; Conveza en toda su extensión, presenta algunos - pelos serca de su vértice o parte media, donde se encuentra la - - aréola y el pezón.

La zona areolar., muy pigmentada, está formada por la piel que es - - delgada y tiene en su cara profunda fibras musculares lisas que forman el músculo areolar, constituido por anillos concéntricos y algunas fibras radicadas que a la base del pezón se extienden al dermis de la - -- areola y cuya acción es producir el tétanos en el pezón.

En la zona areolar existen numerosas glándulas sebáceas, sudoríparas y mamas accesorias.

LAS GLANDULAS SEBACEAS. están situadas en el dermis cutáneo, son muy - voluminosas y se hipertrofian durante el embarazo, constituyendo los - tubérculos de Montgomery.

LAS GLANDULAS SUDORIPARAS. Se hallan colocadas entre la piel y el músculo areolar; son voluminosas y se presentan bajo la forma de glándulas tubículas compuestas.

LAS GLANDULAS MAMARIAS ACCESORIAS. Situadas por debajo del músculo areolar se presentan en número y volumen muy variable, y tiene la misma estructura que la glándula mamaria, aunque se consideran como glándulas de transición entre la glándula sudorípara y la mamaria.

La envoltura celuloadiposa es dependiente de la capa subcutánea.

Al llegar a la glándula mamaria se divide en una hoja anterior, que - - cubre la glándula en su convexidad, y una hoja posterior, que se extiende entre la glándula y la fascia superficial.

La capa celuloadiposa que reviste la convexidad de la glándula, se encuentra tabicada por hojas fibroelásticas que de la glándula mamaria se extienden al dermis cutáneo.

VASOS Y NERVIOS. La glándula mamaria se halla irrigada por arterias procedentes de la mamaria interna, de las torácicas y de las intercostales, Antes de llegar a la glándula, por su capa profunda se anastomosan en el - peneo subcutáneo y originan una red superficial, de donde parten ramos cutáneos muy delgados para la piel, y ramas glandulares que caminan por los tabiques.

LA AREOLA O AUREOLA. Es una superficie circular situada en la parte mas saliente de la mama, de una extensión de dos a tres centímetros de - - diametro, de una coloración más obscura que el resto de la mama. En la aréola se observan salientes (tuberculos de Morgagni), que no son otra cosa que glandulas sebáceas que levantan el tegumento y están provistas cada una de un pelo de corta dimensión.

EL PEXON. Es una papila situada en el centro de la aréola, la forma - cilíndrica o conica, a veces semiesferica y aun discoidea; no es rara tampoco la forma pendiculada, o al contrario, el pexon retraído, cuando éste queda hundido en una defesión umbilical.

Las dimensiones del pezón varían a menudo con el desarrollo de la glandula, pero pueden observarse pequeños pezones en mamas grandes y grandes pezones en pequeñas mamas. En todas ellas se presenta más o menos rugo so en su cuerpo, debido a los surcos y a las papilas que presenta en su superficie; en su vértice se observan de diez a veinte orificios, - por donde desembocan los canales galactóforos. La circunferencia de - la misma mama en su parte superior no es m rcad, pues la piel de la glandula se continua con la piel de la regiónintraclavicular; no así en su porción inferior donde forma el surco submamario.

CONSTITUCION ANATOMICA. Se distinguen en la mama, las glándula mamaria propiamente dicha, su envoltura cutánea y su envoltura céluloadiposa. La glándulo mamaria propiamente dicha, tiene la forma de un disco - aplanado de adelante atrás y ofrece para su descripción una cara pos terior plana que la pone en relación con las oponeurosis mencionadas. Una cara anterior anfractuosa cubierta por tejido conjuntivo premama- rio y por tejido céluloadiposo muy desarrollado que la separa de la - piel. Una circunferencia que presenta una prolongación superior o -- clavicular, otra inferior o epigástrica una interna o esternal y otra axilar, siendo esta última la mas desarrollada y más frecuente.

interlobulares hasta abordar los lóbulos glandulares; aquí forman las -
redes pericinosas. Igualmente los canales galactoforos, tienen sus - -
arterias satélites y el mamelón recibe ramos de la red superficial que -
al llegar al pezón, constituyen en su base una red que se anastomosa con
la red areolar.

LAS VENAS/ Que nacen de las redes capilares forman también una red sub-
cutanea que, al nivel areola, se dispone en forma circular y origina el
círculo venoso de Haller.

Las redes venosas superficiales se anastomosan por abajo con la red -
abdominal superficial, y por arriba con la red superficial del cuello
y el tronco que nacen de las redes superficiales y profundas.
Compañan a las arterias correspondientes y van a desembocar a las ve-
nas satélites de las arterias de origen.

Los Linfáticos, tienen su origen en redes cutáneas, redes glandulares
y en los linfáticos de los canales galactoforos, Las redes cutaneas -
comienzan en el mamelón y en la areola por una red dérmica constituida
por canales voluminosos que proceden de las glándulas areolares y de -
pailas de la dermis.

De ellas parten conductos eferentes que van a constituir el plexo -
subareolar de la capa celular.

LAS REDES GLANDULARES. Se originan en los acinos glandulares y en los
espacios interacinosos por sacos linfáticos que se aplican contra los
lóbulos.

De ellos emanan conductos linfáticos interlobulares. Otros corren -
hacia la areola para comunicarse con la red subareola.

Otros corren hacia la cara profunda de la glándula para formar los linfáticos submamarios que caminan sobre la facie pectoral, la rodean para llegar a la axila, o la perforan para ir a los ganglios subclavios.

Los linfáticos de los conductos galactóforos, son satélites de ellos y se dirigen hacia la red subareolar.

Se anastomosan con los linfáticos glandulares de donde parten linfáticos externos que se dirigen hacia la axila, bordean al gran pectoral y desembocan en los ganglios anteriores de la axila.

Los linfáticos internos caminan hacia la parte interna de los espacios intercostales a los cuales perforan para desembocar en los ganglios mamarios internos.

LOS NERVIOS, de la glándula mamaria proceden de los cinco intercostales correspondientes, del supraclavicular y del plexo cervical superficial. Se distribuyen por la piel y los músculos areolares así como por los vasos sanguíneos y por la misma glándula.

PERINERO.

El perinero es una serosa que cubre las paredes abdominopélvica y envuelve a las víceras contenidas en dicha cavidad. En su conjunto forma una cavidad cerrada en el hombre y abierta en la mujer, al nivel del óstium abdominal de la trompa uterina.

Las fibras sensitivas de los órganos genitales externos llegan a la cola de caballo y ascienden hasta el cono terminal, donde -- irradian a las astas posteriores hasta alcanzar los grupos de -- neuronas intermediolaterales.

Como es sabido, forman centros vegetativos, de las cuales parten fibras que discurren por los cordones pósterolaterales para salir por los nervios radiculares, estableciendo así un arco reflejo -- iniciado en las terminaciones de las fibras sensitivas de los -- organos genitales externos.

Siguen por las raíces posteriores a los centros intermedios laterales, de donde partirán las vías centrífugas vasodilatadoras que van a los cuerpos CAVERNOSOS. por lo demas, hay que admitir que -- los Centros medulares tanto en la porción alta de la médula lumbar como en la porción baja de la médula sacra, son núcleos vegetativos parasimpáticos cuyo papel antómico y fisiológico no difere en nada -- en el hombre y en la mujer.

" V A G I N A ".

La vagina es un conducto musculomenbranoso que se extiende del -- cervix uterino a la vagina.

SITUACION Y DIRECCION.-- Esta situado por delante del recto, por -- atrás de la vejiga y por debajo del cuello uterino. Posee una porción pelvica y la otra comprendida en el espesor del perineo, al -- que atraviesa de arriba abajo y de atras adelante para abrirse al -- exterior.

Su dirección es oblicua hacia abajo y adelante, y forma con la -- horizontal un ángulo de 70 grados abierto hacia atras. Además, la vagina no es recta, pues cuando los órganos adyacentes están vacíos presentan una ligera concavidad dirigida hacia atras.

CONFIGURACION INTERIOR.- Interiormente las paredes de la vagina presentan pliegues, llamados crestas o arrugas vaginales, muy desarrollados en los dos tercios inferiores de la vagina y muy poco marcado en su tercio superior,

Estos pliegues, que se escalonan transversalmente, son más gruesos en la línea media que a los lados y forman un levantamiento longitudinal que constituye las columnas de la vagina. De éstas la anterior se inicia en un levantamiento mucoso, tuberculo vaginal situado por abajo del meato urinario sigue hacia arriba y desaparece en la parte media de la pared. La columna de la pared posterior está menos marcada que la anterior, y se pierde también antes de alcanzar el tercio superior del conducto.

La columna anterior, en su extremidad superior, se bifurca y cada una de sus ramas se dirige los fondo de sacos laterales, limitando un triángulo cuyo borde superior está formado por un pliegue transversal situado por abajo de la extremidad inferior del cuello uterino. Este triángulo se llama triángulo de Pawlik y corresponde al triángulo de Lieutaud de la vejiga urinaria.

Tanto las columnas vaginales como los pliegues transversales están dispuestos en dos planos de tal manera, que los salientes de una pared corresponde a los estrantes de la opuesta, quedando así yuxtapuestos en vez de superpuestos.

CONSTITUCION ANATOMICA. La vagina está constituida por una capa externa conjuntiva, una capa media muscular y una capa interna mucosa. La capa externa está formada por tejido conjuntivo y fibras elásticas, confundidas con el tejido celular perivaginal. la capa muscular se halla integrada por fibras musculares lisas, dispuestas en dos planos. El superficial es de fibras superficiales del útero y por abajo se termina en parte en los labios pequeños., y en parte en la aponeurosis del perineo; algunas llegan hasta la rama isquiopública. El otro plano es de fibras circulares que por arriba se continúan con la capa profunda del útero y por abajo se condensan formando el esfínter liso de la vagina,

FORMA, DIMENSIONES Y MEDIOS DE FIJACION. La vagina, en estado de -
vacuidad, es aplanada de adelante atrás y sus paredes se aplican una
a otra en toda su extensión, menos en sus extremidades. En su extre-
midad superior forma una cúpula que se angorza al hocico de tenca, -
formando los fondos de saco ya descritos; en su extremidad inferior
la vagina está aplanada transversalmente.

La longitud de la vagina es de ocho centímetros como promedio. Tiene
en su cara anterior una longitud de siete centímetros, mientras la -
posterior, que es la más larga, mide nueve centímetros.. Sin Embargo
puede dilatarse, aumentando su longitud tres o cuatro centímetros -
más de lo normal.

Se observan vaginas cortas, que miden solo cuatro centímetros, y -
váginas largas, que alcanzan de doce a catorce centímetros. Pero las
dimensiones de la vagina pueden aumentar hasta permitir en muchos -
casos la introducción de la mano y del antebrazo en algunas maniobras
obstétricas. La vagina se fija por su cúpula en el cervix uterino, y
por su extremidad inferior a los planos del perineo y a la vulva; -
por sus caras anterior y posterior se fija a la vagina, a la uretra
y al recto.

CONFIGURACION EXTERIOR Y RELACIONES.- Exteriormente posee la vagina
dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara anterior, vuelta hacia delante y arriba, está en relación en
su parte superior con la vejiga por intermedio de tejido celular laxo
en el cual camina la porción terminal del uréter. En su mitad infe-
rior esta cara se pone en relación con la uretra por intermedio del
tabique uretrovaginal.

La cara posterior se relaciona en su parte superior y en una extensión
de dos a tres centímetros con el peritoneo que la cubre, con el fondo
de saco de Douglas y con el recto. En el resto de su extensión se -
pone en relación con el recto por intermedio del tabique rectovaginal
Las relaciones del recto y la vagina son más íntimas en su mitad supe-
rior, pues en su mitad inferior el recto se desvía hacia atrás,

Separandose de la vagina por un tabique más grueso que comprende el esfínger anal fibras prerrectales del elevador del ano, al constrictor vaginal, el transverso del perineo y una atmosfera de tejidos celuloadiposo. Los bordes están en relación con la pared inferior del ligamento ancho con tejido celulofibroso del espacio pelvirrectal superior, con los plexos venosos vaginales, con el uréter que -- pasa a uno y medio centímetros por fuera del fondo del saco lateral de la vagina para dirigirse a la cara anterior de esta. A la altura del orificio vaginal del cervix. Más abajo, los bordes se hallan en relación con los haces internos del elevador del ano que se une a la vagina por tejido conjuntivo denso, el cual se confunde en este punto con la aponeurosis pélvica. Inmediatamente por abajo, se ponen en -- relación los bordes con la aponeurosis media del perineo y el músculo transverso profundo, con el constrictor de la vulva, el vulbo de la -- vagina y la glándula de Bartholin.

La extremidad superior se inserta en el cuello uterino, siguiendo una circunferencia dirigida oblicuamente de arriba abajo y de atrás adelante. La inserción se hace por continuidad de la capa muscular de la -- vagina con la capa muscular del útero; la mucosa de la vagina, al -- llegar al punto de inserción se refleja para cubrir el hocico de tenaca de la mucosa forma con el cuello uterino fondos de saco; uno anterior poco profundo, en relación con el bajo fondo de saco peritoneal de -- Douglas y el recto: por último, dos fondos de saco laterales cruzados por el uréter y en relación con los plexos vaginales.

La extremidad inferior está representada por el orificio bulbovaginal más o menos obstruido en la mujer virgen por la membrana del himen. El orificio tiene forma elíptica, de eje mayor anteroposterior y -- ésta rodeado por los músculos constrictores que forman el anillo -- vulval, causa frecuente de vaginismo inferior.

77
BIBLIOTECA
CENTRO
DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS
Y TECNOLÓGICAS
DEL
INSTITUTO
VENEZOLANO
DE INVESTIGACIONES
CIENTÍFICAS

Isquilocavernoso. Se inserta por atrás en la tuberosidad isquiática; se dirige hacia delante, rodea el borde inferior de la rama isquiopública y cubre los cuerpos cavernosos.

Va a insertarse a las caras superior y laterales del clitoris, al que abate durante su contracción.

TRANSVERSO PROFUNDO DEL PERINEO. Se inserta en la rama isquiopública y en el rafe anovaginal. Está comprendido entre dos hojas aponeuróticas - considerada como la aponeurosis media del perineo y desempeña el papel de sosten en el piso de la pelvis.

CONSTRUCTOR PROFUNDO DE LA VAGINA. Se ha descrito un músculo situado por dentro del bulbocavernoso, poco frecuente en la mujer y constante en algunas especies de animales, que se inserta en el rafe anovulvar y en la pared posterior de la vagina por atrás. Bordea las paredes de la vagina - para terminar en la pared anterior de ésta. Esfínter externo de la uretral o esfínter estriado. Envuelve totalmente al conducto uretral por debajo del esfínter liso que desaparece cuando la uretra se adhiere a la vagina. Tiene forma circular en su parte superior y semilunar en su parte inferior y se extiende del cuello de la vagina al meato urinario.

Esfínter externo del ano, situado en la porción anal del recto, tiene la forma de un anillo, es más desarrollado en la mujer que en el hombre; la disposición de sus fibras es igual en ambos sexos.

Músculos retrovaginal, se extiende del ángulo del recto a la cara posterior de la vagina y se halla constituido por fibras musculares entrelazadas a las lamillas elásticas.

Isquiocoxigeo, dispuesto de igual manera en la mujer y en el hombre.

Elevador del ano, tiene las mismas inserciones y al mismo forma en la mujer que en el hombre. Sus haces internos se ponen en contacto con las paredes de la vagina por intermedio de un tejido conjuntivo bastante denso. Es tan íntimo el contacto vaginal, sobre por la acción de las haces musculares que del pubis van a insertarse al rafe anovulvar.

CERVIX; Si se tiene en cuenta las inserciones de la vagina sobre el útero se distinguirán en éste tres porciones; supravaginal, - vaginal e intravaginal.

La porción supravaginal está en relación por delante con la vejiga por intermedio de tejido celular laxo; por detrás, se halla cubierta por el peritoneo y se pone en relación con el recto por intermedio del fondo de saco de Douglas. A los lados se relaciona con el borde interno del ligamento ancho y con las formaciones fibroconjuntivo musculares subperitoneales, así como una arteria uterina y el uréter, que se cruzan a uno y medio centímetro por fuera de su - - borde.

La porción vaginal señala la inserción de la vagina con el cervix que se hace una extensión de medio centímetro y sigue una línea - oblicua hacia abajo y adelante; resulta así la inserción más alta por atrás que por delante.

La porción intra vaginal se llama hocico de tenca. Tiene forma - cónica, de vértice redondo y presenta un orificio llamado orificio externo del cuello que sirve de comunicación a la cavidad cervical.

El hocico de tenca y su orificio varían según las mujeres. En la mujer virgen es cónico, redondeado y de orificio circular. En la primípara se aplasta de adelante atrás, disminuye su consistencia y el orificio se alarga transversalmente. En la múltipara el - - hocico se hace más ancho, su consistencia disminuye más y el orificio alcanza uno y medio centímetro; está limitado por los labios en los que se observan varias desgarraduras, sobre todo laterales.

El hico de tenca forma con la cúpula vaginal fondos de saco anterior posterior y laterales, De estos, el posterior, el más profundo, corresponde al fondo de saco de Douglas y al recto; el anterior, menos profundo, a la vejiga.

La capa mucosa, es de color rosado ordinariamente, toma un color rojo - - oscuro durante la menstruación. Se halla formado por un epitelio previmento estratificado que descansa sobre un corion rico en fibras alásticas que se adhiere íntimamente a la capa muscular. Este epitelio está desprovisto de glándulas, aunque se han descrito en sus extrmidades algunos divertículos con caracteres glandulares.

VASOS Y NERVIOS: La vagina recibe sangre de la arteria vaginal, rama de la Hipogástrica y también de la uterina, la cual emite el ramo cervicovaginal y de la hemorroidal media, que irriga su extremidad inferior. Las venas gruesas y numerosas forman en los bordes de la vagina un amplio plexo, de donde parten algunos troncos satélites de las arterias correspondientes. Los linfáticos se original en una red mucosa y en otra muscular al salir de las paredes, forman otra red perivaginal, de la cual parten conductos eferentes superiores que van a desembocar a los ilíacos externos; conductos medios que van a los hipogástricos, conductos inferiores que con los conductos del himen, terminan en los inguinales superficiales. Los nervios emanan del ganglio hipogástrico los destinados a la parte superior de la vagina, y del pudendo interno para la parte inferior.

V U L V A S.

La vulva está constituida por el conjunto de los organos genitales externos de la mujer, que forman un satélite ovoideo, de eje mayor ántero posterior. Se halla situado entre el perineo y la parte inferior de la pared interior del abdomen, y transversalmente está comprendida entre los dos muslos. Presenta en su parte media una depresión, en cuyo fondo se abren a la uretra y la vagina, que recibe el nombre de vestíbulo, limitada lateralmente por las formaciones labiales, los labios mayores se unen hacia delante y se pierden en una saliente mediana o monte de venus. Los labios menores; se unen también hacia delante para envolver al clitoris, que con otras formaciones - consistuyen el aparato eréctor de la vulva.

LABIOS MENORES O NINFAS; Están situados por dentro de los labios mayores y sus dos replieques cutáneos que poseen, como los mayores, dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara externa corresponde a la cara interna del labio, mayor, del que esta separada por el surco labial. la cara interna corresponde a la cara interna del labio opuesto. El borde superior o adherente se continua por la parte blanda de las cercanías, el borde inferior o libre corresponde a la hendidura vulvar, es convexo y a veces ligeramente dentado.

La extremidad posterior se puede insensiblemente en la cara interna del labio mayor, en la unión del tercio posterior con sus dos tercios anteriores pero puede prolongarse a intervenir en la formación de la foseta navicular.

La extremidad anterior se divide en dos plieques que bordean al clítoris El anterior forma una envoltura llamada prepucio del clítoris a veces muy desarroyado; el posterior alcanza la cara posterior del clítoris. Los labios menores tienen una irrigación sanguínea idéntica a la de los labios mayores.

Su circulación linfática., más abundante, se vierte en los ganglios inguinales superficiales. Su inervación procede de la misma fuente que la de los labios menores se encuentran gran cantidad de corpusculos de Meissner y de Krause.

MONTE DE VENUS.- Es una saliente redondeado, que se halla por delante de la sínfisis del pubic, con un espesor que varia de dos a ocho centímetros según la constitucion de la mujer. Es glabro en la niña y se cubre de pelos a partir de la pubertad.

Este constituido por un revestimiento cutáneo que cubre tejidos celuloadi-
poso donde se cuenta trabéculas que se fina a la línea blanca y a la --
aponeurosis adyacentes. Se halla irrigado por las pudendas externas, --
ramas de la femoral; sus venas desembocan en la femoral. Sus linfáticos
se van a los ganglios superficiales de la ingle. Los nervios proceden de
los abdominogenitales.

LABIOS MAYORES: Son dos replieques cutáneos, alargados en sentido entero posterior y aplanados transversalmente. Poseen dos caras, dos bordes y dos extremidades. La cara externa; corresponde a la cara interna del muslo, del que esta separada por el surco genitocrural, Es convexa, de una coloración boscura, y presenta pelos mas escasos que en el monte de venus,, La cara interna; corresponde a la cara interna del labio opuesto y al labio menor del mismo lado, del cual, está separada por el surco -- in terlabbial. La cara interna del labio mayor es también más obscura y - presenta escasos pelos.

El borde superior o adherentes corresponden a las ramas isquiopubianas - El borde inferior o libre es convexo de adelante atrás y adosado al borde del labio opuesto; limita la hendidura vulvar y, como el resto del labio presenta pelos en escasos número, la extremidad posterior; se une igualmente con la del lado opuesto, formando la comisura anterior que se pierden en la parte superior, del monte de venus. La extremidad anterior; se une con la del lado opuesto y constituye la comisura posterior.

Tambien llamada horquilla, la cual presenta intimamente por delante de - ella por atrás del himen una depresión llamada foseta navicular.

Los grandes labios se hallan consituidos por diversas capas que de afuera a dentro son: una capa cutanea de epidermis pigmentada cubierta de pelos y rica en glándulas sudoríparas y sebáceas; el dartos labial, capa de fibras musculares lisas que subren a la cara cutánea por su cara profunda; las - capas cutaneas y musculares se refleja en el borde libre del labio, resul tando así doble. Contiene en su interior la capa de tejido celular con - grasas mas o menos abundantes, según las mujeres, y con fibras elasticas en mayor o menor abundacia. Los labios mayores están irrigados por las pudendas externas, ramas de la femoral, y por la perineal superficial, ra ma de la pudenda interna. Sus venas superficiales acompañan a las arterias mientras las profundas van con las venas bulbares el plexo vaginal. Los linfáticos de los labios mayores se dirigen a los inguinales superficiales y sus nervios proceden del pudendo interno y de los abdóminogenitales.

FORMACIONES INTERLABIALES. Separando los labios mayores y los menores, se encuentra en el fondo del orificio de entrada de las vías genitales y por delante de él, vestíbulo, el meato urinario y el clitoris; el orificio vaginal en la mujer virgen está parcialmente cerrado por el himen.

VESTIBULO; es de coloración rosada y está limitado a los lados por los labios menores, hacia delante por el clitoris y atrás por meato urinario, reprovisto de glándulas, presenta una superficie plana o ligeramente cóncava en sentido transversal.

MEATO URINARIO. Es un orificio situado en la línea media, en la parte posterior del vestíbulo y por arriba del tubérculo vaginal.

HIMEN es un tabique perforado, presenta varios tipos de perforaciones situados en los límites de los conductos vulvar y vaginal. Presenta una cara superior vuelta hacia el conducto vaginal; una cara inferior en relación con las formaciones labiales; un borde periférico o de inserción que se continúa con los tejidos blandos adyacentes, y un borde central que limita la hendidura de himen y que presenta diversos tipos; semilunar, anular, labiado o estrellado.

El himen está formado por un repliegue mucoso que contiene en su interior tejido conjuntivo, y fibras elásticas en cantidad muy variable. Posee también vasos sanguíneos en número variable, lo que explica la elasticidad y las hemorragias que presenta esta membrana.

FORMACIONES ERECTILES DE LA VULVA.- Incluye los bulbos de la vagina y el clitoris. Los bulbos de la vagina están situados a los lados de la uretra y de la vagina. Son dos, derechos e izquierdo y alcanza una longitud de tres a cuatro centímetros con un espesor de diez a quince milímetros se pueden distinguir en ella dos caras, dos bores, y dos extremidades.

El bulbo de la vagina es un cuerpo eréctil, cuyos elementos contráctiles son poco abundantes. Su albugínea está reducida a una envoltura conjuntiva

PROBLEMAS DURANTE EL PUERPERIO.

HEMORRAGIA POST - PARTUM.- La cantidad de sangre que se pierde después de la tercera fase del parto es variable, siendo el promedio de 300 ml. Debido al aumento del riego sanguíneo durante el embarazo, el cuerpo está preparado para tolerar esta pérdida sin efectos nocivos. La pérdida de 500 ml. o más de sangre se considera hemorragia post partum, ya que puede afectar al cuerpo.

INFECCION PUERPERAL: Después del parto, el área del revestimiento del útero donde estuvo la placenta queda desnuda y sangrante, Esto hace posible que microorganismos patógenos penetren en el canal del parto antes o durante el mismo, o en el puerperio e invadan el espacio placentario, donde encuentran un ambiente favorable en el que crecen y se multiplican. Cuando los organismos patógenos invaden las vías reproductoras., la madre tiene infección puerperal, la infección puerpera puede ser local cuando se infecta un punto de sutura en la episiotomía general como en la septicemia.

SEPTICEMIA: La palabra septicemia ha pasado a significar un estado de infección generalizada provocada por la penetración y multiplicación en la sangre de microbios patógenos introducidos en la circulación a través de una puerta de entrada llamada foco séptico o de infección.

ENDOMETRITIS: Es la inflamación del endometrio, es decir, - de la membrana mucosa que tapiza las paredes de la cavidad uterina. Puede cursar en forma aguda o crónica; la endometritis aguda se manifiesta con fiebre más o menos elevada, dolores locales, aumento de las secreciones normales de la mucosa uterina; la endometritis crónica, con una sensación de peso en el bajo vientre, dolores uterinos que se irradian hacia arriba y lateralmente por las regiones lumbares, pérdidas blancas o blanco - amarillentas a veces, fétida, febrícula.

TROMBOFLEBITIS: Es una inflamación de las venas pélvicas ó femorales que se cree es debida a un coágulo infectado en el área placentaria, por loque se clasifica como infección puerperal.

MASTITIS: La mastitis es una inflamación de las mamas causada con frecuencia por Staphylococcus aureus, pero también puede deberse a estroptococos hemolíticos. El microorganismo puede trasmitirse a las mamas por las manos de la enfermera o de la paciente cuando las examina cada mañana. Si el lactante ha adquirido microorganismos estafilocócicos en la sala del recién nacido, puede transmitirlos cuando mama. El microorganismo puede penetrar con facilidad en las mamas a través de las grietas de los pezones.

CISTITIS: La sistitis es una inflamación de la vejiga causada por bacterias. Es probable que ocurra en una paciente cuya vejiga que ha dejado sobredilatar o que es incapaz de vaciarla por completo cuando orina.

EMBOLIA PULMONAR: La embolia pulmonar es una complicación muy grave que puede ocurrir en cualquier momento durante el puerperio., En esta afección, el flujo sanguíneo a los pulmones está parcial o totalmente bloqueado por una parte de un trombo que ha sido liberado y llevado por la corriente sanguínea hacia el corazón derecho, donde ocluye a las arterias pulmonares. Generalmente el trombo se origina en una vena uterina o pélvica aunque también, puede originarse en cualquier otro vaso,. La embolia pulmonar puede ocurrir después de la infección, trombo-sis o hemorragia grave o choque.

INFECCION DE HERIDA. Se observará cuidadosamente al recién operado en busca de síntomas de infección en la herida. El primer síntoma puede ser el dolor creciente en la incisión. (en la recuperación normal, disminuye el dolor en la incisión.) Otros signos de infección de la herida incluyen calor, enrojecimiento tumefacción localizados, y presencia de exudado purulento. Los síntomas generales de infección incluyen fiebre, escalofríos, cefaleas y anorexia.

DEHISCENCIA DE LA HERIDA: La palabra dehiscencia significa separación de los bordes de la herida, son protrusión de órganos.

Evisceración significa separación de los bordes de la herida con protrusión de órganos.

ETIOLOGIA DE LAS COMPLICACIONES DEL PUERPERIO.

HEMORRAGIA POST PARTUM. Las tres causas principales de hemorragia post partum son:

- 1.- Atonía Uterina.
- 2.- Laceraciones del cuello uterino o del canal del parto
- 3.- Retención de fragmentos de tejido placentario o membranas.

En la atonía el útero no tiene un buen tono muscular, En lugar de contraerse y comprimir los grandes vasos sanguíneos del área placentaria, el útero está relajado y los grandes vasos sanguíneos sangran espontáneamente; la sangre puede acumularse en el interior del útero, donde forma coágulos y hace que este se vuelva esférico o quizá salga por la vagina en cantidad excesivas.

Una de las causas más comunes de atonía uterina es el estiramiento del músculo uterino, como ocurre cuando el feto es muy grande, en caso de embarazo múltiple o de hidramnios. Conforme aumenta el número de embarazos aumentan las probabilidades de atonía uterina, ya que el útero pierde algo de su tono muscular en cada embarazo; además una madre que sufrió disfunción (inercia) uterina, placenta previa o desprendimiento de placenta, puede tener atonía uterina después del parto, .

Se sospecha laceraciones del cervix o del canal del parto cuando la hemorragia es excesiva, aunque el útero permanezca bien contraído. Es muy probable que se presenten desgarros después de un parto con fórceps.

TEJIDO RETENIDO. En ocasiones, un pedazo de membranas o de tejido placentario permanece incluido en el revestimiento uterino cuando o se expulsa la placenta; si el pedazo es grande, como un cotiledón entero, puede impedir la contracción del útero sobre los vasos sanguíneos en el área placentaria o producir hemorragia poco después de - - terminar la tercera etapa del parto.

EMBOLIA PULMONAR.

ETIOLOGIA: La embolia pulmonar puede ocurrir después de la infección trombotica o hemorragia grave o choque. Generalmente el trombo se origina en una vena uterina o pélvica, aunque también puede originarse en cualquier otro vaso.

TROMBOFLEBITIS:

ETIOLOGIA. Entre los factores desencadenantes de las trombotosis Venosas en los miembros se encuentran, traumatismos, infecciones e irritación Química. Cada uno de, estos fenómenos significa lesión de la pared de la vena, y desemboca en trombotosis en el foco de la lesión. Entre estos factores de riesgo comunes, se cuentan:

- 1.- La estancia prolongada en cama.
- 2.- Enfermedades graves.
- 3.- Inmovilización.
- 4.- Los tumores malignos, en particular de páncreas, pulmonares y aparato digestivo.
- 5.- Ingestión de estrogénos.
- 6.- Policetemia vera.
- 7.- Coagulación intravascular generalizada.
- 8.- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- 9.- Periodo post-partum.
- 10.- Lesiones ortopedicas.
- 11.- Periodo post-operatorio.

FEHISCENCIA DE HERIDA:

ETIOLOGIA: Los factores predisponentes incluyen los que trastornan la cicatrización normal; desnutrición (en especial carencia de proteínas y vitamina C), Materiales o métodos de sutura, defectuosos, o tensión extraordinariamente en la herida por tos, estornudos, arqueo o hipo muy intenso.

Si el pedazo es pequeño, puede que no haya hemorragia durante una semana o más después del parto, cuando el pedazo de tejido se desprende del revestimiento uterino, dejando abiertos los vasos en el área donde estaba adherido.

INFECCION PUERPERAL:

ETIOLOGIA: Muchas infecciones puerperales son originadas por estreptococos, pero también pueden causarlas otros microorganismos como estafilococos, bacilos de colon y gonococos. Estos microorganismos se transmiten con facilidad a la madre a través de las manos del médico y la enfermera, a menos que se laven cuidadosamente; también pueden penetrar al canal del parto por medio de guantes contaminados o de instrumentos usados por el médico; si no se toman precauciones, los microorganismos de la nasofaringe de médicos y enfermeras con infecciones de las vías respiratorias superiores son transmitidos con facilidad a la madre mientras la atienden.

MASTITIS.

ETIOLOGIA: El microorganismo puede transmitirse a las mamas por las manos de la paciente o de la enfermera cuando las examina cada mañana. Si el lactante ha adquirido microorganismos estafilococos en la sala de recién nacidos, puede transmitirlos cuando mama. El microorganismo puede penetrar con facilidad a las mamas a través de las grietas de los pezones.

CISTITIS:

ETIOLOGIA: Es probable que ocurra en una paciente cuya vejiga se ha dejado sobredilatarse o que es incapaz de vaciarla por completo cuando orina. Una paciente que orina con frecuencia suele tener cantidades pequeñas de orina residual, es un excelente medio para las bacterias. Si hay un intervalo en la técnica aséptica durante el cateterismo, las bacterias pueden pasar a la vulva al interior de la vejiga.

por pérdidas del tono de la vejiga causada por traumatismos durante el parto o por la anestesia usada en el mismo. Geralmente, el tono de la vejiga se recuperan en 24 a 48 hors.

APARATO DIGESTIVO. Inmediatamente después del parto la madre suele estar muy sedienta, pero puede estar demasiado cansada para desaar alimentos. Después de haber descansado suele tener un buen apetito Para la mayor parte de las madres el esteñimiento es un problema. Es causado por relajación de la pared abdominal y por pérdida de la presión intraabdominal, asi por relajación del intestino por estrechamiento del útero crecido.

CAMBIOS EMOCIAONALES. Inmediatamente después del nacimiento de su hijo la madre está muy excitada. Los largos meses de espera al fin han terminado. Ella y su esposo están ocupados propagando la noticia de la nueva llegada. Ella es objeto de atenciones, felicitaciones, flores llamadas telefónicas. Al Disminuir la excitación la madre experimenta un sentimiento depresivo.

Es tan común este sentimiento que ha sido llamado tristeza post -- Partum y suele presentarse al rededor del tercer día depués del parto.

SIGNOS VITALES.

TEMPERATURA: La temperatura bucal de la paciente debe permanecer -- dentro de límite normales durante el puerperio. Aunque existe una ligera elevación de la temperatura después del parto por motivos -- aparentes, la temperatura de 38° C más alta en dos día consecutivos de post partum incluyendo las primera 24 horas, se considera como -- síntoma de infección.

PULSO. La frecuencia del pulso puede ser más lenta después del nacimiento y permanecer así uno o dos días. Una frecuencia lenta, entre 60 y 70, se considera un buen signo, en tanto que rápida es un síntoma de choque o de hemorrágia.

CAMBIOS CORPORALES NORMALES DURANTE EL PUERPERIO.

Las seis semanas inmediatamente posteriores al parto son llamadas puerperio o período post - partum, Durante el puerperio se presentan cambios que restauran el cuerpo aproximadamente a su estado anterior al de la gestación.

Los órganos reproductores cobran su tamaño y posición normal, aunque nunca vuelven a ser exactamente igual que antes del embarazo.

CAMBIOS EN LOS ORGANOS REPRODUCTORES.

MAMAS: Los cambios que se presentan en las mamas durante el puerperio son una continuación de la preparación para la lactancia que empezó temprano en el embarazo,. La hormona lactógena prolactina produce un aumento del aporte sanguíneo y una mayor actividad de las glándulas en las mamas. En consecuencia, se distienden las mamas, se endurecen y producen dolor. Este estado congestivo, llamado estancamiento, se desarrolla cerca del tercer día después del parto y dura de 24 a 36 hora; luego se calma y es seguido de la lactación. Durante la lactancia las mamas son más blandas y cómodas.

EN EL UTERO: La vulva del útero a su tamaño y posición normal se llama involución. Empieza inmediatamente después de que la placenta es expulsada y dura aproximadamente seis semanas, Los grandes vasos de la superficie placentaria se comprimen y trombosan conforme el útero se contrae y disminuye de tamaño. Estos vasos se obliteran gradualmente y se desarrollan nuevos vasos más pequeños. Parte del material proteínico de la pared uterina es destruido y eliminado por la orina.

La decidua se separa en dos capas.

La capa externa se desprende y forma parte de la secreción vaginal posterior al parto, se desarrolla endometrio a partir de la capa interna. La altura del fondo uterino indica la rapidez con que se está produciendo la involución; esta es medida en anchura de dedos en relación con la cicatriz umbilical. La vejiga debe estar vacía cuando se mide la altura, ya que una vejiga llena levanta el útero uno o dos dedos.

La rapidez de la involución es variable según las personas.

Sin embargo, el fondo suele estar a nivel de la cicatriz umbilical o a uno o dos dedos debajo de ella, poco después del parto. Puede incluso mantenerse a nivel de la cicatriz umbilical uno o dos días después del parto; luego disminuye de altura aproximadamente - un dedo por día. Hacia el decimo día el útero normalmente está tan abajo que no puede percibirse a través del abdomen.

EN EL CERVIX UTERINO, VAGINA y PERINEO. Disminuye el número de fibras musculares en el cuello uterino después del parto. El orificio interno recobra casi su tamaño normal y el externo puede mantenerse ligeramente dilatado. Curan las laceraciones del cuello uterino o cervix que se produjeron durante el parto, el cervix recobra su tono. También la vagina y el perineo recobran su tono, y la primera disminuye de tamaño, aunque nunca recobra completamente su estado anterior al embarazo.

OTROS CAMBIOS

PARED ABDOMINAL Y PIEL. Los músculos abdominales pierden bastante - su tono durante el embarazo y lo recobran en un proceso gradual. - Buena nutrición, descanso adecuado y ejercicio apropiado ayudan a - que los músculos recobren su tono mucho más rápidamente.

CAMBIOS CIRCULATORIOS, METABOLICOS Y UTERINARIOS. El volumen sanguíneo vuelve a lo normal en el término de dos semanas después del nacimiento. El exceso de agua en la sangre, y la retenido por los tejidos corporales durante el embarazo, es excretada por los riñones. - Esto causa un notable aumento de la excreción diaria de orina (Diuresis). Los cambios metabólico en esta época hacen que la madre sude profusamente (diaforesis), particularmente en la noche. La madre - puede presentar disuria después del parto porque se produce inchazon de la uretre o porque la región es dolorosa. También, la vagina - - puede distenderse por le orina sin que la madre tengas de origina.

Biblioteca Central
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUERTEMA

BIBLIOTECA CENTRAL

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PUERPERIO PATOLOGICO.

- 1.- ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA PARENTERAL
- 2.- VIGILAR LA PERMEABILIDAD DE LA VENA.
- 3.- ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS ANLGESICOS EN CASO DE DOLOR
- 4.- REALIZAR CURVA TERMICA
- 5.- PROPORCIONAR DIETA RICA EN PROTEINAS
- 6.- BAÑO DE REGADERA DIARIO O DE ESPONJA
- 7.- CAMBIO DE ROPA DE CAMA COMO, PERSONAL
- 8.- CURACION 3 VESES AL DIA, SI SE TRATA DE UNA HERIDA DE ABDOMEN
INFECTADA.
- 9.- CAMBIO DE POSICIONES FRECUENTES. (SI SE TRATA DE UNA PACIENTE OPERADA)
- 10- TOMA DE SIGNOS VITALES DOS VECES POR TURNO
- 11- CONTROL TERMICO POR MEDIOS FISICOS
- 12- VIGILAR FRENAJE DE SONDA VESICAL
- 13- VIGILAR DRAHAJE DE PENROSE.
- 14- VIGILAR SANGRADO TRANSVAGINAL
- 15- REALIZAR PUÑO-PERCUCION DE CAMPOS PULMONAR
- 16- VIGILAR VENDAJE COMPRESIVO DE MAMAS.
- 17- APLICACION DE BOLSAS DE AGUA CALIENTES.
- 18- VIGILAR INVOLUCION UTERINA
- 19- EXPLICAR A LA PACIENTE COMO DEBE HACERSE DESPUES DE DEFECAR, PARA
EVITAR QUE NO AUMENTE LA INFECCION EN UNA DENISCENCIA DE EPISIO.
- 20- PROPORCIONAR LOCOMOCION Y DESCANSO.

CUIDADOS DE ENFERMERA EN EL PUERPERIO PATOLOGICO
COMO DEBE HACERSE EN TODAS LAS PACIENTES.

- 1.- ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS POR VIA PARENTERAL
- 2.- ADMINISTRACION DE ANALGESICOS POR VIA PARENTERAL EN CASO DE DOLOR
- 3.- VIGILAR PERMEABILIDAD DE LA VENA
- 4.- REALIZAR CURVA TERMINA; ESTRICTA, E, INFORMAR AL MEDICO
- 5.- PROPORCIONAR DIETA RICA EN PROTEINAS
- 6.- BAÑO DE ESPONJA DIARIO
- 7.- BAÑO DE REGADERA SI LA PACIENTE SE PUDE LEVANTAR DE LA CAMA
- 8.- CAMBIO DE ROPA DE CAMA DIARIO, O HASTA 2 VECES AL DIA, SI SE TRATA DE UNA PACIENTE CON INFECCION DE HERIDA, CON ABUNDANTE SECRECION Y PURULENTO.
- 9.- CAMBIO DE ROPA PERSONAL, DIARIO Y HASTA 2 VECES AL DIA.
- 10- CAMBIO DE POSICIONES FRECUENTES
- 11- TOMA DE SIGNOS VITALES HASTA 3 VECES AL DIA
- 12- DURACION DE HERIDA 3 VECES AL DIA, CUANDO SE TRATA DE UN PACIENTE DE DEHISCENCIA DE HERIDA
- 13- CONTROL TERMICO POR MEDIOS FISICOS
- 14- VIGILAR DRENAJE DE SONDA VESICAL Y CUANTIFICAR ORINA Y REPORTAR EN EXPEDIENTE Y OBSERVAR.
- 15- VIGILAR DRENAJE DE PENROSE; CUANTIFICAR CANTIDAD Y CARACTERISTICAS, ANOTAR EN EXPEDIENTE Y AVISAR AL MEDICO SI SE OBSERVA UN SANGRADO - ARRIBA DE 500 C.C.
- 17.- REALIZAR PUÑO DE PERCUSSION DE CAMPOS PULMONARES
- 18- INDICAR A LA PACIENTE Y ENSEÑARLE A INFLAR GLOBOS
- 19- REALIZAR Y VIGILAR VENDAJE COMPRESIVO DE MAMAS
- 20- APLICACION DE BOLSA DE AGUA CALIENTE EN MAMAS
- 21.- EXPLICAR A LA PACIENTE COMO DEBE HACERSE DESPUES DE DEFECAR PARA EVITAR QUE NO AUMENTE LA INFECCION EN UNA DEHISCENCIA DE EPISIO.
- 22.- PROPORCIONAR LOCOMOCION Y DESCANSO
- 23.- VIGILAR LA ATONIA UTERINA
- 24- DAR A LA MADRE UNA BUENA ORIENTACION ANTES DE CADA PROCEDIMIENTO PARA QUE ESTA COOPERE Y SU MEJORIA SEA MAS RAPIDA/

- 25.- LA ENFERMERA DEBERA LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA PROCEDIMIENTO, PARA EVITAR QUE ELLA SE CONTAMINE.
- 26.- PARA REVISAR LOS PUNTOS DE UN EPISIO O LA DEHISCENCIA SE LE PEDIRA A LA PACIENTE QUE SE VUELVA SOBRE UN LADO Y COLOQUE HACIA ADELANTE LA PIERNA QUE QUEDO ENCIMA
- 27.- VIGILAR EL ESTADO DE CONCIENCIA
- 28.- VALORAR EL ESTADO DE ANIMO DE LA PACIENTE, DIA CON DIA PARA INVITARLA A CAMINAR Y AYUDARLA.
- 29.- PROTEGER A LA PACIENTE DE TODOS LOS MEDIOS PARA EVITAR COMPLICACIONES INECESARIAS.
- 30.- VIGILAR LA INGESTION DE LIQUIDOS
- 31.- APLICAR CALOR HUMEDO Y SECO EN PERINED PARA UNA RAPIDA SICATRIZACION
- 32.- REUNIR EL EQUIPO Y MATERIAL ESTERIL EN LA UNIDAD DE LA PACIENTE.
- 33.- VIGILAR QUE LA DIETA INDICADA SEA INGERIDA POR LA PACIENTE.
- 34.- LA ENFERMERA DEBE OFRECER A LA MADRE APOYO Y ORIENTACION, Y TRANQUILIZARLA EXPLICANDOLE LO QUE ESTA SUCEDIENDO.
- 35.- EXPLICARLE A LA MADRE QUE NO PUEDE TENER CONTACTO SEXUAL DURANTE SEIS SEMANAS O MAS DEPENDIENDO DE LA COMPLICACION DEL PUERPERIO
- 36.- LA ENFERMERA DEBERA TENER UNA VIGILANCIA ESTRICTA CON LA PACIENTE PARA OBSERVAR CUALQUIER ALTERACION Y/O MEJORAMIENTO.
- 37.- PARA EVITAR UNA TROMBOFLEBITIS LA ENFERMERA DEBERA AYUDAR A LA PACIENTE A QUE EJERCITE LAS PIERNAS.
- 38.- SI LA ENFERMERA SOSPECHA QUE HA OCURRIDO DEHISCENCIA DE LA HERIDA HARA QUE LA PACIENTE ESTE COMPLETAMENTE INMOVIL
- 39.- SI HA OCURRIDO EVISCERACION, SE COLOCARAN APOSITO ESTERILES HUMDECIDOS CON SOLUCION SALINA.
- 40.- LA ENFERMERA TIENE LA RESPONSABILIDAD DE ESTIMAR LA NECESIDAD DE ADMINISTRAR UN NARCOTICO A LA PACIENTE.
- 41.- LA ENFERMERA ANOTARA LA HORA Y VOLUMEN DE CADA MICCION.

Basandome en la investigación retrospectiva hacia un año - - -
del 82 al 83, siendo tomadas de acuerdo a fecha de ingreso -
evolución y hasta su alta Médica, encuentre las siguientes - -
complicaciones: Hemorragias Post-partum, dehiscencias de - - -
episios, Infección puerperal, Septicemias, Endometritis, - - -
Mastitis, Cistitis, Infección de Heridas.

Es por esto que me nacio la inquietud, de incluir en está - - -
tesis un número determinado de expedientes tomados al azar - -
para que este estudio tenga datos más veridicos, por ser toma-
dos directamente de Expedientes de la Institución donde realicé
el año de servicio social, en un Centro de Salud "B" con - -
Hospital "D" en Tequisquiapan Querétaro.

Fecha de Ingreso; 19 - AGOSTO - 82

Hora; 15:00 hrs.

Nombre; G.J.T.

Edad; 18 años

Dx. al Ingreso Primigesta con Embarazo a Terminó en Trabajo de Parte efectivo.

Complicaciones en el Trans: Período Expulsivo Prolongado y Desgarros Cervicales.

Complicaciones en el Post.: NINGUNA.

19 - 8 - 82.

16:00 hrs.

NOTA DE POST - PARTO.

Paciente de 18 años de edad que Ingresó con el Dx. de Embarazo a Terminó con Trabajo de parte efectivo, pasa a sala de expulsión y con la paciente en posición Ginecológica se realiza Episiotomía, que cursa con período expulsivo prolongado, requiriendo la aplicación de Forceps, bajos, y se obtiene producto único vivo del sexo femenino que llora y respiró al nacer, es calificado con un apgar 6-8 Silverman I, alumbramiento a los 10' con salida de restos ovuloplacentarios completos se revisa canal del parto, se observa desgarros múltiples en cervix y vagina grado dos de los cuales son suturados con catgut 00, se procede a realizar episiorrafia, y se da por terminado la atención de parto - - distócico, sale la paciente a sala de recuperación conciente con T/A. 110/50 con Indicaciones de continuar Soluciones para 24, horas, Vigilar T=A. Vigilar sangrado Transvaginal, Cuidados Generales de Enfermería Antibióticos de Amplio Espectro. I/V/ a dosis Terapéutica, Analgésicos, Ayuno hasta nueva orden.

20 - 8 - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 18 años de edad que cursa su primer día de estancia hospitalaria con el Dx. de Puerperio Fisiológico, se refiere asintomática, con Signos Vitales estables conciente, encamada, con palidez de tegumentos en regular estado de hidratación Cardiopulmonar sin compromiso.

Abdomen blando depresible no doloroso. Fondo Uterino a dos Centímetros por debajo de cicatriz Umbilical, Utero bien contraído. Loquios hemáticos no fetidos de características normales, episiotomía en buenas condiciones peristaltismo presente. Se dan Indicaciones:

- 1.- Retirar Soluciones.
- 2.- Continuar con Antibióticos por vía Oral.
- 3.- Analgésicos por razón necesaria
- 4.- Iniciar dieta Normal.
- 5.- Vigilar Sangrado Transvaginal.
- 6.- C.G.E.

21 - 8 - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 18 años de edad que cursa con su segundo día de Puerperio - Fisiológico con Signos Vitales estables, se refiere asintomática, Cardio pulmonar sin compromiso peristaltismo presente. Fondo Uterino a dos centímetros por debajo de Cicatriz Umbilical Utero bien contraído. Loquios hemáticos de características Normales, episiotomía en buenas condiciones generales, por lo que se da de alta por el servicio para seguir tratamiento ambulatorio, y se da cita abierta.

Fecha de Ingreso: 19 de Julio - 83

Hora de Ingreso: 8:00 hrs.

Nombre E.R.V.

Edad: 37 años.

Dx. al Ingreso: Multigesta con Embarazo a Terminó con Trabajo de Parto efectivo en Periodo Expulsivo.

Complicaciones en el Trans: NINGUNA

Complicaciones en el Post. CERVICOVAGINITIS Y ENDOMETRITIS

19-7-82

Hora: 8:00 NOTA POST-PARTO.

Paciente de 37 años de edad que pasa a sala de expulsión y con la paciente en Posición Ginecológica, se observa salida de abundante flujo - de color amarillo, fetido, y con previa asepsi y antisepsia de regón - vulvoperineal se procede a atender parto eutocico obteniendose producto único vivo del sexo masculino que lloro y respiro al nacer siendo calificado con un apgar de 8-9, silverman 0 alumbramiento a los 4' con salida de restos ovuloplacentarios completos, Se da por Terminado la -- atención del Parto Eutocico sin Incidentes ni Accidentes, se dan Indicaciones para Tratamiento local, para la Vulvovaginitis y medidas Generales.

20-7-83

Hora; 7:00 hrs. NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 37 años de edad que cursa con su primer día de estancia - hospitalaria con el Dx. de Puerperio Fisiológico y Vulvovaginitis, se refiere la Paciente con ataque al estado general y dolor en Hipogastrio a la exploración Física se encuentra con facie febril, angustiada, quejumbrosa, diaforetica, mal Hidratada, Cardiopulmonar sin compromiso, Abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial fondo uterino a nivel de Cicatriz Umbilical, mal contraído y a la exploración Ginecológica se observa salida de loquios achocolatados abundantes, espumosos, -

loquios hemáticos no fetidos en cantidad moderada se da tratamiento con vendaje compresivo de ambas mamas aplicación de bolsas de hielo en ambas mamas dos veces por turno y succión manual o instrumental con supresión de la lactancia administración de análgicos, antibióticos y antitermicos.

Se le indican curaciones 3 veces al día y Antibióticos de amplio Espectro y además de medidas generales higiénicas, para posteriormente cerrar dehiscencia.

Fecha de Ingreso: 20 - Diciembre - 82

Hora: 11:00 hrs.

Nombre: m/M/G.

Dx. Al Ingreso, Embarazo a termino en Trabajo de Parto Efectivo, -
Multigesta.

Edad. 37 Años.

Complicaciones en el Trans.: NINGUNA

Complicaciones en el Post. : METRITIS.

21-12-82.

Hora: 12:00 hrs.

NOTA DE POST PARTO.

Paciente de 37 años de edad, multigesta que se atiende de parto Eutocico y con la paciente en posición ginecológica y previa asepsia y antisepsia se procede a atender parto eutocico, obteniendose producto vivo único vivo del sexo masculino que lloro y respiro al nacer es calificado con un apgar de 8-9 silverman 0 alumbramiento a los 10' con salida de restos ovuloplacentarios completos, se da por terminado la atención de parto eutocico; y - sale la paciente a sala de recuperación conciente, con signos vitales, -- normales, con indicaciones 1.- Vigilar sangrado transvaginal 2.- SVT, Y - CGE. 3.- Analgesico por razon necesaria.

22- 12-82

Hora; 7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 37 años de edad que cursa con su primer día de estancia hospitalaria con el diagnostico de puerperio fisiológico, se reporta la paciente con fiebre de 39.5 Grados C. Escalofrío, Astenia, Adinamia, Anorexia, Ataque al estado general con facies febril mal hidratada, a la Exploración Física, se encuentra con palidez de tegumentos, diaforetica facies febril, conciente, encamada, Cardiopulmonar sin compromiso, Abdomen blando depresible doloroso.

a la palpación superficial media y profunda, Utero mal contraído fondo uterino a dos centímetros por arriba de cicatriz umbilical, loquios - hematopurulentos, fetidos en cantidad abundante, de características - espumosas por lo que se le inician Antibióticos de Amplio Espectro, - Antitérmicos y Analgésicos, control térmico con medios Físicos y SVT. dos veces por turno y Control de Curva Térmica.

23 - Diciembre - 82

Hora; 7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 37 años de edad que cursa con su segundo día de Puerperio - Fisiológico y su primer día con el Dx. de METRITIS, con su tratamiento - su evolución a sido satisfactoria, se refiere con mejoría en su estado - general, su temperatura; se reporta con 37 grados C. se encuentra con- ciente, sin facie febril, en regular estado de hidratación, cardiopulmo- nar sin compromiso, Abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial media y profunda, Fondo uterino a nivel de cicatriz umbili- cal loquios hemáticos no fetidos en cantidad moderada, la respuesta al tratamiento a sido satisfactorio por lo que continúa con el mismo manejo terapéutico.

24- 12 - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 37 años de edad que cursa con su tercer día de puerperio - - Fisiológico y segundo día con Dx. de METRITIS la respuesta al tratamiento ha sido muy satisfactoria, considerando que el cuadro de METRITIS ha sido controlado, por lo que se da de alta del servicio para continuar con tra- tamiento ambulatorio y se le da cita abierta.

F cha de Ingreso; 13 - 3 - 83

Hora: 15 horas.

Nombre: T. U. M.

Edad: 37 años.

Gesta: 3

Dx. al Ingreso Embarazo de 38 semanas en periodo Expulsivo,

Complicaciones en el Trans; Ninguna

Complicaciones en el Post. Retención de restos ovuloplacentarios.

16:00 Horas

NOTA DE INGRESO Y POST - PARTO

Ingres a paciente de 37 años de edad con el diagnóstico de Embarazo a Término en periodo Expulsivo, por lo que pasa directa a sala de Expulsión, y con -- paciente en posición ginecológica, y sin previa tricotomía, aspsia y anti-- sepsia de la región vulvoperianal, se obtiene producto único vivo del sexo femenino, que lloro y respiro al nacer es calificado; con un apgar de 8-9 - silverman 0, alumbramiento a los 30' con salida de placenta incompleta por lo que se realiza revisión de cavidad manual extrayendo abundantes cotiledones placentarios, por lo que se le administra anestesia general con Ketalar y - Valium, realizando legrado Uterino Instrumental obteniéndose, abundantes -- restos ovuloplacentarios, dejando cavidad uterina limpia aparentemente, - - dando por terminada la atención sale la paciente a sala de recuperación con Solución y Antibiótico (Ampicilina I. Gramo cada 12 horas I.V. y C.G.E.

14 - 3 - 83

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 37 años de edad que cursa su primer día de Puerperio Fisiológico y Post-LUI., Se refiere asintomática con Signos Vitales estables.

21 - 7 - 83

Hora : 7:00 Hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 37 años de edad que cursa con su segundo día de estancia - - Hospitalaria con el Dx. de Puerperio Fisiológico y Vuvovaginitis, la paciente se refiere con mejoría al estado general, y discreto dolor pélvico a la Exploración Ginecológica se observa salida de loquios achocolatados

en menor cantidad, con salida de sangrado Transvaginal, los loquios son menos fetidos, continua con el tratamiento anterior.

22 - 7 - 83

Hora: 7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 37 años de edad que cursa con su tercer día de estancia hospitalaria con el Dx. de Puerperio Fisiológico, Vulvovaginitis y Endometritis su evolución ha sido satisfactoria, su Signos Vitales son estables, se - - Observa mejoría al estado general, se encuentra a la paciente, conciente, tranquila con facie no característica bien hidratada. Cardiopulmonar sin compromiso, Abdomen con discreto dolor en Hipogastrio, fondo Uterino a - dos centímetros por debajo de Cicatriz Umbilical Utero bien contraído, - Loquios hemáticos, de características normales no fetidos, de cantidad - normal, por lo que se da de alta del servicio para continuar con trata- miento ambulatorio y se da cita abierta.

Fecha de Ingreso: I - Marzo - 83

Hora: 14:00 hrs

Nombre: T.U.G.

Edad. 38 años

Dx. al Ingreso Multigesta con trabajo de Parto Efectivo en Periodo
Expulsivo.

Complicaciones durante el Parto: NINGUNA

Complicaciones en el Post. MASTITIS.

I. Marzo 83.

Hora: 14:20 Hrs.

NOTA POST -- PARTO

Paciente de 38 años de edad multigesta que ingresa a sala de expulsión en periodo expulsivo y sin previa asepeaia y antisepsia, se procede a atender parto Eutocico, con ruptura espontanea de membranas con salida de líquido amniotico de características normales, obteniendose producto único vivo - del sexo femenino que lloro y respiro al nacer, es calificado con apgar - de 8-8 Silverman 0 alumbramiento a los 30' con salida de restos ovulople- centarios completos y sin accidentes ni incidentes se da por terminado la atención del parto, sale la paciente a sala de recuperación en buenas con- diciones.

2- Marzo - 83

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 38 años de edad que cursa con su primer día de estancia - - hospitalaria y con Dx. de puerperio fisiológico, la paciente se refiere: con fiebre, ataque al estado general dolor franco de gran intensidad en ambas mamas, a la exploración física se encuentra conciente encamada - con facies dolorosas, angustiada. A la Exploración física, se encuentran mamas, turgentes firmes modulares y distendidas dolor de gran intensidad a la palpación superficial grietas en ambos pezones abdomen globoso a - espensas de peniculo adiposo blando depresible poco doloroso con fondo uterino a dos cms. por debajo de cicatriz umbilical bien contraido - -

3 - Marzo - 83

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA.

Paciente de 38 años de edad que cursa con su segundo día de estancia hospitalaria con Dx. de Puerperio Fisiológico y mastitis Aguda, su - respuesta al tratamiento es satisfactoria el estado general es mejor se encuentra con signos vitales normales y solicita su alta voluntaria para continuar su tratamiento ambulatorio, motivo por el cual se da de alta del servicio, con el mismo manejo y se le da cita abierta,

Fecha de Ingreso: 9 - II - 83.

Hora 20, hrs.

Nombre: R.D.G.

Edad. 18 años

Ox, al Ingreso: Embarazo a Término en Trabajo de Parto con Probable
D.C.P.

Tipo de Atención: Parto Distocico.

Complicaciones en el Trans.- Periodo Expulsivo Prolongado y Desgarros
Cervicales y Vaginales.

Complicaciones en el Post. Ninguna.

9- II - 83

21:40 Hrs.

NOTA DE POST/ PARTO/.

Paciente de 18 años de edad, que pasa a sala de expulsión y con la - -
paciente en posición ginecológica, y previa asepsia y antisepsia y -
sondeo vesical, se realiza episiotomia media lateral derecha, y que --
curso con periodo expulsivo prolongado por lo que se procede a utili -
zar forseps obteniendose producto único vivo del sexo masculino que -
tardo en llorar y respirar durante 30'' realizandosele maniobras de --
reanimación, valorado con apgar de 5-7 y silverman de 2 alumbramien- -
to; a los 15' con salida de restos ovuloplacentarios completos, se - -
realiza revisión de cavidad manual, con gasa dejando cavidad uterina -
aparentemente limpia, se observan desgarros cervicales de segundo grado
y desgarros vaginales de tercer grado, los cuales se reparan con - -
catgut de dos 00, y posteriormente se realiza episiorrafia por planos -
el estado general de la paciente es delicado por el sangrado abundante
que presento durante el parto encontrandose con datos de Estado de - -
Shook hipovolemico por lo que se administan soluciones de Hartmman y
Hidrocortisona respondiendo satisfactoriamente, y sale paciente de la
sala de expulsión a sala de recuperación conciente, y con palidez de
tegumentos. - - T/A. de 100/6-. Fc. 100; Tem. 36.C.

10 - II - 83

8.00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION

8:00 hrs

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 18 años de edad que cursa con su segundo día de puerperio distócico se refiere con signos vitales estables, buen estado general, con ingestas y excretas normales, abdomen poco doloroso a la palpación superficial media y profunda, con fondo úterino a dos centímetros, por debajo de cicatriz umbilical bien contraída, loquios hemáticos escasos de características normales, Genitales externos, con episiorrafia en buenas condiciones, se da de alta del Servicio para continuar tratamiento ambulatorio hasta completarlo y se da cita para valoración.

Paciente de 18 años de edad que cursa con su primer día de puerperio Distocico, se refiere con signos vitales estables, palidez de tegumentos, ha respondido al tratamiento de Antibióticos, no se presentan datos de infección en episiorrafia se reportan loquios hemáticos no fetidos con características normales, se continua con el mismo - manejo. (Antibióticos de Amplio Espectro) y se retiran soluciones por orden Médica y Hidrocortisona.

Fecha de Ingreso: I - Septiembre - 63

Hora al Ingreso: 17:00 hrs.

Nombre: M.V.R.

Edad: 28 años

Ox. Al Ingreso, Embarazo a termino en Trabajo de Parto.

Multigesta.

Complicaciones en el Post. NINGUNA

Complicaciones en el Trans. Retención de Restos Oviloplacentarios

I - 9 - 63

Hora 17:00

NOTA POST - PARTO

Paciente de 28 años de edad, que es Ingresada para atender parto - - - Eutocico, y con la paciente en posición Ginecológica y con previa - - ascepsia y antisepsia de la región vulvoperineal se atiende parto - - eutocico, y se obtiene producto único vive del sexo femenino que - - lloro y respiro al nacer, es calificado con un apgar de 8-9, silver - man 0 alumbramiento a los 30' con retención de restos ovuloplacentarios incompletos por lo que se procede inmediatamente a revisión de cavi- - dad uterina manual con gasa hasta extraer los restos ovuloplacenta- - rios dejando cavidad uterina aparentemente limpia y se da por termina- do la atención de parto, y sale la paciente a sala de recuperación - - con signos vitales normales, y se dan indicaciones: 1.- Vigilar Sangra- de Transvaginal. 2.- Cuidados Generales de Enfermería. 3.- Antibió- ticos de Amplio Espectro, a dosis terapéuticas, 4.- SVT.

2 - 9 - 83

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 28 años de edad que cursa con su primer día de puerperio - Fisiológico se refiere asintomática con signos estables, Cardiopulmonar sin compromiso abdomen blando depresible no doloroso a la palpación Fondo Uterino a dos cms, bajo Cicatriz Umbilical, bien contraído, Loquios - - Hemáticos de características normales debido a su mejoría, se da de alta por el servicio para continuar con tratamiento ambulatorio, con Indicaciones, se le da Cita abierta.

Fecha de Ingreso: 16 - Enero - 82

Hora de Ingreso: 9:30 hrs.

Nombre: I/D/S/

Edad 18 años

Dx. Al ingreso: Primigesta con Embarazo a termino en Trabajo de Parto
con CERVICOVAGINITIS.

Complicaciones en el Trans. Ninguna

Complicaciones en Post. ENDOMETRITIS

10:30 hrs.

16 - I - 8 2

NOTA POST - PARTO

Paciente de 18 años de edad pasa a sala de expulsión y en posición ginecológica con previa asepsia y antisepsia de región vulvoperineal, se observa abundante flujo blanquesino grueso muy fetido, se realiza episiotomia media lateral izquierda y se obtiene producto único vivo - del sexo femenino que lloro y respire al nacer siendo calificado con un apgar de 8-9. silverman 0. Alumbramiento a los 10' con salida de restos ovuloplacentarios completos, se procede a revisar canal del parto y se observa desgarró vaginal de segundo grado el cual es saturado con catgut de 00 y se procede a realizar episiorrafia, dando por terminado la atención del parto y sale la paciente a sala de recuperación con signos vitales estables.

Se dan Antibióticos de Amplio Espectro con dosis terapéutica y tratamiento local para la Cervicovaginitis. (OVULOS).

17: I - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 18 años de edad que cursa su primer día de puerperio Fisiológico y Cervicovaginitis se refiere con dolor Cervico Generalizado y Fiebre, a la E. F. se encuentra conciente, tranquila con palidez de tegumentos, cardiopulmonar sin compromiso abdomen blando depresible - doloroso a la palpación superficial media y profunda fondo uterino a dos centímetros por arriba de Cicatriz Umbilical utero de consistencia blanca y mal contraído al tacto vaginal.

Se observa salida de abundante loquios achocolatados fetidos, espumosos, Episiotomía en buenas condiciones, se da tratamiento para la Endometritis con Antibióticos asociando (AMPICILINA Y KANAMICIN) a dosis terapéuticas, además de continuar su tratamiento local.

18- I - 82

7:00 Hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA/.

Paciente de 18 años de edad que cursa con su segundo día de estancia - - hospitalaria con el Dx. de Puerperio Fisiológico y Cervicovaginitis con endometritis, se refiere asintomática, con Signos Vitales estables a la exploración física se encuentra consciente tranquila deambulante con facies no característica con palidez de tegumentos cardiorpulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación profunda. Fondo Uterino a nivel de Cicatriz Umbilical bien contractado a la palpación. Sin colúgica se observa salida de loquios Hematopurulentos poco fetidos, en - cantidad moderada, se considera que la paciente ha Evolucionado en este - momento Satisfactoriamente, respondiendo adecuadamente a la Antibióticoterapia administrada por lo que se da de alta del servicio para continuar con tratamiento ambulatorio, y se da Cita en 7 días para su revisión.

Fecha de Ingreso: 23-8-83

Hora: 10:25 hrs.

Nombre: M.L.G.

Edad 17 años

Dx. Al Ingreso: Embarazo a Terminó con Presentación podálica y ruptura -
prematura de membranas de 48 hrs, con S/F/A/

Tipo de Atención: Cesarea tipo Kerr.

Complicaciones en el Trans: Ninguna

Complicaciones en el Post. Sepsis Puerperal

23-8-83

10:45 hrs.

NOTA POST-QUIRURGICA.

Paciente de 17 años de edad que es llevada a quirófano con el Diagnostico de Embarazo a Terminó con presentación podálica y ruptura prematura de membranas de 48 hrs, con sufrimiento fetal agudo, bajo bloqueo subaracnoideo y previa asepsia y antisepsia de la región, colocación de campos esteriles se inicia acto quirurgico se procede a realizar sobre la linea media intraumbilical incidiendo piel tejido celular subcutaneo, aponeurosis, se separan musculos, y se incide peritoneo se aíslan asas intestinales con compresa única y se procede a realizar histerotomia segmentaria tipo Kerr, realizandose manobras de eversión interna obteniendose producto único vivo, del sexo femenino que tardó 30' en llorar y respirar siendo calificado con apgar de 6-8 silverman 2, con peso de 3,300 Kgs, sin malformaciones congenitas aparentes, además de presentar liquido meconial, se procede a extracción de placenta realizandose revisión histerorrafia con catgut cromico del No. 2, se afronta serosa con catgut cromico del No. 1 se extrae compresa única y se procede suturar por planos; peritoneo con catgut cromico del 0 y se procede a cierre de tejido celular subcutaneo y piel con seda y puntos de Sarnof. Se da por terminado acto quirurgico, y pasa la paciente a sala de recuperación en aparente buenas condiciones generales.

24 - 8 - 83

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente del sexo femenino de 17 años que cursa con primer día de Puerperio Quirurgico, se refiere con ataque al estado general y fiebre de 39.C. con - palidez de tegumentos, y bien hidratada facie febril; Herida Quirurgica - cubierta con aposito abdomen doloroso a la palpación, superficial media y profunda. Loquios fetidos achocolatados abundantes, cardiorrespiratorio sin compromiso se maneja con soluciones y antibioticos de amplio espectro - - - (Kanamicina y Gentamicina,) y cuidados generales.

25-8-83

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION

Paciente de 17 años de edad que cursa con su segundo día de Puerperio Quirur gico la paciente se refiere con mejoría y fiebre de 38.5 C. y dolor en H.Q. se encuentra conciente tranquila palide, bien orientad, abdomen doloroso a la palpación superficial media y profunda H.Q. en buenas condiciones, limpia en vias de cicatrización loquios fetidos achocolatadas en menor cantidad y se - continua con el mismo manejo.

26 - 8 - 83

8:00 Hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 17 años de edad que cursa con su tercer día de Puerperio Quirur gico en mejores condiciones generales su evolución ha sido satisfactoria, y ha respondido al tratamiento con antibióticos , el día de hoy a presentado febrícula de 37.5 y los loquios, son escasos y muy poco fetidos, la H.Q. se encuen tra limpia y a la palpación la paciente solo refiere molestias, se reportan - ingestas y excretas normales.

27 - 8 - 83.

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 17 años de edad que cursa con su cuarto día de Puerperio Quirúrgico y se refiere la paciente con buen estado general, se -- reperta una temperatura de 36.C. sus signos vitales son estables, - los leques son Hemáticos de características normales, escasos, a - responde muy bien al tratamiento Médico por lo que se decidirá su alta el día de mañana para continuar con tratamiento Médico. - - - ambulatorio, y se cita a la paciente para curación y retirar puntos.

28 - 8 - 83

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 17 años de edad que cursa su quinto día de puerperio - quirúrgico en buenas condiciones generales, signos vitales normales H.Q. en buen estado por lo que se da de alta del servicio, con pre- ducto. Cita para retira puntos y continuar con tratamiento por - - vía oral.

Fecha de Ingreso; 4 - Febrero - 82

Hora de Ingreso ; 17:00 hrs.

Nombre A.D.H.

Edad 28.: años.

Dx. al Ingreso; Embarazo a termino en Trabajo de Parto Efectivo

Complicaciones en el Trans.- Desgarro Perineal.

Complicaciones en el Post.- Dehisencia de Herida Perineal.

4 - 2 - 82

18:00 Hrs.

NOTA POSPARTO

Paciente de 28 años que ingresa a sala de expulsión y con la paciente en posición ginecológica y previa ascepsia y antisepsia de la región vulvo-perineal, se procede a atender parto autocico con periodo expulsivo prolongado que requirió cristaler, y se obtiene producto único vivo del sexo femenino que lloro y respiro al nacer es calificado con un apgar de 8-9 silverman 0 alumbramiento a los 10' con salida de restos ovuloplacentarios completos, se revisa canal del parto y se observa desgarro Perineal en - línea media el cual es reparado con catgut de 00, sale la paciente a sala de recuperación conciente y con signos vitales estables, y con indicaciones. 1.- Medidas Generales, 2.- Analgesicos.

5 - Febrero - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 28 años de edad que cursa su primer día de estancia hospitalaria con el Dx. de puerperio Fisilogico se, se refiere asintomatica, con signos vitales estables, fondo uterino, a un centimetro de cicatriz umbilical, bien contraido, loquios hemáticos escasos de características normales, cardiopulmonar sin compromiso, se da de alta por el servicio, 1.- con indicaciones y medidas generales, 2.- Se da cita abierta,.

10 - Febrero - 82

9:00 hrs.

NOTA DE CONSULTA EXTERNA.

Paciente de 28 años de edad que acude a consulta externa por presentar- salida de pus proveniente de región vaginal, fiebre y ataque al estado - general, se realiza revisión ginecologica, observandose en region perineal, salida de abundante secreción purulenta fetida y dehisencia de herida, -

Fecha de Ingreso: 10 - 2 - 82

Hora: 21 hrs.

Nombre. S.S.M.

Dx. Al Ingreso: Embarazo Postermimo sin Trabajo de Parto, Ovitado

Tipo de Atención: Parto Eutócico.

Complicaciones en el Trans. Ninguna

Complicaciones en el Post. Retención de restos ovuloplacentarios.

Fecha de Egreso: 11 - 2 - 82.

Edad 36 Años.

10- Febrero - 82.

23:45 hrs.

NOTA DE POST-PARTO.

Paciente de 36 años de edad multigesta, con Dx, de embarazo postermimo sin, Trabajo de Parto ovitado, Y con la paciente en posición Ginecológica y bajo inductoconducción y con previo sondeo vesical y previa asepsia y antisepsia se obtiene producto único (ovitado) del sexe masculino alumbramiento a los 30' obteniendose placenta incompleta, por lo que se realiza revisión de cavidad, uterina manual con gasa quedando cavidad aparentemente limpia, se da por terminado la atención de parto, Y sale la paciente en buen estado general a sala de recuperación y se le Indican Antibioticos de Amplio Espectro.

11 - 2 - 82

9:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 36 años de edad multigesta que cursa sus primeras 9 hrs, de - puerperio fisiológico, la paciente se refiere asintomatica con signos vitales estables, con abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical, útero bien contraído, loquios hemáticos no fetidos, escasos y de características normales, genitales - - externos sin alteraciones y de acuerdo a su edad y sexo, se da de alta por su evolución satisfactoria y a petición de la paciente, y continuar con - Antibiotico en su Domicilio.

Fecha de Ingreso; 2 - Marzo - 82.

Hora; 7:00

Nombre: P/S/A/

Dx. al Ingreso; Embarazo a Término con Trabajo de Parto efectivo.

Edad: 22 años

Complicaciones en el Trans; Desgarro Cervical y Retención de restos -
Ovuloplacentarias.

Complicaciones en el Post; Ninguna.

2 - 3 - 82

7:20 Hrs.

NOTA DE POST - PARTO.

Paciente de 22 años de edad, pasa a sala de expulsión y con la paciente en posición ginecológica y previa asepsia y antisepsia, se atiende - - parto eutócico, se realiza episiotomía media lateral derecha y se obtiene producto único vivo del sexo masculino que llora y respire al nacer, siendo calificado, con un apgar de 8-9 silverman 0 con alumbramiento a los 35' obteniéndose placenta con membranas incompletas, se realiza revisión de cavidad manual con gasa, hasta dejar aparentemente limpia cavidad uterina, se revisa canal del parto y se observa desgarros cervicales de primer grado los cuales se reparan y se sutura con catgut de 00 y se procede a reparar episiotomía, dando por terminada la atención del parto sale la paciente con indicaciones. 1. Medidas Generales, 2.º Antibiótico de amplio Espectro. (ampicilina) a dosis terapéuticas. 3.- CBE.

3 - 3 - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 22 años de edad que cursa su primer día de estancia hospitalaria y con el Dx. de puerperio Fisiológico y retención de restos ovuloplacentarios. Con signos Vitales estables, se refiere asintomática, cardiopulmonar sin compromiso.

Abdomen blando depresible no doloroso fondo uterino a dos centímetros de bajo de la cicatriz umbilical bien contraído, loquios hemáticos escasos no fetidos de características normales, su evolución ha sido satisfactoria por lo que se da de alta por el servicio para continuar tratamiento ambulatorio y se cita para revisión.

Fecha de Ingreso: 17 - Enero 82.

Hora; 6:00 hrs,

Nombre R.B.J.

Edad. 20 años.

Dx. Al Ingreso; Secundigesta con Trabajo de Parto Efectivo.

Complicaciones en el Trans.- NINGUNA

Complicaciones en el Post.- MASTITIS

17 - I - 82

7:00 hrs.

NOTA POSTPARTO

Paciente de 20 años de edad, que es atendida en la sala de expulsión - previa asepsia y antisepsia de región vulvoperineal se procede a atender parte Eutócica de Secundigesta, se realiza episiotomía medio lateral derecha, obteniéndose producto único vive del sexo masculino que lloro y respiro al nacer que es calificado con un apgar de 8-9 silverman 0 alumbramiento a los 5' con salida de restos ovuloplacentarios completos, peso del producto 2.800 Kgs. Se procede a reparar episiotomía, se da por terminada la atención del parto y sale la paciente a sala de recuperación en buenas condiciones generales con signos vitales estables.

18 - I - 82

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 20 años de edad que cursa su primer día de estancia hospitalaria con el Dx. de puerperio fisiológico se refiere asintomática con - signos vitales estables Cardiorpulmonar sin compromiso a la Exploración Física se encuentra, fondo uterino bien contraído un centímetro por debajo de cicatriz umbilical, no dolorosa a la palpación superficial y - profunda, peristaltismo presente, con ingestas y excretas normales, - - loquios hemáticos no fetidos de características normales, y se da de - alta del servicio con Indicaciones Generales, y se cita para revisión de su Estado General.

21 - I - 82.

9:00 hrs.

NOTA DE CONSULTA EXTERNA.

Paciente de 20 años de edad que acude a consulta externa por presentar desde el día de ayer, escalofrío y fiebre no cuantificada además de presentar -- dolor en ambas mamas, a la exploración física se encuentra con fiebre de - 38.5 grados C. diaforetica, a la exploración mamaria con aumento de volumen de consistencia dura y enrojecimiento generalizado con dolor en gran inten sidad a la palpación se le diagnostica MASTITIS.

-Dandosele indicaciones para su tratamiento ambulatorio a la Exploración - Física se encontro mamas, con grietas, en pesones, se le administran anti- bioticos de amplio espectro y se le suspende la lactancia temporalmente y se cita para nueva valoración.

BIBLIOTECA CENTRAL

Fecha de Ingreso: 20 - 9 - 82.

Hora: 9 hrs.

Edad. 40 años

Gesta I.

Dx. al Ingreso, Embarazo a Termino.

Complicaciones en el Trans. Ninguna.

Complicaciones en el Post. Dehisencia de Episiotomia.

20 - 9 - 82.

10:00 hrs.

NOTA DE INGRESO Y POST-PARTO.

Se ingresa paciente de 40 años de edad con el Diagnostico de Embarazo a termino en trabajo de parto primigesta añosa. Paciente en posición ginecológica con previa asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal se procede a la atención del parto autocico con producto único vivo del sexo masculino que lloro y respiro al nacer valorado con apgar de 8-9 silverman 0 alumbramiento a los 10 minutos, salida de restos ovuloplacentarios completos, se realizo episiotomia se Antibioticos de amplio espectro y - sale la paciente a sala de recuperacion con signos vitales estables.

21 - 9 - 82.

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Se revisa paciente de 40 años de edad que cursa su primer día de puerperio fisiologico conciente tranquila con palidez de tegumentos con signos vitales normales, cardiopulmonar sin compromiso abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con fondo uterino a dos cms. por debajo de cicatriz umbilical con útero bien contraído loquios hemáticos escasos no fetidos, episiorrafia con buena evolución, motivo por lo cual se da de alta - del servicio para continuar tratamiento ambulatorio por V.O. y Higiene de región vulvoperineal.

26 - 9 - 83

9:00 hrs.

NOTA DE REINGRESO

Se reingresa paciente de 40 años de edad con el Diagnostico de Dehisencia de Episiotomia, se encuentra paciente febril con facies dolorose quejumbrosa, signos vitales estables (T.A. I PUL) normales, abdomen sin datos patologicos , Genitales con dehisencia de episiotomia con salida de -

abundantes secreciones purulentas de olor fetido se indica (gentamicina) (Kanamicina) a dosis terapéuticas, y curvas termina, curaciones diarias por turno, y cuidados de enfermería, Se va de alta para el día de mañana para continuar tratamiento ambulatorio y realizar curaciones diarias por lo que se le cita diario al Centro de Salud para que se realicen curaciones y ver su evolución.

27 - 9 - 82.

9:00 hrs.

NOTA DE REVISION.

Paciente que a continuado su tratamiento ambulatorio, en el Centro de Salud Su evolución es satisfactoria por lo que se da de alta del servicio, con - medicamentos y cita diario al servicio.

Fecha de Ingreso; 18 - 4 - 83.

Hora; 3.00 horas.

Nombre; G.A.T.

Edad; 30 años.

Gesta; I

Dx. Al Ingreso; Embarazo a termino en trabajo de parto efectivo en periodo expulsivo.

Complicaciones en el Trans; Periodo expulsivo Prolongado y Desgarros vaginales grado dos.

Complicaciones en el Post. NINGUNA

Tipo de Atención; Atención de Parto Distocico.

4:30 hrs.

NOTA DE INGRESO Y POS-PARTO.

Ingresa paciente de 30 años de edad con Dx. de embarazo a termino en trabajo de parto efectivo, por lo que paso a sala de expulsión y con previa asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal, se realiza episiotomia media lateral derecha siendo suficiente por lo que se realiza episotomia medio lateral izquierda, teniendo expulsivo prolongado por lo que se procede a la aplicación de forseps.

Obteniendose producto único vivo, con malformaciones congenitas y - - maullido de gato (Síndrome de Cri - Du-Chat) apgar 5-6 Silverman 2, alumbramiento a los 10' al RN; se le realizan maniobras de reanimación, se obtiene placenta con cotiledones y membranas integra, Se revisa canal de parto y se observan dos desgarros vaginales grado dos - los cuales se proceden a repara con catgut del dos 00, y episiotomía, sale la paciente a sala de recuperación con T/A; de 100/40, Fc.: 120 y para continuar con soluciojes y antibioticos, (Ampicilina).

19 - 4 - 83

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 30 años de edad, primigesta añosa que cursa su primer día de puerperio Fisiológico., distésico se refiere asintomática, su T/A es de 110 - 60 se le retiran soluciones, su evolución ha sido satisfactoria por lo que se le continuará tratamiento ambulatorio con Antibiótico, y Aseo de genitales.

Al RN; se le traslado inmediatamente a Centro Hospitalario, para su atención adecuada. Sale de alta del Servicio.

Fecha de Ingreso: 10 - 5 - 83

Hora: 13:30 hrs.

Nombre: E. G. A.

Ox. Al ingreso: Embarazo a Terminó en Trabajo de parto efectivo, con
ruptura de Membranas.

Gesta I.

Complicaciones en el Trans. Retención de restos Ovuloplacentarios y -
desgarros cervicales.

Complicaciones en el Post. NINGUNA.

Tipo de Atención de Parto Eutócico.

14:00 hrs. NOTA DE INGRESO Y POST-PARTO.

Ingresó paciente de 19 años de edad con el Diagnóstico de Embarazo a término en Trabajo de Parto efectivo, con Ruptura de Membranas, son antecedentes de importancia para su padecimiento actual, n con dilatación teniendo un periodo expulsivo prolongado, por lo que se canaliza con solución glucosada al 5% 500 c.c. más 10 unidades de Oxitocina se realiza episiotomía y se obtiene - producto vivo único del sexo masculino que lloro al nacer y respiro y fue - vlorado con un apear de 8-9 y silverman 0. alumbramiento a los 19' obtenien- do placenta y membrana incompletas por lo que se realiza revisión de cavidad manual con gasa dejando cavidad uterina aparentemente limpia, se procede a reparar-desgarros múltiples cervicales, con catgut de 00 y desgarró vagina- les y episiotomía, sale la paciente a sala de recuperación, para continuar con solución y Antibiótico de Amplio Espectro por Via, I/V/ y CSE.

11 - 5 - 83

7:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Se revisa paciente de 19 años de edad que cursa su primer día de puerperio fisiológico, se cuenta conciente tranquila con palides de tegumentos - - afebril con signos vitales normales, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación superficial y profunda, peristal sis presente, fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical, bien contraído, loquis hemáticos, no fetidos escasos debido a su evolución se da de alta a la paciente, para continuar tratamiento ambulatorio por vía oral, y indica- ciones higienicas. CITA PRA REVISION EN 8 DIAS/

Fecha de Ingreso; 24 Enero 1983

Hora: 30 hrs.

Nombre: J.P.G.

Edad 23 años.

Dx. Embarazo a termino Gemelar, en periodo expulsivo.

Tipo de Atención: Parto Distósico

Complicaciones en el Trans: Posición transversa del segundo producto
y desgarro cervical.

Complicaciones en el Post. NINGUNA.

24-I -83

7:00

NOTA DE INGRESO Y POS-PARTO

Ingresa paciente de 23 años de edad con el Dx, de Embarazo a termino Gemelar en periodo expulsivo por lo que se pasa inmediatamente a sala de expulsión - y con previa ascespia y antisepsia, sin sondeo vesical y tricotomia, se - atiende parto realizando amiorrexia, y se obtiene producto único vivo del - sexo femenino que lloro y respiro al nacer y es valorado con un apgar de 8-8 y Silverman 0 al minuto se realiza tacto vaginal detectando posición trans- versal del segundo por lo que se realiza Maniobras de eversión interna, y - se obtiene producto vivo del sexo masculino que lloro y respiro al nacer, - es valorado con apgar de 7-8 y silverman I alumbramiento a los 20' con salida de restos ovuloplacentarios completos, placenta única dos cordones umbilica- les, se revisa cavidad vaginal observandose desgarro cervical de segundo gra- do, el cual se repara con catgut cromico de 00, sale la paciente en buenas - condiciones generales a sala de recuperación.

25 - Enero - 83

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCIÓN.

Paciente de 23 años de edad con el Dx. de Embarazo gemelar, en periodo expul- sivo, se refiere asintomatica, con signos vitales estables, con palides de - tegumentos - tranquila conciente, bien hidratada, facie no dolorosa cardiopul- monar sin compromiso, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación - superficial y profunda, fondo uterino a nivel de cicatriz umbilical bien - - contraido, genitales externos, sin alteraciones, loquios hemáticos escasos.

26 - Enero - 83.

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente del sexo femenino de 23 años de edad con su segundo día de puerperio fisiológico y Dx. de Embarazo Gemelar, se refiere asintomática, con signos vitales estables, fondo uterino bien - contraído loquides hemáticos escasos, Genitales externos sin - - alteraciones por lo que se da de alta del Servicio. Con Antibióticos de Amplio espectro.

Fecha de Ingreso: 22 - 6 - 82

Hora: 2:30 hrs.

Nombre: R.Z.T.

Dx. Al Ingreso: Embarazo a Termino en Trabajo de Parto con D.C.P. y Cesarea Previa.

Gesta: Dos

Tipo de Atención: Cesarea tipe Kerr.

Complicaciones en el Trans. NINGUNA

Complicaciones en el Post.- Abseco de Pared.

Fecha de Egreso: 3I - 6 - 82.

22 - 6 - 82

5:00 hrs.

NOTA POST-QUIRURGICA.

Paciente de 21 años de edad, que es llevada a quirofano, con el diagnostico de embarazo a termino en trabajo de parto con D.C.P. con Cesarea previa, y - bajo bloqueo subaracnoideo y previa asepsia y antisepsia, de la región y - colocación de campos esteriles se inicia acto quirurgico; y se procede a -- resección de cicatriz quirurgica antigua y se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal se aislan asas intestinales con compresa única y se procede a realizar histerotomia segmentaria tipe Kerr. Obteniendo producto único del sexo masculino, que lloro y respiro al nacer siendo calificado, con un apgar de 8-9 y silverman de I con peso de 2,900 kgs. sin malformaciones congenitas aparentes, se procede a extracción de placenta realizandose revisión de cavidad instrumental, y se procede a realizar histerorrafia con catgut - - crónica del No. 0, se afronta musculo con catgut cromico del No. 0, se sutura aponeurosis con catgut cromico del 0 y se procede a cierre de tejido celular subcutaneo con seda del número I, con puntos de Sarnof.

Salta paciente de Quirofano en buenas condiciones generales

23 - 6 - 82

10:30 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa su primer día de post-operatorio se - encuentra asintomática, conciente tranquila bien hidratada, con palidez de tegumentos - - - Con signos vitales normales, diuresis presente cardiopulmonar sin compromiso abdomen con herida quirurgica en línea media - - -

intraumbilical con aposito, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación superficial media y profunda, con peristaltismo disminuido, loquios hemáticos no fetidos de características normales.

24 - 6 - 82.

8:30 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa su segundo día de post-operatorio, que refiere dolor punzante en herida quirúrgica, se encuentra con FACIES doloroso, palidez de tegumentos = = bien hidratada, y con aumento de la temperatura corporal, a la exploración abdominal se encuentra herida - quirúrgica hiperémica con aumento de temperatura local y salida de secreción hematopurulenta fetida, a la palpación abdominal presenta hipertecia y hiperbaralgia, peristaltismo presente, con evacuaciones y diarrea presente, cardiorespiratorio sin compromiso, loquios hemáticos de características normales.

25 - 6 - 82.

8:30 hrs

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa con su tercer día de post-operatorio, a continuado con dolor punzante en la herida quirúrgica con hipertermia de 39 C. y ataque al estado general se encuentra conciente, con palidez de tegumentos con facies dolorosas, febril, cardiopulmonar sin compromiso, abdomen con H.Q. con salida de abundante secreción hematopurulenta en cantidad abundante y fetida se retiran puntos, en el cual se drena abundante secreción hematopurulenta, por lo que se indica, Antibiótico de Amplio, - Espectro, y curación 3 veces al día, con Solución Harman y Isodina y Analgesicos P/R/N/.

26- 6 - 82

8:30 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa con su cuarto día de post-operatorio la paciente refiere continuar con dolor punzante en herida quirúrgica e - hipertermia de 38.5C. se encuentra H/Q. con menor secreción serohematosa, y se continúa con el mismo manejo

27 - 6 - 82

8:45

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa con su quinto día de post-operatório, se refiere la paciente con mejoría en su estado, general y con disminución de dolor punzante en herida quirúrgica con hipertermia de 38.C. con H.Q. con secreción hematopurulenta escasa, se continúa con el mismo manejo.

28 - 6 - 82

8:50

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa con su sexto día de post-operatorio se refiere la paciente con buen estado general y asintomática, con temperatura corporal de 38.9 C. y sin dolor en Herida Quirúrgica se encuentra - limpia y con buena coloración con secreción serohemática por lo que se - decide meter a la paciente a cierre de pared.

29 - 6 - 82.

8:10 hrs.

NOTA DE EVOLUCION.

Paciente de 21 años de edad que cursa con su séptimo día de post-operatorio, se refiere asintomática con signos vitales estables, buena coloración de tegumentos tranquila, conciente sin facies dolorosas, H/Q. en - buenas condiciones generales se indican curaciones dos veces al día, y continuar con el Antibiótico de Amplio Espectro.

30- 6 - 82

8:20 hrs.

NOTA DE EVOLUCION

Paciente de 21 años de edad, que cursa con su octavo día de post-operatorio, y su segundo día de cierre de pared, y se encuentra sintomática, signos vitales estables, H.Q. limpia con buena coloración y buen afrontamiento de piel, por lo que se da de Alta por el Servicio para mañana.

31 - 6 - 82

8:00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 21 años de edad que cursa con su noveno día de Post-operatorio y su tercer día de cierre de pared, se refiere asintomática, Signos Vitales estables H.Q. limpia, con evolución satisfactoria por lo que se da de

alta ahora.

Fecha de Ingreso: 15 de Marzo de 1982.

Hora: 19:30 hrs.

Ox. Al Ingreso: Embarazo a Terminó en Período Expulsivo.

Complicaciones en el trans - NINGUNO.

Complicaciones en el Post. - Retención de restos Placentarios

Nombre: Z. R. M. A.

Edad: 17 años

Tipo de atención: Parto Eutócico.

Fecha de Egreso: 16 - 3 - 82.

10 - Marzo - 82

20:00 hrs.

NOTA DE INGRESO Y POST PARTO

Paciente de 17 años de edad, que ingreso al servicio en periodo expulsivo por lo que pasa inmediatamente a sala de expulsión, y se atiende parto - sin previa tricotomía, asepsia y antisepsia de la región vulvoperineal, se realiza aminorrexis obteniéndose líquido amniótico de características normales se realiza episiotomía media lateral derecha, obteniéndose producto único vivo del sexo femenino que lloro y respiro al nacer y volorado con un apgar de 8-8 y silverman 0, alumbramiento a los 30' con retención de restos ovuloplacentarios por lo que se realiza inmediatamente - revisión de cavidad manual con gasa limpiando cavidad úterina extrayéndose restos ovuloplacentarios en abundante cantidad, y se deja cavidad uterina aparentemente limpia, y se procede a realizar episiorrafia, por planos, y dando por terminado la atención del parto la paciente pasa a sala de recuperación; en buenas condiciones, indicándosele Antibióticos por las condiciones en que fue atendido el parto, y sus complicaciones posteriores a este.

11 - 3 - 82

8.00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 17 años de edad que cursa su primer día de puerperio Fisiológico se refiere asintomática con signos vitales estables, con ingestas y excretas normales, con abdomen blando depresible, fondo úterino a dos - centímetros por debajo de cicatriz umbilical, bien contraído, genitales externos normales, con episiorrafia en buenas condiciones generales, y salida de loquios hemáticos de características y cantidad normal, por - lo que se da de alta con Antibiótico oral y aseos de episiorrafia.

Fecha de Ingreso; 18 de Enero de 82.

Hora de Ingreso: 13 hrs.

Nombre; A.A.V.

Dx. al Ingreso. Embarazo a termino en periodo expulsivo

Complicaciones en el Trnas. - Desgarro Vaginal

Complicaciones en el Post.- Ninguna

Hora del Parto; 13:20 hrs.

Fecha de egreso 19 de Enero de 1982.

Edad 18. Años.

18 Enero 1982.

13:50 hrs.

NOTA POST - PARTO.

Paciente en posición ginecológica con previa asepsia y antisepsia, y -
previo sondéo vesical, se procede a realizar episiotomia media lateral -
derecha, obteniéndose producto único vivo del sexo femenino que lloro y
respiro al nacer, con un apgar de 8-9 silverman 0. Alumbramiento a los
10' con salida de restos ovuloplacentarios completos, peso del producto -
2,900 kgs. se revisa canal vaginal en el que se observa un desgarro, - -
grado dos por lo que se procede a realizar reparación del mismo con catgut
cromico 00, y se realiza episiorrafia por planos, dando por terminado la
atención del parto, sale la paciente a sala de recuperación en buenas -
condiciones generales.

19 - Enero de 1982.

8.00 hrs.

NOTA DE EVOLUCION Y ALTA

Paciente de 18 años de edad que cursa su primer día de puerperio fisioló -
gico, con signos vitales estables, loquios hemáticos de características
normales, la paciente se refiere asintomática, a la exploración abdominal
se palpa utero a nivel de cicatriz umbilical, útero bien contraído, se da
de alta por el servicio con Antibiótico a continuar en su domicilio y -
aseo de Episiorrafia.

Sangrado Transvaginal escaso y de características normales, - -
peristalsis presente, Fondo Uterino a dos centímetros por de -
bajo de Cicatriz Umbilical bien contraído. Cardio respiratorio
sin compromiso, por lo que se da de alta a la paciente para con-
tinuar tratamiento ambulatorio por vía oral y cita para revisión
en 8 días.

A/N Eutrefico normorreflexico con ingestas y escretas normales,
por lo que se da de alta con la Madre.

SUGERENCIAS .

- 1.- Con objeto de reducir al máximo las complicaciones del Puerperio, se recomienda, hacer revisión de cavidad , así como de cervix, - vagina y anexos.
- 2.- Ajustarse estrictamente a las Indicaciones Médicas
- 3.- Que todas las complicaciones del Puerperio deben de ser tratadas - Intrahospitalariamente.
- 4.- Deberá establecerse un tratamiento específico para cada complicación.

- CONCLUSIONES . -

1.- Las complicaciones del puerperio más frecuentes son: - - -

- Hemorragias Post - Partum. - Desgarros Vaginales y - -
Cervicales. - Dehiscencias de Episios. = Mastitis - - -

2.- Si se pudierá establecer un órden jerárquico se clasificarian de la siguiente manera:

a) Desgarros: Cervicales, Vaginales hasta de segundo grado.

b) Hemorragias Post - Partum, por retención de restos, - -
ovuloplacentarios.

c) Dehiscencias de Episiorrafias.

d) Mastitis.

e) Endometritis.

f) Infección Puerperal.

g) Infección de Heridas.

h) Cistitis.

i) Septicemia.

j) Trombo Flebitis.

k) Embolia Pulmonar.

3.- Las complicaciones del Puerperio deben considerarse como gravez y por lo tanto deben ser tratadas en forma Intra hospitalaria.

4.- Debido a su gravedad debe establecerse el tratamiento específico para cada una de las complicaciones.

5.- Los cuidados de Enfermería deben ser aplicados como quedo establecido, de acuerdo a cada complicación.

6.- Aunque no en forma absoluta deberá practicarse revisión de cavidad Uterina en los Puerperios.

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

I.- DR. G. BENSON RALPH.

1973.

MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MANUAL MODERNO.

TERCERA AEDICION.

MANUAL MODERNO.

2.- R. VOVAK EDMUND

SEEGAR JONES GEORGEANNA

W. JONES JR. HOWARD.

1977

TRATADO DE GINECOLOGIA

D. F.

NOVENA EDICION.

INTERAMERICANA.

3.- DR. LANGLEY L.L.

DR. R. TELFORD IRA.

DR. B. CHISTENSEN JOHN

1979.

ANATOMIA HUMANA Y FISILOGIA

CUARTA EDICION

INTERAMERICANA.

4.- DR. SEGATORE LUIGI

DR. POLI GIANANGELO.

1971.

DICCIONARIO MEDICO.

CUARTA EDICION

EDITORIAL TEIDE.

5.- DR. F. MILLER NORMAN.
ENFRA. AVERY HAZEL.
1966.
ENFERMERIA GINECOLOGICA.
D.F.
QUINTA EDICION
INTERAMERICANA.