

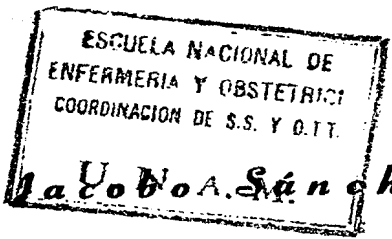
Zaji 47



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO ATENCION  
DE ENFERMERIA EN UNA PACIENTE CON  
ABORTO PROVOCADO



*Sara Jacobo A. Sánchez*

Asesor: LIC. EN ENF. SEVERINO RUBIO DOMINGUEZ

MEXICO, D. F.

1987



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E .

Introducción.....	1
Objetivo General.....	4
Metodología .....	4
Campo de la investigación.....	4
Generalidades sobre desarrollo embrionario y fetal .....	5
Formación del embrión .....	6
Desarrollo fetal.....	7
Definición y Clasificación del aborto..	8
Circunstancias morales, legales y sociales.....	11
Etiología del aborto.....	20
Fisiopatología del aborto.....	22
Diagnóstico.....	24
Diagnóstico diferencial.....	25
Tratamiento.....	25
Pronóstico .....	28
Técnicas para realizar el aborto.....	28
Complicaciones .....	34
Asistencia de Enfermería .....	37
Historia Natural del Aborto Provocado..	39
Historia Clínica de Enfermería.....	40
Problemas detectados.....	44
Diagnóstico de Enfermería.....	44
Plan de Atención.....	47
Conclusiones.....	57
Bibliografía.....	59
Anexo 1.....	63
Anexo 2 .....	64
Anexo 3 .....	65
Anexo 4 .....	66
Anexo 5 .....	67

Como profesionistas o estudiantes del Area de las Ciencias de la Salud tenemos la responsabilidad de orientar a las personas que se acercan a nosotros por el hecho de saber lo que estudiamos, las preguntas más comunes son en los aspectos de la fisiología reproductora, de los problemas relacionados con el embarazo y también el aborto, ese tema que nos ha hecho meditar sobre sus implicaciones en la salud física y mental de las mujeres que por alguna circunstancia han recurrido a él.

Se llama aborto a la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de su desarrollo.

Médicamente se han clasificado dos tipos de aborto:

Aborto espontáneo.- Se presenta cuando por alguna alteración de la madre, el huevo no puede seguir su desarrollo normal y es expulsado.

Aborto provocado.- Es el acto a través del cual se procura la expulsión deliberadamente del huevo en maduración, con el propósito de interrumpir el embarazo, utilizando sustancias o instrumentos para tal fin. A esta práctica recurren generalmente las mujeres que por diversas circunstancias no desean tener hijos o cuando las parejas no tienen conocimiento de como evitar el embarazo, entonces surge la necesidad de expulsar el feto concebido, por medio del aborto. Estos extremos se pueden impedir en la actualidad sobre todo en esta época en la que existen diversos métodos para planificar la familia.

Son muchas las causas por las que algunas mujeres recurren al aborto: Carencia de educación sexual y desconocimiento de métodos anticonceptivos, temor al rechazo familiar y de la sociedad, ante la perspectiva de ser madre soltera, tener ya varios hijos, deterioro de la situación económica familiar, etc.

Cuando la mujer decide abortar, recurre a las personas que carecen de conocimientos de la anatomía y funcionamiento de los órganos de reproducción además de la falta de higiene, por lo que se expone a las siguientes complicaciones: Hemorragia, sepsis, traumatismo abdominal y genital, perforación de útero, infertilidad, etc.

Por otra parte, el recurso del aborto puede producir un sentimiento de culpa por la decisión de no tener ese hijo, lo que contribuirá a crear inestabilidad emocional en la pareja o en alguno de ellos.

El aborto es un problema muy grave de Salud Pública por la alta morbilidad y mortalidad materna que ocasiona ya sea por el mismo o por sus complicaciones. A esto se suma el gasto que se hace de recursos tanto materiales como humanos en la atención de estos casos, que son más que los utilizados en la atención de un parto normal.

Si estamos concientes de que se gasta más en curar que en prevenir y -- que como agentes de la Salud tenemos la responsabilidad de educar a la población, nos damos cuenta que podemos tener una participación muy importante en las actividades que se realizan para disminuir al máximo los índices de morbilidad y mortalidad del aborto. Dentro de estas se encuentran las de hacer

conciencia sobre la Planificación Familiar y dar a conocer como puede llevarse a cabo, explicarles y enseñarles los diferentes métodos anticonceptivos, así como indicarles sus márgenes de seguridad, hacer campañas en relación a la Paternidad Responsable.

Tomando en consideración lo anterior, así como la inquietud que ha generado este tema, decidimos presentar un Estudio Clínico en Proceso Atención de Enfermería sobre Aborto Provocado.

## OBJETIVO GENERAL

4

Elaborar un Plan de trabajo de enfermería para la atención de una paciente con Aborto Provocado según los niveles de prevención de la Historia de las enfermedades y la metodología científica.

## CAMPO DE LA INVESTIGACION :

Hospital General Ignacio Zaragoza del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

## METODOLOGIA

- Integrar un Marco de Referencia amplio que permita la claridad de los aspectos teóricos y clínicos del Aborto utilizando diversas formas de investigación documental.
- Detectar un caso de Aborto Provocado en el servicio de Urgencias Toxic Quirúrgicas del Hospital Ignacio Zaragoza.
- Elaborar la Historia Clínica de Enfermería para obtener datos que permitan integrar el Diagnóstico de Enfermería a través de la detección de problemas y necesidades en la paciente.
- Elaborar un Plan de Atención de Enfermería que persiga como finalidad principal, brindar una atención fundamentada que resuelva o disminuya la problemática biopsicosocial de la paciente.
- Implementar las acciones planeadas y evaluar los resultados en cuanto a la evolución clínica de la paciente.

## MARCO TEORICO.

- I.- Generalidades sobre desarrollo embrionario y fetal.  
Formación del embrión.  
Desarrollo fetal.
- II.- Definición y Clasificación del Aborto.
- III.- Circunstancias morales, legales y sociales.
- IV.- Etiología del Aborto.
- V.- Fisiopatología del Aborto.
- VI.- Diagnóstico.  
Diagnóstico diferencial.
- VII .- Terapéutica del Aborto.  
Técnicas para realizar el aborto.  
Quirúrgicas.  
Inducción médica del aborto.
- VIII.- Complicaciones.
- IX.- Asistencia de Enfermería.
- X.- Historia Natural del Aborto Provocado y sus Niveles de Prevención.
- XI.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.  
Detección de problemas.  
Diagnóstico de Enfermería.
- XII.- PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA.  
Objetivos.  
Problemas.  
Manifestación clínica del problema.  
Razón científica del problema.  
Acciones de Enfermería.  
Razón científica de las acciones.  
Evaluación de las acciones.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

ANEXOS.



## I. GENERALIDADES SOBRE DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL.

El desarrollo del feto humano es el resultado de la conjunción de tres factores: macroambiente, microambiente y matroambiente.

"A partir del disco embrionario se empieza a desarrollar el embrión; aparece primero una capa celular llamada ectodermo ó ectoplasto, que se deriva del nódulo embrionario y que a su vez da origen a una segunda capa celular que recibe el nombre de endodermo ó endoplasto, que se encuentra en la cara externa del ectodermo.

Ulteriormente ocurre una condensación celular del nódulo embrionario que se refuerza en uno de sus extremos (Nódulo de Hansen) a este reforzamiento se le denomina línea primitiva",

De la línea primitiva se desarrolla una membrana celular que separa el ectodermo del endodermo y que recibe el nombre de mesodermo ó mesoplasto.

Al continuar el período embrionario se observa una segmentación del mesodermo en dos hojas. La externa que se encuentra en contacto con el ectodermo., llamada somatopleura, y la interna que se halla en contacto con el endodermo denominada esplacnopleura.

Entre las capas del mesodermo al disociarse éste, queda una cavidad virtual que recibe el nombre de celoma ó cavidad celómica.

El endodermo circunscribe una cavidad llamada vesícula umbilical, que tiene como función nutrir al huevo en la segunda semana de desarrollo.

Al crecer el nódulo embrionario forma una saliente convexa y aparece un repliegue del ectodermo y esplacnople-

ura, que prolifera por encima del embrión y crece hasta envolverlo, generando otra cavidad, la amniótica, que aumenta de tamaño y se llena de líquido hasta cubrir por completo al embrión.

### FORMACION DEL EMBRION.

A la tercera semana, a partir del mesodermo se forma una banda longitudinal bilateral de tejido compacto que va sufriendo una segmentación. A cada uno de estos segmentos se le llama somita, los cuales dan origen a las diferentes partes del embrión. La edad del embrión en esta fase se relaciona con el número de somitas existentes. Alrededor de la quinta semana los somitas cambian su naturaleza histológica y el tejido epitelial de que cuentan se transforma en tejido laxo y polimorfo llamado mesénquima, el cual da origen a diferentes tejidos que integran en etapas sucesivas del desarrollo, los distintos órganos, aparatos y sistemas del feto, como lo indica el siguiente cuadro.

<u>ECTODERMO</u>	<u>MESODERMO</u>	<u>ENDODERMO</u>
Organos del sistema nervioso central y periférico.	Aparato cardiovascular. Células sanguíneas y linfáticas.	Epitelio del tubo digestivo.
Piel y anexos.	Tejido conectivo.	Parénquima glandular.
Hipófisis.	Músculos estriados y lisos.	Tiroides, Paratiroides, Timo, Páncreas, Hígado.
Parte terminal de organos genitourinarios.	Cartílagos, huesos, articulaciones.	Epitelio del aparato respiratorio.
Recto y ano.	Tejido subcutáneo.	Epitelio del aparato urinario.
	Membranas serosas,	
	Riñones.	
	Gónadas.	
	Corteza suprarrenal.	
	Bazo.	

" El desarrollo orgánico del feto no se efectua en forma simultánea, sino que la diferenciación y el crecimiento de cada uno de los órganos se efectua en edades diferentes!"

2

### DESARROLLO FETAL.

Durante el período fetal se presenta un rápido crecimiento de los órganos derivados de las capas germinativas primitivas. No se forman nuevas estructuras pero hay un crecimiento acelerado y una maduración de las estructuras que se formaron durante el período embrionario. Al comienzo del período fetal el organismo adquiere su apariencia humana.

## DEFINICION Y CLASIFICACION DEL ABORTO.

Se llama aborto a la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de su desarrollo, 6 499gramos de peso.

" El aborto es la terminación del embarazo por cualquier medio antes de que el feto este lo suficientemente desarrollado para sobrevivir"

3

Medicamente se han clasificado dos tipos de aborto :

1. Aborto espontaneo.- Se presenta cuando por alguna alteración de la madre el huevo no puede seguir su desarrollo normal y es expulsado.
2. Aborto provocado.- Es el acto a través del cual se procura la expulsión deliberadamente del huevo en maduración, con el propósito de interrumpir el embarazo utilizando substancias o instrumentos para tal fin.

Las anteriores definiciones tienen en común el hecho de que en todas se interrumpe el embarazo antes de que el producto tenga probabilidades de vivir, la diferencia es el propósito con el que se interrumpe.

Según el momento en que se estudie un caso de aborto puede presentar variantes clínicas que lo sitúe dentro de alguna de las categorías del aborto que son las siguientes:

Amenaza de aborto. Se le llama así, cuando una mujer esta embarazada y presenta sangrado proveniente de de la cavidad uterina en el primer trimestre del embarazo.

Aborto inevitable. Se va a presentar por la rotura de las membranas estando el cuello dilatado.

Aborto en evolución. " Es el producido por la actividad uterina propia del trabajo de aborto!"<sup>4</sup>

Aborto inminente. Existe sangrado abundante, hay dolor abdominal intenso, se presenta protusión del contenido uterino, las membranas pueden estar íntegras o rotas.

Aborto incompleto. Es la expulsión de parte del producto de la concepción, porque también hay retención de producto y/o membranas en la cavidad uterina.

Aborto completo. Es la expulsión total del producto y sus anexos, quedando la cavidad uterina limpia.

Aborto diferido. Es la retención prolongada del producto de la concepción después de la muerte fetal.

Aborto séptico. " Se llama así al hecho de superponerse a cualesquiera de las formas clínicas anteriores ( excepto la amenaza de aborto ) infección del útero y su contenido, que constituye potencialmente el centro de una infección genital o general!"<sup>5</sup>

Aborto habitual. Cuando han ocurrido tres o más abortos espóntaneos consecutivos.

Aborto inducido. " Es la determinación de la gravidez con la ayuda de agentes medicinales o mecánicos. En esta denominación se incluyen los abortos terapéutico, legal y criminal!"<sup>6</sup>

Aborto terapéutico. Es la interrupción del embarazo debido a una enfermedad materna, que ponga en peligro la vida de la paciente.

4/ Matute Raffray M., Ginecología y Obstetricia p. 235.

5/ Ibid., p 235.

6/ Ibid., p 235.

Aborto legal. Es la interrupción artificial y deliberada del embarazo antes de la viabilidad con una justificación legal.

Aborto criminal. Es la interrupción artificial y "deliberada" del embarazo, antes del periodo de viabilidad, sin justificación.

## CIRCUNSTANCIAS MORALES, LEGALES Y SOCIALES.

A pesar de las restricciones legales y sociales que existen en México respecto al aborto, este no deja de ser una realidad, que reviste proporciones alarmantes debido a la clandestinidad obligatoria en la que se práctica.

Analizando el aborto desde los aspectos moral, social y legal encontramos que hay dos corrientes, una en contra y otra a favor.

Por un lado en el aspecto Moral Teológico la vida tiene un valor y nadie tiene derecho a quitarla o negarla a otro semejante. Tomando en consideración que todas las religiones enaltecen la vida esta prohibido el aborto, así como el uso de métodos que obstaculicen el funcionamiento natural del organismo ( anticonceptivos) . A esto puede añadirse el tabú sexual, que implica como consecuencia la no comunicación de estos problemas y la convicción de que el acto sexual debe tener como único fin la procreación.

Moralmente desde el punto de vista costumbre como valor ético, se ha visto que nuestro país por su cultura e idiosincracia antaño las mujeres preferían continuar un embarazo no deseado, que interrumpirlo, actualmente esto ha cambiado porque cuando se presenta este conflicto de seguir la gestación o interrumpirla, las mujeres piensan que no deben permitir el nacimiento de alguien que no desean, de alguien que sería infeliz la mayor parte de su vida, y así se empiezan a ver los problemas psicológicos que surgen en la madre al dejar seguir el embarazo.

**SOCIALMENTE:** Hay que considerar los graves problemas por los que atraviesa el país: Explosión demográfica, desempleo, crisis económica, contaminación, problemas de salud, etc. y comprenderemos porque algunas mujeres recurren al aborto; si no se tienen los medios para una vida digna no es posible que se tengan hijos cuando no se puedan educar, alimentar, -

vestir y proporcionarles lo elemental que un ser humano necesita para crecer sano y pueda adaptarse a este mundo de por sí hostil.

Las mujeres en los últimos años, se han agrupado y se ha dado un movimiento que recibe el nombre de " Liberación femenina" este movimiento pugna por la libertad de la mujer para decidir sobre su cuerpo, y no esta de acuerdo en que los hombres se sienten a discutir y dictar leyes que les atañen a ellas. Proclaman que se modifique la ley sobre el aborto, porque son las mujeres que trabajan, las madres de familia, las obreras, las campesinas las que frecuentemente se ven en este problema ya que tienen que colaborar con el ingreso familiar y no es justo que se les señale o relegue por decidir abortar.

Lo anterior son ideales de los movimientos feministas e iniciativas de ley que se han propuesto en el Congreso, pero que no tienen aún una respuesta firme e ignoramos como se va a resolver.

" Ahora bien por las características especiales de la estructura socioeconómica de México, que auspicia una tendencia creciente hacia la urbanización, la incidencia del aborto parece ser mayor en las zonas urbanas y semiurbanas que en las rurales por los patrones tradicionales de conducta que favorecen la procreación de familias numerosas en las cuales los hijos colaboran en el trabajo agrícola.

Podría esperarse entonces que de no tomar ciertas medidas preventivas, el aborto inducido irá en aumento paralelamente al incremento de la urbanización y del crecimiento total de la población."

Si a estas tendencias o aspectos añadimos el de la creencia de la superioridad masculina, valor inherente a nues-



tra sociedad pero acentuado en este medio , el resultado final es que las mujeres pobres tienen aún más dificultades que las ricas para prever la posibilidad de un embarazo y para impedirlo fácilmente.

Es en el ámbito LEGAL en el que encontramos más información y unificación de criterios de nuestros legisladores. "desde hace años las leyes que hablan sobre el aborto varían de un país a otro, pero se han dividido en tres categorías básicas restrictivas, moderadas y liberales. Las leyes restrictivas prohíben totalmente el aborto, o lo limitan a aquellos casos en que se juzga necesario para salvar la vida de la mujer.

Las moderadas amplían las causas admisibles e incluyen razones tales como la preservación de la salud mental y/o física de la mujer , problemas socioeconómicos y posibles malformaciones del niño; a veces requieren seguir un procedimiento estricto para obtener la autorización para abortar.

Las leyes liberales no restringen los abortos, salvo en embarazos avanzados.

La tendencia a una mayor flexibilidad se debe , en parte a los problemas de salud pública provocados por el aborto clandestino no reglamentado, también a los nuevos métodos que permiten realizarlo en condiciones de seguridad . En algunos casos ha influido asimismo el problema del exedente demográfico. Por último ha sido importante el desarrollo de una participación femenina activa, que le da derecho a decidir sobre su cuerpo."

Actualmente más de la mitad de la población mundial tiene acceso de una u otra forma al aborto legal.

En México el aborto es un delito ; la legislación que lo rige se encuentra inscrita en el Código Penal del Distrito Federal y Territorios Federales, expedido durante el gobierno de Pascual Ortiz Rubio en 1931. Veamos los artículos referentes a este punto:

Artículo 329: Aborto es la expulsión del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez.

Artículo 330: Al que hiciera abortar a una mujer, se le aplicarán de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella. Cuando faltare el consentimiento, la prisión sera de tres a seis años, y si mediare la violencia física o moral se impondran al delincuente de seis a ocho años de prisión.

El artículo 330 nos hace pensar o preguntar de que manera se puede hacer abortar a una mujer faltando su consentimiento, sin que medie la violencia, por lo menos de tipo moral.

Artículo 331: Si el aborto lo causare un médico, cirujano , comadrón o partera, además de las sanciones que le correspondan conforme al anterior artículo, se le suspendera de dos a tres años en el ejercicio de su profesión.

Esto implica que el delito es agravado si el agente que lleva a cabo el aborto es una persona que tenga conocimientos médicos. Resulta un tanto paradójico que, si supuestamente el Código busca proteger la vida , imponga una pena mayor a la persona cuya preparación le daría más probabilidad de salvar la salud y la vida de la madre.

Artículo 332 ( Aborto Honoris causa): Se impondrán de seis meses a un año de prisión a la madre que voluntariamente procure su aborto o conciencia que otro la haga abortar, si concurren estas tres circunstancias: 1) que no tenga mala fama; 2) que haya logrado ocultar su embarazo; 3

3) que sea fruto de una unión ilegítima. Faltando una circunstancia de las mencionadas, se aplicarán de uno a cinco años de prisión

"Este artículo refleja que la única atenuante considerada como válida para la ley mexicana es el aborto efectuado para evitar la deshonra de la mujer y familia, se ha conservado sin cambios al paso de los años. Está fundado en una concepción de la honra que data del medievo y que es a todas luces inoperante en nuestros días: aquella que equipara el honor y la buena fama con una determinada conducta sexual, propia sólo para la mujer casada. Algunos autores justifican este artículo afirmando que el honor concurre una motivación superior al deber de no delinquir y, por lo tanto, no es posible exigir otra conducta".<sup>9</sup>

Artículo 334: No se aplicará sanción cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de muerte, a juicio del médico, siempre que este fuere posible y no sea peligrosa la demora.

Aquí existen problemas: ciertas enfermedades solían significar serio peligro para la vida de la mujer embarazada. Gracias al avance de la medicina, hoy estos riesgos para la salud han disminuido considerablemente, siempre que se cumplan ciertos requisitos de higiene, dieta y reposo, bajo una adecuada supervisión médica.

Sin embargo las condiciones reales en que vive la mayoría de nuestra población hace imposible que las mujeres se mantengan en la situación ideal, por lo que la medicina poco puede ayudarles, aún si no mueren, su salud puede dañarse seriamente, con lo cual se reduce la esperanza de vida. Tomando en cuenta esta situación tan generalizada, es

---

<sup>9</sup>/ Ibid. p. 26.

inexplicable que el artículo restrinja el aborto al peligro de muerte inmediata, subestimando un aspecto tan vital como la conservación de la salud integral. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta "es el estado de completo bienestar físico, mental y social del individuo en su comunidad, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolor".

El artículo 334 hace caso omiso de la salud mental, que indudablemente es una parte importante del bienestar general. Existe el peligro de que un embarazo no deseado produzca alteraciones psicológicas graves, o exacerbe algún desequilibrio emocional o mental ya existente. En muchas ocasiones las desaveniencias conyugales, la situación económica, o el excesivo número de hijos, puede incidir negativamente en el estado mental de la madre, poniendo en peligro no sólo su propio bienestar sino el de toda su familia. Es inadmisibles que la ley olvide un aspecto tan importante.

Tampoco se consideran, ni siquiera como atenuantes, el aborto eugenésico o por razones económicas. El primero es el indicado cuando existen razones serias para sospechar que puede haber un defecto fetal somático o psíquico incurable, debido a factores hereditarios, anomalías cromosómicas, accidentes; o factores extraovulares, como pueden ser los efectos de radiaciones, virosis o drogas. No se pueden eludir las consecuencias del nacimiento de un niño malformado o tarado. Las más de las veces son seres con complejos hostigados por una sociedad que generalmente no les otorga protección alguna.

Este niño representa un problema y la familia debe tener el derecho de decidir si quiere o no traerlo al mundo.

El ser humano tiene el derecho de nacer normal y bien dotado biológicamente para su desarrollo ulterior físico y psíquico. " El derecho de todo niño a nacer normal procla-

ma por oposición el derecho a no nacer del niño anormal"<sup>10</sup>

Afortunadamente, no todos los códigos estatales han ignorado la reglamentación del aborto eugenésico. Los de Puebla, Chihuahua y Yucatán consideran no sancionable el aborto por causas eugenésicas, previo dictamen de peritos. El código de Chiapas acepta las razones eugenésicas como atenuante. En cuanto a las causas económicas, Chiapas, Yucatán y Chihuahua muestran la vanguardia progresista: Chiapas las incluye como atenuante, mientras que Yucatán y Chihuahua mantienen que no se sancionará el aborto que obedezca a "causas económicas graves y justificadas". Sin embargo, el Código del Distrito Federal, así como los de la mayor parte de la República no las consideran. La sentencia popular de que "donde comen cuatro comen cinco" no es efectiva en todos los hogares. En las familias más pobres un hijo más es una carga económica real, y a menudo implica una menor atención y un nivel más bajo de vida para los demás.

En estos casos es cuando aparece con más frecuencia el síndrome del abuso y el abandono.

"La legislación mexicana con respecto al aborto equipara la existencia de la mujer con la del cigoto microscópico, al considerar el aborto como un delito contra la vida. Sin embargo, cabría preguntarse si el óvulo fertilizado o el embrión son realmente seres humanos, o lo son en potencia, y si es lícito igualar sus derechos con los de una mujer. Números científicos coinciden en que existe una distinción entre "vida humana" y "ser humano": "El óvulo humano fertilizado con el patrón completo de cromosomas humanos y el código genético humano, es vida humana, sin ser necesariamente un ser humano." Un óvulo fertilizado apenas es algo más que el proyecto de un ser humano. En el proceso de su desarrollo el proyecto se va incorporando

---

<sup>10/</sup> Ibid., p. 26.

gradualmente a la estructura del homo sapiens'

11

De lo anterior se desprende que la legislación vigente es inoperante y obsoleta, inadecuada a las necesidades reales de la población, y no abarca todos los aspectos en que un embarazo no deseado puede causar graves perjuicios tanto a la madre como al resto de la familia. Como consecuencia, se ocasionan graves problemas sociales y de salud pública.

En primer lugar, la clandestinidad de los abortos obliga a muchas mujeres a recurrir a gente inexperta en sitios insalubres, o a provocarse ellas mismas los abortos ya que muchos médicos no acceden a realizarlos, por miedo a las sanciones legales. Esto agrava la incidencia de mortalidad materna y de complicaciones secundarias post-abortivas (que disminuirían sensiblemente de poder efectuarse el aborto bajo otras condiciones). En segundo lugar, la atención de abortos sépticos en los servicios hospitalarios públicos del país tiene graves complicaciones económicas: se distraen muchos recursos de personal médico, camas, medicamentos, etc. La atención es más costosa y se lleva mayor tiempo que si la mujer pudiera recurrir directamente a los servicios de seguridad social. Esto repercute en la asignación de los recursos existentes - de por sí insuficientes -- que se desvían para atender los abortos sépticos, en vez de dirigirlos a mejorar servicios y ampliarlos a otras zonas que todavía carecen de la atención médica indispensable.

Otro aspecto de las implicaciones económicas del aborto es que su costo representa, en la mayoría de los casos, un problema para la economía familiar. La clandestini-

---

dad ha hecho del aborto un negocio lucrativo. Los médicos que lo operan justifican sus elevados honorarios por el riesgo que corren ( y el soborno que deben pagar a los funcionarios deshonestos). Es relativamente fácil hacerse practicar un aborto si se cuenta con el dinero necesario, lo que significa una grave injusticia: son precisamente las mujeres de clase baja las que con mayor frecuencia necesitan abortar, y las que más se arriesgan para realizarlo. En cambio, las de la clase media y alta están, en este como en tantos otros casos, en situación privilegiada: el dinero también les abre esta puerta.

A más largo plazo, la ilegalidad del aborto suscita otros problemas sociales, como el de los hijos no deseados, que se crían en condiciones desventajosas y suelen carecer de cariño, amor y cuidados. Ellos serán adultos que, por lo menos, tendrán una historia de inseguridad y conflictos.

La ley actual sobre el aborto no sólo ha sido incapaz de cumplir su cometido de proteger la vida, sino que, en forma indirecta fomenta situaciones de clandestinidad que la ponen en peligro, además de que exacerban la injusticia social.

## E T I O L O G I A   D E L   A B O R T O .

Es difícil definir las causas del aborto provocado, pero trataremos de hacerlo, apoyándonos en estudios sobre el tema.

A través de los pocos estudios que se conocen en nuestro país, se puede hacer una caracterización general de la mujer mexicana que más comúnmente recurre al aborto (según datos de 1968):

Casadas o que viven en unión libre 65%

Católicas .....86%

Madres de numerosos hijos.....70%

Mujeres de 26 a 40 años .....53%

Mujeres de bajo nivel educativo....68%

De ingresos familiares insuficientes o precarios 76%

Mujeres dedicadas a los servicios o a la industria 19%

" Los abortos permitidos por la ley dan apenas el 3.5% de los inducidos, lo cual arroja un abrumador 96.5% de abortos ilegales"

12

Igualmente los estudios coinciden en las principales razones que aduce la mujer para decidirse a abortar. En orden de importancia éstas son:

Número excesivo de hijos 52%

Deterioro de la situación económica familiar 27%

Existencia de conflictos conyugales 12%

Temor al rechazo familiar y de la sociedad ante la perspectiva de ser madre soltera 6%

Embarazo de alto riesgo en el que la vida de la mujer está en peligro 36%

Temor a un matrimonio forzado, falta de apoyo de la pareja y carencia de educación sexual y desconocimiento de los métodos anticonceptivos.



Las características generales de la mujer que aborta, y sus razones para ello, nos demuestran que, a diferencia de lo que suele pensarse no es la mujer de " mala reputación " la que acostumbra recurrir al aborto, sino la madre de familia cuya situación económica y social le impide mantener y educar un nuevo hijo.

Para provocarse un aborto, la mayoría suele recurrir en orden de importancia a:

Médicos.....	34%
Comadronas.....	19%
A ellas mismas.....	18.8%
A parteras.....	8.4%
A enfermeras.....	4.9%
A estudiantes de medicina....	0.4%

Es significativa la proporción de mujeres que ( por carencia de medios económicos ) se provocan solas un aborto, exponiendo gravemente su salud.

"Entre los métodos más usuales para abortar, destacan los:

legrados o raspados...	24.6%
la introducción intrauterina de cuerpos extraños, principalmente sondas, agujas de tejer, etc. ....	22.8%
la ingestión de infusiones de diversas hierbas con reputación abortiva..	14.4%
las inyecciones de soluciones salinas, jabón o avinagradas	13.9%
los medicamentos orales.....	6.6%
los ejercicios bruscos, golpes, etc. ....	2.9%"

13

Estos métodos con excepción de un legrado bien hecho , suelen ser muy peligrosos, más aún si se recuerda que

generalmente los aplican manos inexpertas y en condiciones antihigiénicas. En México se practica poco el método de "succión" que es el menos peligroso o dañino y más rápido cuando se realiza en las primeras ocho semanas de la gestación.

### FISIOPATOLOGIA DEL ABORTO.

"Cualesquiera que sea su causa, el aborto ocurre como resultado de la muerte del embrión, lo que acarrea una reducción en los esteroides placentarios debido a alteraciones en el trofoblasto. El bajo nivel de esteroides no logra mantener adecuadamente la vitalidad de la decidua, la cual se necrosa y da lugar a hemorragias y al desprendimiento gradual de la placenta. Finalmente, el útero se hace cada vez más irritable y termina por expulsar su contenido.

Por otra parte la decidua presenta en practicamente todos los casos, fenomenos de necrosis, hemorragia, trombosis e inflamación casi siempre secundarias a retención intrauterina. Las glándulas endometriales pueden mostrar el fenomeno de Arias/Stella. La placenta comúnmente muestra abundante depósito de fibrina y muy rara vez, otros tipos de "degeneraciones" placentarias"<sup>14</sup>

La hemorragia dentro de la decidua basal y las lesiones necróticas en los tejidos adyacentes a los hemorragicos normalmente acompañan al aborto. El óvulo se separa en parte o completamente y actuando como cuerpo extraño en el útero, estimula las contracciones uterinas que producen la expulsión. Cuando el saco es abierto, normalmente se encuentra líquido alrededor de un pequeño feto macerado o al-

ternativamente, puede no haber feto visible en el saco.

Las vellosidades de la placenta visualizadas al microscopio de disección, a menudo aparecen engrosadas y distendidas con líquido, asemejándose los extremos de las ramas de las vellosidades a pequeños sacos en forma de salchicha. Estas vellosidades llenas de líquido están sufriendo una degeneración hidatídica con la imbibición del líquido hístico.

" La mola sanguínea o carnosa: Es un huevo que está rodeado por una cápsula formada por sangre coagulada. La cápsula tiene un espesor variable con vellosidades coriónicas degeneradas, diseminadas en toda su extensión. La pequeña cavidad rellena de líquido, que aparece dentro de ella está comprimida y distorsionada por las gruesas paredes de sangre antigua. Este tipo de espécimen se da en los casos de aborto que se produce con bastante lentitud, se permite que la sangre se colecciona entre la decidua y el corión coagulándose y formando capas.

Mola tuberosa, huevo tuberculoso y hematoma subcorial tuberoso de la decidua son tres nombres que se emplean para designar la misma lesión. El rasgo característico es la presencia de un amnios con nódulos gruesos resultantes de la presencia de hematomas localizados, de tamaño variable, entre el amnios y la membrana coriónica.

En los abortos tardíos que aparecen después que el feto ha conseguido un tamaño considerable, son posibles diversos desenlaces. El feto retenido puede sufrir maceración. En tales circunstancias los huesos del cráneo se colapsan, el abdomen se distiende con un líquido teñido de sangre y todo el feto toma un color débilmente rojizo.

Al mismo tiempo la piel se reblandece y se desprende al tocarla ligeramente quedando los residuos por detrás del corión. Los órganos internos degeneran haciéndose friables y perdiendo su capacidad de admitir las tinciones histoló-

gicas habituales. El líquido amniótico puede ser absorbido cuando el feto es comprimido y desecado para formar fetus compressus. Ocasionalmente el feto se deseca y comprime tanto que parece pergamino, el llamado fetus papvreceus. Este último desenlace es bastante frecuente en el embarazo gemelar, si un feto ha muerto en un período precoz y el otro ha seguido hasta desarrollarse por completo!"

15

### D I A G N O S T I C O .

Para diagnosticar el aborto son de mucha importancia los datos consignados en la historia clínica, entre los que destacan:

Amenorrea

Sintomas de embarazo.

Sangrado: escaso, intermitente al principio, indoloro; posteriormente abundante con coágulos y acompañado de dolor.

Dolor: abdominal tipo cólico, en ocasiones se irradia a la región sacrolumbar.

Salida de líquido por vagina: ocurre en casos de aborto inevitable, en embarazos de 15 a 20 semanas.

Modificaciones cervicales: La cérvix se encuentra cerrada y formada en casos de amenaza de aborto, y semiborrada y dilatada en los abortos en evolución e incompletos.

Secreción Hematopurulenta fétida: en los casos de aborto séptico.

Expulsión de vesículas: se presenta cuando existe aborto de embarazo molar.

Falta de crecimiento uterino de acuerdo a amenorrea: en los casos de aborto diferido.

Para diagnosticar aborto siempre debe practicarse una exploración con espejo vaginal para visualizar el cérvix a fin de evitar confusiones diagnósticas.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico del aborto en sus diferentes formas clínicas puede confundirse con otras patologías como son:

Sangrado disfuncional de origen uterino.

Miomatosis uterina.

Pólipos endocervicales.

Carcinoma (Ca) cervicouterino.

Ectropión sangrante.

Embarazo ectópico.

Mola hidatidiforme, etc.

Sin embargo, para aclarar dudas en el diagnóstico, en ciertos casos puede ser útil realizar:

Prueba inmunológica de embarazo.

Cuantificación de gonadotropinas coriónicas.

Ecosonograma.

Radiografía simple de abdomen con la paciente en posición de pie buscando presencia de aire libre en la cavidad abdominal en caso de aborto séptico.

### T R A T A M I E N T O .

El buen resultado del tratamiento del aborto depende del diagnóstico precoz. Cada paciente debe ser explorada en forma completa (incluyendo un examen pélvico) y la historia clínica debe realizarse minuciosamente. Entre los estudios de laboratorio deben incluirse cultivos de moco cervical, para determinar patógenos en caso de infección, pruebas de sensibilidad a antibióticos, determinación de grupo

sanguíneo y pruebas cruzadas y una cuenta globular completa. La deficiencia tiroidea se investiga con las pruebas apropiadas.

Cada una de las formas clínicas del aborto requiere tratamiento especial; sin embargo, como medidas generales podemos mencionar:

Biometria hemática, grupo y Rh.

Canalizar vena con catéter.

Hidratación adecuada y transfusión en caso necesario.

Valoración anestésica.

Anestesia general o con bloqueo.

Aplicación de antibióticos en caso necesario previo al legrado.

Tratamiento quirúrgico específico en cada caso.

#### ABORTO INEVITABLE

Si en una fase precóz del embarazo se produce la expulsión repentina de líquido, que sugiere la rotura de las membranas, antes de que la paciente sangre o tenga dolor, puede ser colocada en cama y se mantendrá en observación a fin de controlar las pérdidas ulteriores de líquido, hemorragia, escalofríos o fiebre. Si después de 48 horas no ha habido un nuevo escape de líquido amniótico, ni hemorragia o dolor, y no ha habido fiebre, la paciente puede levantarse y, exceptuando cualquier forma de penetración vaginal, continuar sus actividades habituales. Pero si el derrame de líquido va acompañado de dolor y hemorragia, o si aparece fiebre, el aborto tiene que ser considerado inevitable. Hay que hospitalizar a la mujer, administrarle oxitocona, darle antibióticos si está febril y realizar legrado.

#### ABORTO INCOMPLETO.

En los casos de aborto incompleto, a menudo es innecesario dilatar el cuello antes del legrado. En muchos casos

el tejido placentario retenido simplemente descansa laxamente en el canal cervical y puede ser extraído a partir de un orificio cervical externo expuesto con el óvulo o con forceps anulares. La técnica por succión constituye una alternativa aceptable del legrado cortante para evacuar el útero, en especial si el procedimiento tiene que ser -- realizado sólo con anestesia local y una analgesia sistémica moderada, como la meperidina. Una paciente con un embarazo avanzado o que esté sangrando activamente tiene que ser hospitalizada, transfundida y sacar el tejido retenido sin demora.

La hemorragia por un aborto incompleto es ocasionalmente importante, pero raramente es fatal.

#### ABORTO DIFERIDO.

En este tipo de aborto el tratamiento es dilatación y legrado, aunque emocionalmente es muy penoso para la paciente y sus familiares. Además en ocasiones suele complicarse porque si por alguna causa el tratamiento se retrasara se presentan problemas de coagulación.

#### ABORTO HABITUAL.

Cuando se ha comprobado que por cérvix incompetente es que se presenta este problema, el tratamiento que se indicará sera quirúrgico. Este consiste en reforzar el cérvix debilitado por medio de algún tipo de sutura en bolsa de tabaco. Esto se realiza mejor después del primer trimestre, pero antes de alcanzar una dilatación de 4cm., si es posible.

La hemorragia y los calambres constituyen contraindicaciones para la cirugía.

Actualmente se utilizan dos tipos de operaciones para la mujer que ya esta embarazada. Una es un procedimiento muy

simple como recomienda Mc Donald y otra es la operación de Shirodkar, ambas han alcanzado tasas de éxito que se aproximan al 80%, en el caso de que la operación falle y aparezcan signos de aborto inminente, es urgente liberar la sutura de una vez, puesto que de no hacerse rápidamente, pueden producirse graves secuelas. En los casos satisfactorios después del procedimiento de Mc Donald, la sutura puede ser sacada de su lugar a las 38 ó 39 semanas para permitir que el parto progrese. Después de la operación de Shirodkar la sutura puede ser dejada en su lugar si se mantiene cubierta por mucosa, y puede realizarse una cesárea cerca del término (un plan diseñado para evitar la necesidad de repetir el procedimiento en embarazos subsiguientes). De otro modo se libera y se permite el parto vaginal.

#### P R O N O S T I C O :

Con excepción del cérvix incompetente, la tasa de curaciones aparentemente después de tres abortos oscilará entre el 70 y 85% independientemente del tratamiento utilizado, a menos que este sea abortivo por sí mismo. No existen pruebas de que la paciente que ha abortado habitualmente sea de riesgo elevado, cuando ella finalmente conduce su embarazo a término, o tiene un niño anormal.

#### TECNICAS PARA REALIZAR EL ABORTO. :

##### Quirúrgicas:

- I. Dilatación cervical y extirpación mecánica.
  - 1) Legrado.
  - 2) Aspiración al vacío( aspiración por succión)
- II. Laparotomía:
  - 1) Histerotomía.
  - 2) Histerectomía

##### MEDICAS:

- I. Oxitocina intravenosa.
- II. Líquidos hiperosmóticos intraamnióticos.



- 1) Solución salina al 20%.
- 2) Urea al 30%.
- 3) Dextrosa al 50%

### III. Prostaglandinas E<sub>2</sub>, F<sub>2a</sub> y derivados.

- 1) Inyección intraamniótica.
- 2) Inyección extraovular.
- 3) Inserciones vaginales.
- 4) Inyección parenteral.
- 5) Ingestión oral.

### IV. Combinaciones diversas de las anteriores.

## I . Q U I R U R G I C A S .

Los productos de la concepción pueden ser sacados quirúrgicamente a través de un cuello adecuadamente dilatado (Dilatación y Legrado), o transabdominalmente por histerotomía o histerectomía.

DILATACION Y LEGRADO: El aborto quirúrgico a través de la vagina es realizado dilatando el cérvix y sacando los productos de la concepción mecánicamente, o con la técnica introducida en fecha más reciente de aspiración al vacío (legrado por succión), o ambas. La probabilidad de perforación uterina, laceración cervical, hemorragia, remoción incompleta del feto o de la placenta e infección aumenta bruscamente a partir de la semana duodécima después del último período de menstruación normal, o diez semanas después de la ovulación. Por esta razón, la dilatación y legrado o la aspiración al vacío deben realizarse raramente si la duración del embarazo ha superado este límite.

Actualmente el legrado digito instrumental sigue siendo el método más utilizado en casi todos los países.

Para dilatar el cuello uterino, el médico introduce varias varas cilíndricas de metal (dilatadores de Hegar),

cada una algo mayor que la anterior. Cuando el cuello esta suficientemente dilatado, el médico puede introducir la cucharilla para el legrado.

Con este instrumento se raspan sistemáticamente las paredes del útero. El método requiere mucha habilidad técnica. El médico debe tener cuidado de no lesionar o perforar las paredes del útero que por el embarazo se han vuelto más blandas de lo normal.

En el legrado se observa un seis por ciento de complicaciones. Además de la perforación de útero, puede quedar dañado el cuello uterino; en ocasiones pueden aparecer infecciones del útero, de los ovarios o de las trompas.

Aspiración al vacío (aspiración por succión).

Se trata del método menos peligroso de interrumpir el embarazo. Sólo es posible dentro de las doce primeras semanas de gestación.

A través de la vagina el médico introduce una cánula curvada (cánula de Karman) en el útero. Esta cánula esta acoplada a una bomba de vacío con la cual se absorbe el contenido intrauterino, es decir el fruto, la placenta y la mucosa.

La anestesia que se emplea depende de la capacidad de dilatación del cuello uterino y del mes de embarazo en que se efectua la intervención. Si la mujer ya ha tenido hijos y el aborto se provoca en las primeras semanas, suele ser suficiente una anestesia local. Cuando el embarazo ya es de diez o doce semanas, algunos médicos realizan a continuación un legrado para asegurarse de que no queden restos de tejidos en el útero.

Con el método de la absorción sólo se observan complicaciones en un 4,2% de los casos.

### Histerectomía e Histeretomía:

En algunos casos, la histeretomía ó histerectomía abdominales para el aborto son preferibles a la dilatación y el legrado o la inducción médica. Si existe enfermedad uterina, a menudo la histerectomía proporciona el tratamiento ideal. Si tiene que realizarse la esterilización, tanto la histerotomía con interrupción de la continuidad tubarica como la histerectomía puede ser más aconsejable a su debido tiempo que el legrado o la inducción médica con resección parcial de trompas.

Las técnicas empleadas para la histerotomía son semejantes a las empleadas para la cesárea, excepto porque las inscisiones abdominales son apreciablemente menores. Si se prevé la reproducción ulterior, la inscisión uterina que permitira la retirada del feto y la placenta tiene que realizarse bien lejos del fondo uterino, y tiene que repararse cuidadosamente la herida uterina.

Después del aborto por histerotomía abdominal, es apreciable el potencial de rotura durante los embarazos subsiguientes, en especial el trabajo de parto. Por consiguiente la mayoría de los obstetras creen que en mujeres con histerotomías previas, la cesárea esta indicada para los partos obstetricos subsiguientes.

Algunos autores concluyen que la operación esta actualmente pasada de moda como método de rutina para terminar el embarazo.

## II. INDUCCION MEDICA DEL ABORTO.

Se han descubierto muy pocos fármacos abortivos eficaces, y al mismo tiempo seguros, pero en determinado momento muchas sustancias han sido empleadas por mujeres desesperadas por su embarazo. Muy a menudo el resultado fue una enfermedad sistémica grave e incluso la muerte, pero no el aborto.

Oxitocina: La oxitocina administrada intravenosamente durante el segundo trimestre raramente es eficaz para terminar el embarazo intacto de una mujer sana. Sin embargo en circunstancias de enfermedad materna grave, especialmente enfermedad vascular o enfermedades complicadas por hipoxia materna, es mucho más probable que la oxitocina intravenosa realice contracciones eficaces que consigan la evacuación del útero.

Una vez que el cérvix ha experimentado algún grado de borramiento y dilatación, espontáneamente o como consecuencia de algún otro producto como la prostaglandina, es mucho más probable que la oxitocina demuestre ser eficaz para evacuar el producto de la concepción.

Existen complicaciones por la utilización de la oxitocina. Si se administran volúmenes apreciables de una solución sin electrolitos junto con la oxitocina, puede desarrollarse una intoxicación hídrica. La ruptura del útero por oxitocina infundida durante la primera mitad del embarazo ha sido probada en mujeres de elevada paridad, pero es muy improbable. La rotura del istmo o del cérvix esta bien demostrada en los casos que se administró oxitocina después de la prostaglandina intraamniótica F<sub>2a</sub>. Un bolo de oxitocina intravenosa puede producir una hipotensión molesta.

#### Soluciones Hiperosmóticas intraamnióticas:

Para realizar el aborto durante el segundo trimestre, se ha inyectado una solución de dextrosa al 50%, una solución salina al 20% o 25%, o urea al 30 ó 40% en el saco amniótico para estimular las contracciones uterinas y la dilatación cervical. La utilización de la dextrosa hipertónica ha sido muy abandonada a causa de su relativa ineficiencia así como por la aparición ocasional de una infección grave, que incluya la sepsis por clostridium perfringens.

### Mecanismo de acción:

El mecanismo de acción de los productos hiperosmolares cuando son colocados en el saco amniótico no está claro, muy a menudo el feto se muere, aunque ello no explica su acción ni el que la dilatación miometrial por un volumen intrauterino aumentado sea un factor importante. Brunck y Gustavii han sugerido que la lesión de la decidua inducida por las sustancias hiperosmóticas libera prostaglandinas que provocan contracciones uterinas y dilatación cervical.

El índice de complicaciones es muy alto, aproximadamente 23.4 % de cada cien casos de los cuales 1.7% son graves.

Las muertes se han dado por :

- 1) Crisis hiperosmóticas después de la entrada de la solución salina hipertónica dentro de la circulación materna.
- 2) Insuficiencia cardíaca.
- 3) Shock séptico.
- 4) Peritonitis.
- 5) Hemorragia.
- 6) Coagulación intravascular diseminada.
- 7) Intoxicación hídrica.

### Prostaglandinas:

Las prostaglandinas  $E_2$ , y  $F_{2a}$  así como sus derivados están siendo ampliamente investigadas como abortivos. Se administran por vía oral y dentro del saco amniótico parenteralmente, extraovularmente y como supositorio colocado al lado del cérvix, se utilizan solas, o con oxitocina intravenosa, con inyecciones intraamnióticas de soluciones hipertónicas, con dilatadores de imbibición de laminaria y con el legrado.

Se trata de sustancias que entre otros efectos, pro-

voca contracciones artificiales del útero y después de unas veinte horas se produce el aborto. En las primeras semanas este método no es aplicable porque el embrión es demasiado pequeño para ser expulsado por las contracciones, por esta razón se emplea para provocar el aborto a partir de la decimocuarta semana del embarazo.

Es un método muy discutido, las mujeres lo califican de - muy doloroso - y los médicos opinan que las prostaglandinas pueden tener efectos secundarios importantes en bastantes casos, algunos problemas son:

Efectos sistémicos adversos , molestos.

Retraso de la evacuación de los productos de la concepción.

Evacuación incompleta de dichos productos.

Hemorragia.

Infección.

Laceración cervical y formación de fístulas.

Rotura de la bolsa amniótica:

Si todavía fuese necesario interrumpir el embarazo después de la decimoquinta o decimosexta semana, se puede provocar un aborto artificial mediante la rotura de la bolsa amniótica, en esta intervención se dilata igualmente el cuello uterino, introduciendo el médico, después unas pinzas alargadas con las que toma un pliego de la bolsa amniótica y la abre, el líquido amniótico sale y el feto muere. Normalmente se expulsa el producto espontáneamente de dos a ocho días después, se trata de un método muy arriesgado, por lo que se aplica sólo en casos muy excepcionales.

### COMPLICACIONES.

Cuando la mujer decide abortar, casi siempre recurre

a personas que carecen de conocimientos de la anatomía y funcionamiento de los órganos de reproducción, además de la falta de higiene, por lo que se expone a complicaciones, que dependen naturalmente del método empleado, pero pueden catalogarse en inmediatas, intermedias o tardías.

" En el primer grupo se encuentran la embolia de aire o de jabón cuando se usan soluciones intravaginales, y la hemorragia y el choque cuando se ha utilizado alguna instrumentación.

Las complicaciones intermedias, que son las más frecuentes, se presentan entre las 48 y las 72 horas y comprenden infecciones agudas generalizadas, que son especialmente graves si se deben a *C. welchii*, puede haber endocarditis bacteriana aguda y septicemia, insuficiencia renal y hemorragias debidas a retención de fragmentos de tejidos ovulares o ruptura del útero.

Dentro de las complicaciones tardías las más usuales son la piemia, la pelviperitonitis y la tromboflebitis con embolias pulmonares"<sup>16</sup>

También se corre el riesgo de que la mujer quede estéril, o con dificultad para embarazarse por tiempo indefinido a consecuencia de una oclusión tubaria ó de una cervicitis crónica.

Es fácil entender como todas estas complicaciones son generalmente graves y a menudo mortales, y a ello se debe que la mortalidad materna por abortos sea muy alta.

Se calcula que, de las mujeres que recurren en México al aborto, una tercera parte requiere hospitalización por complicaciones de infección y que éstas determinan una alta proporción de la alta mortalidad materna, aunque no se tienen datos globales.

Es decir uno de cada tres abortos presenta complica-

ciones serias y estos tomando en cuenta únicamente los casos en que las mujeres tienen derecho a los servicios de seguridad social. Indudablemente hay un gran número de muertes que no se registran en ningún hospital y cuando ocurren en otra parte, los certificados de defunción no atribuyen al aborto la causa de muerte.

" Los días-cama para una paciente por aborto o sus complicaciones son frecuentemente más que los utilizados en la atención de un parto normal; su costo oscila entre los \*" 3500 y 5000 pesos", por lo que el aborto representa una erogación anual de unos 300 millones de pesos para la seguridad social."

17

Es obvio que esta cifra se reduciría de manera tajante si la mujer pudiera recurrir a los servicios hospitalarios en primera instancia, y no cuando ya se ha presentado algún problema serio.

Ahora bien, el aborto no puede entenderse como un hecho aislado sino como uno más de los problemas derivados de la estructura sociocultural, económica y política de nuestro país.

---

\* Nota: Actualmente el costo oscila entre 40 000 y 180 000 por lo que la erogación anual por este rubro es de aproximadamente 4 000 millones de pesos, si no es que más.

17/ Acosta Mariclaire, et al., El Aborto en México. p . 20.



## ASISTENCIA DE ENFERMERIA.

Considerando que el problema del aborto provocado, es muy delicado en cuanto a cuestión emocional y biológica de la mujer y tomando en cuenta que la enfermera es la persona que más tiempo y acceso tiene con las pacientes, es su participación de suma importancia en los tres niveles de atención.

En lo que a Promoción de la salud se refiere, sabemos que tiene un gran campo de acción, puesto que educa y orienta a la paciente en cuanto a conocer y querer su cuerpo y cuidarlo, explicarle el proceso de la gestación, hablarle de los diferentes métodos anticonceptivos, etc.

En la Protección específica, se le puede hablar de algunos aspectos importantes, de los exámenes ginecológicos periódicos y su importancia, así como el momento oportuno de buscar atención médica, etc.

Diagnóstico temprano. Como lo hemos venido observando el hecho de una relación, es en muchas ocasiones algo no planeado, ni previsto y si a esto le aunamos el que tenga como resultado un embarazo, que logicamente sera no deseado la paciente tendra dos opciones : tener el hijo o abortar, tomaremos la segunda opción y veremos que la paciente va a acudir a nosotros y nuestro papel es darle apoyo psicológico y emocional, así como tratar de evitar que la paciente acuda a personas con escasos conocimientos para practicarse un aborto ilegal, ayudandola a considerar todas las alternativas de que dispone, así como los riesgos que puede correr al someterse a tal procedimiento.

En el Tratamiento oportuno: es difícil seguir una conducta en este caso, pero si laboramos en un lugar donde se

practiquen estos procedimientos a nivel hospitalario, colaboraremos en el procedimiento y vigilaremos el estado de conciencia y emocional de la paciente, así como la presencia de algún síntoma o signo de complicación.

Si no es ese el caso y se nos consultara por la presencia de síntomas o signos de aborto séptico, se remitira a un centro hospitalario y ya en el nuestra colaboración consistira en la exploración física, participación en el tratamiento de la complicación según sea el caso, medico ó quirúrgico, vigilancia en el pre-trans y postoperatorio, etc.

En la Limitación del daño: nuestras acciones estan encaminadas a explicarle a la paciente su estado, orientarla en cuanto a los métodos anticonceptivos, seguirle brindando apoyo psicológico y emocional, asistir al médico en la consulta de especialidad.

Rehabilitación. Orientación a la paciente para que se reintegre a su vida diaria y a su nucleo familiar.

Resumiendo vemos que nuestra participación es muy amplia, y si aparte consideramos que las personas nos tienen más confianza por el hecho de ser mujeres, creo que podemos tener más ingerencia para que estos casos sean menos cada vez.

Aparte de nuestra participación como profesionistas de la salud, tenemos participación a nivel social como ciudadanos responsables, y por nuestra preparación también a nivel cultural, educativo y formativo.

## HISTORIA NATURAL DEL ABORTO PROVOCADO

### AGENTE

- TRAUMATISMOS FISICOS EMOCIONALES
- TRAUMATISMOS PROVOCADOS POR OFENDENTES ACIDENTES
- SINDROMES MECANICOS QUE ACTUAN SOBRE MUCULATURA UTERINA SOLUCIONES AMORFAS, ANIMADAS, ETC
- PASTILAS O PONDAS A NIVEL TORCIDO (4)
- NATURALES: INFUSIONES CON HERBAS COMO RUDA, PÓVEDO, SOAFATE, CERRADO, PLATOTE HORADO, FLOR DE NOCHEBUENA, ETC.
- MECANICOS: SONAJE
- INSTRUMENTOS: ANULOS DE TEVER
- ANULOS, ETC

### HUESPED

- MUJERES EN ESTADO SANADO NO DESEADO
- EDAD 18-30 AÑOS
- RAZA: TODAS
- RASGOS FISICOS: DEFICIENTES
- NIVEL SOCIOECONOMICO BAJO
- MEDIO ALTO
- NIVEL CULTURAL: BAJO
- EDADES PSICOLÓGICAS: NEGROS, TEMOR, DEPRISION, ETC

### AMBIENTE

- CONDICIONES SANITARIAS DEFICIENTES
- EXPULSION DEMONSTRATIVA URBANA
- CONTAMINACION AMBIENTAL
- AMBIENTE CON PROBLEMATICA ECONOMICA Y LABORAL

EXPULSION DE VULVAS  
ABORTO EN EMBARAZO HOLATA

SECCION MENSTRUACION Y ETIA  
ABORTO SEPTICO

SE DETIENE EL CRECIMIENTO UTERINO  
NO HABERLO RELACION CON EL TIEMPO  
O LINDO DESTACIONAL  
ABORTO QUEROSO

ABORTO COMPLETO

MODIFICACIONES CEREBRALES QUE HAN  
A ESTAR CONDIGNAS AL TIPO DE  
ABORTO DE QUE SE TRATE

PERDIDAS VARIABLES HALLACA DE LUIGOSI  
RUTURA PRENATAL DE MEMBRANAS  
ABORTO INMUNITARIO

OLOR ABNORMAL TPO COLICO EN OCASIONES  
IRADUDDO A DOLOR SACROCRURAL

SANGREO LEVANTADO CON COAGULOS Y DOLORIDO  
ABORTO INCOMPLETO

SANGREO ESCASO, INTERMITENTE, HOLLADO  
LAMENTA DE ABORTO

ESTIMULO DESENCANTANTE  
MANIPULAS AGRESIVAS

MUJERES EN ESTADO SANADO NO DESEADO  
SECCION MENSTRUACION Y ETIA  
ABORTO SEPTICO  
SE DETIENE EL CRECIMIENTO UTERINO  
NO HABERLO RELACION CON EL TIEMPO  
O LINDO DESTACIONAL  
ABORTO QUEROSO

### COMPLICACIONES

- EMBOLIA DE AIRE O ABOR
- MEMBRANA: SANGRE HIPOVOLEMICO
- INFECCION AGUDA GENERALIZADA (SEPTICEMIA)
- SANGRE INTERSTICIAL - COAGULOPATIA POR CENDRO
- INSUFICIENCIA RENAL
- RUTURA DE TERO
- PNEUMIA
- PELVICOPROLITIS
- TROMBOEMBOLIAS CON ENFOCALIS PULMONARES
- INFERTILIDAD POR TIEMPO INDEFINIDO
  - POR OCLUSION TUBERIAL
  - POR CERVICITIS CRONICA
- ESTERILIDAD



HISTORIA CLINICA  
CURACION ESPONTANEA  
MEDICO TA - MEDICO  
DIETA

### PRIMER NIVEL DE PREVENCIÓN

- PROMOCION DE LA SALUD
- EDUCACION SANITARIA ORIENTADA AL PTE.
- ORIENTACION NUTRICIONAL
- ORIENTACION MEDICA
- EDUCACION SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA
- ORIENTACION PREMATRIMONIAL Y
- CONSEJO GENETICO
- PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VENEREAS

- PROTECCION ESPECIFICA**
- VISTA PERIODICA DEL MEDICO PARA
  - PROBAR INDICACIONES Y LIMITAR EL
  - USO DE MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS
  - QUE PUEDAN CAUSAR ALTERACION EN
  - EL PROCESO DEL EMBARAZO
  - NO EXPOSICION A FACTORES QUE PRE-
  - DISPONAN LA EXPULSION TEMPORAL
  - DEL PRODUCTO
  - PREVENCIÓN DE PROBLEMAS CONSEN-
  - TOS Y DEFECCIONES
  - HIGIENE DEL EMBARAZO
  - RELACION MADRE-NIÑO
  - PLANIFICACION FAMILIAR Y LA IMPOS-
  - TANCIA SOBRE EL INTERVALO INTER-
  - GENESICO
  - METODOS Y TECNICAS PARA EVITAR
  - EL EMBARAZO

### SEGUNDO NIVEL DE PREVENCIÓN

- DIAGNOSTICO TEMPRANO**
- ELABORACION DE UNA HISTORIA CLINICA
  - COMPLETA PRACTICANDO UN EXAMEN
  - FISICO COMPLETO
  - EXAMENES DE LABORATORIO: GENERALES,
  - TAP, TGO Y EAO.
  - ESPECIFICOS: PRUEBA INMUNOLOGICA DE
  - EMBARAZO, CUANTIFICACION DE GONADO-
  - TROPINAS
  - EXAMENES DE SANGRE ECGIOTURAMA,
  - DE URINEMIA
  - DE DIFERENCIAL CON OTROS ENFERMOS
  - SANGREO DISFUNCIONAL DE ORIGEN
  - UTERINO
  - HORMONAS UTERINA
  - POLIPOS ENDOCERVICIALES
  - CA. UTERINO
  - ESTERILIDAD SANANTE
  - EMBARAZO QUEROSO
  - MOLA HIDATIDIFORME, ETC.

- TRATAMIENTO OPORTUNO**
- TRATAMIENTO MEDICO
  - APOYO ABSOLUTO
  - MEDICACIONES PREVENTIVAS DEL
  - EMBARAZO ILLAESTRERO, COMO
  - DE HORMONAS EN EL CASO DE
  - ANEMIA DE ABORTO
  - HIGIENIZACION ADECUADA
  - VIGILANCIA DEL ESTADO DEL PA-
  - CIENTE Y VALORAR LOS CAMBIOS
  - VALOR SANGREO Y SANGRE VIVILES
  - DIETA BLANDA

### TERCER NIVEL DE PREVENCIÓN

- LIMITACION DEL DAÑO**
- LAS MUJERES DEBEN ATENDERSE DEPENDIENDO
  - DE LA FORMA CLINICA DEL ABORTO, PERO
  - POR LO GENERAL, SON
  - HOSPITALIZACION DE LA MUJERTE
  - HIGIENIZACION ADECUADA
  - PLANIFICACION EN CASO NEGATIVO
  - HIGIENIZACION ADECUADA
  - ANTIBIOTOTERAPIA
  - APLICACION DE OXIGENOS
  - TRATAMIENTO QUIMICO ESPECIFICO EN
  - CASO GASTO
  - L U I
  - ASPIRACION AL VACIO
  - HISTERECTOMIA
  - VIGILANCIA EN EL PRE, TRANS Y POST -
  - OPERATORIO
  - APOYO PSICOLOGICO LEPTICABLE SU -
  - ESTUDIO Y ABORTO AL MEDICO EN LAS
  - VISTAS, CURACIONES O CONSULTAS DE
  - ESPECIALIDAD

- REHABILITACION**
- EDUCACION SEXUAL
  - PROGRAMAS DE PLANIFICACION FAMILIAR
  - ORIENTACION AL PACIENTE SOBRE LOS
  - DIFERENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS
  - APOYO PSICOLOGICO
  - REINTEGRACION AL MEDIO AMBIENTE LA
  - BOMAL Y SOCIAL
  - CANALIZACION A PNECOLOGIA POR SI
  - HUBIEREN PROBLEMAS DE INFERTILIDAD
  - O ESTERILIDAD
  - ORIENTAR AL PACIENTE SOBRE LOS
  - METODOS Y ESTUDIOS DE LA COMUN-
  - TADA DE ESPECIALIDAD

NUMERIA HEMATICA LOS LEUCOCITOS EN  
SANGRE NOS INDICAN INFECCION  
E B O NOS INDICA UNA INFECCION TAM -  
BIEN POR LA PRESENCIA DE LEUCOCITOS  
O SANGRE EN URINA O PEGAR LA FUNCIÓN  
RENAL Y METABOLICA Y PREVENIR LA APA-  
RICION DE LA SANGRE HEMOSTASIA

HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

Ficha de identificación:

Nombre. A.M.G.A, 62 12 05/ 1 Servicio. U.T.Q.

Fecha de ingreso Diciembre 20 de 1985.

Edad. 23 años.

Sexo . Femenino.

Escolaridad. Comercio.

Ocupación : Secretaria.

Religión: Católica.

Nacionalidad: Mexicana.

Lugar de procedencia: Estado de México.

Domicilio: Col. Pantitlán , Cd. Netzahualcoyotl.  
Edo. de México.

PERFIL DEL PACIENTE:

Ambiente físico.

Habitación: con regular iluminación y ventilación, higiene adecuada, construcción de concreto, vivienda familiar, con tres recámaras, cocina y baño.

Servicios: Cuenta con agua potable intradomiciliaria. El control de basuras es por medio del -- servicio de limpia ó la quema . Cuenta con drenaje, iluminación pública deficiente, no esta pavimentado.

Vías de comunicación: Teléfono particular y públicos. Transporte; hay varias líneas camiones y colectivas.

Recursos para la salud: EL área cuenta con ISSSTE, IMSS., y médicos particula-

res.

Hábitos higiénicos.

Baño diario en regadera con cambio de ropa igual.

Aseo bucal 2 a 3 veces al día.

Alimentación: Regular en cantidad y calidad. No tiene un horario establecido para sus comidas y realiza dos comidas al día.

No tolera la leche, le provoca náuseas.

Le desagradan las verduras ( coliflor y zanahorias).

Eliminación vesical: 3-4 veces al día, características normales.

Eliminación intestinal: Sufre de estreñimiento, evacua cada 48 hrs. ó más con dificultad.

Sueño: Duerme seis u ocho horas, padece insomnio con frecuencia, su sueño es agitado, con frecuentes pesadillas.

Deportes: No práctica ninguno; su diversión o entretenimiento es leer y bailar.

Trabajo: Refiere que es de mucha responsabilidad y en ocasiones requiere más del tiempo normal.

Composición familiar:

Padre	50 años.	Lic. en Admón.	80% de A.e.
Madre	45 años.	Hogar	--
Hermana	28 años.	Empleada	25%
Hermano.	18 años.	Estudiante	--
Hermano	15 años.	Estudiante	--
Hijo	5 años.	Estudiante	--

DINAMICA FAMILIAR. Se lleva bien con sus hermanos pero con su mamá tiene problemas por su hijo, con su papá las relaciones son buenas.

Ella dice que su relación familiar no le satisface del todo pues ella admite que es de carácter fuerte y que es caprichosa.

**DINAMICA SOCIAL.** Regular, puesto que es introvertida, se puede decir que es en el trabajo en donde tiene mejores relaciones pero sólo con los de su departamento. Con otras secretarias no se lleva bien.

**COMPORTAMIENTO:** ( Conducta) El comportamiento de la paciente con el personal es adecuado, pero cuando se presenta su familia es un tanto agresiva, en ocasiones chantajista sobre todo con sus padres, puesto que ha intentado suicidarse dos ocasiones.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:**

Enfermedades respiratorias frecuentes.

Sarampión a los dos años.

Varicela a los cinco años.

Intento de suicidio(2) con tratamiento médico y psicológico.

Aborto con LIU. a los 20 años, sin complicaciones.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:**

Tabaquismo positivo 5-8 cigarros diarios.

Alcoholismo ocasional.

**ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLOGICOS:**

Tío materno fallecido por leucemia.

Abuela materna. Diabética.

Abuelo paterno. Ca. de próstata

Hermano con problemas de coagulación.

ANTECEDENTES GINECO- OBSTETRICOS;

Menarca 12 años, eumenorreica, 30x5.  
 V.S.A. 15 años, dispaurenia, 3 parejas  
 Gestas. III  
 Paras. I  
 Abortos II uno espontáneo y el otro  
 provocado ( actual ).

PADECIMIENTO ACTUAL.

Paciente del sexo femenino de 23 años de edad, acude a consulta por presentar intenso dolor abdominal tipo cólico, refiere escalofríos y escurrimiento hematópurulento por vagina, acompañado de dolor de cabeza, con antecedente de haberse realizado legrado uterino hace seis días.

La paciente refiere haber acudido con un médico para efectuarle legrado uterino, ya que anteriormente se había provocado aborto con infusión de hierbas con propiedad abortiva y algunos medicamentos de tipo calgluquina, con lo que tuvo sangrado y salida de coágulos, presentaba tres meses de retraso en la presencia de la última menstruación, confirmado el embarazo por medio de exámen de laboratorio, posteriormente acude con el mismo médico que le realizó el legrado tres días después dándole tratamiento a base de analgésicos, antibióticos y ergonovina, al no sentir mejoría acude con otro médico, el cual la canaliza al hospital para efectuarle legrado uterino instrumental..

Exploración Física:

Presenta fiebre de 39 °C, pulso 92 x' , T/A 140/90, pálida, bien orientada, intranquila, angustiada, abdomen blanco depresible doloroso a la palpación profunda, involución uterina a la altura de la cicatriz umbilical, al tacto ge-

nital se encuentra cuello uterino con una dilatación de 2 a 3 cms., con intenso dolor a la exploración y al movimiento de otros órganos genitales, con presencia de flujo fétido, de aspecto achocolatado con presencia de restos placentarios.

DX. MEDICO:

ABORTO SEPTICO INCOMPLETO.

Datos complementarios.

Exámenes de laboratorio.

Se tomaron muestras para Biometria hemática, Química sanguínea, E.G.O., pero al parecer los resultados se extraviarón, porque no se encontraron en su expediente, ni en el laboratorio.

PROBLEMAS DETECTADOS.

- 1 Aborto séptico incompleto.
  - a) Infección uterina.
  - b) Flujo fétido achocolatado.
  - c) Restos placentarios.
  - d) Fiebre.
  - e) Dolor.
- 2 Cefalea.
- 3 Angustia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente femenina de 23 años de edad, con características físicas del tipo pícnico, que presenta sintomatología característica de aborto séptico incompleto, la exploración física proporciona los siguientes datos:

Temp. 39<sup>o</sup>C, pulso 92x min., T/A 140/90, palidez de tegumentos, dolor a la palpación profunda, involución uterina a la altura de la cicatriz umbilical, dilatación de 2-3



centímetros, y dolor intenso al movimiento de otros órganos genitales, así como flujo fétido y presencia de restos placentarios .

La paciente esta emocionalmente angustiada e intranquila por su situación física y familiar, porque esto que le sucede le ocasiona problemas con sus padres, aparte ella se muestra y dice estar arrepentida.

PLAN DE ATENCION.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA,

Nombre de la paciente: A.M.G.A. 621205/1  
 Edad: 23 años.  
 Sexo: Femenino.  
 Servicio: Urgencias Ginecoobstetricas y Hospitalización.

Dx. DE ENFERMERIA: Paciente de 23 años de edad, que presenta infección uterina a consecuencia de un aborto séptico incompleto, presentando flujo fétido achocolatado, fiebre, cefalea, restos placentarios, aparte se detecta angustia e intranquilidad por la situación física y familiar por la que atraviesa y por los problemas que esto le puede ocasionar.

OBJETIVOS DEL PLAN EN BASE AL PROBLEMA:

- 1.= Participar y conocer la sintomatología, tratamiento y complicaciones de un aborto séptico.
- 2.- Aprender y comprender el manejo de una paciente con problemática de aborto séptico (provocado).
- 3.= Dilucidar y comprender los factores psico-emocionales y sociales que influyen para que una persona o/y pareja decida(n) interrumpir el embarazo.

PROBLEMA ABORTO SEPTICO INCOMPLETO ( PROVOCADO)

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: 1) La irrigación pélvica que ocurre en el útero favorece la  
 A) Infección uterina. propagación infecciosa por  
 FUND. CIENTIF. DEL PROB.

vía linfática y venosa durante el aborto se ve favorecida por la dilatación cervical, el sangrado y la presencia de restos placentarios en el interior de la cavidad uterina.

- 2) Suceptibilidad por acción esteroidea.
- 3) Un lecho placentario que favorece una amplia superficie de absorción y la presencia de bacterias gram negativas en cérvix y vagina.

- ACCIONES DE ENFERMERIA:
- 1) Ministrar hidratación por vía parenteral, canalizando vena con solución como ringer-lactato y en algunas ocasiones se utiliza la de dextrosa de alto peso molecular.
  - 2) Ministrar penicilina sódica cristalina 5 millones, I.V. diluida cada 4 hs. + 0.5gr. I.M. c/12hrs. así como vigilar reacciones y evolución.
  - 3) Aplicación de medios físicos para bajar la fiebre.
  - 4) Ministración de antitérmicos y analgésicos como la dipirona 1 amp. cada 12hrs. P.R.N.
  - 5) Control estricto de signos vitales.

## FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES:

- 1) Las soluciones a base de expansores del plasma mejoran la microcirculación, facilitando la hiperfusión tisular.
  - 1a) Cuando se utiliza la solución mixta se busca también que se pueda utilizar como vía de aplicación de otros medicamentos, como los antibióticos y los oxitocicos.
  - 1b) Cuando se utiliza también la dextrosa al 10 % en agua inyectable se busca que funcione como:  
Fuente parenteral de calorías,  
Para corregir la deshidratación.  
Para restituir electrolitos.
  - 1c) El dextran de alto peso molecular se utiliza cuando hay sospecha de coagulación intravascular diseminada.
- 2) La penicilina G sódica es un antibiótico tipo beta-lactámico que puede destruir a bacterias susceptibles, produciendo cambios morfológicos en las bacterias y también lisis.  
Se utiliza la penicilina sódica porque actúa sobre la membrana celular de las bacterias gram-negativas y la finalidad al usarla asociada a la Kanamicina es abarcar todas las posibilidades antimicro-

bianas.

- La kanamicina se utiliza o se administra a intervalos cortos de 4 hrs., por la rapidez con la que se excreta renalmente.
- La kanamicina es un aminoglucósido que tiene una rápida acción bactericida; actúa sobre el ribosoma bacteriano inhibiendo la síntesis de proteínas y disminuyendo la fidelidad de la traducción del código genético.  
La kanamicina tiene selectividad por los bacilos gram-negativos.

3) La aplicación de hielo ó compresas frías van a actuar activando el mecanismo de evaporación, para perder calor.

- Los centros termorreguladores se encuentran en el hipotálamo.
- Los receptores que se encuentran en la piel, también ayudan a regular la temperatura corporal.

4) La dipirona actúa sobre el centro termorregulador del sistema nervioso central, ocasionando aumento de la pérdida de calor por vasodilatación.

- El efecto antitérmico de la dipirona se explica por un mecanismo central inhibiendo la síntesis de prostaglandinas como mediadores químicos.

- El efecto analgésico de la dipirone se explica por un mecanismo de tipo central y periférico.

5) La alteración de los signos vitales nos indica que el organismo está expuesto a otros factores como la infección, etc., y la estabilización de estos indica la homeostasia del organismo.

**EVALUACION:**

La paciente respondió a las medidas terapéuticas y el cuadro nosológico fue cediendo, desapareciendo paulatinamente la sintomatología, así como mejorando en el aspecto físico.

**MANIFESTACION DEL PROBLEMA:**

B) Flujo fétido achocolatado.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROB.:** El flujo es la evacuación cuantiosa al exterior de un líquido, en este caso es patológico, que sale del cérvix y vagina.

**ACCIONES DE ENFERMERIA:** 1) Antibióticoterapia ya descrita en el punto anterior, puesto que el flujo es resultado de la infección.

2) Proporcionar a la paciente apósitos o toallas sanitarias para mantenerla seca y cómoda.

**FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES:**

2) La humedad favorece la aparición de eccemas o rosaduras de la piel, así como las dermatitis por acción química.

**EVALUACION:** El flujo transvaginal fue disminuyendo lo cual es importante, porque para nosotros era un indicador del estado de la paciente, y así pudimos valorar la respuesta a la terapéutica empleada.

**MANIFESTACION DEL PROBLEMA:**

C) Restos placentarios.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROB.**

El aborto incompleto se define como la expulsión de parte del producto de la concepción, quedando restos en la cavidad uterina.

**ACCIONES DE ENFERMERIA:**

- 1) Colaboración como ayudante en el L.U.I. o en su defecto colaboración como circulante.
- 2) Ministración de medicamentos.

**FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES:**

El L.U.I., es un procedimiento quirúrgico que requiere de una técnica aséptica y de la colaboración de los diferentes integrantes del equipo interdisciplinario de la salud.

**EVALUACION:** El L.U.I., se llevó a cabo encontrando escasos restos placentarios, se vigiló a la paciente que respondió bien.

**MANIFESTACION DEL PROBLEMA:**

D) Fiebre.

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:** Se presenta un estado morbo-  
consecutivo al aborto por la penetra-



ción en el organismo de diversos germenés y que presenta diversas formas más o menos graves desde la simple metritis a la infección purulenta y septicemia.

ACCIONES DE ENFERMERIA: 1) Ministración de antipiréticos y de antibióticos.

2) Control de temperatura por medios físicos (aplicación de bolsa de hielo ó compresas frías).

FUNDAMENTACION DE LAS ACCIONES:

1) La acción de los antipiréticos es contrarrestar la fiebre actuando a nivel central sobre el centro termorregulador del sistema nervioso central, ocasionando aumento de la pérdida de calor por vasodilatación.

- La acción de los antibióticos es destruir las bacterias actuando sobre la membrana de las mismas, así como sobre la información genética en ocasiones produciendo lisis por el efecto bactericida y/o bacteriostático del esquema utilizado.

2) La bolsa de hielo o las compresas frías actúan activando el mecanismo de evaporación para perder calor.

EVALUACION: La fiebre fue cediendo con el tratamiento médico.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA:

D) Dolor.

- FUNDAMENTACION CIENTIFICA: - Impresión experimentada por un órgano ó parte y transmitida al cerebro por los nervios sensitivos.
- Sinónimo de contracciones uterinas.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1) Ministración de analgésicos como: Acido Acetil Salicílico.  
Dipirona.  
Dextropropoxifeno.

Fundamentación Científica de las Acciones:

Los analgésicos son medicamentos que inhiben el dolor por medio de un mecanismo de tipo central, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas como mediadores químicos evitando que los receptores sensitivos actúen a nivel periférico.

EVALUACION : El dolor también fue disminuyendo aunque lentamente.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA:

E) - Cefalea.

- FUNDAMENTACION CIENTIFICA: 1) Cuando una persona tiene problemas se agudizan algunos síntomas( La cefalea puede ser de origen nervioso).
- 2) La tensión o preocupación puede presentarse en forma física en este caso como cefalea.

- ACCIONES DE ENFERMERIA: 1) Ministrar analgésicos.
- 2) Escuchar a la persona si es que ella quiere confiar en nosotros para aliviar su tensión hablando de su problemática.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA: 1) Los analgésicos son medicamentos que inhiben el dolor por medio de un mecanismo de tipo central, inhibiendo la síntesis de prostaglandinas como mediadores químicos evitando que los receptores sensitivos actuen a nivel periférico.

2) El ser humano tiene necesidades psicológicas.

3) La comunicación es una forma de terapia.

EVALUACION: La cefalea desaparecía cuando la paciente dormía, pero cuando estaba despierta la sentía. Sólo cuando supo que su situación física era estable y que su familia había hablado con el personal y que buscaba acercarse más a ella para que hubiese mayor comunicación, se notó que su sintomatología desapareció.

PROBLEMA : 2 ) ANGUSTIA.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA: Intranquilidad.

FUNDAMENTACION CIENTIFICA: Cuando se tienen temores y problemas y no se saben orientar o enfocarlos, resolverlos ó expresarlos se exteriorizan en

forma de intranquilidad y agitación mental,

**ACCIONES DE ENFERMERIA:** Apoyo Psicológico( Escuchar, orientar sobre las posibles resoluciones, hablar con los familiares para que juntos resuelvan o presten apoyo y atención a la persona que lo requiere(pte).

**FUNDAMENTACION CIENTIFICA:** El ser humano tiene necesidades de afecto, de atención y cuidados para desarrollarse sano en la esfera psicológica y social.

**EVALUACION:**

- En este punto se trata de ayudarla lo más que se pueda.
- Se habló con sus padres, los cuales estaban renuentes a colaborar, pero poco después cambiaron .
- Se sentía y se veía a la paciente aparentemente tranquila y con ánimos de regresar a su casa.
- Se le proporciona a la paciente y a su familia una orientación en cuanto a los diferentes métodos de planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos.

## CONCLUSIONES.

Nos hemos podido dar cuenta a través del trabajo que la problemática del aborto es muy frecuente en nuestro país y debido a su ilegalidad, se realiza en condiciones que ponen en peligro la salud y a menudo la vida de muchas mujeres. También sabemos que la situación económica y social sobre todo van a influir en el tipo de "atención y resolución" que se le da a un embarazo no deseado, porque es sabido que son las más pobres, las más desfavorecidas, teniendo que someterse a las prácticas más primitivas y por ende a las más peligrosas, en cambio las que tienen dinero suficiente pueden lograr un aborto en buenas condiciones.

Nuestra legislación se considera atrasada en este aspecto, en comparación con otras, por condenar el aborto y por las atenuantes que toma, porque para ser francos que se considera cuando se dice que una mujer tenga "mala fama", ya que es de todos conocido que la mujer que aborta, es la mujer madre de familia con dos, tres o cuatro hijos, que tiene problemas económicos, que ya no quiere tener más hijos porque ya no tiene con que mantenerlos.

No es nuestra intención estar a favor del aborto, pero si de entender la problemática y tratar de contribuir de alguna manera exponiendo nuestro sentir, después de haber revisado información.

Si consideramos que no existe un método anticonceptivo perfecto, esto es que nos de una seguridad del 100%, vemos que no queda otra alternativa que acudir al médico con el fin de obtener ayuda, es por eso que se pide se considere el aspecto psicológico, económico y social para modificar la ley. Si bien es cierto que da temor legislar el aborto porque se cree aumentaría el índice de los mismos, y es cierto,

según la experiencia de otros países, eso pasaría de entrada, pero posteriormente vendría la estabilidad.

Otro temor que se tiene es que disminuya el uso de anticonceptivos, pero no hay que dejar de hacer hincapié de que toda liberación del aborto debe ir precedida y acompañada necesariamente de una extensa campaña de Planificación Familiar, con asesoría médica, y sobre todo y antes que nada un PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION SEXUAL, con información completa sobre los distintos métodos de regulación natal y la posibilidad de un fácil acceso a ellos. Sólo así la mujer podrá tener un control de su propio cuerpo.

La mujer debe estar conciente que es mucho más que una "maquina de hacer hijos" que su justificación como ser humano no sólo se encuentra en el papel de madre.

Debe saber que tiene derecho a elegir, ante todo, entre dos alternativas: Tener hijos o no tenerlos; Si elige la primera tiene que estar conciente que es una responsabilidad muy seria que se llevará con plenitud y con alegría, como producto de una decisión conciente y libre.

Cuando la mujer tenga un control real de su fecundidad sabra que es capaz de :

Criar hijos en vez de dejarlos crecer;  
De amarlos, en vez de fabricarlos.

Pero mientras esto sucede, no podemos dejar de considerar que:

" EL ABORTO NO ES UN GUSTO, ES EL ULTIMO RECURSO" .

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

Acosta Mariclaire; et al,

El Aborto en México.

Archivo del Fondo 57

Ed. Fondo de Cultura Económico,

México 1976, pp. 81.

Aguilar Isidro, Cables Herminia.

La Madre y el Niño. Vol. I 15a. edición.

Editorial Safeliz, Madrid 1980, pp. 557.

Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS.

Ginecología y Obstetricia. 2a. edición.

Editorial Francisco Méndez Oteo, México 1985, pp.1001.

Asociación Nacional de Escuelas de Enfermería. A.C.

Proceso Atención de Enfermería.

A.N.E.E. México, 1976 pp68.

Atkinson, Murray.

Proceso de Atención de Enfermería.

Editorial El Manual Moderno, México 1985 pp. 141.

Baena Paz Guillermina.

Instrumentos de Investigación. 12a. edición.

Editores Mexicanos Unidos.

México 1984. pp. 134.

Beck, Alfred Charles.

Prácticas de Obstetricia en México.

Editorial La Prensa Médica Mexicana.

México 1974. pp. 847.

Benson Ralph C.  
Manual de Ginecología y Obstetricia. 5a. edición  
Editorial Manual Moderno.  
México 1979. pp. 730.

Berumen Patricia, et al.  
Carlota el mundo Clandestino del Aborto.  
Editorial Diana.  
México 1977. pp. 169.

Bethea, Doris.  
Enfermería Obstetrica. 2a. edición.  
Ed. Interamericana.  
México 1977 pp. 320.

Botella , Llusia.  
Tratado de Ginecología; Patología Obstetrica. 12a. edición  
ED. Barcelona España.  
España 1981 pp. 1013.

Brow, Francis J.  
Ginecología y Obstetricia.  
Ed. Interamericana.  
México 1974. pp. 977.

Greenhill, Friedman.  
Obstetricia.  
Ed. Interamericana,  
México 1977. pp. 818.

Jurado García, et al.  
El Feto y su ambiente.  
Editado por G.E.N. (Grupo de Estudios del Nacimiento A.C.)  
México , Noviembre 1983. pp.113.

Leslie McCary James.  
Sexualidad Humana. 2a. edición!



Ed. El Manual Moderno.  
México 1976, pp. 312.

Malka Pardo, et al.

El Libro Rojo del Aborto. 4a. edición.  
Costa- Amic Editores, S.A.  
México, 1983. pp. 127.

Marriner Ann.

El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque científico.  
Ed. El Manual Moderno.  
México 1983, pp. 325.

Mondragón Castro Hector.

Obstetricia Ilustrada.

Ed. Trillas.

México 1982., pp. 685.

Normark.

Principios Científicos aplicados a la Enfermería.

Ed. La Prensa Medica Mexicana.

México 1975. pp. 295.

Pelayo Correa.

Texto de patología. 2a. edición. 4a. reimposición.

Ed. Prensa Medica Mexicana.

México 1980. pp. 1162.

Phillips Barnes, Newton.

Fundamentos Científicos de la Obstetricia.

Ed. Científica Medica.

México 1982, pp.1107.

Pritchard A. Jack, et al.

Williams-Obstetricia. 2a. edición.

Salvat Mexicana de Ediciones.

México 1980 . pp. 967.

Sierra Teresa, -Cid Alfredo.

" El Aborto no es un gusto es el último recurso"

Tlamantini, Revista trimestral Año I, No. 3.

U.A.M. Unidad Xochimilco, México, sept. 1985. pp. 24.

Taylor Eduards.

Obstetricia de Beck . 2a. edición.

Ed. Interamericana.

México 1970, pp. 281.

Velázquez José M.

Curso Elemental de Psicología. 28a. edición.

Compañía General de Ediciones S.A.

México 1980. pp. 416.

Vera Gamboa, et al.

" Aborto incompleto: Características de las pacientes  
tratadas en el Hospital O' Haran de Mérida, Yucatán!"

Revista bimensual de Salud Pública de México. Vol. 27 No. 6

Nov. -Dic. 1985., pp. 107- 513.

Editada por S.S.A. México.

Yura H, Walsh M.B.

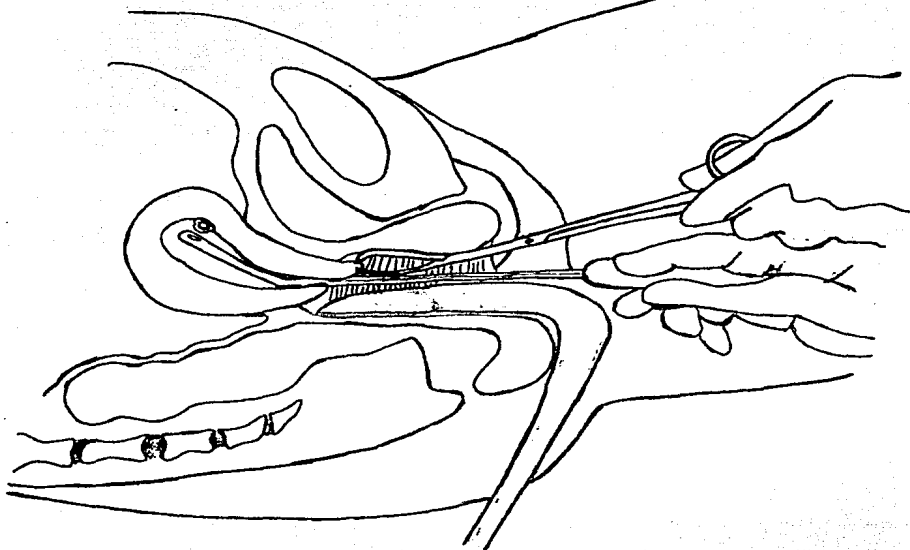
El Proceso de Enfermería: Valoración, Planificación, Im-  
plementación y Evaluación.

Versión española de C. Montuenga.

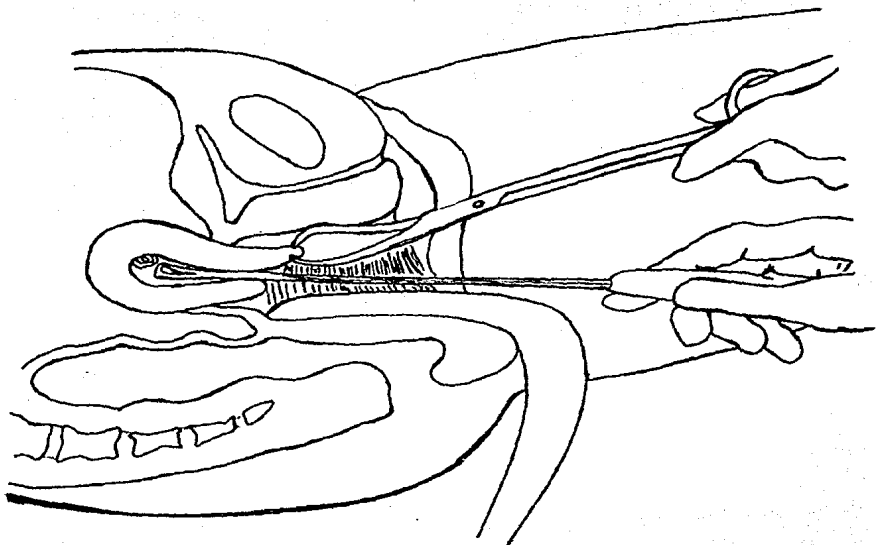
Ed. Alhambra S.A.

España 1982, pp. 222.

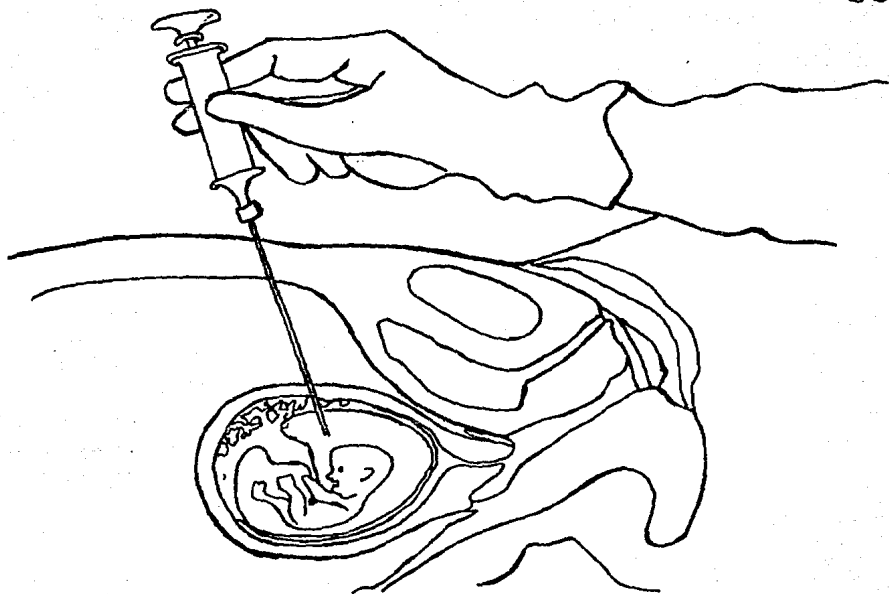
A  
N  
E  
X  
O  
S



ABSORCION UTERINA

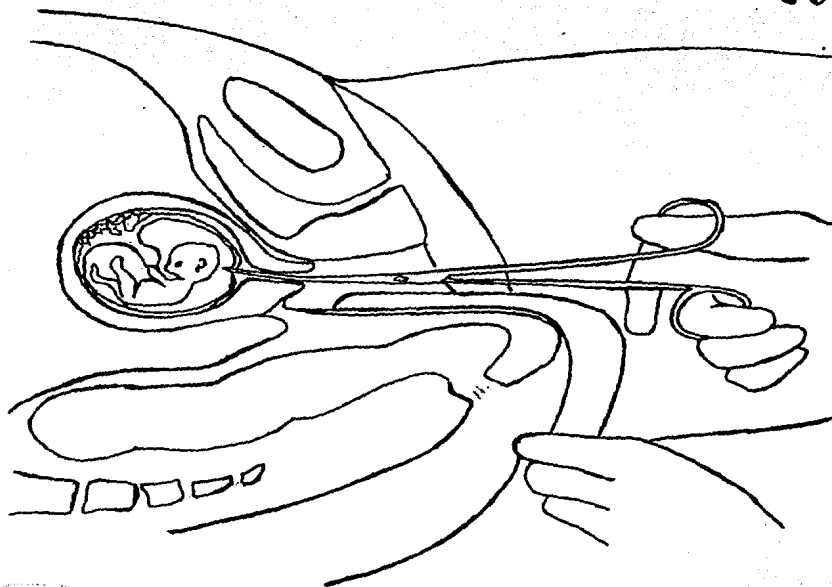


LEGRADO UTERINO



INYECCION.

INTRAUTERINA



ROTURA DE LA BOLSA AMNIOTICA

