

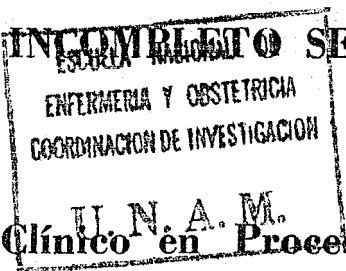
67  
Zej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Escuela Nacional de Enfermería  
y Obstetricia

## ABORTO INCOMPLETO SEPTICO



Estudio Clínico en Proceso de  
Atención de Enfermería  
Que para obtener el título de  
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

presenta

BLANCA ESTELA NARANJO ORTIZ



México, D F.

1986



## **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.

INTRODUCCION

I.	<u>MARCO TEORICO</u>	8
1.1	Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino	8
1.2	Morbilidad y mortalidad	23
1.3	Aborto	25
1.4	Etiología	26
1.5	Aborto incompleto séptico	39
1.6	Métodos de diagnóstico	43
1.7	Tratamiento	44
1.8	Complicaciones	48
1.9	Historia natural del aborto incompleto séptico	64
II.	<u>HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA</u>	68
2.1	Datos de identificación	68
2.2	Nivel y condiciones de vida	68
2.3	Problema actual o padecimiento	72
2.4	Exploración física	74
2.5	Datos complementarios	74

	Pág.
2.6 Diagnóstico de enfermería	76
III. <u>PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA</u>	77
CONCLUSIONES	100
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	
GLOSARIO DE TERMINOS	

## INTRODUCCION

El aborto es la expulsión del producto de la concepción antes de que el feto sea viable, por lo que se ha determinado como edad de viabilidad del feto la de 20 semanas, la mayoría de los abortos se producen entre la 8a. y 13a. semana del embarazo.

En América Latina y especialmente en las clases con menores recursos económicos, sus repercusiones son de magnitud enorme. En una encuesta realizada a 3 038 mujeres embarazadas, en Argentina se encontró que el 26.5% de los embarazos hubo aborto y que las 2/3 partes de ellos fueron provocados. En un estudio epidemiológico llevado a cabo en Chile, se demostró como en ese país el número de abortos ha aumentado progresivamente; de 12 963 en 1937 a 57 368 en 1960, y que, en el mismo período, mientras los partos aumentaron solamente de 1.7 veces, el aborto aumentó 4.4 veces más.

En una encuesta realizada a 1 890 mujeres en la ciudad de Santiago se logró comprobar que en ese grupo se habían producido 2 212 abortos; de ellos 1 394 fueron provocados. La mayor frecuencia de abortos se presentó en el grupo de mujeres de bajos ingresos económicos y con edades entre los 20 y los 34 años. Al calcular las tasas y aplicarlas a la población de Santiago fue posible estimar el número.

mero de abortos en 4 900 para 1962, lo cual da una idea de la magnitud del problema, que es aún más grave si se tiene en cuenta que el 77% de los abortos provocados evolucionaron fuera del hospital.

Resultados semejantes se han obtenido entrevistando a cerca de 4 000 mujeres en Santiago, en México al igual que en Guatemala se ha encontrado que el aborto provocado tiene características semejantes a las halladas en Chile.

Enfocando el aborto como problema asistencial, en un estudio llevado a cabo en varios hospitales de Chile, se demostró que el aborto contribuyó con el 8.1% del total de egresos del Servicio Nacional de Salud y que representó el 35% del total de intervenciones quirúrgicas en servicios obstétricos.

Al mismo tiempo, en los servicios de urgencias el aborto significó el 41.6% de los egresos generales y el 26.77% del volumen total de sangre transfundida. En un estudio sobre abortos sépticos en el Instituto Materno Infantil de Bogotá se encontró que de un total de 29 754 ingresos por embarazos en 1965 a 1966, 5 738 correspondieron a abortos, de los cuales el 87% eran provocados.

Las maniobras abortivas dieron lugar a 388 abortos sépticos y a 17 muertes maternas por septicemia; estas defunciones correspondieron

al 30% de todas las muertes maternas ocurridas en el hospital durante el mismo lapso. Si se exceptúan los escasos abortos terapéuticos, los demás abortos provocados pertenecen a la categoría de abortos criminales y que, en esta forma, constituyen un capítulo importante en la medicina legal. Las complicaciones de los abortos criminales dependen del método empleado, pero pueden catalogarse en: inmediatas, intermedias y tardías.

En el primer grupo se encuentran las embolias, hemorragias y choque, las complicaciones intermedias que son las más frecuentes, se presentan entre las 48 y 72 horas y comprenden infecciones agudas y septicemia, insuficiencia renal y hemorragia, debido a retención de fragmentos de tejidos ovulares o ruptura uterina; dentro de las complicaciones tardías las más usuales son la pelviperitonitis y la tromboflebitis con embolias pulmonares.

Todos estos datos demuestran que en los países latinoamericanos, de bido en gran parte a la ignorancia y al bajo nivel socioeconómico de la población en general, el aborto provocado con todas sus peligrosas consecuencias, es un método de control de la natalidad frecuentemente utilizado y que es imperioso que las entidades de la salud en los diversos países realicen campañas en favor de la planificación fami-

liar y de la paternidad responsable, con el fin de disminuir las tasas de abortos provocados y la gran morbilidad que ellos ocasionan.

1/

El término aborto indica la terminación del embarazo antes de que sea viable el feto (menor de 500 gramos), y por lo regular antes de la vigésima semana de la gestación. El aborto incompleto es la expulsión parcial del producto de la concepción, pero no completa, la hemorragia persiste hasta que se vacía el útero.

Diversos investigadores han estimado la frecuencia de abortos en cifras que van de 10 a 40% en promedio 20% de todos los embarazos. De 10 a 12% de todos los embarazos diagnosticados terminan por aborto espontáneo y es posible que otros embarazos terminen en fecha mucho muy temprano sin haber sido diagnosticados o advertidos. Prácticamente el 75% se hacen en el segundo y tercer mes y menos del 10% en el cuarto mes.<sup>2/</sup>

El feto y la placenta son susceptibles de ser expulsados en los abortos que ocurren antes de la décima semana y separadamente, después. Cuando la placenta queda retenida en su totalidad o en parte,

---

1/ Pelayo Correa, et.al.; Textos de patología, p. 986.

2/ McLennan, Charles E.; Compendio de obstetricia, pp. 212-213.



se produce hemorragia más o menos tarde, siendo éste el principal y a menudo el único signo de aborto incompleto. En los casos de aborto incompleto, a menudo es innecesario dilatar el cuello antes del legrado. Una paciente que esté sangrando activamente tiene que ser hospitalizada, hay que determinar su grupo sanguíneo para la transfusión y sacar el tejido retenido sin retraso, la hemorragia raramente es fatal.

Las complicaciones graves del aborto muy a menudo, aunque no siempre, se han asociado al aborto criminal, la hemorragia grave, la sépsis, la insuficiencia renal aguda y el shock bacteriano; se han desarrollado en asociación al aborto legal pero con una frecuencia muy inferior. En ocasiones la infección es confinada al útero en forma de metritis, aunque la parametritis, peritonitis (localizada o generalizada) e incluso la septicemia no son raras de ningún modo.

El tratamiento de la infección incluye la evacuación diligente del producto de la concepción, aunque las infecciones ligeras pueden tratarse con antibióticos de amplio espectro, cualquier infección grave tiene que ser atacada desde el principio.<sup>3/</sup>

Si el feto ha sido expulsado y si hay signos de fragmentación de la

---

<sup>3/</sup> Williams, et.al.; Obstetricia, p. 483.

placenta, casi siempre se necesitará del raspado para cohibir la hemorragia ininterrumpida. Si no hay signos de fragmentación, suele ser posible la expulsión de la placenta intacta si se alterna la administración de 10 unidades de oxitocina por vía intramuscular y de 0.2 mg. de ergonovina intramuscular cada 30' por un total de 3:30' (4 dosis de cada una).<sup>4/</sup>

Dentro de las consecuencias tardías del aborto, es evidente que la mortalidad y una grave morbilidad maternas han seguido a algunos abortos electivos. El aborto realizado por legrado antes de la 13a. semana de gestación, se asoció a una tasa de mortalidad materna de 1 por cada 35 000 abortos, comparada con 1 por cada 4 700 cuando los abortos se realizaban durante el segundo trimestre.

El aborto demostró ser fatal una vez por cada 5 100 abortos salinos y 1 vez en cada 370 realizados por histerectomía, la ruptura uterina después de la histeretomía. y menos a menudo después de la perforación uterina inadvertida en el momento del aborto.<sup>5/</sup>

#### Campo de la investigación:

El estudio clínico se llevó a cabo en el Hospital General de Zona nú

4/ McLennan, Charles E.; op.cit., p. 219.

5/ Williams; op.cit., p. 497

mero 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el servicio de Ginecología, ubicado en el primer piso, ala B, en una paciente con aborto incompleto séptico.

## I. MARCO TEORICO

### 1.1 Generalidades de anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.

Podemos dividir los órganos del aparato genital femenino en dos grupos: internos, que comprenden el útero, trompas y ovarios; y, externos, que incluyen a la vulva y vagina.

Vulva:

La vulva que representa la parte externa del aparato genital, es una estructura compleja formada por los elementos siguientes.

1. Labios mayores
2. Labios menores
3. Pubis o Monte de Venus
4. Clítoris
5. Vestíbulo
6. Meato urinario
7. Orificio vaginal
8. Himen
9. Glándulas de Bartholin

### Labios mayores:

Son dos pliegues longitudinales salientes, formados por tejido adiposo recubierto de piel. Antes de la pubertad, la vulva ofrece un aspecto más bien plano y los labios menores son mucho más prominentes que los mayores.

Después de la pubertad se extienden hacia atrás en dirección del perineo. Si los separamos en la parte posterior podemos observar una comisura ligeramente saliente, la horquilla. La cara externa de los labios presenta gran cantidad de vellosidades.<sup>6/</sup>

La irrigación de los labios mayores se deriva de la arteria pudenda interna a través de su rama labial posterior, y de una pequeña rama de la arteria obturatriz. La inervación está dada por el nervio labial posterior que se origina en la rama perineal del nervio sacro.

7/

### Labios menores:

Los labios menores son dos pliegues hiperpigmentados, de dirección anteroposterior, que ocupan los dos tercios anteriores de la distan-

---

6/ Novak, Edmundo R.; et.al.; Tratado de Ginecología, p. 1

7/ Hospital Juárez, S.S.A.; "Atención de enfermería en la UCI a la paciente gineco-obstetra", p. 12.

tancia que separa el clítoris del perineo. La piel que cubre los labios está desprovista de folículos pilosos, pero es muy rica en glándulas sebáceas. Contienen muchos espacios venosos y gran cantidad de fibras musculares lisas. La irrigación se deriva de los vasos labiales y de la arteria dorsal del clítoris, rama terminal de la arteria pudenda interna, la inervación es la misma de los labios mayores.

#### Monte de Venus:

Es un cúmulo de grasa situado inmediatamente por encima de la sínfisis del pubis, en la parte más inferior de la pared abdominal anterior y cubierto de vellosidades que se extienden hacia los pliegues que separan los músculos del perineo, el límite superior de esta pilosidad es habitualmente horizontal.

#### Clítoris:

El clítoris es un pequeño órgano eréctil de forma cilíndrica, tiene un glánde, un cuerpo y dos raíces. El glánde tiene un diámetro aproximado de 6 a 8 mm., es la única porción del órgano que resulta visible desde el exterior. Está formado por tejido eréctil, en el que abundan canales venosos grandes y pequeños, rodeados de gran

cantidad de fibras musculares lisas. Tiene abundantes terminaciones nerviosas y es extraordinariamente sensible.

#### Vestíbulo:

Es un espacio situado por dentro de los labios menores, en él se encuentra el orificio vaginal y por delante de éste el meato urinario.

En la mujer virgen el orificio se encuentra parcialmente ocluido por el himen, membrana algo rígida formada por el tejido conectivo firme y cubierta a ambos lados por un epitelio escamoso estratificado.

#### Meato urinario:

Es el pequeño orificio externo de la uretra, tiene forma triangular o de hendidura, Inmediatamente por debajo de la porción externa del meato se hallan los orificios de los conductos yuxtauretrales o de Skene, que siguen un trayecto tortuoso y paralelo a la uretra.

#### Orificio vaginal:

El orificio vaginal está parcialmente cerrado -sólo en la raza humana- por una membrana gruesa y elástica; el himen, dotada de una perforación de forma variable y con mayor o menor posibilidad de dilatación, que permite la expulsión del flujo sanguíneo de las reglas.

#### Glándulas de Bartholin:

Son glándulas arracimadas, en forma de lóbulos, que se encuentran a cada lado del orificio vaginal cerca de su parte media, profundamente situadas en las estructuras perineales.

El conducto principal de la glándula está tapizada por un epitelio es tratificado de transición, que termina a corta distancia del orificio. La función de la glándula consiste en secretar moco, con objeto de lubricar el orificio y el conducto vaginal, especialmente durante el coito.

Sin embargo, la mayor parte de esta lubricación proviene de la trasudación de líquido a través de la mucosa vaginal durante la excitación.

#### Vagina:

La vagina es un conducto musculomembranoso que une la vulva al útero. Tiene unos 9 ó 10 centímetros de longitud, la mucosa vaginal tiene color rosado oscuro y se encuentra tapizada por un epitelio escamoso estratificado, en el cual se proyecta gran número de diminutas papilas subepiteliales del tejido fibroso subyacente.



### Cuello uterino:

Una ligera constricción externa que corresponde a la región del orificio interno, separa el cuello uterino, del cuerpo. La porción supravaginal del cuello es la que se encuentra por encima de la vagina; se proyecta en ésta y constituye la porción vaginal; el conducto cervical es fusiforme. Termina por debajo en el orificio externo, pequeña abertura de forma redondeada o de hendidura transversal que mide por término medio, en las nulíparas, unos 5 mm. de diámetro. Por su extremidad superior el conducto cervical comunica con la cavidad uterina a través de un orificio estrecho llamado orificio interno.

La mucosa que cubre la superficie externa o vaginal y que es continuación de la que recubre la vagina, pertenece al tipo escamoso estratificado.

La fúncula muscular del cuello está bien desarrollada en la región del orificio interno, pero por debajo de la misma va disminuyendo progresivamente, de manera que en la porción cervical inferior sólo hay una delgada capa, al tiempo que el tejido conectivo aumenta proporcionalmente.

**Utero:**

El útero es un órgano hueco, de gruesas paredes musculares y situado en la pelvis, entre la vejiga (por delante) y el recto (por detrás). Forma un ángulo casi recto con la vagina y con la vejiga en la parte anteroinferior.

Es piriforme y mide en la multipara alrededor de 8 a 9 centímetros de longitud, 6 centímetros en su parte más ancha y unos 4 centímetros de espesor. Puede dividirse en cuerpo y cuello.

La porción superior del cuerpo, que tiene la forma de cúpula, se denomina fondo; el ángulo que marca a uno y otro lados, el origen aparente de las trompas, recibe el nombre de cuerno. La cavidad uterina es más bien cónica, con la base arriba del fondo y el vértice, que corresponde al pequeño orificio interno, comunicando con el conducto cervical. Exteriormente el cuerpo uterino se halla cubierto de peritoneo.

La mucosa del cuerpo uterino recibe el nombre de endometrio. Varía de grosor según la persona, acentuándose más aún dichas variaciones durante las distintas fases del ciclo menstrual. Es más delgado después de la menstruación, pero aumenta gradualmente su espesor hasta poco antes de presentarse la nueva menstruación.

El estroma está constituido por un tejido conectivo formado por una masa homogénea de pequeñas células con núcleos redondeados, casi desprovistas de citoplasma en las primeras fases del ciclo. Dos redes vasculares. Las arteriolas espirales y las basales, irrigan el endometrio. Las arteriolas basales son los vasos nutricios principales, que irrigan especialmente las capas basales. Las arteriolas espirales, por otra parte, juegan un papel importante en el mecanismo del ciclo menstrual, sobre todo en la hemorragia catamenial.

La túnica muscular del útero está formada por fibras entrecruzadas de musculatura lisa. La túnica serosa la forma el peritoneo, que cubre todo el cuerpo uterino.

Ligamentos del útero:

Son tres de cada lado:

Ligamentos anchos, que se encuentran formados por una hoja de peritoneo que se extiende de adentro hacia afuera desde la superficie lateral del útero hasta la pared pelviana. El borde superior del ligamento ancho envuelve la trompa de Falopio y por fuera de ella se prolonga hasta la pared pelviana, constituyendo el ligamento infundibulopélvico, el ligamento ancho se dirige hacia abajo para cubrir el

ligamento redondo, esta porción constituye una especie de mesenterio tubárico, que no es sino el mesosalpinx.

Este ligamento se engruesa en el borde inferior, con una condensación de tejido conectivo y de algunas fibras musculares, formando una especie de banda; el ligamento cardinal o ligamento transverso de Mackenrodt.

#### Ligamentos uterosacros:

Son pliegues peritoneales que contienen además de tejido conectivo, gran cantidad de fibras musculares lisas. Nacen a cada lado de la pared posterior del útero a nivel del orificio interno y se dirigen hacia atrás hasta llegar al recto.

#### Ligamentos redondos:

Son dos bandas musculares, redondeadas que nacen a cada lado de la pared lateral del fondo. Se dirigen hacia afuera, entre las dos hojas del ligamento ancho. El grosor de los ligamentos redondos es muy variable, mide por término medio 5 ó 6 mm. Están formados por fibras musculares lisas, que se continúan con las del útero; su función sería evitar el desplazamiento del útero hacia atrás.

El útero recibe sangre a través de las arterias ováricas y uterina. La primera nace de la aorta abdominal. Desciende pasando por detrás del peritoneo, hasta el ligamento infundibulopélvico, a través del cual alcanza el mesosalpinx para irrigar la trompa y ovario.

La arteria uterina nace de la rama anterior de la hipogástrica, alcanzando el útero después de atravesar el parametrio. A 1.5 ó 2 centímetros, por fuera del cuello asciende y termina anastomosándose con la ovárica. Al incurvarse hacia arriba a nivel de la porción cervicovaginal, está en estrecha relación con el ureter que, colocado por detrás de la arteria, se dirige hacia abajo y adentro para alcanzar la vejiga.

#### Inervación de los genitales femeninos:

Las vías genitales femeninas están inervadas por los nervios raquídeos y los del sistema neurovegetativo. Diversas fibras simpáticas y parasimpáticas del sistema neurovegetativo por debajo de la bifurcación aórtica forman el plexo hipogástrico superior o nervio presacro, la principal inervación del útero.

El nervio pudendo del sistema nervioso raquídeo, es la fuente principal de activación motora y sensitiva de las vías genitales inferiores.

### Trompas de Falopio:

Las trompas son dos conductos musculomembranosos que transportan los óvulos desde el ovario hasta el útero. Tienen 11 ó 12 centímetros de longitud y, desde el punto de vista descriptivo, pueden dividirse entre cuatro partes:

1. La porción intersticial es la parte estrecha incluida en la pared muscular del útero, la trompa penetra para llegar a la cavidad uterina.
2. El istmo es la porción estrechada de la trompa próxima a la inserción de ésta en el cuerpo uterino.
3. La ampolla es la parte media, más ensanchada.
4. El tercio distal constituye el pabellón, que es infundibuliforme y cuyo pequeño orificio se encuentra rodeado de franjas terminadas en puntas o fimbrias.

Histológicamente la trompa consta de tres túnicas: 1) la serosa, formada por peritoneo que rodea el borde superior del ligamento ancho; 2) la muscular, que se dispone casi en su totalidad en una capa interna circular y una capa externa longitudinal; y, 3) mucosa o endosalpinx, que se dispone en pliegues o arrugas longitudinales.

El epitelio de revestimiento está formado por una sola capa de células que descansan sobre una ténica propia más bien celular. Al igual que el epitelio uterino, el tubárico experimenta modificaciones cíclicas definidas.

#### Ovarios:

Los ovarios o glándulas genitales de la mujer son dos formaciones ovoides, situadas a cada lado de la pelvis, por debajo de las trompas. Miden alrededor de 3.5 x 2 x 1.5 centímetros. Por delante los ovarios descansan en la cara posterior del ligamento ancho. La superficie externa del ovario es mate, blanquesina y opaca. En la niña es lisa, en la mujer adulta presenta cicatrices que corresponden a las distintas ovulaciones, y en la anciana toma aspecto rugoso.

El ovario se encuentra unido al útero por el ligamento ovárico.

El ovario está constituido por dos clases de tejidos; la zona central o medular, particularmente rica en vasos, sirve para nutrir la glándula, mientras que la zona cortical, periférica, contiene los óvulos no maduros (todos los óvulos, unos 400 000, están formados desde el inicio de la vida de la mujer), de los cuales sólo unos pocos alcanzarán la madurez, es decir, la ovulación, a razón de uno mensual desde la pubertad hasta la menopausia (salvo durante los embrazos). 8/

### Fisiología:

Las funciones sexuales y reproductivas de la mujer pueden dividirse en dos fases principales; preparar el cuerpo para la concepción y gestación.

Los órganos de la reproducción femenina, desempeñan un papel importante, ya que dan a la mujer los caracteres sexuales secundarios, tanto mentales como físicos.

### Organos genitales externos:

Protegen contra la infección y efectúan la función copulativa.

El pubis o Monte de Venus es el primer elemento de defensa a la epidermis.

Los labios mayores o menores, con su normal contracción protegen contra la infección y también lo hacen contra el dolor a las zonas sensibles.

El clítoris, gracias a su inervación, es particularmente perceptivo a las sensaciones sexuales, que se transmiten a la médula por los nervios pudendos y el plexo sacro hasta el cerebro, dando lugar al orgasmo. Esto tiene importancia en la fecundación, porque la con-



tracción rítmica que aquí se produce, repercute en el útero y las trompas durante el orgasmo y hace que se transporte más fácilmente el esperma hacia el óvulo maduro, facilitando la fecundación.

Las glándulas de Bartholin alcanzan su máximo desarrollo en la edad adulta y se atrofian en la vejez. Liberan una secreción mucosa que lubrica rápidamente la vagina de la mujer excitada, como resultado de una trasudación que afecta a todo el tubo vaginal.

La vagina, dado que se comunica fácilmente con el exterior, es puerta de entrada a gérmenes, las infecciones disminuyen debido a la secreción vaginal. Esta autodefensa se ejerce, gracias al bacilo de Doderlein, que realiza función microbocida por la acidez que comunica al conducto vaginal. La vagina es el órgano de la cópula y sirve de paso al fluido menstrual y al producto de la concepción en el parto.

Las glándulas mamarias son los órganos encargados de secretar leche. Se desarrollan en la pubertad, aumentando su volumen con la edad y antes de la menstruación incrementa su tamaño, al igual durante el embarazo, conservando su hipertrofia durante la lactancia. Asimismo, sufren regresión después de la menstruación, durante el reposo reproductivo y se atrofian con la menopausia.

### Organos genitales internos:

El cuello uterino es importante durante el embarazo que se cierra por medio de un tapón mucoso que protege de infecciones al producto hasta su desarrollo gestacional, produce secreción en el momento de la ovulación a través de su epitelio, haciendo que el moco cervical sea fluido y filante.

### Utero:

Recibe y aloja al huevo fecundado hasta su evolución y expulsión; cuando no se ha efectuado la fecundación, elimina el material innecesario a través de la menstruación el útero sufre modificaciones durante el embarazo, ya que existe hipertrofia e hiperplasia.

### Trompas de Falopio:

Tienen un papel importante en la fecundación, ya que el contacto del óvulo con el espermatozoide, se realiza en el tercio externo de la trompa, transporta el óvulo maduro o huevo a la cavidad uterina, gracias al peristaltismo producido por los músculos de ésta.

### Ovarios:

Son glándulas que tienen una doble secreción; la secreción externa

es la producción del gameto hembra, el óvulo, que es expulsado a razón de uno por mes, tras la rotura del folículo, el cual se transforma en cuerpo amarillo.

La secreción interna u hormonal es doble. Las hormonas secretadas son la foliculina, hormona del folículo y la progesterona, hormona del cuerpo amarillo. Estas hormonas son las responsables de los caracteres sexuales secundarios.<sup>9/</sup>

## 1.2 Morbilidad y mortalidad.

En casi todos los hospitales del 10 al 12% de los casos atendidos son abortos, dependiendo del tipo de la institución. Puesto que la mayoría de las mujeres sólo buscan atención hospitalaria cuando surgen complicaciones, ya sea en el parto o en el aborto, la proporción de 1:5 se refiere más bien a partos y abortos complicados.

De acuerdo con los datos de los últimos cinco años de los tres hospitales de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social del Distrito Federal, el 4.4% de la población femenina adulta derechohabiente, de 15 a 44 años de edad, acude una vez al año a uno de estos hospitales por aborto complicado. De ninguna manera pue

---

<sup>9/</sup> Hospital Juárez, S.S.A.; op.cit., pp. 19-22.

den generalizarse estos datos en todo el Distrito Federal, ni mucho menos para todo el país.

La morbimortalidad depende indudablemente de las técnicas usadas para inducir el aborto, de quien las aplica, cómo lo hace y en qué condiciones, y difiere según el área socioeconómica.

En el Hospital número 1 de Gineco-Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social, existe un promedio de 22 a 25 abortos por cada 100 hospitalizaciones y consideramos que la mitad de ellos son inducidos; si tomamos como base la proporción de 4.4 abortos complicados, podemos aceptar que aproximadamente la tercera y cuarta parte de abortos inducidos llegan a complicarse. Fijando límites, podemos suponer que entre 10 y 20% de la población femenina adulta, derechohabiente se induce un aborto al año.

Otra manera de valorar la magnitud del problema es con base en los índices de fecundidad, o sea, la porción de nacidos vivos por mil mujeres de edad reproductiva. Nuestra fertilidad es similar a la del resto de América Latina, pero nuestra fecundidad es más elevada, lo que indica que la frecuencia de abortos es menor en nuestro país.

Las encuestas constituyen otro medio de obtener datos sobre aborto provocado.

En la rama de Ciencias Sociales y Sociología faltan estudios sobre aborto. La información obtenida es más bien secundaria, y derivada de investigaciones generales sobre dinámica conyugal y familiar. En una de éstas hemos encontrado una proporción de un aborto por cada ocho embarazos en niveles económicos medios y altos. El 12.8% de los embarazos terminan en aborto independientemente de si son inducidos o si presentan complicaciones. Esto coincide con las cifras de algunos países de Centroamérica que fluctúan entre 12 y 16% para abortos no calificados. El criterio para calificar de complicado un aborto en la presencia de hemorragia, infección y traumatismo, que requiera atención.<sup>10/</sup>

### 1.3 Aborto.

Se da el nombre de aborto (del Latín: ab, privativo, ortus, nacimiento). A la interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación. Si la interrupción sucede antes de los 120 días se habla de aborto propiamente dicho; cuando se presenta entre los 120 y los 180 días de gestación se denomina parto inmaduro.<sup>11/</sup>

<sup>10/</sup> Ordoñez de la Mora; Historia Natural del Aborto, p. 10

<sup>11/</sup> Calatroni, Carlos J., et.al.; Terapéutica ginecológica, p. 184.

Aborto es la terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto. Generalmente un feto es viable al alcanzar la edad de 23-24 semanas y con un peso de 600 gramos.

El aborto puede suceder tempranamente, antes de la 16a. semana. Aproximadamente el 75% de los abortos ocurren antes de la 16a; de éstos las tres cuartas partes se presentan antes de la 8a. semana de gestación. La frecuencia relativa del aborto es mayor al principio de la edad adulta, precisamente antes de la menopausia.<sup>12/</sup>

#### 1.4 Etiología.

Pese a los progresos realizados en el campo de las incompatibilidades sanguíneas, en las disendocrinias, dosificaciones hormonales, condiciones sanitarias, regímenes alimenticios, etc., quedan todavía dudas cuando se quiere determinar las causas de ciertos abortos espontáneos.<sup>13/</sup>

Más del 60% de los abortos espontáneos obedecen a defectos ovulares, 15% son causados por factores maternos, y el resto se desconoce la etiología.

Las causas susceptibles de provocar un aborto pueden reunirse en

---

<sup>12/</sup> Benson, Ralph C.; Manual de ginecología y obstetricia, p. 184.

<sup>13/</sup> Ibidem., p. 254.

tres grandes grupos: a) ovulares y fetales, b) maternas, y c) paternas.

#### A. Factores ovulares y fetales:

La estructuración de un concepto incipiente puede ser defectuoso, aún cuando el lugar de nidación le sea favorable, al no poderse desarrollar un feto normal, sobreviene el aborto. Esto resulta particularmente cuando la implantación se efectúa fuera del útero.

##### 1. Primer trimestre:

Cuando menos el 60% de los abortos muestran anomalías anatómicas. La ausencia congénita del embrión es lo que sucede comúnmente. Las fallas segmentarias del huevo y la hipoplasia del trofoblasto.<sup>14/</sup>

Un deficiente desarrollo del trofoblasto determina una insuficiente agresividad de las vellosidades con un déficit en la producción hormonal, factores fundamentales para el desarrollo del huevo. Los trastornos del trofoblasto pueden deberse a alteración del plasma germinativo masculino o femenino, deficiente vascularización de las vellosidades, transformación vesiculosa de las mismas, trastornos de la blastogénesis y organogénesis. Las anomalías en las etapas muy

<sup>14/</sup> Benson, Ralph C.; op.cit., pp. 254-255.

tempranas del desarrollo humano son frecuente causa de abortos.

La trisomía es un problema que se presenta más o menos en la mitad de los abortos. 15/

## 2. Segundo trimestre:

La implantación superficial de la placenta y la sífilis son las causas fetales principales del aborto. La eritroblastosis y otras anomalías fetales son responsables con menos frecuencia. 16/

## B. Factores maternos.

Entre las más importantes están las disendócrinas, las afecciones genitales, infecciones, enfermedades generales, los traumatismos físicos. La insuficiencia ovárica actúa por una deficiente producción de progesterona. 17/

Producida por el cuerpo amarillo del ovario, asociada con ausencia simultánea de producción de esta hormona por la placenta. La producción inadecuada de la progesterona no favorece la implantación temprana ni el desarrollo.

---

15/ Calatroni, Carlos J.; op.cit., p. 184

16/ Ibidem., p. 225

17/ Calatroni, Carlos J.; op.cit., p. 184



Más tarde, si la cantidad de progesterona secretada es insuficiente, la sensibilidad del útero quizá esté aumentada y el resultado sean contracciones coordinadas del útero y expulsión del huevo.<sup>18/</sup>

Por hipoplasia uterina o por la liberación de óvulos débiles. El hipertiroidismo y especialmente el hipotiroidismo son causa de abortos espontáneos.

Entre las afecciones genitales capaces de determinar abortos, las más importantes son:

- a. Hipoplasia uterina, que actúa más por distensibilidad insuficiente o por irritabilidad del miometrio que por distopia del órgano que suele acompañarla.
- b. Los miomas submucosos o los intraperitoneales, deforman la cavidad, limitan su capacidad y perturban la implantación y nutrición del huevo.
- c. Los amplios desgarros cervicales.
- d. La insuficiencia del orificio cervical impiden una buena continencia uterina, al igual que las malformaciones uterinas.

---

<sup>18/</sup> Greenhill, J.P. et.al.; Obstetricia, p. 361.

Son también causas de aborto las infecciones que causan hiperpirexia y toxemia. Actúan así la escarlatina, tifoidea y particularmente la neumonía y melitococia, rubéola, brucelosis, toxoplasmosis y listeriosis.

Dieta: las avitaminosis "C" y "B", o las dietas deficientes en proteínas o en aporte calórico.

Tóxicos: antagonistas del ácido fólico.

Traumatismos: físicos, directos o indirectos, sobre el útero, actúan produciendo hematomas retroplacentarios que desencadenan el aborto.

1. Traumatismos indirectos. El aborto puede ser inducido por choque quirúrgico o médico, o por irradiación corporal total superior a 3 000 r, o por un choque eléctrico. El coito puede causar irritabilidad uterina anormal, provocando el aborto.
2. Traumatismo directo: Una contusión en la parte baja del abdomen después del 4º mes de gestación, puede lesionar el útero y producir la separación de la placenta.

C. Factores paternos:

Son más difíciles de reconocer, pero se admite que los espermatozoi

des deficientes suelen engendrar huevos con anomalías capaces de interrumpir el embarazo.<sup>19/</sup>

### CUADRO No. 1

#### Factores ovulares

	Malformaciones uterinas	
	Hipoplasia uterina	
Factores anatómicos	Tumores del útero	Miomas
o mecánicos		Pólipos
	Insuficiencia ismicocervical	
	Factor endometrial puro	
	Sinequias	
	Insuficiencia del cuerpo amarillo	
Factores endocrino-	Hipotiroidismo e hipertiroidismo	
metabólicos	Alteraciones del metabolismo hidrocabonato	
	Déficit de nutrición	
	Tóxicos	

---

<sup>19/</sup> Calatroni Carlos, J.; op.cit., pp. 184-185.

	Toxoplasmosis
	Sífilis
Factores infecciosos y parasitarios	Listeriosis
	Brucelosis
	Enfermedad de Chagas
	Infecciones crónicas generales.
Factores psicógenos	
Factores inmunológicos	

FUENTE: Calandra, Dante; Aborto, Estudio clínico. p. 19.

Descripción: Representación de las diferentes causas que provocan el aborto.

### Clasificación del aborto:

El aborto puede ser espontáneo o provocado, sea con fines terapéuticos o criminales.

Según el momento de la evolución se clasifican en: amenaza de aborto, aborto en curso, inminente o inevitable, completo o incompleto, fallido, habitual o iterativo.

Haya o no infección se le clasifica en aborto afebril o febril.

A continuación se dará una definición de cada uno de ellos:

1. Aborto espontáneo; el que se produce sin señal de interferencia voluntaria o inadvertida.
2. Amenaza de aborto; cuando hay hemorragia transcervical con contracciones uterinas y dolor, o sin ellos, pero sin dilatación cervical ni expulsión del feto.
3. Aborto inevitable; con hemorragia, contracciones uterinas y dilatación cervical progresiva.
4. Aborto incompleto; en el cual sólo se expulsan partes del producto de la concepción.
5. Aborto completo; que incluyen la expulsión total del contenido uterino.

6. Aborto fallido, con retención del feto en el útero durante 8 semanas o más después de su muerte.
7. Aborto habitual; cuando hay 3 o más abortos consecutivos.
8. Aborto infectado o séptico.
9. Aborto provocado, o interrupción deliberada del embarazo intacto.
10. Aborto tubárico; la terminación de un embarazo ectópico ampollar. <sup>20/</sup>

---

<sup>20/</sup> Greenhill, J.P., op.cit., p. 360.

CUADRO No. 2  
CLASIFICACION DEL ABORTO

Esponáneo	Quando es iterativo se llama habitual	
Provocado	Terapéutico Eugenésico Ilegal	
Etiología del aborto espontáneo	Del huevo Maternas y fetomaternas Paternas	Aborto en un tiempo (Seitz), aborto típico (Ahlfeld)
Según su mecanismo	Modo aborto (antes del 4o. mes)	Aborto en dos tiempos (Seitz) aborto atípico (Ahlfeld)
	Modo parto (después del 4o. mes)	Dilatación cervical, expulsión del feto, alumbramiento.
Según su estado evolutivo.	Amenaza de aborto Aborto en curso Aborto inminente o inevitable Retención de huevo muerto	
Según su resultado	Aborto completo Aborto incompleto	
Según haya o no infección	Aborto afebril  Aborto febril o infectado	Aborto febril simple Aborto complicado

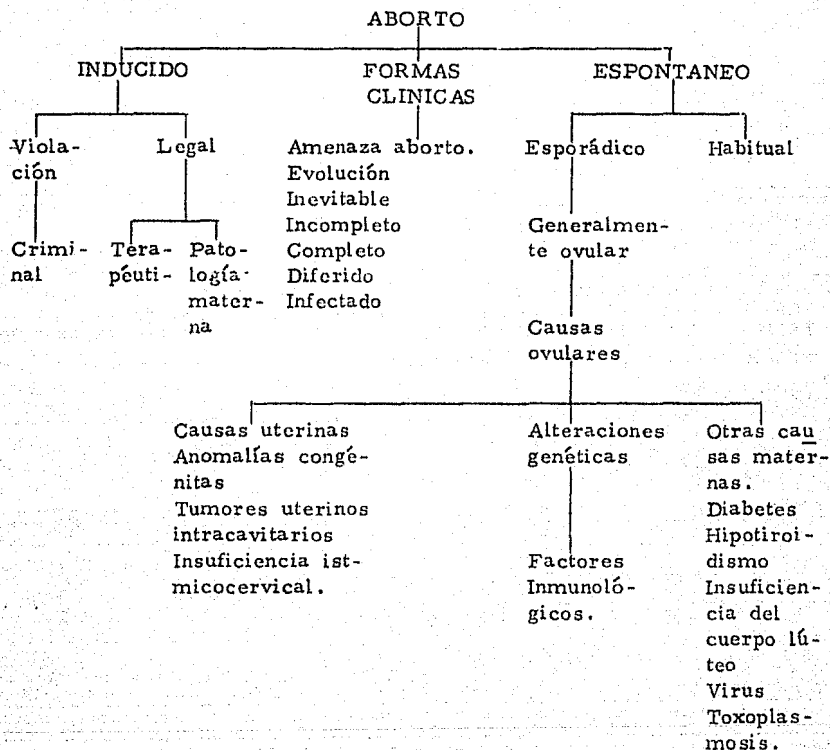
FUENTE: Calatroni, Carlos J. et.al.; Terapéutica ginecológica,  
p. 203.

**Descripción:** Diferentes formas en las que puede presentarse un aborto.



## CUADRO No. 3

## CLASIFICACION DEL ABORTO



FUENTE: Ordoñez de la Mora; Historia Natural del Aborto, p. 8.

Descripción: Diferentes formas de clasificación de un aborto, así como la etiología de cada uno de estos.

### Mecanismo del aborto:

Este varía de acuerdo con la edad del embarazo, lo cual es necesario tener presente antes de adoptar una conducta terapéutica.

En el primer mes, el objeto principal a expulsar es la caduca parietal, donde se ha anidado el huevo. Este difícilmente reconocible, se expulsa mezclado con sangre y el accidente tiene todas las características de una "menstruación atrasada", pero más profusa que las habituales.<sup>21/</sup>

En las primeras 6 a 8 semanas todo el huevo suele expulsarse cubierto de la decidua, Si el orificio cervical externo ofrece resistencia y no se dilata, el huevo queda interrumpido en el cuello distendido.<sup>22/</sup>

En el segundo mes suele eliminarse el huevo completo porque las vellosidades coriónicas no se han desarrollado lo suficiente para fijar sólidamente el embrión.

Desde el tercer mes, es decir, antes de la duodécima semana también suele eliminarse el huevo completo, pero a veces queda retenida la caduca que se expulsará posteriormente.<sup>23/</sup>

---

<sup>21/</sup> Ibidem., pp. 185-190.

<sup>22/</sup> Greenhill, J.P.; op.cit., p. 362.

<sup>23/</sup> Ibidem., p. 186

Desde el cuarto mes suele eliminarse el feto en un solo tiempo, pero más frecuente en dos: en este último caso primero sale el feto y después los anexos.

En primer lugar, puede expulsarse el feto en un saco intacto unido a la placenta. En segundo lugar, las membranas pueden romperse y se extirpa el feto. El cuello puede cerrarse y quedar retenida la placenta.

En tercer lugar, la decidua capsular y el corión pueden romperse, permitiendo que salga el feto que hay en el saco amniótico. El útero todavía contiene la placenta y el corión. En esta etapa es posible la hemorragia, hasta que empieza la separación de la placenta. En el aborto las contracciones uterinas actúan igual que en el parto.

#### 1.5 Aborto incompleto séptico.

En el aborto incompleto una porción importante del producto del embarazo (usualmente un fragmento placentario) permanece en el útero. Sólo se reportan calambres moderados, pero el sangrado es persistente y a menudo excesivo.<sup>24/</sup>

---

24/ Krupp Marcus A., et.al.; Diagnóstico clínico y tratamiento, p. 553.

Se habla de retención de restos ovulares cuando éstos no han sido eliminados 6 horas después de expulsado el huevo.

La dilatación de los orificios cervicales es el signo clásico de la retención de los restos ovulares; sin embargo, puede haber retención con cierre del conducto cervical, especialmente en los embarazos de las 8 primeras semanas de gestación. Cuando existe retención, con dilatación o no del cuello, el útero permanece más o menos globoso, de consistencia blanda y no recupera su volumen normal.

La metrorragia es irregular, aparece y desaparece con intervalos variables obedeciendo a desprendimientos parciales de los restos que aún alberga el útero; puede haber eliminación de coágulos, flujo serohemorrágico fétido o no.

La infección es el gran peligro a que están expuestas las mujeres con aborto incompleto. Esta puede producirse contemporáneamente con la iniciación del aborto; en otras ocasiones la infección es secundaria, endógena, provocada por la ascensión de un proceso infeccioso preexistente, o exógena, consecutiva, la mayoría de los casos, a maniobras abortivas.

Cualesquiera que haya sido el mecanismo de la infección los microorganismos habituales en los abortos sépticos son los estreptococos,

estafilococos, Escherichia coli, Aerobacter aerogenes y, excepcionalmente el Clostridium tetani.<sup>25/</sup>

Pese a la eliminación de parte del huevo y sus cubiertas la metrorragia persiste, a veces abundante y con coágulos, acompañada de dolor en el hipogstrio de tipo expulsivo. El útero se presenta al tacto vaginal con su cuello entreabierto, permeable a un dedo, aumento de tamaño por deficiente involución y con la consistencia disminuida.

Si no se procede a la evacuación instrumental del útero, existe el peligro de la infección por los restos ovulares retenidos que, por otra parte, constituyen un excelente medio de cultivo para los gérmenes aerobios y anaerobios que pululan en la cavidad uterina.

Cuando la hemorragia es muy abundante o demasiado prolongada, se presenta anemia aguda o crónica como complicación, cuyo tratamiento de fondo es la transfusión de sangre total.<sup>26/</sup>

Aborto febril infectado:

La infección es una complicación muy común en los abortos, porque se encuentran reunidas todas las condiciones que favorecen la pulula-

---

<sup>25/</sup> Calatroni, Carlos J.; op.cit., p. 190

<sup>26/</sup> Calandra, Dante; op.cit., p. 32

ción de los gérmenes dentro del útero, es decir, cuello entreabierto, restos de tejidos, coágulos que constituyen un medio de cultivo, temperatura y humedad apropiadas. La permeabilidad de linfáticos y venas, por insuficiente involución uterina, favorecen la propagación de los mismos.

Se considera aborto infectado a los casos en que existe invasión de la herida placentaria por gérmenes (endometritis o endomiometritis séptica posaborto). La gravedad varía según las enfermedades, desde la leve endometritis hasta la pelviperitonitis purulenta con tromboflebitis pelviana y abscesos en pulmón u otros órganos. El aborto infectado se reconoce por la aparición de signos generales y locales.

Generales: aumento de la temperatura, aceleración del pulso.

Locales: el color del flujo y los datos del examen ginecológico.

Se considera un aborto infectado cuando la temperatura axilar sobrepasa los  $37.5^{\circ}\text{C}$  y se prolonga más de 24 horas.

Es difícil clasificar con precisión el estado evolutivo de un proceso infeccioso. Sin embargo, orientará sobre la gravedad de un aborto infectado determinar si el proceso infeccioso se encuentra limitado al útero, si ha sobrepasado el útero, pero no ha excedido los lími-

tes de la pelvis; o si la infección se ha generalizado y presenta un cuadro septicémico.<sup>27/</sup>

#### 1.6 Métodos de diagnóstico.

1. Orina. Las pruebas de embarazo son negativas o dudosamente positivas.
2. Sangre. Cuando el sangrado ha sido de importancia se encuentran evidencias de anemia. Cuando está presente una infección, se aprecia hiperleucocitosis (12 000 a 20 000). La prueba de embarazo con H.G.C. en suero es por lo general negativa.
3. El ultraecsonograma puede revelar un colapso total o parcial del saco gestacional, con fragmentación o separación de la placenta sin que haya un feto o sin que éste sea viable.<sup>28/</sup>
4. Los datos radiológicos: una radiografía simple de abdomen puede mostrar un esqueleto fetal distorsionado y angulado, y con frecuencia aire en la cavidad uterina.

Diagnóstico diferencial:

El sangrado del aborto debe diferenciarse del sangrado anormal del

---

<sup>27/</sup> Calatroni Carlos J.: op.cit., p. 192.

<sup>28/</sup> Benson, Ralph, C.: op.cit., p. 258.

embarazo ectópico que se está abortando, y del sangrado anovulatorio en mujeres sin embarazo y dismenorrea membranosa.<sup>29/</sup>

- A. El embarazo ectópico es una posible causa de anormalidad menstrual, de dolor pélvico unilateral, de sangrado y de la presencia de masa anexial dolorosa.
- B. La estimulación estrogénica no balanceada o hiperestrinismo causa un sangrado anormal en la paciente no embarazada.
- C. La dismenorrea membranosa se caracteriza por dolores tipo cólico, sangrado y expulsión de moldes endometriales.
- D. La mola hidatídiforme termina en aborto antes del 5o, mes de gestación.
- E. Coriocarcinoma, puede provocar sangrado anormal después de la amenorrea.<sup>30/</sup>

#### 1.7 Tratamiento.

Es posible terminar médicamente un aborto incompleto mediante la administración por vía intravenosa de pitocin o ergotate cada cuatro horas, hasta un total de seis dosis.

---

<sup>29/</sup> Krupp, Marcus A.; op.cit., p. 554.

<sup>30/</sup> Benson, Ralph C.; op.cit., p. 258.



Sin embargo, más a menudo se necesita el raspado para eliminar el tejido placentario retenido.<sup>31/</sup>

El buen resultado del tratamiento del aborto depende del diagnóstico precoz. Se realiza una exploración en forma completa (incluyendo un examen pélvico), historia clínica completa.

Estudios de laboratorio: cultivos de moco cervical para determinar patógenos en casos de infección, pruebas de sensibilidad y antibióticos, determinación de grupo y Rh, hemoglobina y pruebas cruzadas.

a. Medidas de urgencia:

En abortos que tienen lugar después del primer trimestre de la gestación, la paciente debe hospitalizarse. En todos los casos se administran oxitócicos, parenterales para inducir las contracciones uterinas, por ejemplo: oxitocina (pitocin, Syntocinon), 1 ml/500 ml de Dextrosa al 5% por infusión intravenosa, ó 0.5 ml I.M. cada 30' por 2 a 4 dosis. Esto tiene por objeto producir la contracción uterina, reducir la pérdida de sangre y favorecer la expulsión de coágulos y fragmentos tisulares. La ergonovina (Ergotrate) debe darse solamente cuando el diagnóstico de aborto completo es seguro. Para prevenir el colapso por la hemorragia se incluirá la transfusión sanguínea.

---

<sup>31/</sup> Novak, Edmundo; op.cit., p. 732.

b. Medidas generales:

La paciente debe permanecer en reposo y se administrarán sedantes para contrarrestar la irritabilidad uterina y disminuir el sangrado.

El coito y duchas vaginales están contraindicadas.

c. Medidas quirúrgicas:

Dilatación y legrado para extraer tejidos posiblemente retenidos del producto. Debe iniciarse un goteo intravenoso de oxitocina antes del legrado para evitar penetración uterina.<sup>32/</sup>

El tratamiento del aborto febril tiene por finalidad: 1) estimular la contractilidad uterina, 2) combatir la infección y, 3) exaltar las defensas generales del organismo.

1. La estimulación de la contractilidad uterina, que se logra con oxitócicos, tiene un doble objetivo: provocar la evacuación de los restos infectados y oponerse a la difusión de los gérmenes por el cierre de los vasos sanguíneos y linfáticos.
2. La infección se combate con los antibióticos, empleando en lo posible la medicación más específica para el agente en juego que se mantendrá hasta lograr la apirexia.
3. Los resultados de la medicación expuesta son más eficaces cuan

do el organismo es capaz de movilizar elementos defensivos na  
turales. Con tal objeto la paciente guardará reposo y se le da  
rá una alimentación nutritiva con abundantes hidratos de carbo-  
no y eventualmente glucosa.<sup>33/</sup>

#### Evacuación uterina:

Si se reconoce que la infección proviene del huevo y sus membranas  
y que dicho material, por lo general necrótico constituye un excelen-  
te medio de cultivo, posibilita la difusión de gérmenes y toxinas por  
los lagos venosos abiertos, la conveniencia de una rápida y precoz  
evacuación uterina es ineludible.

#### Antibioticoterapia:

Como agentes antibacterianos específicos, los antibióticos han cambia-  
do el pronóstico de las infecciones genitales. Deberá ser precoz e  
intensivo por la vía que permita la más rápida difusión; la combina-  
ción de 2 antibióticos puede ser útil para cubrir todo el espectro an-  
tibacteriano.

#### Reposición de la volemia y balance hídrico:

La paciente con aborto incompleto infectado ha perdido sangre y pue-

---

<sup>33/</sup> Calatroni, Carlos J.; op.cit., p. 192

de hallarse deshidratada. Es esencial corregir dichas deficiencias a fin de poder controlar alteraciones hemodinámicas. El control mediante el hematocrito, presión venosa central y diuresis horaria revelará el tipo de fluidoterapia que deberá indicarse.

Contractores miométricos:

Contribuirán a cerrar las vías de difusión de la infección, disminuir la pérdida hemática y facilitar el raspado uterino. Se administrarán por vía intramuscular (derivados de la ergotamina) o por goteo intravenoso (oxitocina y similares).<sup>34/</sup>

#### 1.8 Complicaciones del aborto:

Estas dependen del método empleado, pero pueden catalogarse en inmediatas, intermedias o tardías. En el primer grupo se encuentra la embolia, hemorragia. En el segundo grupo, que son las más frecuentes, se presentan entre las 48 y 72 horas y comprenden infecciones agudas generalizadas. Dentro de las complicaciones tardías están la piemia, pelviperitonitis, tromboflebitis con embolias pulmonares.<sup>35/</sup>

---

<sup>34/</sup> Calandra, Dante; op.cit., p. 140.

<sup>35/</sup> Pelayo Correa; op.cit., p. 988.

### Hemorragia:

Es sin duda la complicación más frecuente, la más alarmante para la paciente y, sin embargo, la única que en la actualidad no debe ser factor de mortalidad.

La patogenia de la hemorragia posaborto es variable. La mayoría de las veces es debida a la retención de restos ovulares, que actúan dificultando la contracción. Cuando ésta es la causa de la hemorragia, la hemóstasis se logra en forma inmediata después de evacuado correctamente el útero mediante el raspado.

Varios factores anatómicos pueden contribuir a que sea más factible el aborto incompleto y la hemorragia consiguiente: a) la implantación corional profunda; b) los tratamientos hormonales. Sin embargo, el factor más común debe ser el gran tamaño de la cavidad uterina, en relación con la edad del embarazo. Una segunda causa de hemorragia persistente es la infección. La propagación de la infección al miometrio, casi constante en los casos de mediana importancia, agrega un factor más de hemorragia: la inadecuada contracción uterina. La hemorragia también puede ser debida a alteraciones anatómicas de la pared: fibrosis uterina, endometriosis interna, miomas, etc., o a lesiones traumáticas, como es la perforación uterina.<sup>36/</sup>

Esta puede suceder durante la dilatación y raspado, por encontrarse la pared uterina reblandecida y sus contornos muy vagos.<sup>37/</sup>

#### Infección:

La infección sigue en orden de frecuencia a la hemorragia como complicación del aborto. Puede decirse, que en la actualidad todas las pacientes que mueren por aborto, son víctimas de procesos infecciosos de algún tipo.

La infección del aparato genital después de un aborto, cualquiera que sea su gravedad y el grado de propagación al resto del organismo, puede originarse por un triple mecanismo. En primer lugar por la exacerbación de la virulencia de los gérmenes ya existentes en el tracto genital, el desequilibrio biológico por la aparición de circunstancias locales y favorables (necrosis tisular, sangre coagulada y retenida). En segundo lugar, por el ascenso de gérmenes desde sectores frecuentemente infectados, pero con mecanismos defensivos biológicos (vagina, cuello), hasta las porciones altas del tubo genital, normalmente estériles y con menor capacidad defensiva. Por último, el aporte exógeno de gérmenes patógenos elevados por las maniobras, generalmente instrumentales, empleadas para provocar o completar un aborto.

---

<sup>37/</sup> Benson, Ralph C.; op.cit., p. 257.

A partir de su sitio de origen en la cavidad uterina, la infección se propaga a través de las vías de diseminación en el aparato genital (sanguínea, linfática y canicular). En este caso del aborto la vía ve nosa presenta condiciones favorables, dado la abertura de espacios vasculares en el área placentaria que facilitan el ingreso al torrente circulatorio del germen o sus toxinas.

La vía linfática es también frecuente. En este caso la infección se traduce clínicamente por celulitis pelviana y absceso central del ovario.

Por último, la vía canicular es responsable de peritonitis difusa o localizada y de infecciones agudas o crónicas de los anexos.

Clasificación de las infecciones posaborto:

La clasificación etiológica es:

- a. Infección por gérmenes aerobios, cocos y bacilos que provocan los conocidos cuadros de la infección séptica.
- b. Infección por gérmenes anaerobios, que incluyen la infección gangrenosa y el tétanos.

La clasificación anatomoclínica:

- a. Inicialmente se observa endometritis superficial, traducida clínicamente por modificaciones de las secreciones y febrícula y que es en realidad una endometriometritis.
- b. Propagación del proceso infeccioso a otros órganos del aparato genital y al tejido celular pelviano.
- c. La infección llega al peritoneo y se difunde a la cavidad abdominal fuera de los límites de la pelvis, dando el cuadro de pelviperitonitis.
- d. La invasión por vía sanguínea origina cuadros de septicemia o tromboflebitis supurada.<sup>38/</sup>

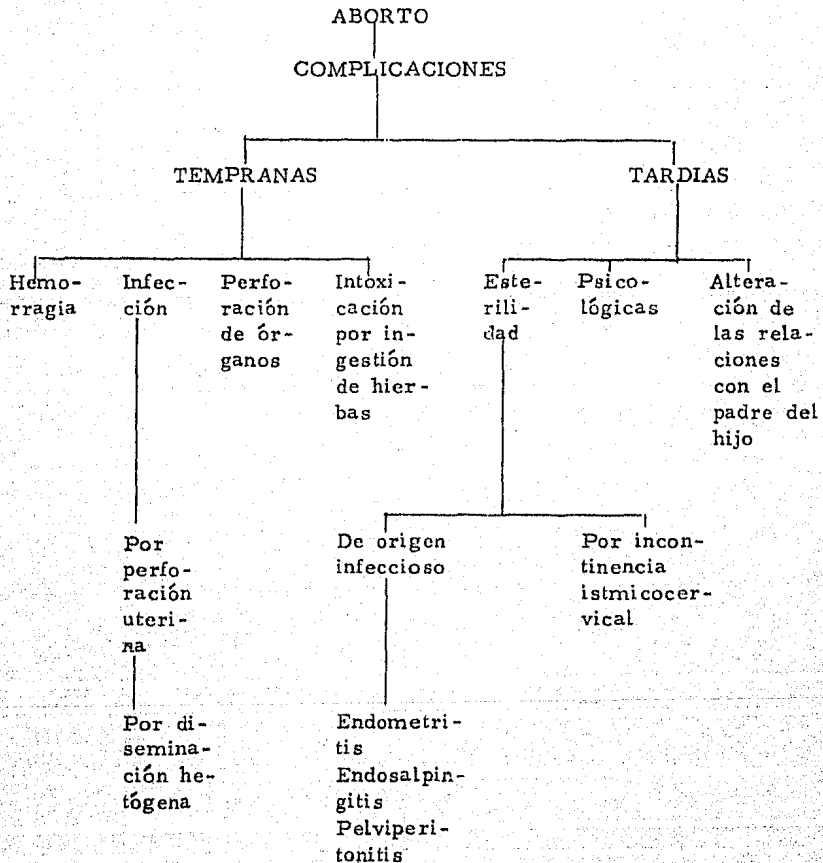
---

<sup>38/</sup> Calandra, Dante; op.cit., pp. 128-131.



## CUADRO No. 4

## ESQUEMATIZACION DE LAS COMPLICACIONES



FUENTE: Ordoñez de la Mora, Historia Natural del Aborto, p. 19.

Descripción: Representación de las complicaciones de un aborto, en diferentes estados evolutivos.

Perforaciones uterinas:

La perforación puede hacerse con el histerómetro o la bujía, frecuentemente con la cucharilla, pero si no se ha dilatado bien el orificio interno y se introduce violentamente el instrumento o cuando no se ha tenido precaución de precisar la posición y el tamaño del útero.

Cualquiera que sea el agente culpable no es el instrumento, si no la mano que lo conduce.

Las posibilidades de la perforación son mayores cuando el útero se encuentra en marcada anteflexión o retroflexión y esta posición no ha sido previamente reconocida por el tacto. La introducción violenta del histerómetro, la bujía o la cucharilla puede perforar el órgano en su fondo, en la cara anterior o en la cara posterior, según cual sea su posición.

Las perforaciones del útero pueden ser: a) intraperitoneales y b) extraperitoneales.

Tanto unas como otras pueden dividirse en tres grandes grupos: perforaciones simples, en las cuales todo consiste en la herida miometral; perforaciones complicadas, en las que a la herida se agrega hemorragia, infección o lesión de órganos abdominopelvianos: intestino, mesenterio, epiplón, vejiga, ovarios y trompas; perforaciones

con probables complicaciones, en las que se incluyen aquellas enfermas en quienes la ruptura uterina ha sido hecha por otra persona y se carece de detalles precisos sobre el accidente.

La infección es habitual en la perforación uterina, pero puede también producirse cuando se emplean instrumentos mal esterilizados. Si la perforación es intraperitoneal la consecuencia será la peritonitis o una parametritis si la perforación se ha efectuado en los bordes del útero.

La lesión de órganos pelvianos o abdominales, difiere según el órgano afectado y la extensión de la lesión. Se exterioriza por síntomas de hemorragia interna, peritonitis, hematuria, obstrucción intestinal, etcétera.

El diagnóstico de la perforación es de gran importancia porque reconocida inmediatamente, lleva implícita la suspensión de toda maniobra, evita que se produzcan con la cucharilla lesiones de los órganos vecinos. El diagnóstico se hace porque el histerómetro o la cucharilla penetran hasta una profundidad anormal y porque al desplazar suavemente el instrumento en todas las direcciones, éste goza de excesiva movilidad sin chocar con las paredes uterinas.

La perforación simple puede haberse producido durante un raspado ex-

plorador en una cavidad que seguramente es aséptica o durante un raspado en un útero grávido o en una cavidad infectada, como se observa en los abortos incompletos o en el carcinoma del endometrio.

En el primer caso basta, en general, con el raspado en cama, antibióticos y bolsas con hielo en el abdomen inferior, vigilando el pulso y la temperatura para practicar una laparatomía exploradora al menor indicio de hemorragia interna o de peritonitis.

En las perforaciones de úteros grávidos, si están infectados, la laparatomía debe ser sistemática.

En las perforaciones complicadas con hemorragia, infección o lesión de vísceras, la laparatomía debe realizarse de inmediato, pues el pronóstico es mejor cuando más precozmente se realiza.

Según sea el caso, si la herida es amplia, afractuosa o esfacelada, en muchos casos será necesario practicar la histerectomía fúndica, amputación parcial del cuerpo y hasta histerectomía subtotal.

Si la herida está en el istmo y no hay suficientes garantías para una buena sutura, se efectuará histerectomía total y, como estos casos se observan en mujeres jóvenes, deben conservarse los ovarios.

39/

---

39/ Calatroni Carlos J.: op.cit., pp. 192-203.

### Peritonitis aguda:

La peritonitis es un proceso inflamatorio, localizado o generalizado del peritoneo que puede presentarse en forma aguda o crónica. En la forma aguda la actividad motora del intestino se encuentra disminuida y la luz intestinal se distiende con gas y líquido. El líquido se acumula como resultado de la incapacidad para poder reabsorber los 7 u 8 litros que normalmente se excretan cada día dentro de la luz y que se absorben del intestino delgado distal y colon.

### Etiología:

La peritonitis puede deberse a la entrada de bacterias en la cavidad peritoneal por una perforación en el aparato gastrointestinal o a consecuencia de una herida externa penetrante.

### Cuadro clínico:

Consiste en dolor abdominal que va aumentando de intensidad, distensión, náuseas y vómito, imposibilidad de expulsar heces o gases, fiebre, hipotensión, taquicardia, sed y oliguria; a la exploración física, el paciente se encuentra febril, abdomen con dolor al rebote. <sup>40/</sup>

Los músculos que se encuentran por encima del área inflamada se tornan espásticos. La inflamación peritoneal inhibe notablemente la motilidad intestinal. Los signos cardinales son peristaltismo que va ría de disminuido a ausente, el vómito aparece como resultado del acumulamiento de secreciones gastrointestinales y gas, del cual 70% es aire deglutido.

Diagnóstico diferencial:

La peritonitis, cuyo cuadro clínico puede ser muy variable, debe diferenciarse de la obstrucción intestinal aguda, colecistitis aguda, cólico renal, hemorragia gastrointestinal.

Tratamiento:

Tiene como objetivo:

1. Controlar la infección
2. Disminuir al mínimo los efectos de íleo paralítico y,
3. Corregir los trastornos de líquidos, electrolitos y nutricionales. <sup>41/</sup>

#### Profilaxis del aborto:

Gran número de abortos pueden ser prevenidos por el estudio y el tratamiento de las alteraciones maternas antes del embarazo.

Protección a la mujer embarazada contra los peligros de salud en la industria, y exposición de padecimientos infectocontagiosos.

#### Pronóstico del aborto:

El pronóstico es bueno cuando puede corregirse la causa del aborto.

Si una mujer ha perdido sus tres embarazos previos, tiene 70-80% de probabilidades de llevar el feto a la viabilidad. Si ha abortado 4 ó 5 veces, las probabilidades de un embarazo con éxito son 65-70%.

Si se diagnostica un aborto trisómico, debe planearse la amniocentesis durante el segundo trimestre del próximo embarazo para hacer una evaluación genética prenatal.

La corrección de las alteraciones maternas puede ser posible el embarazo satisfactorio, poco puede realizarse para mejorar el pronóstico cuando persiste la herencia de un defecto genético grave. Si el defecto se transmite a través del padre, la inseminación artificial o la adopción puede ser una alternativa aceptable. <sup>42/</sup>

---

<sup>42/</sup> Benson, Ralph C.; op.cit., p. 258.

Psicogénesis del aborto:

El aborto, como todos los fenómenos que se expresan en el área corporal puede considerarse una conducta, al igual título que los fenómenos propiamente psíquicos y los procesos de comunicación con el mundo que nos rodea. Todo lo que acontece en nuestro cuerpo se acompaña de afectos y emociones intensas y provoca cambios en nuestra relación con nosotros mismos y con los demás.

Un conflicto mental es una modificación en un nivel, que se da simultáneamente en el otro como desequilibrio orgánico y recíprocamente. Si ésto es así para todo el funcionamiento corporal, lo es mucho más en el caso del aborto, cuyas implicaciones emotivas y trascendencia para el destino de tres seres (madre-padre-hijo) son evidentes.

Cada aborto tiene, pues, su etiopatogenia particular en que cuentan la estructura biopsicosocial de la mujer, del hombre y de la pareja —y ¿por qué no del feto?—; pareja que a su vez está condicionada por sus circunstancias particulares y está inmersa en un contexto sociohistórico determinado.

El aborto voluntario es consecuencia de un embarazo no deseado, por lo menos por uno de los integrantes de la pareja. Pero los motivos aducidos: situación social, desamparo de la madre soltera, proble-



mas económicos, poca estabilidad en la pareja, dificultades por falta de vivienda adecuada, interferencia con otros proyectos de la pareja, muchos hijos, problemas de salud, etc. Un aborto, aunque espontáneo, expresa siempre un rechazo del hijo. En los casos de abortos espontáneos de causa orgánica conocida y suficiente, puede tratarse de este único factor determinante que por su intensidad anula los otros factores en juego, pero esa causa "orgánica" es también un rechazo en lenguaje corporal.

#### Repercusión psicológica del aborto:

El aborto como toda pérdida, es un duelo, pero un duelo agravado porque no sólo se trata de una pérdida de objeto sino también de importantes partes del YO corporal y psicológico. El aborto es siempre una castración y un filicidio. Además, el duelo del aborto es a menudo un duelo patológico, (es que perturban naturalmente el proceso normal de elaboración y superación del mismo), debido a que predominan defensas maníacas, sobre todo la negación que evita enfrentarse con las profundas ansiedades persecutorias y depresivas que despierta.

La negación no es un simple mecanismo de rechazo o de engaño, sino una escotomización de la percepción de la realidad externa, que

impide remover la importancia de lo sucedido y discriminar la intensidad de las emociones suscitadas. Esto es una negación maníaca.

En cuanto a las relaciones de la pareja después del aborto en general empeoran. El aborto es a menudo índice de cierto deterioro en dicha relación, pero aparte de él, entre ellos se interpone una realidad muy persecutoria por la culpa que se generó: la muerte del hijo.

Es frecuente la disolución de la pareja después de un aborto, sobre todo en las solteras; se ven siempre los reproches y acusaciones mutuas, manifiestas o latentes, por proyección en el otro de la propia culpa, a veces desplazada a detalles insignificantes que llevan así a una pelea crónica. Por otra parte, la ruptura amorosa es otro elemento más de la neurosis de fracaso, que abarca también todas las relaciones objetales externas. Después de un aborto se incrementan los elementos paranoides (persecutorios) en las relaciones con los otros, y sobre todo, con la propia pareja.

La estabilidad del vínculo depende de la elaboración y resolución del duelo por el aborto.

Mientras ésta permanezca enquistada y disociada de la conciencia, es una amenaza constante, un peligro potencial.

La única solución es tomar conciencia de todas las angustias y culpas negadas abriendo así el camino a la recuperación.

La capacidad de elaboración dependerá del grado de madurez del YO y de la situación real externa de la pareja, o del número de elementos de integración que posea (amor sólido, otros hijos, actividades compartidas, etc.), pero muchas veces sólo se resuelve después de años de tratamiento psicoanalítico.<sup>43/</sup>

#### Aspectos psicosociales:

Es un hecho que el tema de aborto ha cobrado gran importancia y ha pasado a ser un tema de alcance nacional donde emiten su opinión médicos, licenciados, políticos, funcionarios, líderes y periodistas, que den una u otra forma encuentran implicación en el problema; incluso ha sido motivo temático de literatura popular.

Según una encuesta mundial, los países pueden clasificarse en tres grandes grupos según el carácter de sus leyes, ésto es, si son restrictivas, moderadas o liberales.

Se considera que son leyes restrictivas, las que prohíben el aborto y las que lo limitan a la mujer embarazada en peligro de muerte o eventualmente cuando existen razones especiales de índole jurídica,

<sup>43/</sup> Calandra, Dante; op.cit., pp 245-253.

las leyes penales que rigen el aborto en México han dado lugar a múltiples polémicas y a grandes confusiones.

México tiene una legislación restrictiva aceptándose únicamente las indicaciones médicas para el aborto legal, lo que no se encuentra bien definido en los códigos es que se entiende por indicación médica.<sup>44/</sup>

### 1.9 Historia Natural del Aborto Incompleto Séptico.

Factores del agente: ovulares y fetales, paternos, traumatismos; directos e indirectos.

Factores del huésped: se presenta en mujeres de 20 a 34 años, con un estado previo de salud de avitaminosis C y B; con mayor riesgo en mujeres que trabajan; con antecedentes gineco-obstétricos de infecciones y afecciones genitales.

Factores del medio ambiente; mayor frecuencia en las clases con menores recursos económicos.

Horizonte clínico:

Estímulo desencadenante; contractilidad uterina.

Cambios anatómo-funcionales; se expulsa la caduca parietal donde se

---

<sup>44/</sup> Aguirre Zozaya, Fortino J.; Aborto, aspectos psicológicos del estudio comparativo. p. 225.

ha anidado el huevo, mezclado con sangre, se presenta como una "menstruación atrasada". Durante la 6a. y 8a. semana de gestación suele expulsarse todo el huevo completo, cubierto de la decidua.

En el segundo mes suele eliminarse el huevo completo, ya que las vellosidades coriónicas no se han desarrollado suficiente para fijar el embrión; al tercer mes al igual se expulsa el huevo completo, pero puede quedarse la caduca que se expulsará posteriormente. En el cuarto mes, primero se expulsa el feto que hay en el saco amniótico, posteriormente los anexos. En esta etapa es posible la hemorragia, hasta que empieza la separación de la placenta.

Signos y síntomas: se presentan contracciones uterinas moderadas con sangrado persistente y excesivo con coágulos, acompañada de dolor en hipogastrio de tipo expulsivo. Utero aumentado de tamaño por deficiente involución y consistencia disminuida, cuello entreabierto.

La infección se presenta a partir de su sitio de origen en la cavidad uterina, la infección se propaga por vía sanguínea, linfática o canicular; por lo que se presenta elevación térmica, diaforesis, escalofrío, dolor en hipogastrio tipo cólico de regular intensidad y pérdida de sangre transvaginal purulenta y fétida.

Limitación del daño: la infección puede evitarse si ésta no pasa los .

límites de la cavidad uterina, frecuentemente los traspasa por perforaciones uterinas lo que nos lleva a una pelviperitonitis.

Invalidez o estado crónico: debido a la pelviperitonitis se realiza histerectomía total abdominal, por lo que la paciente no podrá concebir, sin embargo esto no afectará sus relaciones sexuales.

El aborto incompleto séptico puede causar la muerte por: una hemorragia profusa si no se evacua rápidamente el útero; o por shock séptico si no se controla la infección y ésta sale de la cavidad uterina afectando a la pelvis.

Período prepatogénico: Prevención primaria.

Promoción de la salud:

Educación sanitaria a la población

Educación higiénica específica a mujeres que laboran

Accesibilidad a la atención médica

Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales

Difusión de programas de planeación familiar a nivel nacional y educación sexual.

Protección específica:

Información del padecimiento a la población femenina en edad reproductiva.

Control de infecciones del sistema genital femenino

Protección a mujeres embarazadas contra los peligros de salud en la industria

Evaluación genética prenatal

Corrección de las alteraciones maternas

Período patogénico:                      Prevención secundaria.

Diagnóstico y tratamiento oportuno: historia clínica completa, examen clínico, exploración ginecológica, examen general de orina, pruebas cruzadas, determinación de grupo sanguíneo y factor Rh, cuantificación de hemoglobina.

El tratamiento se inicia con: cultivo de moco cervical para determinar patógenos, prueba de sensibilidad a antibióticos. Dilatación y raspado (legrado uterino instrumental), reposición de la volemia y balance hídrico, contractores miométrales, antibióticoterapia, laparotomía exploradora y canalización de vena periférica.

Prevención terciaria:

Rehabilitación: evitar la presentación de infecciones e integrar a la paciente a su núcleo familiar, interconsulta a trabajo social.

## II. HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

### 2.1 Datos de identificación.

Nombre: U.P.C.                      Sexo: femenino

No. de cama: 124 B

Edad: 23 años

Servicio: Ginecología

Fecha de ingreso: 1/X/85

Estado civil: soltera

Escolaridad: primaria completa

Religión: católica

Ocupación: mesera

Nacionalidad: mexicana

Lugar de procedencia: México, D.F.

### 2.2 Nivel y condiciones de vida.

Ambiente físico.

Características físicas de la habitación: se encuentra con buena iluminación y ventilación.

Es casa rentada.

Tipo de construcción: tabique con techo de concreto.

Número de habitaciones: cuenta con tres recámaras cocina y baño.



Servicios sanitarios:

Agua: intradomiciliaria.

Control de basuras: botes cerrados y carro recolector diariamente.

Eliminación de desechos: posee drenaje, así como baño con W.C.

Iluminación: vía pública bien alumbrada.

Pavimentación: cuenta con banquetas pavimentadas.

Vías de comunicación:

Teléfono: existen públicos en los alrededores.

Medios de transporte: cuenta con autobuses y transporte colectivo.

Recursos para la salud: tres unidades pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social y médicos particulares.

Hábitos higiénicos:

Baño: de regadera diario con cambio de ropa total.

Aseo de manos: antes de comer y después de ir al baño y las veces que así lo requiera, dado la ocupación en la que se encuentra.

Aseo bucal: tres veces al día.

#### Alimentación:

Desayuno: 8:00 a.m., café, pan, guisado del día anterior.

Comida: 13:00 p.m., sopa, guisado, fruta y agua de sabor.

Cena: 23:00 p.m., café y pan.

#### Eliminación:

Vesical: cuatro veces al día

Intestinal: una vez al día, diariamente.

#### Descanso:

Un día a la semana.

Sueño: tranquilo durante toda la noche.

Diversión: televisión únicamente.

Estudio y/o trabajo: mesera.

## Composición familiar:

Parentesco	Edad	Ocupación	Participación económica
Madre	48 años	Hogar	-----
Padre	47 años	Elevadorista	\$ 40 000.00
Hermano	24 años	Empleado de mostrador	\$ 30 000.00
Paciente	23 años	Mesera	\$ 30 000.00
Hermano	18 años	Estudiante	-----

## Dinámica familiar:

Existe una regular dinámica familiar, ya que los descansos de la paciente son entre semana y no coinciden con los demás miembros de la familia, por lo que las reuniones y convivencias son poco ocasionales.

## Dinámica social:

Conviven muy poco con los vecinos.

Comportamiento: intranquila, angustiada, aunque mejora su estado emocional conforme se va recuperando.

Rutina cotidiana:

Levantarse, aseo matinal, higiene de su hogar, baño, arreglo personal, irse a trabajar, cena y dormir.

### 2.3 Problema actual o padecimiento:

Inicia su padecimiento hace cinco días, presentando salida de sangrado transvaginal persistente, dolor en hipogastrio tipo cólico, hipertermia de 38°C, por lo que acude a facultativo particular el cual le realiza un legrado uterino instrumental, disminuyendo el sangrado, aumentando éste a los dos días de realizado el legrado, por lo que se presenta a esta unidad en el Servicio de Urgencias. A la exploración física se encuentra paciente decaída, con palidez de tegumentos faciales, mucosas orales secas, hipertermia de 38°C y con salida de secreción transvaginal fétida, por lo que se realiza laparatomía exploradora con cierre de la perforación uterina de aproximadamente 3 centímetros, legrado uterino instrumental y colpotomía posterior.

Al séptimo día presenta signos y síntomas de infección, así como abdomen blando doloroso a la palpación profunda en mesogastrio por lo que se concluye que la paciente presenta cuadro de peritonitis por lo tanto, es candidata a laparatomía exploradora probable histerectomía total abdominal con valoración de anexos; Dx. Preoperatorio: pelvipерitonitis + parametritis derecha.

Operación proyectada: H.T.A. † S.O.D.

Dx. Posoperatorio: H.T.A. † S.O.D. por pelviperitonitis con parametritis.

Disminuyen los signos de infección mejorando su estado general egresando a su domicilio en buen estado general.

Antecedentes personales patológicos:

Cuadro de vacunación completo, niega antecedentes neoplásicos, luéticos, fímicos, hipertensivos, así como transfusionales, alérgicos y quirúrgicos.

Antecedentes familiares patológicos: madre hipertensa.

Antecedentes gineco-obstétricos: menarca: 15 años

Ritmo: 28 x 3 eumenorréica, I.V.S.A.; 22 años

F.U.R.: 16/VIII/85, G: I P: 0 C: 0 A: 1 séptico

Compresión y/o comentario acerca del problema o padecimiento: sabe de su enfermedad, pero desconoce que por ésta tuvo complicaciones tan graves.

Participación de la paciente y la familia en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; todos los miembros de la familia colaboran

activamente para su pronto restablecimiento, dándole apoyo moral en el momento que se siente angustiada e intranquila.

#### 2.4 Exploración física:

##### Inspección:

Aspecto físico: paciente femenina, consciente, con edad aparente a la cronológica, decaída, angustiada, con facies de dolor, palidez de tegumentos, mucosas orales secas.

Percusión: campos pulmonares sin compromiso.

Auscultación: peristalsis presente.

Medición: tensión arterial 80/40 mmHg, temperatura 38°C, respiración 28 X', pulso 130 X', peso 55 kilogramos, talla 1.60 m.

#### 2.5 Datos complementarios:

Exámenes de laboratorio:

Exámenes de laboratorio:

Fecha	Tipo	C I F R A S		Observaciones
		Normales	Del paciente	
1/X/85	Grupo y Rh		0 positivo	
1/X/85	Hemoglobina Hematocrito	12.8 - 17. g/dl 40 g/dl 50 g/dl	10.1 g/dl 33 g/dl	Anemia Eritropenia
2/X/85	Hemoglobina Hematocrito Leucocitos	12.8 - 17 g/dl 40 - 50 g/dl 5 000 - 10 000 mm	12.4 g/dl 40 g/dl 9 000 mm	Normal Normal Normal
3/X/85	Hemoglobina Hematocrito	12.8 - 17 g/dl 40 - 50 g/dl	14.4 g/dl 45 g/dl	Normal Normal
7/X/85	Hemoglobina Hematocrito Leucocitos Linfocitos Monocitos Eosinófilos Basófilos Segmentados T.P. T.T.P.P. Glucosa	12.8 - 17 g/dl 40 - 50 g/dl 5 000 - 10 000mm 24 - 38% 4 - 9% 1 - 4% 0 - 1% 45 - 65 80 - 100% 30 - 50 seg 60 - 100 mg/dl	11.0 g/dl 35 g/dl 14 000 mm 34% 2% 0% 0% 4 13.2% 32.5 seg 91	Anemia Bajo Leucocitosis Normal Bajo Bajo Normal Bajo Normal Normal

### Estudios de diagnóstico:

Ultraecsonograma realizado el 5/X/85.

Se realizó U.E.S.G. pélvico observándose útero en anteversión con dimensiones aproximadamente de 10 x 6 centímetros, ecogenicidad normal y ligeramente irregular, en su contorno izquierdo de la región fúndica, ovarios no visibles, no se detectaron lesiones o colecciones de líquidos en áreas para o retrovesical.

### 2.6 Diagnóstico de enfermería:

Paciente del sexo femenino, bien conformada, orientada en tiempo, espacio y lugar, angustiada, intranquila, con palidez de tegumentos faciales, mucosas orales secas, tolerando vía oral escasa, signos vitales con taquicardia de 130 X', hipotensión de 80/40 mmHg, hipertermia de 39 - 41 C; diaforesis profusa, catéter central en miembro torácico derecho, perfundiéndose soluciones expansoras del plasma y venoclisis en miembro torácico izquierdo con soluciones isotónicas de base. Dolor en hipogastrio tipo cólico intenso, herida quirúrgica infraumbilical con bordes hiperémicos, con aumento de temperatura local y dolor; canalización de penrose en ambos lados de la herida, drenando secreción amarilla, no ha evacuado durante cuatro días, discreto edema de miembros inferiores. Paciente y familia que colaboran con el personal para su tratamiento y pronta recuperación.



### III. PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: U.P.C.

Fecha de ingreso: 1-X-85

Sexo: femenino

Edad: 23 años

Servicio: Ginecología

Cama: 124-B

Diagnóstico médico: aborto incompleto séptico del primer trimestre  
+ perforación uterina + pelviperitonitis.

Objetivos:

Proporcionar atención de enfermería planeada, eficiente y humana, jerarquizando sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales para reintegrarla en forma adecuada a su núcleo familiar, restableciendo la función hemodinámica del organismo, contrarrestando signos y síntomas para superar la etapa crítica de la paciente.

Proporcionar un ambiente favorable durante el proceso de recuperación para facilitar el retorno a su núcleo familiar y social.

Desarrollo del plan:

Problema: Hipotensión.

Manifestaciones clínicas del problema:

Cifras bajas de presión diastólica y sistólica 80/40 mmHg.

Razón científica del problema:

La endotoxina circulante ejerce sus principales efectos en los vasos sanguíneos con inervación simpática, provocando espasmo arteriolar y venoso que lleva a la inmovilización significativa de sangre en los capilares, aparece acidosis significativa en sangre en los capilares, aparece acidosis local y se promueve la relajación del esfínter arteriolar, aunque las venulas permanecen contraídas. La sangre se estanca en el lecho capilar y el aumento de la presión hidrostática da por resultado la salida del plasma al espacio intersticial, lo que a su vez, causa un descenso en la presión arteriolar sistémica.

Acciones de enfermería:

Instalación de catéter central en pliegue de codo de miembro torácico derecho.

Ministración de Dopamina 2 ampulas en 500 ml de solución glucosada al 5% a 14 gotas por minuto.

Toma de presión arterial cada 15' y posterior a la aplicación de Dopamina; posteriormente cada 4 horas hasta su estabilización.

Toma de presión venosa central cada hora.

Curación de catéter central.

Razón científica de las acciones:

La canalización de una vena de gran calibre es una vía valiosa de acceso al árbol venoso para administrar fluidos, sustancias químicas y monitoreo de la presión venosa central.

La Dopamina ejerce un efecto beta-adrenérgico en los lechos vasculares, renal y mesentérico.

La aplicación de Dopamina da un efecto casi inmediato. La presión arterial media se debe mantener por arriba de 70 mmHg para asegurar una perfusión adecuada en la red capilar del lecho vascular. La presión arterial es la que ejerce la sangre en el interior de las arterias del organismo.

La presión venosa central es un parámetro que nos indica el volumen sanguíneo que maneja la cavidad derecha del corazón y nos orienta para prevenir una sobrecarga. Su valor normal es de 8-14 cm. de agua.

A! mantener limpia y seca el área puncionada, inhibe la proliferación de microorganismos.

Evaluación de las acciones:

Aumento de la tensión arterial en cuatro horas a 100/60 mmHg.

Se mantiene la tensión arterial estable.

Se conserva limpia y seca la curación del catéter central.

Problema: Taquicardia.

Manifestación clínica del problema:

Aumento de la frecuencia cardíaca a 130 X'.

Razón científica del problema:

Está dada por un aumento en la cavidad del nodo sinusal, por sobre-actividad del simpático, que estimulado por la endotoxina ocasiona también aumento del gasto cardíaco, del trabajo del corazón y del consumo de oxígeno.

Acciones de enfermería:

Toma y vigilancia de la frecuencia cardíaca cada 60' hasta su estabilización.

Toma de electrocardiograma.

## Monitorización de la paciente

### Razón científica de las acciones:

La frecuencia cardíaca es un parámetro que denota la actividad aurí-  
culo-ventricular.

El corazón produce estímulos cardíacos que pueden ser registrados  
por medio de electrocardiógrafo y denotar alteraciones del ritmo y  
conducción.

El monitoreo es un aparato electromédico que detecta cambios impor-  
tantes en la frecuencia cardíaca (arritmias).

### Evaluación de las acciones:

Disminuye la frecuencia cardíaca a 100 pulsaciones por minuto.

Problema: Sangrado transvaginal persistente y exce-  
sivo.

### Manifestaciones clínicas del problema:

Palidez de tegumentos.

### Razón científica del problema:

La pérdida de masa eritrocítica secundaria al sangrado hace que dis-

minuyan los niveles de hemoglobina, responsable de la coloración de los tegumentos.

#### Acciones de enfermería:

Observar y anotar la coloración de la piel.

Avisar al médico si existen cambios repentinos en ésta.

Administración de sangre total 600 ml., para cuatro horas.

Identificación de grupo y factor Rh del paciente con el paquete a transfundir.

Vigilar reacciones alérgicas durante la transfusión.

#### Razón científica de las acciones:

La evaluación integral de las alteraciones de la coloración y textura de la piel nos indica la evolución del padecimiento.

El plasma contiene factores de coagulación, que servirán para restituir los alterados en la paciente.

La administración de volumen permite corregir la hipovolemia en forma absoluta o relativa.

La perfusión de expansores permite el control de la presión hidrostática.



La fiebre actúa como mecanismo de defensa ante la infección, creando una temperatura indeable para la supervivencia, aumentando el metabolismo celular para incrementar la producción de cuerpos inmunes y su capacidad para fagocitar cuerpos extraños.

Durante la sépsis hay una producción elevada de catecolaminas que actúan directamente en las células corporales al igual que el sistema nervioso central, aumentando la producción de calor.

La excreción de sudor es un mecanismo de termorregulación, efectuado por las glándulas sudoríparas.

Acciones de enfermería:

Arropar y cubrir sólo lo suficiente para el bienestar máximo.

Control térmico por medios físicos.

Aplicación de bolsas de hielo y compresas húmedo-frías.

Llevar curva térmica y toma de temperatura cada 60 minutos hasta su estabilización, posteriormente dos veces por turno.

Ministración de antipiréticos.

Razón científica de las acciones:

La temperatura corporal se pierde por diferentes formas, que son: radiación, conducción, evaporación y convección.



Los medios físicos actúan por las dos primeras formas.

El control térmico nos permite conocer las características y variaciones de la temperatura corporal y la respuesta de la paciente a la terapéutica.

Estas sustancias producen un efecto específico en los centros termoreguladores.

Evaluación de las acciones:

Disminuyó la temperatura corporal a  $38^{\circ}\text{C}$  en un lapso de dos horas, posteriormente se mantuvo en  $37^{\circ}\text{-}37.5^{\circ}\text{C}$ .

Problema: Infección.

Manifestaciones clínicas del problema:

Herida quirúrgica con bordes hiperémicos y aumento de la temperatura local, dolor, tumor o inflamación.

Penrose drenando secreción amarilla.

Razón científica del problema:

Cuando se dañan los tejidos se desvía siempre una cantidad de sangre hacia dicha zona y las células lesionadas liberan ciertas sustancias que promueven la regeneración de tejidos.

El dolor se debe a la dilatación local de los vasos sanguíneos y al aumento consecuente del riego sanguíneo de la zona lastimada, las mismas causan aumento local de la temperatura.

El tumor se debe al proceso exudativo, por el cual suero y leucocitos salen al torrente sanguíneo e invaden la zona. Se cree que el dolor lo causa la estimulación de los receptores específicos de la zona por sustancias que liberan las células lesionadas y posiblemente también por la presión del líquido que se acumula.

Las heridas infectadas suelen producir secreción purulenta, el color va a ser según el germen infectante, suele ser denso y de olor fétido.

#### Acciones de enfermería:

Administración de penicilina sódica cristalina, 5 000 000 cada 4 horas por I.V.

Vigilar infusión venosa, goteo continuo.

Sitio de punción.

Curación y cambio de telas adhesivas por razón necesaria.

Gentamicina 80 mg., cada 8 horas I.V., durante 10 días.

Vigilar función renal, auditiva y vestibular.

Vigilar secreción de penrose: color, olor y cantidad.

Curación de herida quirúrgica con solución antiséptica mediante una técnica aséptica.

Cambio de apósito por razón necesaria en herida quirúrgica.

Razón científica de las acciones:

Las penicilinas son las más efectivas y los medicamentos antimicrobianos de mayor uso. La acción bactericida final es la eliminación de un inhibidor de las enzimas auto líticas en la pared celular, lo cual activa a las enzimas y da por resultado lisis celular.

Después de la administración porcentual la absorción es completa y rápida y se distribuyen ampliamente en los líquidos y tejidos del organismo. Gran parte de la penicilina absorbida es excretada rápidamente por los riñones a través de la orina.

Los sitios para la administración intravenosa están predispuestas a la tromboflebitis y sobreinfección y deben cambiarse en forma rotatoria, cada dos días, manteniéndose escrupulosamente asépticos.

La gentamicina es un antibiótico, se emplea en infecciones graves causadas por bacterias gram negativas resistentes a otros medicamentos de menor toxicidad.

El medio principal de excreción de la gentamicina es por filtración

glomerular. Alrededor del 2-3% de los enfermos desarrollan disfunción vestibular y pérdida de la audición cuando las cifras sanguíneas en el suero exceden de 10 g/ml.

La secreción purulenta contiene gran cantidad de electrólitos que deben valorarse de acuerdo a la excreción de ésta para ser restituidos en el balance hidroelectrolítico.

Una descripción precisa de la secreción de una herida debe incluir volumen. El drenaje no sólo es irritante para la piel, sino que además es un excelente medio de cultivo para los gérmenes.

Se inhibe el crecimiento y la actividad de los microorganismos patógenos. La curación diaria ayuda a promover la cicatrización en el lugar de la herida, tanto la piel que la rodea deben ser limpiadas, si hay infección se debe irrigar tomando precauciones para que el drenaje se haga con facilidad.

La fricción que se hace al limpiar ayuda a remover los gérmenes, los tejidos necrosados y las secreciones que retardan la cicatrización.

Cuando se cambia un apósito se observan cuidadosamente ciertas características de la lesión y de la secreción que se produce.

Los apósitos que se humedecen con drenajes se convierten con más facilidad en un medio de cultivo para los gérmenes.

Evaluación de las acciones:

Al término de la terapéutica aplicada, disminuyeron los signos y sin tomas de infección e inicia el proceso de cicatrización.

Disminuyó la cantidad de secreción amarilla al igual que el dolor en la herida quirúrgica y el aumento de la temperatura local.

Problema: Dolor.

Manifestación clínica del problema:

Dolor en hipogastrio tipo cólico.

Razón científica del problema:

El dolor tiene un valor protector, o de autopreservación, para el organismo. El umbral para la percepción del dolor se define como la intensidad mínima de un estímulo capaz de ser reconocida como dolor.

Las ramas de las fibras para el dolor visceral hacen sinápsis en la médula espinal con las neuronas que reciben fibras para el dolor de

la piel. Las señales que son transmitidas se diseminan hasta las neuronas que transmiten las sensaciones dolorosas de la piel.

Los dolores viscerales y somáticos profundos, tienden siempre a reflejarse de manera superficial hacia los tejidos que están dentro de un segmento raquídeo específico y que tienen las ramificaciones nerviosas más extensas, y por lo tanto la representación cerebral más amplia. Ocurre referencia del dolor con cierta frecuencia, y ésto es explicado por el estado fisiológico de la reserva raquídea de neuronas sensitivas.

Acciones de enfermería:

Ministración de analgésicos. Dipirona 1 mg., cada 8 horas I.V.

Terapia ocupacional en la medida posible.

Razón científica de las acciones:

Los narcóticos tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central. La acción de fármacos que alivian el dolor es más eficaz si se administra antes que el dolor alcance un máximo.

La distracción ayuda algunas veces a disminuir la conciencia del individuo a los estímulos dolorosos. El dolor se acentúa cuando la atención está enfocada en él. Al apartar la atención del componente

doloroso, reduce la percepción y la reacción al dolor. Las emociones intensas (miedo o ira) suprimen al dolor.

Evaluación de las acciones:

Disminuye el dolor, aunque persista un poco, es tolerable por la paciente sin necesidad de volver a administrar el analgésico.

Problema: Desequilibrio hidroelectrolítico.

Manifestaciones clínicas del problema:

Sed, mucosas orales secas.

Razón científica del problema:

Cuando la pérdida de agua es mayor que el aporte, se genera un desequilibrio hídrico ocasionando daño sistémico.

El déficit de agua es el resultado de una ingestión insuficiente, o de pérdidas anormales.

La ingestión reducida es probable cuando el paciente incapacitado para ingerir el agua o cuando reciba una cantidad inadecuada de líquidos para cubrir las necesidades de mantenimiento y de restitución.

La fiebre o el calor del medio ambiente aumenta las pérdidas por la piel y los pulmones.

**Acciones de enfermería:****Vigilar signos de deshidratación:**

Mucosas orales

Taquicardia

Hipotensión

Letargo

Debilidad

Aplicar gasas húmedo-frías en mucosas orales.

**Control estricto de líquidos:**

ingestión

excreción

pérdidas insensibles.

**Razón científica de las acciones:**

El volumen de agua del organismo se mantiene por el equilibrio entre la ingestión y la excreción. El agua, como tal, la de los alimentos y la producida por la combustión, se elimina por los riñones, la piel y los pulmones.

Las pérdidas dan por resultado cambios en el volumen de los compartimientos extra e intracelulares.



La cuantificación de pérdidas insensibles es un parámetro para el control de líquidos, el diagnóstico temprano de deshidratación tiene gran importancia para la terapéutica a seguir; a medida que la deshidratación se hace más grave, la disminución del volumen plasmático produce hipotensión y choque.

Evaluación de las acciones:

Mucosas orales ligeramente hidratadas.

Sirvió de base para la restitución de líquidos parenterales.

Problema: Alimentación.

Manifestaciones clínicas del problema:

Ayuno prolongado.

Razón científica del problema:

La célula requiere para su función de la glucosa y mantener su aporte calórico adecuado en el organismo.

En el posoperatorio inmediato por los efectos que producen los anestésicos disminuyen la peristalsis del intestino y la disminución de los reflejos, al no indicar dieta se evita una complicación como la broncoaspiración.

Acciones de enfermería:

Ministración de líquidos parenterales, vigilando goteo continuo.

Ministración de corticoesteroides 2 gr. iniciales cada 8 horas I.V.

3 dosis.

Verificar que la paciente no ingiera nada por vía oral.

Razón científica de las acciones:

Permite mantener los requerimientos hídricos y calóricos necesarios para el organismo.

La administración de altas dosis de hidrocortisona por intravenosa provoca una vasodilatación arteriolar que permite un mayor aporte de volumen sanguíneo y mejora, por lo tanto, la circulación periférica.

Al no ingerir alimentos por vía oral, se evitan los reflejos fisiológicos como el vómito.

Evaluación de las acciones.

Problema: Eliminación intestinal.

Manifestación clínica del problema:

No presentó evacuaciones durante cuatro días después de la cirugía.

#### Razón científica del problema:

Para que el organismo funcione eficazmente, es necesario que se eliminen los residuos alimenticios, gases y sustancias tóxicas que se encuentran en el conducto gastrointestinal. Químicamente las heces se constituyen de agua, sales inorgánicas, moco, células epiteliales de la mucosa del canal alimentario, bacterias, productos de descomposición bacteriana, y partes indigeridas de alimentos no atacados por las bacterias.

#### Acciones de enfermería:

Vigilar motilidad intestinal

Deambulación precoz.

#### Razón científica de las acciones:

Los movimientos peristálticos en masa impulsan la materia fecal del colon sigmoideo hacia el recto. La distensión resultante de las paredes rectales estimulan los receptores preso-sensitivos, iniciándose un reflejo que produce movimientos peristálticos adicionales en el colon sigmoideo, más contracciones de los músculos longitudinales del recto.

La contracción de estos músculos acortan el recto y los movimientos

peristálticos fuerzan más heces en el recto, aumentando la presión interior. La presión hace que los esfínteres se abran y las heces sean expulsadas a través del ano.

Evaluación de las acciones;

Se presentó evacuaciones formadas sin la necesidad de otras medidas.

Problema: Edema moderado de miembros inferiores.

Manifestaciones clínicas del problema:

Retención de líquido en el espacio intersticial de miembros inferiores?

Signo de Godete  $\dagger \dagger$

Razón científica del problema:

Se debe a hipoproteinuria secundaria a balance nitrogenado negativo, lo que conduce a alteraciones en la presión oncótica del organismo que favorece la fuga o extravasación de líquidos al espacio intersticial acentuándose más en las partes de declive del cuerpo.

Acciones de enfermería:

Elevación de miembros inferiores

Vendaje de miembros inferiores

Vigilar la coloración de la piel en el área de vendaje.

Razón científica de las acciones:

La disminución en la presión capilar por declive, favorece la circulación venosa y del líquido que ha escapado a los espacios intersticiales, disminuyendo el edema.

El vendaje facilita el retorno venoso hacia el corazón, mejorando la circulación sanguínea, evitando la circulación del líquido a las partes distales.

La presión excesiva sobre la superficie del cuerpo puede alterar la circulación y en consecuencia, la nutrición de esa zona.

Evaluación de las acciones:

Disminuyó el edema a discreto.

Problema: Alteraciones emocionales.

Manifestaciones clínicas del problema:

Angustia.

Razón científica del problema:

El hecho de estar en un ambiente desconocido incrementa el stress coaccionado por el padecimiento, generando angustia, manifestada

por actitudes de rechazo a medida que se prolonga su estancia.

**Acciones de enfermería:**

Brindar ambiente confortable.

Establecer una comunicación directa con la paciente para familiarizarse con el personal de la unidad.

Al efectuar cualquier procedimiento, dar preparación psicológica a la paciente.

Mantener comunicación con los familiares.

**Razón científica de las acciones:**

Un ambiente agradable ayuda a exteriorizar dudas, temores e inquietudes, contribuyendo al bienestar físico mental de la paciente.

El conocimiento del personal, así como de los procedimientos, inspira confianza y cooperación.

Al ser informado de los procedimientos técnicos y quirúrgicos favorecen la disponibilidad y por consecuencia, serán favorables los resultados.

La comunicación favorece al intercambio de ideas y sentimientos, ayudando las relaciones del equipo de salud y los familiares.

**Evaluación de las acciones:**

Se aprecia más tranquila a la paciente, al ser tomada en cuenta como una unidad biosicosocial.

Disminuye la tensión emocional en los familiares al informarles el estado de salud de su paciente.

## CONCLUSIONES

En los países latinoamericanos, debido en gran parte a la ignorancia y al bajo nivel socioeconómico de la población en general, el aborto con todas sus peligrosas consecuencias es un método de control de la natalidad, frecuentemente utilizado, y que es imperioso que las entidades de salud en los diversos países realicen campañas en favor de la planificación familiar y de la paternidad responsable, con el fin de disminuir las tasas de abortos y la gran morbilidad que ellos ocasionan. En la actualidad se vive un cambio de actitudes y la presión popular, de médicos, sociólogos y políticos, está llevando a las autoridades a modificaciones sustanciales en favor de la anticoncepción como la más lógica manera de combatir el aborto.

Al mismo tiempo, una liberalización de la legislación sobre el aborto tiene lugar en la mayoría de las naciones.

Por otra parte, la legislación específica no se interpreta necesariamente con el mismo rigor en todos los países, por lo que su conocimiento no explica siempre la actitud real ante el aborto, en un país determinado.

La ley muchas veces no ha sido creada según la voluntad, los intereses y las necesidades verdaderas del pueblo, sino de conformidad con las exigencias de una teoría.



Los pueblos de Latinoamérica se encuentran formados por una sociedad subdesarrollada o en distinto grado de desarrollo, con una alta fecundidad, mortalidad en descenso, débil control de la natalidad y, en consecuencia, alto índice de crecimiento demográfico, no obstante la alta mortalidad infantil y la existencia de otros indicadores del subdesarrollo relacionados con la variable salud.

El por qué de la alta fecundidad en Latinoamérica es que no se tiene un desarrollo económico, una medicina importada (importación de técnicos y técnicas) actual en el sector salud, produciendo un descenso de la mortalidad. Como no hay desarrollo económico no hay evolución cultural y persiste la vieja organización familiar y las pautas de conducta sexual y familia tradicionales que significan familia numerosa, o sea, alta fecundidad y mayor incremento de población, puesto que la mortalidad ha sido reducida.

En los países desarrollados se producen cambios culturales y sienten la necesidad de limitar la prole familiar; aparece entonces necesariamente el control de la natalidad, el cual se realiza mediante el aborto (los anticonceptivos, son por lo general, ignorados). A mayor desarrollo y evolución cultural, mayor aborto.

El aborto, como toda intervención quirúrgica, está expuesto a numerosas complicaciones y secuelas, en ocasiones irreversibles. Una de

las formas de disminuir la frecuencia del aborto es realizar campañas de difusión para informar a mujeres en edad reproductiva los riesgos que ocasiona la realización de un aborto en forma clandestina.

Cuando a una unidad hospitalaria se presenta una paciente con aborto en sus diferentes etapas clínicas, deberá hacerse una exploración ginecológica certera, poniendo énfasis en la posición del útero, así como su tamaño, ya que ésto podría interferir cuando se realice el legrado uterino instrumental, que es el tratamiento comúnmente utilizado, con ésto se prevendría la perforación uterina, ya que ésta se realiza cuando el útero se encuentra en anteflexión o retroflexión y diagnosticando tempranamente su posición se evitará la perforación, lo que, a su vez, prevendría una pelviperitonitis al no haber entrada de bacterias a la cavidad peritoneal.

BIBLIOGRAFIA

- AGUIRRE Zozaya, Fortino J.  
Díaz Reséndiz, Manuel      Aborto; aspectos psicológicos del estudio comparativo. Asociación de Médicos Exresidentes y residentes del Hospital de Gineco-Obstetricia, Nos. 1-4, A.C., tesis, México, 1978, 556 pp.
- BAENA Paz, Guillermina      Instrumentos de investigación, 12a. ed., México, Ed. Mexicanos Unidos, S.A., 1985, 134 pp.
- BENSON, Ralph C.      Manual de ginecología y obstetricia; 6a. ed., México, El Manual Moderno, 1982, 764 pp.
- BRUNNER, Lillian Sholtis      Enfermería práctica; Traducción Arnulfo Ramos, 3a. ed., México, Ed. Interamericana, 1981, 983 pp.
- CALANDRA, Dante, et.al.      Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico; (s.i.) Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, S.A., 1973, 245 pp.
- CALATRONI, Carlos J. et.al.      Terapéutica ginecológica, 7a. ed., Argentina, Ed. Médica Panamericana, 1978, 484 pp.
- COHEN, Jean, et.al.      Enciclopedia de la vida sexual de la fisiología y la psicología; traductor Ignacio Gaos, (s.i.) Barcelona, Ed. Argos Vergara, S.A., 1973, 278 pp.
- DU GAS Beverly, Witler      Tratado de enfermería práctica; Traductor Antonio Garst, 3a. ed. México, Ed. Interamericana, 1979, 544 pp.
- FERNANDEZ Tapia, Sergio      Aborto séptico; tesis, México, 1984, 30 pp.
- FUERST, Elinor V.      Principios fundamentales de enfermería; traductor Esperanza Torres (s.i.), México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1978, 523 pp.

- GOLDMAN, S.L., et.al. Bases farmacológicas de la terapéutica; 3a. ed., México, Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1974, 1412 pp.
- GREENHILL, J.P., Friedman Emmanuel, Obstetricia; traductor Homero Vela Treviño, 1a. ed., México, Ed. Interamericana, 1977, 818 pp.
- HARMER, Bethea Tratado de enfermería práctica; 5a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1974, 1 309 pp.
- HOSPITAL Juárez, S.S.A. Atención en la UCI a la paciente gineco-obstétrica; Seminario, 1984, 75 pp.
- IRVING, Susan Enfermería psiquiátrica; traductor Vicente Agut Armer; México, Ed. Interamericana, 1975, 275 pp.
- KING, Eunice M. Técnicas de enfermería; traductor Antonio Garst (s.i.), México, Ed. Interamericana, 1979, 376 pp.
- KRUPP, Marcus A. et.al. Diagnóstico clínico y tratamiento; 16a., ed., 1a. reimposición, México, Ed. El Manual Moderno, 1981, 1 337 pp.
- MARRINER, Ann El Proceso de Atención de Enfermería; traductor Alfonso Téllez Vallejo, 2a. ed., México, Ed. Interamericana, 1983, 325 pp.
- MASCARO, José Ma. Porcar Diccionario médico, 2a. ed., Barcelona, Ed. Salvat Editores, 1974, 984 pp.
- MCLENNAN, Charles E. Compendio de obstetricia; traductor José Rafael Blengio Pinto, 2a. ed., México, Ed. Nueva Editorial Interamericana, 1977, 490 pp.

- NOVAK, Edmundo R., et.al. Tratado de ginecología; 9a. ed. Traductor A. Terán, México, Ed. Interamericana, 1982, 794 pp.
- PELAYO Correa, et.al. Textos de patología; 4a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1980, 1 162 pp.
- REVISTA De la Facultad de Medicina, U.N. A.M., mensual, No. 3, Vol. XVII, México, marzo 1974.
- TORDJMAN, Gilbert Realidades y problemas de la vida sexual; traductor Helios Rubio (s.i.), Barcelona Ed. Argos Vergara, S.A., 1975, 285 pp.
- TORTORA, Gerard J. Anagnostakos Nicholas, Peter Principios de anatomía y fisiología, traductor Humberto Janer Ruiz, (s.i.), México, Ed. Harla, 1977, 628 pp.
- THORNO, George W., et.al. Medicina interna Harrison; traductor Jorge Avendaño Inestrillas, et.al. Tomo II, 5a. ed., México, Ed. La Prensa Médica Mexicana, 1984, 2 542 pp.
- VELAZQUEZ, José Ma. Curso elemental de Psicología, 29a. ed., México, Ed. Cía. Editorial de Ediciones, S.A., 1980, 416 pp.
- WATSON, Jeannet E. Enfermería médica quirúrgica; (s.i.) México, Ed. Interamericana, 1975, 662 pp.
- WILLIAMS, et.al. Obstetricia; traductor Asunción Mauri Mas, 2a. ed., Barcelona, Ed. Salvat Mexicana, 1980, 976 pp.
- YURA, H., et.al. El Proceso de Atención de Enfermería; 1a. ed., España, Ed. Alhambra, 1982, 222 pp.

ANEXOS

Factores ovulares e fetales  
Factores paternos  
Traumatismo: directos e indirectos

**FACTORES DEL HUESPED:**

Sono: mujeres  
Edad: 20 a 34 años  
Estado previo de salud: avitaminosis "C y B"  
Ocupación: mayor riesgo en mujeres que trabajan  
Antecedentes G-0: Factores maternos  
Factores genitales  
Alteraciones genitales

**FACTORES DEL AMBIENTE:**

Nivel socioeconómico: mayor frecuencia en las clases con menores recursos económicos.  
Escasos recursos para la atención médica

Puede ser causada en caso de un aborto o el uso amniótico, posteriormente los anexos. En esta etapa es posible la hemorragia, pero que impida la separación de la placenta.  
1er. mes  
También se elimina el huevo completo pero puede quedarse la caduca que se expulsará posteriormente.  
10. mes  
Suele eliminarse el huevo completo ya que las vellosidades corionales no se han desarrollado suficientes para fijar el embrión.  
1er. mes  
Todo el huevo suele expulsarse cuando se da la decida.  
1er. mes  
Se expulsa la caduca parietal donde se ha anidado el huevo, mezclado con sangre, se presenta como una "membrana atizada".

**PERIPLERITONITE:**  
Proceso inflamatorio local o general del peritoneo, se debe a la entrada de bacterias en la cavidad peritoneal, por perforaciones. En este caso la infección ha pasado los límites de la cavidad uterina.

Contracciones uterinas moderadas con sangrado persistente y exsiccado con coágulos, acompañada de dolor en el hipogastrio de tipo espasivo.  
Útero aumentado de tamaño por deficiente involución y consistencia disminuida, cuello entrecubierto.

**PERFORACION UTERINA:**  
Se realiza con el hisotrienteo, frecuentemente con la cucharilla. Las posibilidades son mayores cuando el útero se encuentra en anteflexión o retroflexión, y éste no ha sido diagnosticado al tacto vaginal.

**PERIPLERITONITIS, septicemia, perforación uterina complicada con lesiones de intestino, vómito; hemorragia, fisulización, puede suceder durante la dilatación y raspado por encontrarse la pared uterina rabdoideada y sus contenidos muy vagos.**

**INFECCION:**  
A partir de su sitio de origen en la cavidad uterina, la infección se propaga por vía sanguínea, linfática o cateteral.  
Elevación térmica, diaforesis, exaltación, dolor en hipogastrio tipo cólico de regular intensidad y pérdida de sangre transvaginal puntante y fétida.

**HORIZONTE CLINICO**

ESTIMULO DESENCADENANTE

CONTRACTILIDAD UTERINA

CURACION ESPONTANEA

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN TERCIARIA	
PROMOCIÓN DE LA SALUD	PROTECCIÓN ESPECÍFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACIÓN DEL DAÑO	REABILITACIÓN
Educación sanitaria a la pb. Educación higiénica específica a pacientes que trabajan. Accesibilidad a la atención médica. Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales. Difusión de programas de planeación familiar a nivel nacional y educación sexual.	Información del padecimiento a la pb. en edad reproductiva Control de infecciones del sistema genital femenino. Protección a mujeres embarazadas contra los peligros de salud en la industria. Evaluación genética prenatal Corrección de las alteraciones maternas.	Historia clínica completa Examen clínico Exploración ginecológica Examen general de orina Pruebas cruzadas Determinación de Gp. y Rh. Cuantificación de fib.	Cultivo de moco cervical para determinar patógenos Pruebas de sensibilidad a antibióticos Dilatación y raspado (LUD) Reposición de la volemia y balance hídrico Contrastes monométricos Antibióticoterapia Laparotomía exploradora Consultación de vena	Evitar la presentación de infecciones. Histerectomía total o subtotal	Integrar a la paciente e su núcleo familiar. Interscuela a trabajo social.





**Infección**

Herida quirúrgica con heridas hipogástricas y aumento de la temperatura a 38.3, 38.7, tumor e inflamación.

Cuando se dan los signos se dudó que por una cantidad mayor de sangre hacia dicha zona y por dichas razones fueron ciertas sustancias que promueven la regeneración de tejidos. El dolor se debe a la distensión local de los vasos sanguíneos y al aumento consiguiente del riesgo sanguíneo de la zona lesionada; los signos causan aumento local de la temperatura. El tumor se debe al proceso exudativo, por el cual suero y leucocitos salen al torrente sanguíneo e invaden la zona. Se cree que el dolor lo causa la estimulación de los receptores específicos de la zona por sustancias que liberan las células leucocitarias y posiblemente también por la presión del líquido que se acumula.

Pensosa drenando secreción amarilla.

Las heridas infectadas se leccionan secreción purulenta, el color va a ser sucio el germen infectante, suele ser denso y de color fétido.

Administración de penicilina Sódica Cristalina, \$ 800 000 cada 3 horas por I.V. Vigilar infección consiguiente.

Sitio de punción

Cuación y cambio de telas estériles por razón necesaria.

Genamicina 80 mg, cada 8 horas, I.V., durante 10 días.

Vigilar función renal, auditiva y vestibular.

Vigilar secreción de pensosa: - color - cantidad

Curación de herida quirúrgica con solución antiseptica, mediante una técnica aséptica.

Cambio de apósito por razón necesaria en herida quirúrgica.

Administración de analgésicos.

Terapia ocupacional en la medida posible.

Vigilar signos de deshidratación: - mucosas orales - tetraquimia - hipotensión - letargo - debilidad Control estricto de líquidos: - ingesta - excreción - pérdidas insensibles

Administración de líquidos parenterales, vigilando estado continuo. Administración de corticosteroides 2 c.c., iniciales cada 8 horas I.V. 3 dosis.

Verificar que el paciente no ingiera nada por vía oral.

Las punciones solo son una muestra y no deben ser un estímulo de mayor suero.

La acción bactericida local es la eliminación de un número de las bacterias autóctonas en la pared celular, lo cual activa a las enzimas y da por resultado lisis celular.

Después de la administración parenteral la absorción es completa y rápida, y se distribuyen ampliamente en los líquidos y tejidos del organismo. Gran parte de la penicilina absorbida es excretada rápidamente por los riñones, e través de la orina. Los otros para la administración intravenosa están propuestos a la transmutación y sobrecitrición, y deben cambiarse en forma rotatoria, cada dos días, manteniéndose estrictamente asépticos.

Es un antibiótico, se emplea en infecciones graves causadas por bacterias gram negativas resistentes a otros medicamentos de mayor toxicidad. El modo principal de excreción de la genamicina es por filtración glomerular. Alrededor del 2-3% de los enfermos desarrollan distensión vesicular y pérdida de la audición cuando las cifras sanguíneas en el suero exceden de 10 mg/ml.

La secreción purulenta contiene gran cantidad de leucocitos que deben valorarse de acuerdo a la excreción de ésta para ser restituidos en el balance hídrico-electrolítico. Una descripción precisa de la secreción de una herida debe incluir el volumen. El drenaje no sólo es irritante para la piel, sino que además es un excelente medio de cultivo para los gérmenes.

Se inhibe el crecimiento y la actividad de los microorganismos patógenos. La curación diaria ayuda a promover la cicatrización en el lugar de la herida, tanto la piel que la rodea deben ser limpiadas, si hay infección se debe frugar tomando precauciones para que el drenaje se haga con facilidad. La fricción que se hace al limpiar, ayuda a remover los gérmenes, los tejidos necrosados y las secreciones que retardan la cicatrización. Cuando se cambia un apósito se observan cuidadosamente ciertas características de la lesión y de la secreción que se produce.

Los apósitos que se humedecen con drenajes se convierten con más facilidad en un medio de cultivo para los gérmenes.

Los narcóticos tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central. La acción de fármacos que alivian el dolor es más eficaz si se administran antes de que el dolor alcance un máximo.

La distracción ayuda algunas veces a disminuir la conciencia del individuo a los estímulos dolorosos.

El dolor se acentúa cuando la atención está enfocada en él.

Al prestar la atención del componente doloroso, reduce la percepción y la reacción al dolor. Las emociones intensas (miedo o ira) suprimen el dolor.

El volumen de agua del organismo se mantiene por el equilibrio entre la ingesta y la excreción. El agua como tal, la de los alimentos y la producida por la combustión, se elimina por los riñones la piel y los pulmones.

Las pérdidas dan por resultado cambios en el volumen de los compartimentos extra e intracelulares. La deshidratación de las células insensibles es un parámetro para el control de líquidos, el diagnóstico temprano de deshidratación tiene gran importancia para lo terapéutico a seguir; o medida que la deshidratación se hace más grave, la disminución del volumen plasmático produce hipotensión y choque.

Permite mantener los requerimientos líquidos y calóricos necesarios para el organismo. La administración de altas dosis de hidrocortisona por intravenosa provoca una vasodilatación arterial que permite un mayor aporte de volumen sanguíneo y mejora, por lo tanto, la circulación periférica. Al no ingerir alimentos por vía oral se evitan los reflejos fisiológicos como el vómito.

La acción de la penicilina aplicada, disminuyen los signos y síntomas de infección e inicia el proceso de cicatrización.

Disminuyó la cantidad de secreción amarilla al igual que el dolor en la herida quirúrgica y el aumento de la temperatura local.

Disminuye el dolor, aunque persiste un poco, es tolerable por la paciente sin necesidad de volver a administrar el analgésico.

Mucosa ligeramente hidratada.

Servir de base para la restitución de líquidos parenterales.

El paciente continuó en ayuno por dos días más.

**Dolor**

Dolor en hipogástrico tipo cólico.

El dolor tiene un valor protector, o de autoconservación, en el organismo. El umbral para la percepción del dolor se define como la intensidad mínima de un estímulo capaz de ser reconocida como dolor. Las ramas de las fibras para el dolor visceral hacen sinapsis en la médula espinal con las neuronas que reciben fibras para el dolor de la piel. Las señales que son transmitidas son discriminadas hasta las neuronas que transmiten las sensaciones dolorosas de la piel. Los dolores viscerales y somáticos profundos tienden siempre a reflejarse de manera superficial hacia los tejidos que están dentro de un segmento raquídeo específico y que tienen las manifestaciones nerviosas más extensas, y por lo tanto la representación cerebral más amplia. Ocurre referencia del dolor con cierta frecuencia, y hasta es explicado por el estado fisiológico de la reserva requerida de neuronas sensitivas.

Administración de analgésicos.

Terapia ocupacional en la medida posible.

**Desequilibrio hídrico-electrolítico.**

Señal Mucosas orales secas.

Cuando la pérdida de agua es mayor que el aporte, se genera un desequilibrio hídrico ocasionando daño sistémico. El déficit de agua es el resultado de una ingesta insuficiente, o de pérdidas anormales. La ingesta reducida es probable cuando el paciente incapacitado para ingerir el agua o cuando recibe una cantidad inadecuada de líquidos para cubrir las necesidades de mantenimiento y de restitución. La fiebre o el calor del medio ambiente aumentan las pérdidas por la piel y los pulmones.

Vigilar signos de deshidratación: - mucosas orales - tetraquimia - hipotensión - letargo - debilidad Control estricto de líquidos: - ingesta - excreción - pérdidas insensibles

**Alimentación**

Ayuno prolongado

La célula requiere para su función de la glucosa y mantener su aporte calórico adecuado en el organismo. La administración de alimentos por vía oral produce los efectos que producen los anestésicos disminuyen la peristaltica del intestino y la disminución de los reflejos, al no ingerir dieta se evita una complicación, como la broncoaspiración.

Administración de líquidos parenterales, vigilando estado continuo. Administración de corticosteroides 2 c.c., iniciales cada 8 horas I.V. 3 dosis.

Verificar que el paciente no ingiera nada por vía oral.

Mucosa ligeramente hidratada.

Servir de base para la restitución de líquidos parenterales.

El paciente continuó en ayuno por dos días más.

Edema moderado de miembros inferiores.	Retención de líquido en el espacio intersticial de miembros inferiores.	conducto gastrointestinal. Quiémicamente las heces se constituyen de agua; sales inorgánicas, mucos, células epiteliales de la mucosa del canal alimentario, bacterias productoras de descomposición bacteriana y partes indigeridas de alimentos no atacados por las bacterias.	Elevación de miembros inferiores.	rítmicos adicionales en el colon sigmoideo, más contracciones de los músculos longitudinales del recto. La contracción de estos músculos acortan el recto y los movimientos peristálticos fuerzan más heces en el recto, aumentando la presión interior. La presión hace que los esfínteres se abran y las heces sean expulsadas a través del ano.	Disminuye el edema o discreto.
Alteraciones emocionales	Angustia	Se debe a hipoproteinemia secundaria a balance nitrogenado negativo, lo que conduce a alteraciones en la presión oncolítica del organismo, que favorece la fuga o extravasación de líquidos al espacio intersticial acentuándose más en las partes de declive del cuerpo.	Vendaje de miembros inferiores.	La disminución en la presión capilar por declive, favorece la circulación venosa y del líquido que ha escapado a los espacios intersticiales disminuyendo el edema. El vendaje facilita el retorno venoso hacia el corazón, mejorando la circulación sanguínea, evitando la circulación del líquido a las partes distales. La presión excesiva sobre la superficie del cuerpo puede alterar la circulación y en consecuencia la nutrición de esa zona.	Se espera más tranquila a la paciente, al ser tomada en cuenta como una unidad biopsíquica. Disminuye la ansiedad emocional en los familiares al ser informados del estado de salud de su paciente.
			Vigilar la colocación de la piel en el área de vendaje.		
			Brimar ambiente confortable.	Un ambiente agradable ayuda a exteriorizar dudas, temores e inquietudes, contribuyendo al bienestar físico-mental de la paciente. El conocimiento del personal, así como de los procedimientos, inspira confianza y cooperación.	
			Establecer una comunicación directa con la paciente para familiarizarse con el personal de la unidad.	Al ser informado de los procedimientos técnicos y quirúrgicos, favorecen la disponibilidad y por consecuencia, serán favorables los resultados. La comunicación favorece el intercambio de ideas y sentimientos, ayudando las relaciones del equipo de salud y los familiares.	
			Al atender cualquier procedimiento, dar preparación psicológica a la paciente. Mantener comunicación con los familiares.		

**FACTORES DEL AGENTE:**

Factores conductas e íntimas  
Factores paternos  
Traumáticos: directos e indirectos

**FACTORES DEL HUESPED:**

Sexo: mujeres  
Edad: 20 a 34 años  
Estado previo de salud: avitaminosis "C" y "B"  
Ocupación: mayor tiempo en mujeres que trabajan  
Antecedentes G-O: Factores maternos  
Patología genitales  
Afecciones genitales

**FACTORES DEL AMBIENTE:**

Nivel socioeconómico: mayor frecuencia en las clases con menores recursos económicos.  
Escarso recurso para la atención médica

60,00%

Puede ser expulsado el feto que hay en el saco amniótico, posteriormente los anexos. En este estado es posible la hemorragia, hasta que ocurra la absorción de la placenta.

2o. mes  
También se elimina el huevo completo pero puede quedarse la coágula que se expulsará posteriormente.

3o. mes  
Puede eliminarse el huevo completo ya que las volutasiones tardadas no se han desarrollado suficiente para fijar el embrión.

Todo el huevo suole expulsarse cuando se le da la decida.

4o. mes  
Se expulsan la coágula parietal donde se ha anidado el huevo, mezclado con sangre, se presenta como una "menstruación atrasada".

**MUERTE**

Hemorragia profusa y shock atónico.

**EXCELUI:** esterilidad?

**PERITONITIS:**

Proceso inflamatorio local o general del peritoneo, se debe a la entrada de bacterias en la cavidad peritoneal, por perforaciones. En este caso se infecta con pasando los límites de la cavidad uterina.

**PERFORACION UTERINA:**

Se realiza con el instrumento, frecuentemente con la cucharilla, las posibilidades son mayores cuando el instrumento encuentra en anteflexión o retroflexión, y bien no ha sido diagnosticado el tacto vaginal.

PERIVERTICITIS, septicemia, perforación uterina controlada con lesiones de intestino, vejiga; hemorragia, involución, puede suceder durante la dilatación y raspado por encontrarse en la pared uterina reblandecida y sus contornos muy vagos.

**INFECCION:**

A partir de su sitio de origen en la cavidad uterina, la infección se propaga por vía sanguínea, linfática o canalicular. Elevación térmica, diarreas, exudado, dolor en hipogastrio tipo cólico de regular intensidad y pérdida de sangre transvaginal purulenta y fétida.

ESTIMULO DESENCADENANTE

CONTRACTILIDAD UTERINA

CURACION ESPONTANEA

**HORIZONTE CLINICO**

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO			
PREVENCIÓN PRIMARIA	PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCERA	REABRITACION		
PROMOCION DE LA SALUD	PROTECCION ESPECIFICA	DIAGNOSTICO TEMPRANO	TRATAMIENTO OPORTUNO	LIMITACION DEL DAÑO	
Educación sanitaria a la población hisbánica específica a pacientes que trabajan. Accesibilidad a la atención médica. Mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y culturales. Difusión de programas de planeación familiar a nivel nacional y educación sexual.	Información del paciente sano a la población en edad reproductiva Control de infecciones del sistema genital femenino. Protección a mujeres embarazadas contra los peligros de salud en la industria. Evaluación genética prenatal Corrección de las alteraciones maternas.	Historia clínica completa Examen clínico Exploración ginecológica Examen general de rutina Pruebas cruzadas Determinación de Gp. y Rh. Cuantificación de Vp.	Cultivo de moco cervical para determinar patógenos Prueba de sensibilidad a antibióticos Dilatación y raspado (LUB) Reposición de la volutina y balance hídrico. Contractores misicriales Antibiototerapia Laparoscopia exploradora Canalización de vena	Evitar la presentación de infecciones. Histerectomía total o subtotal	Integrar a la paciente a su núcleo familiar. Interconectar a trabajo social.

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: U.P.C.  
 Fecha de Ingreso: 10-X-65  
 Sexo: femenino  
 Edad: 23 años  
 Servicio: Ginecología  
 Cama: 174 B

Diagnóstico de Enfermería:

Paciente del sexo femenino, bien conformada, ofendida en tiempo, aspecto y luz, agitada, intranquila, con palidas de tegumentos faciales, marcadas orejas erectas, intolerando via oral escasas, algos vitales con taquicardia de 110 X', hipertensión de 80/40 mmHg, hipertrofia de 30-41 C; diálisis postura, catéter central en miembro inferior derecho, perfundizándose soluciones reoparativas del plasma y venoclisis en miembro izquierdo con soluciones isotónicas de base. Dolor en hipoparto tipo cólico intermitente, huida quíquena interambulada con bordes hiperémicos, con aumento de temperatura local y dolor; coartación de peneque en ambos lados de la herida, drenando secreción amarilla. Sangrado transvaginal fétido. Diuresis normal, no auscultando durante curso dicta, diámetro esfíma de micturios idénticos. Paciente y familia que colabran con el personal para su tratamiento y pronta recuperación.

Diagnóstico médico:

Aborto incompleto séptico del primer trimestre + perforación uterina + púrpura trombocitopénica.

Objetivos:

Proporcionar atención de enfermería planeada, eficiente y humana, justificando sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales para reintegrarla en forma adecuada a su núcleo familiar, restableciendo la función hemodinámica del organismo, contrarrestando signos y síntomas para su propia y ajena crítica de la paciente.

Proporcionar un ambiente favorable durante el proceso de recuperación para facilitar el retorno a su núcleo familiar y social.

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	EVALUACION
Hipotensión	Cifras bajas de presión sistólica y diastólica 60/40 mmHg	La endotoxina circulante ejerce sus principales efectos en los vasos sanguíneos con invasión simpática, provocando espasmo arterial y venoso intenso que lleva a la inmovilización significativa de sangre en los capilares, aparece acidosis local y se promueve la relajación del esfínter arterial, aunque las venitas permanecen contraídas. La sangre se estanca en el lecho capilar y el aumento de la presión hidrostática de por resultado la salida del plasma al espacio intersticial, lo que a su vez, causa un edema en la presión arterial sistólica.	Instalación de catéter central en pliegue de codo en miembro superior derecho. Dopamina 2 ampollas en 500 ml de solución glucosada al 5% a 14 gotas por minuto. Toma de presión arterial cada 15' y posterior a la aplicación de Dopamina. Toma de P.V.C. cada hora Curación del catéter central	La canalización de una vena de gran calibre es una vía valiosa de acceso al árbol venoso para administrar líquidos, sustancias químicas y monitorio de P.V.C. La Dopamina ejerce un efecto beta adrenérgico en los lechos vasculares renal y mesentericos. La aplicación de Dopamina da un efecto ca-si tónico. La presión arterial media se debe mantener por arriba de 70 mmHg para asegurar una perfusión adecuada en la red capilar del lecho vascular. La presión arterial es la que ejerce la sangre en el interior de las arterias del organismo. La P.V.C. es un parámetro que nos indica el volumen sanguíneo que maneja la cavidad derecha del corazón y nos orienta para prevenir una sobrecarga. Valor normal 8-14 centímetros de H <sub>2</sub> O. Al mantener limpia y seca el área puncionada, inhibe la proliferación de microorganismos.	Aumento de tensión arterial en control hora a 100/60 mmHg.  Se mantiene la tensión arterial estable.
Taquicardia	Aumento de la frecuencia cardíaca a 110 X'	Está dado por un aumento en la actividad del nodo sinusal, por sobreactividad del simpático, que estimula por la endotoxina ocasionando también aumento del gasto cardíaco, del trabajo del corazón y del consumo de oxígeno.	Toma y vigilancia de la frecuencia cardíaca cada 60' Toma de electrocardiograma. Monitorización de la paciente.	La frecuencia cardíaca es un parámetro que denota la actividad eurítmico-ventricular. El corazón produce estímulos cardíacos que pueden ser registrados por medio de electrocardiograma y denotar alteraciones de ritmo y la conducción. El monitorio es un aparato electrónico que detecta cambios importantes en la frecuencia cardíaca (bradicias).	Disminuye la frecuencia cardíaca a 100 X'
Sangrado transvaginal persistente y excesivo.	Falidez de tegumentos.	La pérdida de masa eritrocítica secundaria al sangrado hace que disminuyen los niveles de hemoglobina, responsable de la coloración de los tegumentos.	Observar y anotar la coloración de la piel. Avisar al médico si existen cambios repetitivos en Bta. Administración de sangre total 400 ml. para 4 horas. Identificación de grupo y Rh del paciente con el suero de transfusión. Vigilar reacciones alérgicas durante la transfusión.	La evolución integral de las alteraciones de la coloración y textura de la piel nos indica la evolución del púrpura trombocitopénico.  El plasma contiene factores de coagulación, que servirán para restituir los niveles en el paciente. La administración de volumen permite corregir la hipovolemia en forma absoluta o relativa. La perfusión de expansores permite el control de la presión hidrostatica.	Mejora la coloración de tegumentos.
Fiebre	Escalofrío Extremidades frías Temperatura de 39-41°C.	La hipotermia aumenta las necesidades metabólicas, la pérdida de agua y electrolitos y constituye una amenaza para la integridad funcional de encéfalo. Cuando el umbral de una fiebre se cree que hay un restablecimiento del termómetro interno del cuerpo a nivel superior. Esto puede deberse a la presencia de sustancias pirogenas. El restablecimiento del termómetro interno hace que los mecanismos productores del calor trabajen para llevar la temperatura al nivel deseado. La persona experimenta escalofríos. La actividad muscular es aumentada en forma de estacionamiento. La fiebre actúa como mecanismo de defensa ante la infección, creando una temperatura inadecuada para la supervivencia, aumentando el metabolismo celular para incrementar la producción de cuerpos inmunos y su capacidad para localizar cuerpos extraños. Durante la fiebre hay una producción elevada de catecolaminas que actúan directamente en las células corporales al igual que el sistema nervioso central, aumentando la producción de calor.	Abrigar y cubrir sólo lo suficiente para el bienestar máximo. Control térmico por medios físicos. Aplicación de bolsas de hielo y compresas hidroalcohólicas. Llevar curva térmica y toma de temperatura cada 60' hasta estabilización posteriormente dos veces por turno. Administración de anti-piréticos.	La temperatura corporal se puede por 4 diferentes formas, que son: radiación, conducción, convección y evaporación. Los medios físicos actúan por las dos primeras formas.  El control térmico nos permite conocer las características y variaciones de la temperatura corporal y la respuesta de la paciente a la terapéutica. Tales aumentos producen un efecto específico en los centros termorreguladores.	Disminuyó la temperatura corporal a 38°C, en un lapso de dos horas.  Posteriormente se mantuvo en 37°-37,5°C.

Difusión	La excreción de ácido es un mecanismo de termoregulación efectuado por las glándulas sudoríparas.			
Infección	<p>Herida quirúrgica con heridas hiperfocales y aumento de la temperatura local, dolor, tumor e inflamación.</p> <p>Cuando se dañan las células se desvía siempre una cantidad mayor de sangre hacia dicha zona y las células leucocitarias liberan estas sustancias que promueven la regeneración de tejidos.</p> <p>El dolor se debe a la dilatación local de los vasos sanguíneos y al aumento consiguiente del flujo sanguíneo de la zona lesionada; los químicos causan aumento local de la temperatura.</p> <p>El tumor se debe al proceso exudativo, por el cual suero y leucocitos sobre el foco se acumulan e invaden la zona. Se cree que el dolor lo causa la estimulación de los receptores específicos de la zona por sustancias que liberan las células leucocitarias y posiblemente también por la presión del líquido que se acumula.</p>	<p>Administración de Penicilina Sódica Cristalina, 5 000 000 cada 8 horas por I.V.</p> <p>Vigilar infusión venosa como costumbre.</p> <p>Sitio de punción</p> <p>Cuación y cambio de telas adhesivas por razón necesaria.</p> <p>Gentamicina 80 mg, cada 8 horas, I.V., durante 10 días.</p> <p>Vigilar función renal, auditiva y vestibular.</p>	<p>Las penicilinas son las más efectivas y los medicamentos antimicrobianos de mayor uso.</p> <p>La acción bactericida final es la eliminación de un inhibidor de las enzimas autóxicas en la pared celular, lo cual activa a las enzimas y da por resultado lisis celular.</p> <p>Después de la administración parental la absorción es completa y rápida, y se distribuyen ampliamente en los líquidos y tejidos del organismo. Gran parte de la penicilina absorbida es excretada rápidamente por los riñones, a través de la orina. Los sitios para la administración intravenosa están inconspicuos a la inspección y a la palpación, y deben cambiarse en forma rotatoria, cada dos días, manteniéndose escrupulosamente asépticos.</p> <p>Es un antibiótico, se emplea en infecciones graves causadas por bacterias gram negativas resistentes a otros medicamentos de mayor toxicidad. El modo principal de excreción de la gentamicina es por filtración glomerular. Alrededor del 75% de los efectos secundarios (daño auditivo, vestibular y pérdida de la audición cuando las cifras sanguíneas en el suero exceden de 10 µg/ml).</p>	<p>Al término de la terapéutica aplicada, disminuyeron los signos y síntomas de infección e inició el proceso de cicatrización.</p>
Fenosa de secreción amarilla.	<p>Las heridas infectadas suelen producir secreción purulenta, el color va a ser según el origen infeccioso, usualmente ser denso y de color fétido.</p>	<p>Vigilar secreción de pus: color - olor - cantidad</p> <p>Cuidado de herida quirúrgica con solución antiséptica, mediante una técnica aséptica.</p> <p>Cambio de apósito por razón necesaria en herida quirúrgica.</p>	<p>La secreción purulenta contiene gran cantidad de electrólitos que deben valorarse de acuerdo a la excreción de ésta para ser reemplazados en el balance hidroelectrolítico.</p> <p>Una descripción precisa de la secreción de una herida debe incluir el volumen.</p> <p>El drenaje no sólo es irritante para la piel, sino que además es un excelente medio de cultivo para los gérmenes.</p> <p>Se cubrió el procedimiento y la actividad de los microorganismos patógenos.</p> <p>La limpieza diaria ayuda a promover la cicatrización en el lugar de la herida, tanto la piel que la rodea debe ser limpiada, así hay infección se debe limpiar tomando precauciones para que el drenaje se haga con facilidad.</p> <p>La fricción que se hace al limpiar, ayuda a renovar los gérmenes, los tejidos mucosales y las secreciones que retardan la cicatrización.</p> <p>Cuando se cambia un apósito se observan cuidadosamente ciertas características de la lesión y de la secreción que se produce.</p> <p>Los apósitos que se humedecen con medios se convierten en más fácilmente un medio de cultivo para los gérmenes.</p>	<p>Disminuyó la cantidad de secreción amarilla al igual que el dolor en la herida quirúrgica y el aumento de la temperatura local.</p>
Dolor	<p>Dolor en hipogastrio tipo cólico.</p> <p>El dolor tiene un valor protector, o de autoconservación, no re el organismo. El umbral para la percepción del dolor se define como la intensidad mínima de un estímulo capaz de ser reconocida como dolor. Las ramas de las fibras para el dolor visceral hacen sinapsis en la médula cervical con las neuronas que reciben fibras para el dolor de la piel. Las señales que son transmitidas se disentan hasta las neuronas que transmiten las sensaciones dolorosas de la piel.</p> <p>Los dolores viscerales y somáticos profundos tienden siempre a reflejarse de manera superficial hacia los tejidos que están dentro de un segmento raquídeo específico y que tienen las ramificaciones nerviosas más extensas, y por lo tanto la representación cerebral más amplia. Ocurre referencia del dolor con cierta frecuencia, y esto se explica por el estado fisiológico de la reserva raquídea de neuronas sensitivas.</p>	<p>Administración de analgésicos.</p> <p>Terapia ocupacional en la medida posible.</p>	<p>Los narcóticos tienen una acción depresora sobre el sistema nervioso central.</p> <p>La acción de fármacos que alivian el dolor es más eficaz si se administran antes de que el dolor alcance un máximo.</p> <p>La distracción ayuda algunas veces a disminuir la conciencia del individuo de los estímulos dolorosos.</p> <p>El dolor se acrecienta cuando la atención está enfocada en él.</p> <p>Al aumentar la atención del componente doloroso, reduce la percepción y la reacción al dolor. Las reacciones tónicas (miedo o ira) suprimen el dolor.</p>	<p>Disminuye el dolor, aunque permite un poco, es tolerable por el paciente sin necesidad de volver a administrar el analgésico.</p>
Desequilibrio hidroelectrolítico.	<p>Señal: mucosas orales secas.</p> <p>Cuando la pérdida de agua es mayor que el aporte, se genera un desequilibrio hídrico ocasionando daño fisiológico.</p> <p>El déficit de agua es el resultado de una ingesta insuficiente, o de pérdidas excesivas.</p> <p>La ingesta reducida es predecible cuando el paciente incapacitado para ingerir el agua o cuando recibe una cantidad inadecuada de líquidos para cubrir las necesidades de mantenimiento y de rehidratación. La fiebre o el calor del medio ambiente aumenta las pérdidas por la piel y los pulmones.</p>	<p>Vigilar signos de deshidratación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mucosas orales</li> <li>- taquicardia</li> <li>- hipotensión</li> <li>- debilidad</li> </ul> <p>Control estricto de líquidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ingesta</li> <li>- secreción</li> <li>- pérdidas insensibles</li> </ul>	<p>El volumen de agua del organismo se mantiene por el equilibrio entre la ingesta y la secreción.</p> <p>El agua como tal, le da de los alimentos y la producción por la combustión, se elimina por los riñones en la orina y en los pulmones.</p> <p>Las pérdidas dan por resultado cambios en el volumen de los compartimentos extra e intracelulares.</p> <p>La cantidad de pérdidas insensibles es un parámetro para el control de líquidos, el desequilibrio temprano de deshidratación tiene gran importancia para la terapéutica y aquí: o medida que la deshidratación se hace más grave, la disminución del volumen plasmático produce hipotensión y choque.</p>	<p>Mucosa ligeramente hidratada.</p> <p>Servió de base para la rehidratación de líquidos parenterales.</p>
Alimentación	<p>Alimento prolongado</p> <p>La célula requiere para su función de la glucosa y mantener siempre un equilibrio adecuado en el organismo.</p> <p>En el postoperatorio inmediato por los efectos que producen los anestésicos disminuyen la peristaltia del intestino y la disminución de los reflejos, al no indicar dieta se evita una complicación como la broncoaspiración.</p>	<p>Administración de líquidos parenterales, vigilando como costumbre.</p> <p>Administración de corticosteroides 3 gr. iniciales cada 8 horas I.V. 3 dosis.</p> <p>Verificar que el paciente no logre nada por vía oral.</p>	<p>Permite mantener los requerimientos hídricos y calóricos necesarios para el organismo.</p> <p>La administración de altas dosis de hidrocortisona por intravenosa promueve una vasodilatación arterial que permite un mayor aporte de volumen sanguíneo y mejora, por lo tanto, la circulación periférica.</p> <p>Al no ingerir alimentos por vía oral se evitan los reflejos fisiológicos como el vómito.</p>	<p>El paciente continuó en ayuno por cinco días más.</p>

PROBLEMA	MANIFESTACIONES DEL PROBLEMA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DEL PROBLEMA	ACCIONES DE ENFERMERIA	FUNDAMENTACION CIENTIFICA DE LAS ACCIONES	EVALUACION
Eliminación Intestinal	No presentó evacuaciones durante cuatro días después de la cirugía.	Para que el organismo funcione eficientemente, es necesario que se eliminen los residuos alimenticios, gases y sustancias tóxicas, que se encuentran en el contenido gastrointestinal. Químicamente las heces se constituyen de agua; sales inorgánicas, sales orgánicas, células epiteliales de la mucosa del canal alimentario, bacterias, productos de descomposición bacteriana y partes indigeribles de alimentos no atacados por las bacterias.	Vigilar motilidad intestinal.  Desambulación precoz.	Los movimientos peristálticos en masa impulsan la materia fecal del colon sigmoides hacia el recto.  La distensión resultante de las paredes rectales estimulan los receptores poco-sensitivos, ocasionándose un reflejo que produce movimientos peristálticos adicionales en el colon sigmoides, más contracciones de los músculos longitudinales del recto.  La contracción de estos músculos accoran el recto y los movimientos peristálticos fuerzan más heces en el recto, aumentando la presión intestinal. La presión hace que los esfínteres se abran y las heces sean expulsadas a través del ano.	Se presentó evacuaciones formales sin la necesidad de otras medidas.
Edema moderado de miembros inferiores.	Retención de líquido en el espacio intersticial de miembros inferiores.  Signo de Godette $\frac{++}{+}$	Se debe a hipoproteíemia secundaria a balance nitrogenado negativo, lo que conduce a alteraciones en la presión oncolítica del organismo, que favorece la fuga o extravasación de líquido al espacio intersticial acumulándose más en las partes de declive del cuerpo.	Elevación de miembros inferiores.  Vendaje de miembros inferiores.  Vigilar la coloración de la piel en el área de vendaje.	La disminución en la presión capilar por declive, favorece la circulación venosa y del líquido que ha escapado a los espacios intersticiales disminuyendo el edema.  El vendaje facilita el retorno venoso hacia el corazón, mejorando la circulación sanguínea, evitando la circulación del líquido a las partes distales. La presión excesiva sobre la superficie del cuerpo puede alterar la circulación y en consecuencia la nutrición de esa zona.	Disminuye el edema a discreto.
Alteraciones emocionales	Ansiedad	El hecho de estar en un ambiente desconocido incrementa el stress ocasionado por el procedimiento, generando ansiedad, manifestada por actitudes de rechazo a medida que se prolonga su estancia.	Reiniciar ambiente confortable.  Establecer una comunicación directa con el paciente para familiarizarse con el personal de la unidad.  Al efectuar cualquier procedimiento, dar preparación psicológica a la paciente.  Mantener comunicación con los familiares.	Un ambiente agradable ayuda a exteriorizar dudas, temores e inquietudes, contribuyendo al bienestar físico-mental de la paciente.  El conocimiento del personal, así como de los procedimientos, inspira confianza y cooperación.  Al ser informado de los procedimientos técnicos y quirúrgicos, favorecen la disponibilidad y por consecuencia, están favorables los resultados. La comunicación favorece al intercambio de ideas y sentimientos, ayudando las relaciones del equipo de salud y los familiares.	Se esperaba más tranquilo a la paciente, al ser tomada en cuenta como una unidad biopsíquica.  Disminuye la ansiedad emocional en los familiares al ser informados del estado de salud de su paciente.

GLOSARIO DE TERMINOS

- ABORTO:** Interrupción espontánea o provocada de la gravidez —seguida o no de la expulsión del embrión— antes de que el nuevo ser haya adquirido en el útero materno la viabilidad, o sea la capacidad de poder continuar viviendo por sí mismo fuera del seno materno.
- AFECCION:** Cualquier estado morbozo de nuestro organismo. Sinónimo de enfermedad.
- ANSIEDAD:** Es una respuesta subjetiva desagradable a una amenaza física, psicológica, compuesta de temor y tensión.
- ANTISEPSIA:** Es la práctica de todas aquellas medidas y precauciones que conjuran o combaten la infección destruyendo los respectivos microbios patógenos.
- ANTIPIRETICOS:** Dícese de los remedios o fármacos que combaten la fiebre, llamada también pirexia. Son antipiréticos no sólo los distintos fármacos, que por un mecanismo diverso disminu-

yen la temperatura corporal interna, sino también los baños de agua fría.

- APIREXIA:** Estado afebril, de temperatura corporal interna no superior a 37°C, consistente pues, en la falta de pirexia, término sinónimo de fiebre.
- BLASTOGENESIS:** Reproducción por generación. Transmisión de los caracteres hereditarios por el plasma germinal.
- DIAFORESIS:** Es el fenómeno de la sudoración, de la eliminación del sudor a través de la piel.
- DISENDOCRINIA:** Alteración de las funciones de secreción interna.
- DISMENORREA:** Es la menstruación irregular y dolorosa que puede manifestarse durante la primera menstruación aunque también puede manifestarse posteriormente. Los dolores se localizan en el bajo vientre y pueden adquirir el carácter de cólico; a veces coinciden con el flujo menstrual y en otras ocasiones le pre-



ceden uno o dos días, desapareciendo al iniciarse éste.

**DISTOPIA:**

Situación anómala de un órgano; ectopia, dislocación.

**DOLOR:**

Es la percepción de un estímulo desfavorable o nocivo que provoca graves trastornos de la sensibilidad y el desencadenamiento de los re flejos de defensa que se intensifican en todos los sentidos. Todo dolor físico es un estado de conciencia, una superposición psíquica a los reflejos protectores subconscientes.

**EMBRION:**

Se denomina así el producto de la concepción que se forma a partir del óvulo fecundado.

En el cuerpo del embrión, en el que se producen numerosas multiplicaciones y diferenciaciones celulares según un esquema pre formado para la formación de un nuevo ser, no se pueden reconocer las formas humanas.

**FETO:**

Es el producto de la concepción que sin haber alcanzado aún la plena madurez para

abandonar el cláustro materno (mediante el parto), se ha desarrollado de tal forma como para presentar una semejanza humana.

**FILICIDA:** Muerte que un padre o madre da a su hijo.

**HIPERTERMIA:** Aumento de la temperatura corporal.

**INFECCION:** Es la penetración de microorganismos patógenos en el interior del cuerpo humano.

**LAPARATOMIA:** Es la abertura quirúrgica de la cavidad abdominal por incisión de las capas de su pared anterior.

**MEMBRANAS FETALES:** Son las que envuelven y protegen el cuerpo fetal en el interior del útero materno. Son tres Amnios, el Corión y Desidua o Caduca.

**METRORRAGIA:** Hemorragia uterina sin relación menstrual.

**ORGANOGENESIS:** Desarrollo o crecimiento de los órganos.

**OVULACION:** Es la liberación del óvulo maduro a partir del folículo de Graff del ovario que lo contiene. La ovulación se produce durante la ma-

durez sexual de la mujer (desde la pubertad hasta la menopausia, es decir, de los 13 a 15 años hasta los 40-50) y se presenta cada 28 días aproximadamente, alternándose ambos ovarios en su producción.

**PULULACION:** Germinación, multiplicación rápida de microorganismos, parásitos de los elementos de un tejido.

**PLASMA:** Este término, en sentido genérico, indica la sustancia orgánica fundamental en la que se materializa la vida de cualquier organismo viviente.

**PLASMA GERMINAL:** Es el elemento hereditario de la célula seminal (espermatozoo, óvulo), contenido en el núcleo y representado por la cromatina reunida en una serie de pequeñas masas denominadas cromosomas.

**TAQUICARDIA:** Este término que procede del griego significa literalmente "corazón veloz"; indica la aceleración de los latidos cardíacos (y por lo tanto del pulso) que sobrepasa el número habitual de 75-80 latidos por minuto.