



6  
201  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

**CAUSAS DE ABORTO Y PARTICIPACION DE  
ENFERMERIA  
CRUZ ROJA MEXICANA "LA PERLA"  
CD. NEZAHUALCOYOTL**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN  
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :**

**MARIA LUCINA TERESA FLORES COLIN**

México, D. F.

1991

**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

# I N D I C E

PAG.

## P R O L O G O

1. INTRODUCCION.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO.....	2
1.3. HIPOTESIS.....	2
1.4. VARIABLES.....	3
1.5. CAMPO DE LA INVESTIGACION.....	3
1.5.1. Area Geográfica.....	3
1.5.2. Grupos Humanos.....	3
2. MARCO TEORICO.....	3
2.1. BREVE ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.....	3
2.1.1. Organos Genitales Externos.....	4
2.1.2. Organos Genitales Internos.....	7
2.2. FECUNDACION.....	13
2.3. IMPLANTACION.....	18
2.4. DESARROLLO DEL EMBRION.....	20
2.4.1. Formación del Embrión.....	22
2.5. ABORTO.....	22

2.5.1. Etiología.....	23
2.5.1.1. Factores ovulares y fetales.....	24
2.5.1.2. Factores maternos.....	26
2.5.1.3. Factores paternos.....	28
2.5.2. Mecanismos de Producción del Aborto...	28
2.5.3. Anatomía Patológica de la Placenta Abortiva.....	29
2.5.4. Clasificación del Aborto.....	31
2.5.4.1. Amenaza de Aborto.....	31
2.5.4.2. Aborto en curso.....	32
2.5.4.3. Aborto inminente.....	33
2.5.4.4. Aborto completo e incompleto.	33
2.5.4.5. Aborto incompleto afebril....	35
2.5.4.6. Aborto infectado.....	35
2.5.4.7. Aborto endocrino.....	36
2.5.4.8. Aborto habitual.....	38
2.5.4.9. Aborto retenido o diferido...	41
2.5.4.10 Aborto provocado.....	44
2.5.5. Tratamiento.....	44
2.5.5.1. Amenaza de aborto.....	44
2.5.5.2. Aborto en curso.....	45
2.5.5.3. Aborto inminente.....	45

2.5.5.4. Aborto completo e incompleto.....	46
2.5.5.5. Aborto incompleto afebril...	47
2.5.5.6. Aborto infectado.....	48
2.5.5.7. Aborto endocrino.....	48
2.5.5.8. Aborto habitual.....	49
2.5.5.9. Aborto retenido o diferido..	50
2.6. PLANIFICACION FAMILIAR.....	52
2.6.1. Métodos anticonceptivos.....	54
2.6.1.1. Coito interrumpido.....	55
2.6.1.2. Método de Ogino Knauss y Billing.....	56
2.6.1.3. Lactancia.....	57
2.6.1.4. Preservativo.....	58
2.6.1.5. Diafragma y capuchón cervi cal.....	59
2.6.1.6. Espermaticidas locales.....	60
2.6.1.7. Ducha poscoito.....	61
2.6.1.8. Dispositivo intrauterino....	61
2.6.1.9. Anticonceptivos hormonales..	63
2.6.1.10 Oclusión tubaria bilateral..	65
2.6.1.11 Vasectomía.....	66

	PAG.
3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION.....	67
METODOLOGIA	
3.1. LA MUESTRA.....	67
3.1.1. Características de la comunidad del area de estudio.....	67
3.1.2. Organización social y política.....	69
3.1.3. Marco de la muestra.....	70
3.1.4. Tamaño y tipo de la muestra.....	70
3.1.5. Trabajo de campo.....	70
3.1.6. Limitantes.....	71
3.1.7. Fuente de datos.....	71
3.1.8. Sistematización de los datos obtenidos.....	71
3.1.9. Descripción del instrumento empleado en la recolección de los datos.....	72
4. RESULTADOS.....	74
4.1. Datos de causas de aborto en Ciudad Nezahualcoyotl.....	74
4.2. Comprobación de hipótesis.....	95
5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	99

	PAG.
6. APENDICES.....	114
6.1. PARTICIPACION DE ENFERMERIA (PROGRAMAS).....	115
6.1.1. Programa de capacitación para el personal de enfermería.....	115
6.1.2. Programa de pláticas de educación para la salud.....	124
6.2. BIBLIOGRAFIA.....	130
6.3. GLOSARIO DE TERMINOS.....	136
6.4. CEDULA DE ENTREVISTA.....	147
6.5. PLANO DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL.....	153

## LISTA DE CUADROS ESTADISTICOS

- |           |  |
|-----------|--|
| CUADRO 1  | EDAD DE LAS MUJERES ESTUDIADAS   |
| CUADRO 2  | ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS  |
| CUADRO 3  | NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.                                     |
| CUADRO 4  | LUGAR DE ORIGEN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.  |
| CUADRO 5  | NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA   |
| CUADRO 6  | OCUPACION DE LAS PERSONAS QUE APORTAN DINERO A LA FAMILIA.                             |
| CUADRO 7  | INGRESO SEMANAL DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN PARA LA FAMILIA DE LA MUJER ENTREVISTADA. |
| CUADRO 8  | TIPO DE CASA QUE HABITAN LAS MUJERES ENTREVISTADAS.                                    |
| CUADRO 9  | NUMERO DE CUARTOS QUE DISPONE LA CASA HABITACION DE LA MUJER ENTREVISTADA.             |
| CUADRO 10 | NUMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES ENTREVISTADAS.                          |
| CUADRO 11 | NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS   |



- CUADRO 12 NUMERO DE ABORTOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
- CUADRO 13 SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
- CUADRO 14 SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTAN LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
- CUADRO 15 CAUSAS DE ABORTO SEGUN EL "CRITERIO" DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.
- CUADRO 16 CLASIFICACION DE ABORTO, RETOMANDO EL CUADRO CLINICO QUE PRESENTA LA PACIENTE EN LA UNIDAD DE EXPULSION.
- CUADRO 17 MUJERES ENTREVISTADAS QUE CONOCEN LOS METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.
- CUADRO 18 MEDIOS POR LOS CUALES LAS MUJERES ENTREVISTADAS CONOCEN LOS METODOS CONTRACEPTIVOS.
- CUADRO 19 METODOS CONTRACEPTIVOS MAS USADOS EN LAS MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.
- CUADRO 20 TIEMPO QUE LLEVAN UTILIZANDO LOS METODOS CONTRACEPTIVOS.

## P R O L O G O .

En la actualidad uno de los problemas que se presentan en la mujer en la edad productiva es el aborto. En un estudio realizado en México se estima que practican 500,000 a 600,000 abortos ilegales al año, para una tasa Nacional de alrededor de 48 abortos por 1.000 mujeres de 15 a 44 años de edad hasta un año de cada cuatro o cinco embarazos termina en aborto ilegal. 1/ Para disminuir estas cifras existen diferentes métodos de Planificación Familiar, de estos se deben dar a conocer su uso, ventajas e inconvenientes, de modo que en definitiva sera él o la usuaria quien elija el procedimiento que mejor se adapte a su idiosincracia. De los métodos anticonceptivos, ninguno reúne las cinco condiciones, que hara de tal modo el considerado como ideal: a) aceptabilidad, b) efectividad, c) reversibilidad, d) simplicidad y e) bajo costo. 2/

Es de todos conocido que los métodos de Planificación Familiar necesitan aun más publicidad en los diferentes estados de México por las tasas tan altas que existen de aborto ilegal.

---

1/ POPULATION REPORTS, Interrupción del embarazo. p. 48

2/ CALASTRONI, CARLOS; et-al Terapia ginecológica. p. 473.

En un estudio realizado por los años sesenta se entrevistaron a 1000 mujeres seleccionadas aleatoriamente entre las clientas de un centro de salud de Planificación Familiar en la Ciudad de México y revelaron que casi una tercera parte había tenido uno o más abortos. En cuanto a los registrados por complicaciones de aborto, en un hospital importante del IMSS en Ciudad de México, desde 1970 a 1978, muestran un aumento de 131 por ciento en las admisiones por complicaciones de aborto, de 2.559 a 5.915.

En 1978 el hospital trato 355 casos de aborto por cada 1.000 nacimientos vivos. Estos registros indican que el aborto ilegal sigue siendo un problema de salud pública considerable en México urbano. 3/

Conociendo estas cifras de aborto y sus complicaciones y además tratando de estudiar este problema desde el punto de vista, de que existen por la falta de orientación de los métodos de Planificación Familiar, se planeó esta investigación para tratar directamente con la paciente, y preguntarle las inquietudes de su problema, dicho cuestionamiento fue dirigido a conocer específicamente las causas que la indujeron a provocarse el aborto, a sabiendas

---

3/ POPULATION REPORTS, op. cit., p.F48.

de que los resultados pudieran ser poco dudosos, por la falta de confianza y tiempo, como es la relación enfermera-paciente.

El estudio se realizó por ser impactante en la comunidad y en donde la pasante de Licenciatura tiene que aplicar el acervo de sus conocimientos para lograr concientizar a las mujeres, el peligro que causa el provocarse un aborto.

El problema de aborto es grave no solo para las causas que lo provocan sino por sus complicaciones, es por esto que se llevó a cabo el estudio en mujeres de 15 a 25 años que son atendidas en la Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl, ya que fue la institución en donde realice el Servicio Social.

Esta es una muestra representativa de la problemática que vive la mujer en edad reproductiva, carente de conocimientos específicamente de métodos contraceptivos.

## 1. INTRODUCCION .

El aborto es un problema social porque puede afectar a la sociedad en sus costumbres, moral, salud física y en su bienestar en general de la misma. Es un problema de salud pública por su elevada tasa de incidencia y por su elevado índice de morbimortalidad. Para entender el por que el aborto es un problema de salud pública es necesario definir que es Salud Pública.

Es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia, mediante el esfuerzo organizado de toda la comunidad.

Para disminuir el aborto y la morbimortalidad es necesario llevar a cabo el objetivo del programa de planificación familiar, que es suministrar información, elementos y servicios a hombres y mujeres, que les permita controlar voluntariamente su fecundidad.

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Asociación del bajo nivel socioeconómico y educacional, con la deficiente información de prácticas anticonceptivas y la frecuencia de abortos en las mujeres de 15 a 25 años de edad en Ciudad Nezahualcoyotl.

### 1.2. OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

- 1o. Analizar las causas principales de aborto en mujeres de 15 a 25 años de edad que son atendidas en la Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl.
- 2o. Identificar el nivel de información anticonceptiva en las mujeres de 15 a 25 años de edad que son atendidas en la Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl.

### 1.3. HIPOTESIS

- 1o. El bajo nivel socioeconómico y educacional asociado a la deficiente información de prácticas contraceptivas determina la frecuencia de aborto en las mujeres de 15 a 25 años de edad de Ciudad Nezahualcoyotl.

## 1.4. VARIABLE

	Independiente	Dependiente
Bajo nivel socioeconómico	X	
Bajo nivel educacional	X	
Deficiente información de prácticas anticonceptivas	X	
Frecuencia de abortos en mujeres de 15 a 25 años de edad.		X

## 1.5. CAMPO DE LA INVESTIGACION

1.5.1. Area geográfica. El estudio se efectuó en la Cruz Roja Mexicana. Ciudad Nezahualcoyotl

1.5.2. Grupos Humanos:

Mujeres de 15 a 25 años con diagnóstico de aborto.

## 2. MARCO TEORICO

2.1. Para abordar el tema de aborto es necesario tener un panorama muy concreto de generalidades de Anatomía y Fisiología del aparato reproductor femenino.

Para facilitar el estudio del aparato genital femenino, este se divide en órganos genitales externos y órganos genitales internos.

### 2.1.1. Organos Genitales Externos.

Son los siguientes:

Vulva

- Monte de venus
- Labios mayores
- Labios menores
- Clitoris
- Vestibulo
- Meato urinario
- Glándula de Bartholin
- Glándula de Skene
- Himen
- Horquilla
- Periné

Vulva. Este término se utiliza para designar a todo el conjunto de los órganos genitales de la mujer.

Monte de Venus.

Prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.



### Labios mayores

Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte de Venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido celular, tejido conectivo y parte del ligamento redondo: están cubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

### Labios menores

Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal; se unen en su parte anterior y posterior; la unión anterior dá lugar al frenillo del clitoris y al prepucio. Estas formaciones se atrofian durante la menopausia, debido a la disminución hormonal.

### Clitoris

Organo homólogo del pene, de 1 a 2 cm. de longitud situado en la parte superior del introito, por encima del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (cuerpos cavernosos) que se fija al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto

sexual.

#### Vestíbulo

Espacio comprendido entre los dos labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares.

Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

#### Meato urinario

Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por un epitelio transicional.

#### Glándulas de Skene

Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; produciendo moco que lubrica el vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

#### Glándulas de Bartholin

También son dos; se ubican en los labios menores y en pared vaginal, y desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infectan se obstruye la luz del conducto y producen abscesos (Bartholinitis).

### Himen

Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; esta formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al acto sexual y sus restos se designan carúnculas mirtiformes. Tiene importancia en medicina legal.

### Horquilla vulvar

Así se llaman al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

### Periné

Región comprendida entre horquilla y ano; está constituido por músculos transversos del periné y bulbo cavernoso. Se ve afectado por el trauma que condiciona el parto.

## 2.1.1. Organos genitales internos.

Los órganos genitales internos son los siguientes:

Vagina

Utero

- Cérvix

- Istmo

- Cuerpo

### Trompas de falopio

- Porción intersticial
- Porción istmica
- Porción ampular

### Ovarios

### Vagina

Conducto virtual; músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto, por su cara posterior.

### Funciones y dirección.

Sirve como:

- a) Conducto excretor del útero (menstruación, secreciones).
- b) Organo de la cópula, y
- c) Conducto del parto.

Su dirección es curva de afuera hacia adentro y de abajo hacia arriba.

Mide de 8 a 10 cms. de longitud; es muy distensible y tiene arrugas transversales, se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y lateral).

Se encuentra formado por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo.

Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Hackenrodt y el músculo elevador del ano.<sup>4/</sup>

#### 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).

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

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

---

4/ MONDRAGON CASTRO H. Obstetricia básica ilustrada.  
pp. 11-15

La mucosa del cuerpo uterino recibe el nombre de endometrio.

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, ligamento redondo y ligamento transverso de Mackenrodt o también llamado ligamento cardinal.

#### Ligamento uterosacro

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, estan formadas por fibras musculares lisas, que se continuan con las del útero; su función evita el desplazamiento del útero hacia atrás.

El útero recibe sangre a través de las arterias ováricas y uterinas. Las primeras nacen 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 el ovario. 5/

#### Cérvix

Tiene forma cilíndrica, y la inserción vaginal se divide en dos porciones; intravaginal y supravaginal.

#### Trompas de falopio o oviductos

Son dos conductos de 10-12 cms. de longitud y 1-2 cm de dm. externo. Tienen movimientos peristálticos.

Las trompas tienen un conducto de 1 a 2 mm, que es continuación de la cavidad uterina; terminan en la cavidad peritoneal, cerca del ovario.

Las trompas están constituidas por tres capas:

Capa externa, serosa o peritoneal, que permite el deslizamiento sobre órganos vecinos.

Capa media muscular con fibras circulares y longitudinales.

Capa interna, mucosa o endosalpinx, constituida por epitelio revestido por células ciliares, que favorece la progresión del espermatozoide y del huevo fecundado.

Asimismo, este órgano tiene tres capas anatómicas, que son:

Intercial o intramural. Parte más proximal al útero que hace contacto con la cavidad uterina.

Istmica. Parte intermedia de grosor constante.

Ampular. Parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón.

#### Ovarios

Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados sólidos y blanquesinos, cada uno de los cuales mide 4 x 3 x 2.5 cm.; están localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica), en íntima relación con la parte distal de



la trompa, mediante la fimbria. Se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovario). Los ovarios tienen una parte central (médula) y otra externa (corteza); la primera esta constituida por tejido conjuntivo laxo y gran cantidad de vasos; sin embargo, la corteza es asiento del tejido germinativo. Estos órganos son los encargados de producir las células reproductoras y es la fuente principal de las hormonas femeninas; estrógenos y progesterona. 6/

## 2.2. FECUNDACION.

Se dá el nombre de fecundación a la unión del óvulo con el espermatozoide. Para que sea posible esta unión se requiere que ocurran las siguientes etapas.

1. Depósito de los espermatozoides en la vagina.
2. Progresión intrauterina e intratubaria de los espermatozoides.
3. Maduración ovular en el ovario, ruptura folicular y captación del óvulo por las fimbrias tubarias.
4. Fusión de los gametos masculino y femenino.

### Impregnación seminal y migración espermática.

Durante el coito los espermatozoides son depositados en el fondo de saco vaginal posterior, en cantidad entre 80 y 110 millones por milímetro.

Cada eyaculación normal consta de 3 a 5 ml de semen. El promedio de vida del espermatozoide es de 4 a 6 días, aunque su poder fecundante lo conserva solo durante 48 horas.

En el fondo de saco vaginal pueden permanecer vivos uno o dos días y después penetran en el útero a través del moco cervical, y ascienden por la cavidad uterina mediante autopropulsión flagelar, recorriendo la trompa hasta alcanzar el tercio externo de la misma, lugar en que se efectúa la fecundación. Para que ocurra la progresión espermática se requiere: 7/

- a) pH vaginal adecuado.
- b) Moco cervical propicio (filante)
- c) Movimiento flagelar del espermatozoide.
- d) Quimiotactismo positivo
- e) Hialuronidasa en la cabeza espermática

---

7/ Ibidem. p. 33.

No obstante que durante el coito son depositados muchos millones de espermatozoides, solo uno de ellos es el fecundante.

En el trayecto por recorrer se encuentran diversos obstáculos y tal parece que el espermatozoide fecundante es uno de los de mayor vitalidad. Es una selección importante de la naturaleza para preservar la especie.

En general, la fecundación se efectúa en el tercio externo de la trompa, y para que ocurra es necesario que el óvulo sea captado por la ampolla tubaria. La captación se debe a varios factores como son:

- a) Quimiotactismo positivo
- b) Peristaltismo tubario
- c) Corriente del líquido folicular
- d) Adherencias del óvulo por secreción tubaria.
- e) Movimiento ciliar
- f) Surcos del endosalpinx

En el tercio externo de la trompa del óvulo es materialmente rodeado por los espermatozoides, uno de los cuales hace contacto con un sitio de la membrana ovular (zona pelúcida), llamada cono de atracción, que permite la entrada

de ese espermatozoide, quedando fuera el flagelo 8/. A continuación se funde entre sí el pronúcleo masculino y el femenino (fecundación), con lo cual queda constituida una célula cromosómicamente completa, una de cuyas mitades proviene de la madre y la otra, del padre, de manera que queda formado un nuevo ser con caracteres de ambos. Tanto el espermatozoide como el óvulo tiene 22 pares de cromosomas que transmiten los caracteres somáticos (autosomas), y dos cromosomas sexuales, X y Y.

En sus componentes cromosómicos la mujer siempre tiene los cromosomas XX, en tanto que el hombre tiene un cromosoma X y un cromosoma Y. Si el espermatozoide fecundante transmite el cromosoma Y, da lugar a un varón, y si transmite el X origina una niña.

#### Mecanismos de Progresión ovular intratubaria.

Una vez efectuada la fecundación, el huevo inicia un recorrido (migración) por la luz tubaria, gracias a los factores siguientes:

- a) Repleigues de la mucosa tubaria (surcos)
- b) Movimientos ciliares del epitelio tubario.

---

8/ MODRAGON CASTRO H.: op. cit. p. 35

- c) Adherencias por secreción de células calciformes.
- d) Movimientos peristálticos de la trompa (presión negativa).
- e) Quimiotactismo positivo.

Durante la migración, el óvulo fecundado, que recibe el nombre de huevo, inicia una serie de divisiones celulares simples, originando 2, 4, 8, 16 o más células que llegan a formar un apelotonamiento celular, constituyendo la fase de móruia. Ya casi para llegar al interior de la cavidad uterina el huevo inicia una segunda etapa de desarrollo en la que un grupo de células se organiza marginándose, y formando una capa llamada trofoblasto, quedando el resto en forma excéntrica y constituyendo el disco embrionario o germinativo.

A esta etapa de desarrollo se le designa como blástula o blastocisto. El trofoblasto se convierte en la placenta; y el disco embrionario, en el embrión (después feto).

9/

### 2.3. IMPLANTACION.

La implantación o nidación es la etapa de la reproducción en que el huevo fecundado llega a la cavidad uterina y es cubierto por una capa de tejido decidual. Debido a la acción de los estrógenos en la fase proliferativa y a los efectos de la progesterona en la fase secretoria, el endometrio adquiere características muy propicias para la reproducción; cuando ocurre la fecundación y se forma el cuerpo amarillo, aumenta el nivel de progesterona, con lo cual el endometrio adquiere ciertos rasgos especiales que lo transforman en decidua. El trofoblasto ejerce acción citolítica, y al ponerse en contacto con la decidua la destruye produciendo lagos sanguíneos de los que se nutre mediante un mecanismo llamado pinocotosis, parecido a la ósmosis.

En tanta la penetración del blastocito en la decidua que aquél queda sepultado en ella: la parte decidual en donde se implanta se denomina decidua basal, en la cual se desarrolla la placenta; la parte que cubre el blastocito se llama decidua capsular o refleja, y en ésta se adosan las membranas ovulares.

Al continuar creciendo el trofoblasto, este emite unas prolongaciones llamadas vellosidades coriales. En la

porción correspondiente a la desidua basal dichas vellosidades son mayores y penetran a través de todo el espesor de la misma, constituyendo las vellosidades garfio o gancho, que sirven de soporte al huevo.

Las células centrales de blastocito empiezan a agruparse y desarrollarse por capas, constituyendo el disco germinal o embrionario, que habrá de originar al embrión.

El trofoblasto que tiene capa celular interna con células bien diferenciadas una de otras, llamadas citotrofoblasto; en tales células se producen las gonodotropinas coriónicas. Otra capa celular externa, constituida por células poco diferenciadas se conoce como sincitiotrofoblasto, y en ellas se producen estrógenos y progesterona. Desde el inicio de la gestación el trofoblasto ejerce una acción hormonal muy importante; días después de la concentración ya hay aumento considerable de gonodotropinas coriónicas.

En cambio las hormonas estimulantes del folículo disminuye a cantidades insignificantes, ya que la hipótesis permanece inactiva debido a los esteroides que produce el cuerpo amarillo.

La progesterona se eleva en forma muy importante (18 mg/ml); permanece elevada hasta la octava semana, en que desciende bruscamente después asciende de nuevo hasta el final del embarazo. 10/

#### 2.4. DESARROLLO DEL EMBRION.

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

Una capa de células adheridas al citotrofoblasto constituye el amnioblasto, el cual dará origen a las membranas ovulares.

Además hay una formación de células con una capa externa, ectodermo y otra interna, endodermo, que constituye el embrión. A esta fase del desarrollo embrionario se le designan como gástrula.

Ulteriormente ocurre una condensación celular del nódulo embrionario, que se refuerza en uno de sus extremos



(nudo de Hanse); a este reforzamiento se le designa como línea primitiva. De la línea primitiva se desarrolla una membrana celular que separa el ectodermo y que recibe el nombre de mesodermo o mesoplasto.

Al continuar el desarrollo embrionario se observa una segmentación del mesodermo en dos hojas: la externa, que se encuentra en contacto con el ectodermo, llamada somatoleura, y la interna, que se halla en contacto con el endodermo, denominada espiacopleura.

En las capas del mesodermo, al disociarse éste, que da una cavidad virtual que recibe el nombre de celoma o cavidad celómica. El endodermo circunscribe una cavidad llena de líquido, vesícula umbilical o lecitocelo, que tiene la función de nutrir al huevo en la segunda semana de desarrollo. Al crecer el nódulo embrionario forma una saliente convexa y aparece un repliegue del ectodermo y espiacopleura, que prolifera por encima del embrión y crece hasta envolverlo, lo cual delimita otra cavidad, la amfótica, que aumenta de tamaño y se llena de líquido hasta cubrir por completo al embrión. Del repliegue del ectodermo y de la somatopleura se forma el amnios. 11/

---

11/ Ibidem. p. 47.

#### 2.4.1. Formación del embrión.

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

El desarrollo orgánico del feto no se efectúa en forma simultánea, sino que la diferenciación y el crecimiento de cada uno de los órganos se efectúa en edades diferentes. 12/

#### 2.5. ABORTO.

El aborto es uno de los problemas más antiguos en el mundo y para el estudio se hace necesario conceptualizarlo, así como su etiología y clasificación.

---

12/ MONDRAGON CASTRO H. op. cit. p. 49.

Se da el nombre de aborto (del latín ab, privativo, ortus, nacimiento) a la interrupción del embarazo antes de los 180 días de gestación. 13/

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 grs.

El aborto puede suceder tempranamente, antes de la 16a. semana. Aproximadamente el 75% de los abortos ocurren antes de la semana mencionada. De esto 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. 14/

#### 2.5.1. Etiología

Pese a los progresos realizados en el campo de la incompatibilidad sanguíneas, en las disendocrinias, dosificaciones hormonales, condiciones sanitarias, regímenes alimenticios etc., quedan todavía dudas cuando se quiere de terminar las causas de ciertos abortos espontáneos. 15/

---

13/ CALASTRONI, CARLOS J., et. al. Terapéutica ginecológica.  
p. 184.

14/ BENSON, RALPH C. Manual de ginecología y obstetricia.  
p. 184.

15/ Ibidem. p. 254.

Más del 60% de los abortos espontáneos obedecen a defectos y el 35% se debe a causas maternas.

Las causas susceptibles de provocar un aborto puede reunirse en tres grandes grupos:

- a) Ovulares y fetales
- b) Maternas y
- c) Paternas.

#### 2.5.1.1. 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 implementación 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 comunmente. Las fallas segmentarias del huevo y la hipoplasia del trofoblasto. 16/

---

16/ BENSON, RALPH C. op. cit. pp. 254-255.

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 alteraciones 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 tempranas del desarrollo humano son frecuentes causas de aborto.

La trisomía es un problema que se presenta más o menos en la mitad de los abortos. 17/

## 2. Segundo Trimestre

La implantación superficial de la placenta y la sífilis son las causas fetales principales del aborto. La eritoblastosis y otras anomalías fetales son responsables con menos frecuencia. 18/

---

17/ CALATRONI, CARLOS J. op. cit. p. 184.

18/ ibidem. p. 255.

### 2.5.1.2. Factores maternos.

Entre las más importantes están las disendocrinias, las afecciones genitales, infecciones, enfermedades generales, los traumatismos físicos. La insuficiencia ovárica actúa por una deficiente producción de progesterona, 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. 19/

Más tarde si la cantidad de progesterona secretada es insuficiente, la sensibilidad del útero quizá este aumentada y el resultado sea contracciones coordinadas del útero y expulsión del huevo. 20/ Puede deberse también a hipoplasia uterina o por la liberación de óvulos débiles. El hipertiroidismo y especialmente el hipotiroidismo son causas de aborto espontáneos.

Entre las afecciones genitales capaces de determinar abortos, se encuentra:

- a) Hipoplasia uterina, que actúa más por distensibilidad insuficiente o por irritabilidad del miometrio que por distopia del órgano que suele acompañarla.

19/ CALATRONI, CARLOS J. op. cit. p. 184.

20/ GREENHILL, J.P. et. al. Obstetricia. p. 361.

- 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.

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

Dieta: Las avitaminosis "C" y "B", o en 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, irradiación corporal 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 4a. mes de gestación, puede lesionar el útero y producir la separación de la placenta.

#### 2.5.1.3. Factores paternos:

Son más difíciles de reconocer, pero se admite que los espermatozoides deficientes suelen engendrar huevos con anomalías capaces de interrumpir el embarazo. 21/

#### 2.5.2. Mecanismos de producción del aborto.

Este va 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 ha anidado el huevo todavía muy pequeño. 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. 22/

---

21/ CALATRONI CARLOS, J. op. cit. pp. 184-185.

22/ Ibidem, pp. 185-190.



En las primeras seis u ocho semanas todo el huevo suele expulsarse cubierto de la decidua. Si el orificio cervical externo ofrece resistencia y no se dilata, el huevo queda detenido en el cuello uterino. 23/

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

Durante el tercer mes es decir, antes de la décima segunda semana, también suele eliminarse el huevo completo, pero a veces queda retenida la caduca que se expulsará posteriormente.

Desde el cuarto mes la expulsión puede hacerse en un solo tiempo pero más frecuentemente en dos; en este último caso primero sale el feto y luego los anexos. 24/

### 2.5.3. Anatomía patológica de la placenta abortiva.

En los abortos espontáneos de mujeres clínicamente sanas desde el punto de vista general y genital, es decir, en aquellos casos en los que la causa presumible del embara

---

23/ GREENHILL, J.P. op. cit. p. 362.

24/ CALASTRONI CARLOS, J. op. cit. p. 186.

zo frustrado al parecer podría localizarse en el mismo huevo abortivo, se han encontrado alteraciones anatomopatológicas del tejido placentario de tres tipos bien definidos.

- 1) Atrofia del epitelio de las vellosidades coriales el cual se encuentra muy aplanado y es funcionalmente insuficiente desde el punto de vista hormonal, hallazgo común en el llamado aborto endocrino.
- 2) Edema del estroma vellositario. En estos casos el epitelio de revestimiento es normal y la placenta endocrinológicamente funcionante, pero el gran edema de la estroma comprime los vasos nutricios de la vellosidad, lo que ocasiona pequeños infartos y focos de necrosis que podrían ser responsables del aborto.
- 3) Alteraciones del cariotipo, alrededor del 35% de los abortos espontáneos, están presentes alteraciones cromosómicas. Esta incidencia aumenta a más del 50% cuando hay edema de las vellosidades coriales.
- 4) Alteraciones mixtas, con hallazgos concomitantes de ambos tipos de lesiones placentarias. 25/

#### 2.5.4. Clasificación del aborto

- A. De acuerdo con el período evolutivo se clasifican en:
1. Amenaza de aborto
  2. Aborto en curso
  3. Aborto inminente
- B. De acuerdo con su iniciación se clasifican en:
1. Aborto provocado (terapéutico o criminal)
  2. Aborto espontáneo
    - a) Aborto completo
    - b) Aborto incompleto (afebril, febril)
    - c) Aborto endocrino (diagnóstico de la insuficiencia hormonal.
    - d) Aborto habitual
    - e) Aborto retenido o diferido, o retención del huevo muerto.

##### 2.5.4.1. Amenaza de aborto

Se presume que existe amenaza de aborto cuando en un embarazo de los primeros meses aparece metrorragia, acompañada o no de dolor, sea éste de tipo cólico uterino, de dolor lumbar propagado al hipogástrico o solo localizado en esta última región.

Habitualmente se trata de pequeñas pérdidas sanguíneas de sangre roja, debidas al desprendimiento de algunas vellosidades coriónicas que determinan un hematoma retroovular o retroplacentario, según la edad de la gestación. El hematoma actúa como un cuerpo extraño y despierta las contracciones uterinas que aumentan el desprendimiento del huevo y con ello la hemorragia. 26/

#### Diagnóstico.

Colpocitología y urocitograma. En la amenaza de aborto aumenta la acidofilia y la picnosis, el número de leucocitos y hematíes y de moco, y disminuyen en cambio las células naviculares. 27/

#### 2.5.4.2. Aborto en curso.

Se diagnostica en curso o en evolución cuando los dolores, de tipo cólico uterino, aumenta la intensidad y frecuencia, la hemorragia es más abundante, se expulsan coágulos, y en el examen genital se comprueba que el conducto cervical esta dilatada hasta el orificio interno, y que el huevo no ha descendido porque no se logra tocar su polo inferior. 28/

26/ CALOSTRONI CARLOS, J. op. Cit. p. 187.

27/ FLORENCIO CASAVILLA. et. al. Manual de Obstetricia p. 270

28/ Ibidem. p. 189.

#### 2.5.4.3. Aborto inminente

El aborto inminente se diagnostica por la presencia de metrorragia que es muy importante; aparecen coágulos a veces en gran cantidad, aumenta la frecuencia de los cólicos, al tacto se observa un útero gestante, fondo de saco elástico indoloros anexos sin particularidades, cuello acortado y ambos orificios externos e internos abiertos se taca el polo inferior del huevo.

#### 2.5.4.4. Aborto completo e incompleto.

Para diagnosticar si el aborto es completo o incompleto nos valemos del examen del material eliminado, del examen ginecológico y de la ecografía. Es útil que el obstetra revise el material en una palangana con agua, que le permita separar los coágulos. En el primer mes lo esencial es la caduca parietal y lo secundario el huevo (prácticamente se elimina disuelto); a partir del tercer mes ocurre lo inverso.

Lo común es que la paciente llegue con discreta metrorragia y que haya eliminado restos que el obstetra no pudo revisar; el examen indicará si se ha eliminado todo (aborto completo) o no (incompleto).

El aborto completo mostrará en pocos días un útero que rápidamente recobra su tamaño y tonismo normal, la metrorragia disminuye pronto y los orificios cervicales se cierran.

En el aborto incompleto persiste la metrorragia con frecuencia e intensidad variables, según los casos; el conducto cervical generalmente permanece permeable (dato decisivo para el diagnóstico, si es que esta presente pero a veces puede faltar) el útero se mantiene grande, globuloso y blando, y no recupera su volumen primitivo.

Cuando hay retención de restos, se cumplen todas las condiciones que favorecen la pululación de los gérmenes en el útero cuello entreabierto, restos de tejido necrosados y coágulos, 29/ que constituyen excelente caldo de cultivos Calastroni y Ruiz).

La sub involución uterina favorece la permeabilidad de los linfáticos y las venas y por esto se propaga la infección.

---

29/ FLORENCIO CASAVILLA. et. al. op. cit. p. 271.

#### 2.5.4.5. Aborto incompleto afebril.

En todo aborto afebril con escasa metrorragia debe tentarse la evacuación de los restos ovulares mediante el uso de los oxitocicos, cuando la placenta no asoma por el orificio cervical, en cuyo caso se le tomará con la pinza de Lepage y rotándola con cuidado se le desprenderá.

Con el empleo de sustancias que estimulan la contracción miometrial se consigue la eliminación de los restos intrauterinos si ellos son relativamente voluminosos. Cuando son pequeños, los oxitósicos generalmente fracasan, y entonces es menester recurrir a la evacuación instrumental del útero por raspado o aspiración.

Es común que después de un aborto incompleto afebril o infectado, tratado o no, tiene ligeras metrorragias que se mantienen durante meses o hipermenorrea producidas o mantenidas por restos placentarios que se han organizado y reciben el nombre de pólipos placentarios. 30/

#### 2.5.4.6. Aborto infectado.

Se denomina aborto infectado a aquel en el cual los gérmenes han invadido la zona de inserción placentaria. Se

---

30/ CALASTRONI CARLOS J., op. cit. p. 191.

caracteriza por signos generales: Hipertermia y taquicardia; y locales: flujo mal oliente y sub involución uterina.

Se considera aborto infectado cuando la temperatura axilar pasa de  $37.5^{\circ}$  durante más de 24 horas.

El aborto afebril simple de buen pronóstico y en el que la temperatura no excede de  $38.5^{\circ}$  (endometriosis), y el aborto febril complicado: de mal pronóstico con temperatura superior a la citada en el que la infección ha llegado más allá del útero: anexitis, pelviperitonitis, celulitis pelviana, peritonitis generalizada, septicemia, gangrena y perforaciones uterinas: infección puerperal; en estos casos es más importante la infección que el problema del aborto. 31/

#### 2.5.4.7. Aborto endocrino.

Concepto. La interrupción de la preñez cuando esta relacionado con trastornos hormonales y desvinculado de otra etiología se denomina aborto endocrino.

Generalidades el deficiente estímulo hormonal dificulta la nidación (caduca en malas condiciones), trastorna la nutrición del huevo en las primeras etapas de su desarrollo y surgen anomalías en éste, que inhiben la actividad

31/ FLORENCIO CASAVILLA. et. al op. cit. p. 272.



endocrina de las vellosidades coriales, las que producirán menos hormonas.

Generalmente se verifica en los primeros meses del embarazo. Antes del funcionamiento máximo de la placenta, y se debe a la insuficiente actividad del cuerpo lúteo desde un comienzo, o a su declinación antes que la placenta haya tomado a su cargo la regulación hormonal de la preñez. Los trastornos endocrinos dependen de varias glándulas de secreción interna, aunque fundamentalmente el aborto endocrino entraña una desarmonía de las hormonas sexuales.

#### Etiología.

Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Déficit de gonadotropina en orina, exceso de gonadotropinas en orina, Déficit de progesterona, déficit de estrógenos y progesterona (esta combinación es la causa más frecuente del aborto endocrino) Hiperandrogenia.

#### Diagnóstico.

Los dosajes en orina de la eliminación de gonadotropinas, pregnandiol y estrógenos, que muestran las desviaciones de las curvas normales de excreción urinaria de estas hormonas, complementados con la colpocitología y el urocitograma y la falta de cualquier otra causa capaz de determinar

la amenaza de aborto, nos haran concluir que estamos frente al aborto endocrino. 32/

#### 2.5.4.8. Aborto habitual

Se dá el nombre de aborto habitual, recurrente, de repetición o interativo, a la interrupción espontánea del embarazo en tres o más gestaciones sucesivas. La terminación por aborto de una serie de embarazos crea una forma particular de esterilidad denominada infertilidad. Por alteraciones del huevo o por modificaciones de las condiciones locales o generales indispensables para el desarrollo completo del producto de la concepción éste es expulsado en distintos períodos de su evolución. 33/

Aborto habitual primitivo. Las interrupciones sucesivas se verifican en una mujer que ha tenido un parto con feto viable.

Aborto habitual secundario. Las interrupciones se suelen producir en una mujer que ha tenido por lo menos un parto con feto viable.

#### Etiología

El aborto habitual secundario obedece, a: desgarres cervicales profundos-generalmente bilaterales-, incompeten-

32/ FLORENCIO CASAVILLA, et. al. op. cit. p. 273.

33/ CALASTRONI, J., op. cit. pp. 193-194.

cia istmicocervical, incompatibilidades sanguíneas, toxoplasmosis, prediabetes o diabetes.

La etiología del aborto habitual o infertilidad primaria o primitiva; a veces no se descubre y se habla entonces de aborto criptogenético.

Al asistir una mujer que tuvo varios abortos espontáneos, antes de permitir una nueva gestación deben investigarse todas las posibles causas etiológicas. 34/

Para facilitar el estudio se clasifican en tres grandes grupos: Causas paternas. La investigación se hace sobre el espermograma; la astenospermia y la oligozoospermia y que son muy aceptados en la actualidad por varios autores. 35/

Las primeras pueden requerir la histerosalpingografía y/o ecografía para su diagnóstico.

Causas locales: Hipoplasia uterina, Distopias uterinas, malformaciones uterinas. Miomas, sinequias intrauterinas, desgarros cervicales profundos, incompetencia del orifi

---

34/ FLORENCIO CASAVILLA, et.al, op.cit. p. 274.

35/ CALASTRONI. J., op.cit. p. 195.

cio interno, coito repetido. Se ha dado gran importancia a la incompetencia del orificio interno del cuello uterino, ya que este puede ser neurofuncional, u orgánica. Esta a su vez, puede ser congénita o más habitualmente traumática, y se debe a; Desgarros cervicales profundos, amputación del cuello, electrocoagulaciones más profundas, dilatación con bujías y raspado, durante el parto espontáneo: compresión del cuello entre la sínfisis y la presentación, dilatación manual o quirúrgica del cuello uterino y fórceps mal realizado.

Sí bien puede comprometerse todo el trayecto cervical, lo común es que solo sea incompetente el orificio interno del cuello, en especial el labio anterior o lateral.

El aborto suele producirse en el segundo trimestre; previamente se rompe la bolsa y casi sin dolor se expulsa al feto.

La incompetencia del orificio interno se diagnostica por: Antecedentes de traumatismo de cuello, y abortos de repetición, al tacto (cuello corto, entreabierto, permeable al dedo), una histerografía.

Entre las causas maternas de orden general son: alteraciones hormonales, incompatibilidades sanguíneas, infecciones, trastornos metabólicos, intoxicaciones, alergia, estados carenciales, enfermedades de distintos sistemas y aparatos.

Causas ovulares. Se clasifican en procesos, que provocan el aborto en los primeros 60 días, y tardías, las que lo hacen después del tercer mes.

Entre las precoces tenemos: Mala calidad del gameto masculino, plasma germinativo deficiente (por procesos infecciosos), actividad trofoblástica disminuida, actividad exagerada del trofoblasto.

Las causas ovulares tardías son; insuficiencia corio-placentaria, malformaciones y muerte fetales, deprendimiento prematuro de la placenta, placenta previa, polidramnios, rotura prematura de membranas ovulares, accidentes del cordón, placenta marginada y circunvalada.

#### 2.5.4.9. Aborto retenido o diferido.

Aborto retenido o diferido. Es definido la retención del producto de la concepción por un período prolongado después de la muerte del feto. Dado que el tiempo prolongado

esta sometido a interpretación individual. 36/

**Etiopatogenia.** Deben analizarse los factores etiológicos de la muerte fetal y los factores causantes de la retención.

Los primeros son los mismos determinantes del aborto. Los segundos deben vincularse con la actividad contráctil del útero y comprenden dos grupos; falta de estímulo de la actividad contráctil, e incapacidad de la fibra muscular de contraerse y expulsar el huevo.

La falta de estimulación obedece a; trastornos hormonales, el huevo se reduce progresivamente de tamaño.

La falta de capacidad del útero para contraerse puede ser motivada por; Menor irritabilidad congenita, administración prolongada de sedantes y progesterona, trastornos en docrinos, hipovitaminosis, endometriitis crónica, miomas, estenosis o cicatrices cervicales, y adherencias periuterinas.

**Anatomías patológica.** Las modificaciones que experimenta el huevo en el aborto retenido o diferido son dos, modificaciones sépticas y modificaciones asépticas.

---

36/LESLIE IFFY. Obstetricia y Perinatología. p. 591.

## Modificaciones asépticas;

Comprenden todo el huevo	Mola hemática
	Mola carnosa
	Mola atrofica
	Hematomola de Breus
	Mola práctica
Comprenden solo el feto	Disolución
	Modificación
	Calcificación
	Maceración

## Diagnóstico.

Se fundamenta en datos clínicos y de laboratorio.

Datos clínicos como: anorexia y discreta hipertermia ( $37.2^{\circ}$  a  $37.5^{\circ}$ ), desaparecen los síntomas subjetivos y objetivos del embarazo, y el cuadro puede o no acompañarse inicialmente de signos de amenaza de aborto. 37/

La ecografía se observa una imagen similar a la del embarazo normal pero sin actividad cardiaca ni movimientos activos. Si la muerte es de más de 24 horas, se comienza a

---

37/ FLORENCIO CASAVILLA. et.al. op. cit. p. 278.

observar alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional. 38/

#### 2.5.4.10. Aborto provocado

Puede ser terapéutico, eugenésico o ilegal.

Terapéutico; es el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre.

Eugenésico; es cuando se interrumpe un embarazo resultado de la violación de un idiota o demente.

Fuera de estos casos el aborto se considera ilegal.

39/

#### 2.5.5. Tratamiento.

##### 2.5.5.1. Amenaza de aborto

El tratamiento de amenaza de aborto es conservador; se sugiere reposo físico y sexual, sedación uterina, proscribir la bolsa con hielo, hormonas administradas en forma intensiva, administración de estrógenos y progesterona. 40/

38/ SCHWAREZ L. RICARDO. et.al. op.cit. p. 155.

39/ CALASTRONI CARLOS J. op.cit. pp. 200-201.

40/ FLORENCIO CASAVILLA et.al op.cit. p. 271.



Se prescriben los agentes terapéuticos para que se relaje el miometrio, con la finalidad de no acentuar el desprendimiento decidualplacentario, mejorar la circulación fetalomaterna y asegurar al embrión una cantidad suficiente de oxígeno. 41/

#### 2.5.5.2. Aborto en curso

La conducta es igual a la que se explico en la amenaza de aborto. 42/

#### 2.5.5.3. Aborto inminente

Siempre que un aborto parezca inminente estará indicada la internación de la paciente. Para estimular la evacuación uterina se administran usualmente drogas ositóticas. 43/

Si fracasan, si no hay aumento de la temperatura y el embarazo es menor de 3 meses; raspado uterino, y administrar profilaxis antibiótica. 44/

---

41/ Ibidem. p. 188

42/ FLORENCIO CASAVILLA J. et.al. op.cit. p. 271.

43/ LESLIE IFFY. op.cit. p. 595.

44/ FLORENCIO CASAVILLA J. et.al. op.cit. p. 271.

#### 2.5.5.4. Aborto completo e incompleto.

El tratamiento en el aborto incompleto es la evacuación del útero para prevenir posteriores hemorragias e infecciones. Y será la paciente transfundida, y se tendrá en observación por posteriores hemorragias. Muchas continúan sangrando hasta que los tejidos restantes son extraídos mediante raspado. Por lo tanto el curetaje debe ser tenido en cuenta para todas las pacientes sin consideración del diagnóstico clínico.

Cuando se diagnostica un aborto incompleto, la dilatación del cuello antes del curetaje es a menudo innecesario. La evacuación del útero se lleva a cabo por succión o instrumentalmente.

En gestaciones avanzadas probablemente sea preferible la evacuación digital. En casos como cuando el cervix está ya dilatado, una vez que la cavidad queda vacía, la contracción uterina controla la hemorragia. Se administrará metilergonovina por vía oral, intramuscular e intravenosa, para estimular las contracciones uterinas y reducir la hemorragia. 45/

---

45/ LESLIE IFFY, op.cit. p. 595

#### 2.5.5.5. Aborto incompleto afebril.

La conducta depende de la ubicación de los restos y de la intensidad de la hemorragia.

- a) En caso de que los restos asomen en el cuello uterino, se los tomará con la pinza de Lapage y, rotándola con cuidado, se los desprenderá y extraerá.
- b) Si los restos no son tan accesibles y la metrorragia es escasa, se utilizarán ocitócicos (Syntocinon y aun derivados del cornezuelo de centeno; esgotrate, basofortina, etc. aunque estos últimos pueden favorecer el cierre del conducto cervical antes de la extracción de los restos); suelen tener éxito si estos son voluminosos, mientras que cuando son pequeños, generalmente debe recurrirse a la evacuación digital o instrumental.
- c) Si es muy intensa, al mismo tiempo que se trata el estado general, se practicará un raspado instrumental con curetaya veces es necesario comprimir previamente la aorta. El taponamiento uterocervicovaginal es una medida de excepción.

El raspado es una pequeña intervención quirúrgica en el cual no se cumplen tres normas fundamentales: control

visual en todo su transcurso, garantía de asepsia y garantía de hemostasia. 46/

#### 2.5.5.6. Aborto infectado

El tratamiento en el aborto infectado es antibiocioterapia, ergotrate o basofortina (inyectable o comprimidos). Estímulo de las defensas (de acuerdo con el hemograma; vitaminas, hierro, hígado, y si hay anemia pronunciada, transfusiones de sangre total).

Si hay aborto incompleto infectado (febril), se basa en: combatir la infección (antibiocioterapia y sulfocombinaciones), exaltar las defensas del organismo (reposo, vitaminas, hierro, hígado, pequeñas transfusiones), estimular la actividad contractil del útero: (hipofisina y derivados del cornezuelo de centeno), corticoides. 47/

#### 2.5.5.7. Aborto endocrino

Si existe hipertiroidismo o hipotiroidismo es necesario para el tratamiento que se mida la intensidad de la afección glandular.

---

46/ FLORENCIO CASAVILLA J. et.al op.cit. p. 272

47/ Ibidem p. 272.

Generalmente, por no realizar las determinaciones hormonales en sangre u orina cada 15 días o aun cada 7 días, al igual que la colpocitología o el urocitograma, se procede a medir el aborto endocrino en forma incorrecta, sea con progesterona sola o con el agregado de vitamina E, o con estrógenos solos, en lugar de administrarlos de acuerdo con las curvas de eliminación hormonal.

Se aconseja el siguiente tratamiento: formas leves de insuficiencia hormonal (estrógenos sintéticos en dosis pequeñas etinilestradiol y progesterona), y si la curva demuestra un exceso de pregnandiol urinario; deben prescribir se estrógenos solos, en dosis masivas, y si la curva demuestra que la eliminación de estrógenos es normal o demasiada elevada; debe prescribirse progesterona sola. 48/

#### 2.5.5.8. Aborto habitual.

El tratamiento para la incompetencia del orificio interno es el cerclaje, que se aconseja practicar en el tercer mes de la gestación.

El tratamiento difiere según que la paciente este o no embarazada, y en este último caso si existen o no sinto-

---

48/ FLORENCIO CASAVILLA J. et.al. op.cit. p. 274.

mas de amenaza de aborto (metrorragias, etc.).

De acuerdo a la etiología se dará tratamiento:

Hipoplasia uterina (estrogenoterapia y distermia u onda corta).

Distopia uterina o mioma (cirugía ginecológica con servadora correspondiente. Vigilancia extrema de los emba razos u teriores).

Desgarros cervicales profundos (plástica cervical quirúrgica).

Sinequias uterinas (laparatomía, histerotomía, con el dedo se desprende las adherencias que tabican la cavidad actualmente se realiza un raspado, se coloca un dispositivo intrauterino por 6 meses y se dan estrógenos).

Malformaciones uterinas (si es un útero doble: operación de Strassman, que consiste en laparatomía, histerotomía y resección del espolón mediano que tabica el útero).

Coito repetido: (disminuir su número y prescribirlo en el período menstrual).

Prolapso (corrección quirúrgica).

Intoxicaciones externas (Profilaxis de éstas).

Diabetes (regulación previa del desequilibrio hidro

salino).

Sifilis (tratamiento antilúético).

Problemas psicógenos (gran utilidad de la colaboración de un psicoanalista).

Paciente embarazadas sin síntomas ni signos de amenaza de aborto. El tratamiento tiene dos objetivos: por un lado, colocar al organismo materno en las mejores condiciones para nutrir al huevo; por otra parte, asegurar óptimas condiciones locales de nutrición del embrión y prevenir las contracciones uterinas. 49/

#### 2.5.5.9. Aborto retenido o diferido

El tratamiento en aborto diferido o retenido son dos conductas a tomar; la inducción (se sensibiliza con estrógenos durante 24 o 48 horas y se coloca la sonda de Krause).

Si fracasa el procedimiento anterior o si es un huevo muerto antes de tercer mes de embarazo, se dilata el cuello con la minoría (para algunos hay peligro de infección) o con dilatadores de Hegar y se extraerá el huevo con pinzas y cureta.

---

49/ Ibidem p. 276.

Si es el segundo trimestre y fracasa la inducción, deberá hacerse una microcesárea. 50/

## 2.6. PLANIFICACION FAMILIAR.

Durante 1973 y los primeros seis meses del 1974, llamado año mundial de la población por las Naciones Unidas, cerca de 30 países revisaron algunos aspectos de su Legislación Nacional y su política referente a la Planificación Familiar. 51/

Por lo que respecta a México, donde anteriormente prevalecía la legislación natalista la nueva política esta concebida para satisfacer las necesidades contemporáneas a través de la "regulación y estabilización racional del crecimiento de la población". Esta nueva política entro en vigencia en Enero de 1974. El consejo Nacional de la población, que fue creado por la nueva legislación, esta extendiendo la información y los servicios de Planificación Familiar a través de todo el país. He aquí las palabras de Emilio O. Rabasa, "el consejo nacional de la población fue recientemente creado, con el cargo de conducir un amplio programa informativo para llevar a cabo una adecuada Planificación Familiar. Para este fin, el principio fundamental

---

50/ Ibidem p. 279.

51/ Informes Médicos. Legislación y políticas en población p. E-1.



de programa es el que la planificación familiar es una responsabilidad fundamental de los padres que exclusivamente deben determinar el número de hijos que desean tener. Por su parte el Estado se limita a hacer recomendaciones y a procurar que las familias mexicanas dispongan de la necesaria información y de los más apropiados medios científicos para la práctica de planificación familiar. 52/

El objetivo de que todo niño sea deseado todavía es tá lejos de realizarse; las necesidades de aborto terapéutico, la adopción y el destino de los niños no deseados no mar can el camino que aun debemos recorrer en particular, la edu cación que se da a los jóvenes sobre el sexo, el matrimonio y la paternidad, todavía es inadecuada; hay que estimularlos para que reflexionen sobre alguna de las implicaciones de la paternidad, de la satisfacción de tener un niño, la compañía que el nos dá, y el orgullo por sus logros. 53/

Es por eso que se debe seguir estudiando para un mé todo anticonceptivo ideal, pero para este se necesita cinco condiciones son: a) Aceptabilidad- debe ser bien tolerado por el o la usuaria; esto es, no debe originar efectos colaterales secundarios, que no son bien tolerados. b) Efecti vidad- su empleo debe proporcionar una seguridad absoluta;

---

52/ Ibidem. p. E-2

53/ J. STEELE. Ginecología y obstetricia y el recién nacido. p. 196

con su uso correcto, al acto sexual no dará nunca a un embarazo. c) Reversibilidad- el efecto debe ser transitorio; una vez suspendida su empleo, debe de aparecer la fertilidad. d) Simplicidad- su empleo no debe obligar a grandes calculos, no siempre factibles en usuarias de estados socio economicos y culturales bajos. 3) Bajo costo- de suerte que su adquisición sea posible a todas las clases sociales. 54/

#### 2.6.1. Métodos anticonceptivos.

Existen varios métodos anticonceptivos; algunos son temporales y otros permanentes.

##### a) Métodos temporales.

- Naturales: coito interrumpido, ritmo o abstinencia periódica (ogino y knauss), alteraciones del moco cervical (Billings) y lactancia.
- De barrera; preservativo, espermaticidas locales (jaleas, aerosoles, óvulos, tabletas vaginales), diafragmas y dispositivos intrauterinos.
- Anovulatorios: orales (secuencial, 21 a 28 días combinado, 21 o 28 días; microdosis) y parenterales.

## b) Métodos permanentes.

- Oclusión tubaria bilateral o salpingoclasia.
- Vasectomía. 55/

## 2.6.1.1. Coito interrumpido

A pesar de los avances de la medicina moderna, el único método para el control de la natalidad que es completamente seguro y eficaz es la completa abstinencia sexual.

La técnica de abstinencia periódica, cuando fue propuesta por primera vez en los años treinta, parecía ser un método práctico y efectivo para el control de la natalidad, y que era aceptado por la iglesia católica y al mismo tiempo tenía bases científicas firmes. 56/

El coito interrumpido consiste en la extracción del pene antes de la eyaculación, y el procedimiento puede fracasar, sea porque el pene se retire en forma demasiado tarde, o por que de derrame esperma en la vagina o la vulva.

57/

Es gratuito y no requiere de medicamentos ni aditamento alguno; no es necesario la supervisión profesional o

55/ MONDRAGON, HECTOR C. op.cit. p. 386.

56/ Informes Médicos. op.cit. p. I-1

57/ S.J. STEELE. op.cit. p. 208.

técnica para realizarlo.

Puede usarse en cualquier época del período menstrual.

Desventajas.

El coito interrumpido requiere de gran control y entendimiento entre los integrantes de la pareja y no permite el disfrute pleno de la relación sexual. Pueden ocurrir embarazos no deseados cuando exista emisión de espermatozoides en la vagina provenientes del flujo preeyaculator. Con el tiempo puede afectar la armonía sexual los cónyuges y producir trastornos en la esfera psicológica. 58/

#### 2.6.1.2. Métodos de Ogino-Knauss y Billings

Los llamados métodos naturales o de abstención periódicamente consisten en que la pareja tenga relaciones sexuales únicamente los días del ciclo menstrual que no existan posibilidades de que el óvulo sea fecundado. Dichos días son siete; el de la ovulación, tres antes y tres posteriores a esta. En estos métodos se precisa la fecha de ovulación por la curva de temperatura basal y el calendario en el método de Ogino-Knauss, y por las características del moco cervical en el método de Billings.

---

58/ MONDRAGON, HECTOR C. op.cit. p. 386.

### Ventajas

Los métodos naturales no requieren medicamentos ni aditamentos. Es el método que acepta la mayoría de los religiosos, incluyendo la católica.

### Desventajas

Se limita la realización de las relaciones únicamente los días "no peligrosos". El método exige un convencimiento y disciplina de la pareja. Pueden ocurrir embarazos cuando la mujer presenta ciclos irregulares o no detecte correctamente la fecha de ovulación.

#### 2.6.1.3. Lactancia.

Este método consiste en aprovechar que existe una ovulación fisiológica y una amenorrea secundaria producida por la inhibición parcial de la secreción de hormona gonadotrópicas (HL y HFE), ocasionada por un exceso en la secreción de prolactina hipofisaria.

### Ventajas.

Es un método natural temporal, gratuito, que puede resultar conveniente para espaciar un embarazo del siguiente. No debe prolongarse por más de 8 meses. Sirve para enriquecer la esfera afectiva entre la madre y su hijo.

#### Desventajas.

Cuando se trata de prolongar la lactancia materna puede producir ovulación y ocurrir la fecundación sin que la mujer se de cuenta de ello. 59/

#### 2.6.1.4. Preservativo

Se colocan cubriendo el pene, y retiene el producto de la eyaculación. Lo cual se impide el contacto de los espermatozoides con la vagina.

#### Ventajas.

Es un método relativamente económico que, además de proteger al varón contra infecciones venéreas, protege a la mujer del contacto del cérvix con el esmegma prepucial, agente considerado cancerígeno.

#### Desventajas

Este protector puede romperse durante el coito o salirse el semen prematuramente al retirarlo, si no se coloca bien. No todos los individuos aceptan de buen agrado su empleo, aduciendo pérdida de sensibilidad en la relación sexual. Puede producir ardor en la mucosa vaginal de algunas mujeres, y favorecer las lesiones cervicales del tipo de las

---

59/ MONDRAGON, HECTOR C. op.cit. p. 387.

erosiones. 60/ La frecuencia de fracasos con el condón en parejas motivadas es de un 4% al año.

#### 2.6.1.5. Diafragma y capuchón cervical.

El método del diafragma y capuchón cervical consiste en colocar un dispositivo intravaginal, el cual cuenta con un anillo metálico que rodea a la cervix, y a la cual se inserta un capuchón de látex que impide la penetración de espermatozoides al conducto cervical.

##### Ventajas

Por el grado de dificultad que ofrece el diafragma, este método se está tornando obsoleto; sin embargo en las mujeres que lo saben utilizar es efectivo. 61/ La frecuencia de embarazo es del 3%, el número total de fracasos es más alto. 62/

##### Desventajas

Es un método de difícil aplicación, requiere de un entrenamiento adecuado y práctica previa a su empleo. Debe utilizarse simultáneamente con un fármaco espermaticida que cubra ambas caras del diafragma. No debe permanecer colocado en su sitio más de 24 horas seguidas. Debe retirarse

60/ S.J. STEELE *op.cit.* p. 198.

61/ MONDRAGON, HECTOR C. *op.cit.* p. 389.

62/ MANUAL MERK. *op.cit.* p. 1557.

hasta seis horas después de realizado el coito.

#### 2.6.1.6. Espermaticidas Locales

Los espermaticidas son sustancias químicas que se aplican localmente para producir una barrera a los espermatozoides en la vagina al inmovilizarlos y/o destruirlos. Tienen varias presentaciones: óvulos, jaleas, aerosoles, cremas a base de sustancias como el polietoxietileno, cloruro de benzetonio, fenoxipolietoxietanol, hexilresorcinol, permanganato de potasio, etc.

##### Ventajas.

Al tener una gran viscosidad, estos productos retienen los espermatozoides un tiempo suficientemente largo en la vagina.

A medida que aumenta la edad de la mujer se incrementa notablemente la eficacia de estos agentes. 63/

##### Desventajas

Al producir la inmovilización y lisis de los espermatozoides, causa la destrucción de células vivas, normales, trasmisoras potenciales de vida, hecho que constituye un conflicto desde el punto de vista moral.

---

63/ MONDRAGON, HECTOR C. op. cit. p. 390.



#### 2.6.1.7. Ducha poscoito.

Este trata de evitar el ascenso de los espermatozoides por el canal endocervical, lavando la vagina con un irrigador después del coito.

##### Ventajas

Este método no requiere medicamentos ni altera la fisiología femenina.

##### Desventajas

Es el método de menos efectividad, ya que 90 segundos después que los espermatozoides se depositan en la vagina alcanzan el canal cervical. Además, el lavado de la vagina con agua a presión puede proporcionar infecciones tubarias ascendentes.

#### 2.6.1.8. Dispositivo intrauterino

Este procedimiento consiste en aplicar un cuerpo extraño, generalmente de plástico o cobre, en la cavidad uterina, con el objeto de ejercer una acción reguladora de la fertilidad al impedir la migración espermática o la nidación, de estos existen más de 65 modelos.

Actúa como espermaticida por infiltración leucocitaria del endometrio y porque reduce aumento de enzimas liso-

somales que destruyen los espermatozoides. Actúa, además en el metabolismo del espermatozoide impidiendo su capacidad de fecundar.

#### Ventajas

Este método se considera como un regulador de la fertilidad en mujeres que se encuentran en la edad fértil. Se aplican 64/ en diferentes épocas: posparto, posaborto y transcesáreas. El dispositivo intrauterino tiene grado de efectividad.

#### Desventajas

Las contraindicaciones son: infecciones, endometri-  
tis, malformaciones uterinas, dismenorrea, etc. Y complica-  
ciones como: perforaciones uterinas, hemorragia, dolor abdo-  
minal y propicia la aparición de infecciones.

El dispositivo intrauterino puede tener fallas y permitir un embarazo; en estos casos puede ser expulsado o quedar retenido hasta que nasca el producto.

---

64/ MONDRAGON, HECTOR C. op.cit. p. 392.

#### 2.6.1.9. Anticonceptivos hormonales.

Consiste en administrar esteroides sexuales sintéticos para inhibir la ovulación. Estas hormonas inhiben temporalmente la secreción de los factores liberadores del hipotálamo y las gonadotropinas para permitir la actividad cíclica o bien modifican sustancialmente el endometrio y el moco cervical, impidiendo en esta forma la fecundación.

Los anovulatorio empleados con mayor frecuencia se agrupan en orales, combinados, progestagenos solos y parenterales. Los orales son anticonceptivos secuenciales; el procedimiento consiste en administrar estrógenos durante 15 días y una combinación de estrógeno y progestagenos por 5 días más.

Los anovulatorios combinados consisten en administrar simultáneamente estrógenos y progestágenos durante 21 días a partir del quinto del ciclo menstrual; después se interrumpe por 7 días y se reanuda el tratamiento en el ciclo siguiente.

Cuando los anovulatorios consisten en progestágenos solos, se administra esta sustancia en forma continua o intermitente.

Los anovulatorios parenterales, hay fármacos de administración mensual, bimestral, trimestral, semestral o anual, que inhiben las hormonas luteinizantes y estimulantes de folículo y, por lo tanto, la ovulación.

#### Ventajas

La efectividad que estos han tenido es de 2 a 7% de fracasos en diversas estadísticas. Permite a la pareja llevar una vida sexual espontánea, sin temores ni represiones; no requiere de manipulaciones genitales. Sirven para regular el ciclo menstrual, mejoran o disminuyen la dismenorrea, disminuyen la cantidad de flujo menstrual.

#### Desventajas

Contraindicaciones de los contraceptivos hormonales; presencia de enfermedades troboembólicas, la disfunción hepática, el cáncer mamario o genital. Se necesita mucha puntualidad en la administración diaria del medicamento. Ocasiona un costo permanente durante su empleo. Puede provocar anovulación persistente posterior a la supresión del medicamento, y también pueden presentar sangrados genitales anormales importantes o amenorrea después de su aplicación, lo que ha hecho que disminuya su empleo. Se ha limitado el uso del medroxiprogesterona por efectos carcinogénicos y se han reportado casos de esterilidad definitiva.

### 2.6.1.10 Métodos definitivos o quirúrgicos.

#### Oclusión tubaria bilateral.

La oclusión tubaria bilateral es la interrupción quirúrgica del tránsito de las trompas de falopio, para impedir que ocurra la unión del óvulo con el espermatozoide, lo cual produce una esterilidad permanente. 65/

Es posible hacer una reanastomosis después de la ligadura de trompas, pero la operación reconstructiva es mucho más difícil y la frecuencia de embarazos después de una reanastomosis, solo es del 30% en promedio.

Existen muchos procedimientos quirúrgicos para lograr la obstrucción tubaria; los principales son los siguientes: por cirugía convencional con las técnicas de Pomeroy, Uchida, Kroener, endoscopia, por la aplicación de los anillos de Yoon o de Kulka, por la electrofulguración de la trompa o la sección de esta con rayos laser, con la aplicación de clips de Blejer.

#### Ventajas

La obstrucción tubaria bilateral es el método de más alta efectividad, dependiendo de la experiencia quirúrgica del cirujano. Esta operación puede realizarse en

cualquier momento, incluyendo el posparto inmediato, el pos aborto y la transcesárea. La técnica quirúrgica es relativamente sencilla, el costo, bajo; las insisiones, pequeñas y el riesgo mínimo.

#### Desventajas

Se requiere de un cirujano capacitado, de un centro hospitalario y un procedimiento anestésico adecuado. Puede tener varias complicaciones quirúrgicas, como lesiones del intestino, hematomas e infecciones. Aunque estas intervenciones están contraindicadas en pacientes con antecedentes de anexitis, endometriosis, cirugías múltiples previas, pel viperitonitis por la dificultad operatoria.

#### 2.6.1.11. Vasectomía

Este es un método consistente en interrumpir la con tinuidad anatómica del conducto deferente, para impedir la salida de los espermatozoides en la eyaculación, y es posible después hacer una reanatomosis, si el paciente así lo requiere.

#### Ventajas

Es un método definitivo de esterilización en el varón. Puede ser practicado por deseo expresado del interesado o por indicaciones médicas, en caso de riesgo obstétrico importante de una paciente en la que no se puede practicar

oclusión tubaria. Es una operación de cirugía menor que se realiza en el consultorio, con anestesia local y a un bajo costo.

#### Desventajas

Puede haber efectos psicológicos si no es bien explicado el procedimiento. Puede presentar complicaciones como infección, hematoma y granuloma espermático. 66/

### 3. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

#### METODOLOGIA

##### 3.1. LA MUESTRA

##### 3.1.1. Características de la comunidad del área de estudio.

El estudio se realizó en la Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl, debido a la falta de orientación que tienen por los métodos de Planificación Familiar, y que había la oportunidad de brindarles a la gente que era atendida por dicha institución una orientación de dichos métodos e información e inquietudes de ciertas dudas, de acuerdo a su padecimiento.

---

66/ MONDRAGON HECTOR C. op. cit. p. 398

Ciudad Nezahualcoyotl tiene sus límites geográficos, que permiten localizar rápidamente el lote, sus manzanas y las viviendas.

Esta zona, tiene en común, problemas de salud, desnutrición, deshidratación, enfermedades respiratorias, gastroenteritis y los problemas de alcoholismo, delincuencia y drogadicción. Esta Ciudad cuenta con 34 colonias, de acuerdo a cifras de 1984 cuenta con 2051,647 habitantes. Tiene 27 años de haberse fundado. Y cuenta con todos los servicios públicos, aunque no para la capacidad de este. algunas veces son canalizados para otras instituciones de salud. 677

Cuenta con 5 deportivos, 75 canchas, 155 de bolibol, 126 de basquetbol, 10 de fronton y mano y doce de patinaje, todos estos servicios distribuidos en toda Ciudad Nezahualcoyotl.

Con lo que respecta a educación: existen dentro del municipio 500 escuelas (secundarias, media superior, superior y escuela normal).

En cuanto a servicios médicos: existen 20 centros de salud, un hospital general; de los centros de salud son 7 centros tipo A y 13 centros comunitarios, la capacidad del 677 Datos que se adquirieron del archivo de Palacio Municipal de Ciudad Nezahualcoyotl.



único hospital es de 279 camas para la comunidad.

También cuenta con iglesias, panteones, funerarias, bibliotecas, auditorio municipal, correos, telegráfos, planta de tratamiento de aguas negras y empresas para municipales y servicios de asesorías jurídicas gratuitas.

Estructura ocupacional; esta enfocada al sector industrial y al comercio, aunque también existe el desempleo, esto constituye un problema significativo para la población de esta Ciudad. Las principales ocupaciones del sexo femenino son: lavar ajeno, queaceres domésticos y comercio ambulante. 68/

### 3.1.2. Organización social y política.

La organización de las familias por lo que se pudo observar en el momento de la entrevista, fue de que existe deficiente comunicación familiar, debido a que la mayoría de las mujeres forma parte de la población económicamente activa, y las que tienen hijos éstos son cuidados por la vecina, amiga, ya que los familiares están en algún estado del país.

Ante la sociedad generalmente el hombre se debe hacer cargo de los gastos de la familia, pero como la mayoría, es

---

68/ Ibidem, p. 5.

por unión libre o madre soltera, se exagera el abandono de la mujer embarazada, motivo por el cual recurren al aborto.

Organización política: Esta ciudad es pluripartidista política, el partido en el poder es el revolucionario Institucional.

Organizaciones religiosas: Los aspectos religiosos son controlados por la iglesia católica, evangelista y algunas otras religiones pero son secundarias.

#### 3.1.3. Marco de la muestra

El mapa de ciudad Nezahualcoyotl fue proporcionado por Palacio Municipal, aunque aun no se ha limitado por colonias.

#### 3.1.4. Tamaño y tipo de la muestra

El muestreo fue aleatorio, durante 30 días en la Cruz Roja la Perla Ciudad Nezahualcoyotl.

#### 3.1.5. Trabajo de campo

La aplicación de encuestas se llevó exclusivamente dentro de la institución durante 30 días.

### 3.1.6. Limitantes

No hubo problema durante la aplicación de encuestas, pero si en lo que respecta a los domicilios, ya que fueron falsos. Esto limitó el estudio porque no permitió el seguimiento del caso.

### 3.1.7. Fuente de datos

Los datos registrados en este estudio fueron obtenidos por interrogatorio directo a 25 mujeres de 15 a 25 años de edad con diagnóstico de aborto.

Las respuestas a las preguntas planteadas fueron registradas en un formulario escrito (cédula de entrevista), la recolección de los datos se efectuó en un tiempo de un mes.

### 3.1.8. Sistematización de los datos obtenidos.

Para lograr el orden y comprensión de los datos recogidos, se integraron los pasos básicos del método estadístico:

1. El llenado de la entrevista, lo realizó la pasante de Lic. en Enfermería y Obstetricia.
2. El conteo de los datos se hizo manual utilizando el procedimiento de paloteo.
3. La presentación de los resultados se hace en forma de cuadros.

4. Los datos se presentan en números absolutos y relativos.
5. Se realizó el análisis descriptivo de los datos obtenidos de cada cuadro estadístico.
6. Las conclusiones se elaboraron considerando los datos del problema en estudio.

#### 3.1.9. Descripción del instrumento empleado en la recopilación de los datos.

Para dicho estudio se realizó una cédula de entrevista en la cual se tomaron en cuenta los indicadores que se consideraron importantes para formular la hipótesis. Este formulario consta de 22 preguntas cerradas

Esta cédula fue agrupada en los siguientes capítulos:

- A) Datos de identificación: que incluye nombre, domicilio, edad, estado civil, escolaridad y lugar de origen.
- B) Integración familiar: número de miembros que integra la familia, ocupación de las personas que aportan dinero a la familia, ingreso semanal de las personas que trabajan para la familia, la casa habitada.

ción para la familia.

- C) Antecedentes ginecoobstetricos: número de embarazos, número de hijos, número de abortos, semanas de embarazo, signos y síntomas con diagnóstico de aborto, causas de aborto (segun la paciente) y clasificación de aborto.
- D) Planificación Familiar: métodos de planificación familiar, medios por los cuales conoce los métodos, métodos de planificación familiar más usados y tiempo que llevan utilizando el método de planificación familiar.

#### IV. RESULTADOS

---

CUADRO No. 1  
 EDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS CON  
 DIAGNOSTICO DE ABORTO.

E D A D	Fo.	%
15 años	1	4.00
16 a 20 años	8	32.00
21 a 25 años	16	64.00
T O T A L	25	100.00

FUENTE: Recuento de los datos obtenidos en la encuesta aplicada a las mujeres de 15 a 25 años, con problemas de aborto, que son atendidos en la Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl, por la pasante de Enfermería Nivel Licenciatura. ENEO-UNAM. Abril de 1989.

DESCRIPCION: De acuerdo a los datos de este cuadro tenemos que predominan los abortos en edad de 21-25 años con un 64%; segundo lugar de 16-20 años con 32%; tercer lugar de 15 años con 4%.

CUADRO No. 2  
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

ESTADO CIVIL	Fo.	%
CASADA	8	32.00
UNION LIBRE	2	8.00
SEPARADA	0	0.00
SOLTERA	15	60.00
T O T A L	25	100.00

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: Con base a los datos de este cuadro predominan los abortos en las solteras con 60%; en segundo lugar tenemos a las casadas con 32%; y en tercer lugar unión libre con 8%.



## CUADRO No. 3

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

ESCOLARIDAD	Fo.	%
ANALFABETA	1	4.00
PRIMARIA	9	36.00
SECUNDARIA	12	48.00
TECNICA	2	8.00
PROFESIONAL	1	4.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: De las mujeres que presentaron aborto se obtuvo que el 48% tienen estudios de secundaria, 36% primaria; 8% nivel técnico; 4% es profesional; y 4% analfabeta.

## CUADRO No. 4

LUGAR DE ORIGEN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

E S T A D O S	Fo.	%
DISTRITO FEDERAL	19	76.00
GUERRERO	2	8.00
OAXACA	2	8.00
JALISCO	1	4.00
MICHOACAN	1	4.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: De acuerdo a los datos del cuadro, existe un 76% de mujeres que son del Distrito Federal; 8% de Guerrero; 8% de Oaxaca; 4% de Jalisco; 4% de Michoacán.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 5  
NUMERO DE PERSONAS QUE INTEGRAN LA FAMILIA DE  
LAS MUJERES ENTREVISTADAS.

P E R S O N A S	Fo.	%
2 - 3	5	20.00
4 - 5	6	24.00
6 - 7	10	40.00
8 - 9	4	16.00
10 ó más	0	0.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: Con los datos obtenidos en este cuadro, el 40% de las familias estudiadas estan integradas de 6-7 personas, esto nos indica que existen familias grandes; el 24% lo integran de 4-5 personas; 20% de 2 a 3 personas; 16% de 8 a 9 personas.

CUADRO No. 6  
OCUPACION DE LAS PERSONAS QUE APORTAN DINERO A LA FAMILIA

O C U P A C I O N	Fo.	%
OBRERO	17	29.00
COMERCIANTE	12	20.00
EMPLEADO	27	46.00
PROFESIONAL	0	0.00
SERVICIO DOMESTICO	3	5.00
T O T A L	59	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: En este cuadro nos indica que el 29% de las personas están ubicadas en industrias; 46% la boran en el sector servicios; 20% en comercio; 5% en servicios domésticos. con estos datos se deduce que la distribución de la población por ocupación se ubica en la clase social proleta ria.

CUADRO No. 7  
 INGRESO SEMANAL DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN PARA  
 LA FAMILIA DE LA MUJER ENTREVISTADA.

APORTACION SEMANAL	Fo.	%
MENOS DEL MINIMO	30	51.00
EL MINIMO	17	29.00
MAS DEL MINIMO	12	20.00
T O T A L	59	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: El 51% de las familias tiene un ingreso semanal menos del mínimo; el 29% el ingreso es el mínimo; el 20% su ingreso semanal es más del mínimo.

Este dinero es únicamente para satisfacer las necesidades básicas.

CUADRO No. 8  
TENENCIA DE LA CASA QUE HABITAN LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

T E N E N C I A	Fo.	%
PROPIA	12	48.00
ALQUILADA	9	36.00
PRESTADA	4	16.00
T O T A L	25	100

FUENTE: *ibidem*.

DESCRIPCION: Se observa un indicador favorable, el 48% tiene casa propia, ya que ello le proporciona tranquilidad y seguridad en la vida familiar, sin embargo no se debe descartar que existe un alto porcentaje 52% que carecen de casa propia, lo cual repercute en su equilibrio mental.

CUADRO No. 9  
 NUMERO DE CUARTOS QUE DISPONE LA CASA HABITACION  
 DE LA MUJER ENTREVISTADA CON DIAGNOSTICO  
 DE ABORTO.

NUMERO DE CUARTOS	Fo.	%
1	8	32.00
2	4	16.00
3	6	24.00
4	5	20.00
5	2	8.00
6	0	0.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: En este cuadro nos indica que el 32% de las familias estudiadas, solo disponen de un cuarto, con esto se deduce la existencia de hacinamiento; 24% cuenta con 3 cuartos; 20% 4 cuartos; 16% 2 cuartos y 8% 5 cuartos.

CUADRO No. 10  
 NUMERO DE EMBARAZOS QUE HAN TENIDO LAS MUJERES  
 ENTREVISTADAS CON DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.

E M B A R A Z O S	Fo.	%
1	9	36.00
2	4	16.00
3	6	24.00
4	0	0.00
5	3	12.00
6	1	4.00
7	2	8.00
8 y más	0	0.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: En este cuadro se observa que el 36% de las mu  
 jeres estudiadas han tenido un embarazo; 24%  
 3 embarazos; 16% 2 embarazos; 12% 5 embarazos;  
 8% 7 embarazos; y el 4% 6 embarazos.



CUADRO No. 11  
 NUMERO DE HIJOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS CON  
 DIAGNOSTICO DE ABORTO.

No. DE HIJOS	Fo.	%
1 - 2	9	36.00
3 - 4	4	16.00
5 - 6	1	4.00
7 - 8	0	0.00
9 - 10	0	0.00
PRIMER EMBARAZO	11	44.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: Tomando en cuenta los datos obtenidos de este cuadro existe 44% nos reporta que es su fer. embarazo; 36% 1-2 hijos; 16% 3-4 hijos; y 4% 5-6 hijos.

CUADRO No. 12  
 NUMERO DE ABORTOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS QUE SON  
 ATENDIDAS EN LA CRUZ ROJA MEXICANA CIUDAD  
 NEZAHUALCOYOTL.

A B O R T O S	Fo.	%
1	23	92.00
2	1	4.00
3	1	4.00
4	0	0.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem.

DESCRIPCION: El 92% tienen un aborto, este nos dice la cantidad de riesgo de salud a que están expuestas estas mujeres, y que se deben tomar medidas para ayudarlas a salir de tal problema; 4% 2 abortos; 4% 3 abortos.

CUADRO No. 13  
 SEMANAS DE EMBARAZO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
 CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

SEMAYANAS DE EMBARAZO	Fo.	%
4 - 8	21	84.00
9 - 13	1	4.00
14 - 18	3	12.00
19 - 23	0	0.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: Este cuadro nos indica que el 84% de las mujeres entrevistadas cursó su embarazo de 4-8 semanas; 12% de 14-18 semanas y de 4% 9-13 semanas.

CUADRO No. 14  
SIGNOS Y SINTOMAS QUE PRESENTAN LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

SIGNOS Y SINTOMAS	Fo.	%
Fiebre	9	36.00
Sangrado Oscuro	10	40.00
Sangrado Brillante	15	60.00
Sangrado Fétido	12	48.00
Sangrado Abundante	9	36.00
Sangrado Moderado	7	28.00
Sangrado Escaso	9	36.00
Abdomen Agudo	17	68.00

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: De los datos obtenidos predominaron los siguientes 68% presento abdomen agudo; 60% sangrado brillante; 48% sangrado fétido 40% sangrado oscuro; 36% fiebre; 36% sangrado abundante; 36% sangrado escaso; 28% sangrado moderado.

NOTA: Los porcentajes de cada problema de salud estan en relación al total de 25 mujeres estudiadas con diagnóstico de aborto.

CUADRO No. 15  
CAUSAS DE ABORTO SEGUN EL "CRITERIO" DE LAS  
MUJERES ENTREVISTADAS.

C A U S A S	Fo.	%
Estado nutricional	2	8.00
Estado emocional	1	4.00
Estado traumático	6	24.00
Ministración de medicamentos	13	52.00
Introducción de cuerpos extraños en vagina	2	8.00
Ejercicio exagerado	1	4.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: Los datos registrados en este cuadro, nos indica que existe un 52% de mujeres que se ministran medicamentos; 24% causa traumática; 8% estado nutricional, 8% introducción de cuerpos extraños; 4% estado emocional y 4% ejercicio exagerado.

C U A D R O N o. 16  
 CLASIFICACION DE ABORTOS, RETOMANDO EL CUADRO CLINICO  
 QUE PRESENTAN LA PACIENTE EN LA UNIDAD DE EXPULSION

A B O R T O S	Fo.	%
Amenaza de aborto	0	0.00
Aborto Inevitable	2	8.00
Aborto Incompleto	1	4.00
Aborto Séptico	1	4.00
Aborto Habitual	1	4.00
Aborto Curso	0	0.00
Aborto Diferido	1	4.00
Aborto provocado	19	76.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Tbidem

DESCRIPCION: Existe un 76% de abortos provocados, y que esto nos indica que debe concientizarse a las mujeres de los riesgos que tienen y de los métodos de Planificación Familiar; el 8% de abortos inevitables; 4% Aborto incompleto; 4% aborto séptico, 4% aborto habitual y 4% aborto diferido.

## CUADRO No. 17

MUJERES ENTREVISTADAS QUE CONOCEN LOS  
METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

CONOCEN LOS METODOS	Fo.	%
SI	15	60.00
NO	10	40.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: En este cuadro se observa que existe 60% de mujeres que si conocen los métodos de Planificación Familiar; 40% no conocen los métodos.

CUADRO No. 18  
 MEDIOS POR LO CUAL LAS MUJERES ENTREVISTADAS  
 CONOCEN LOS METODOS DE PLANIFICACION.

M E D I O S	Fo.	%
MEDICOS	6	24.00
ENFERMERAS	0	0.00
VECINAS	4	16.00
FAMILIARES	5	20.00
NINGUNO	10	40.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: Los datos de este cuadro nos dice que un 20% por familiares; 16% vecinas, están orientados por gente no apta para esta información (familiares y vecinos); 40% no conoce los métodos de planificación familiar; 24% esta orientado por personal médico.



CUADRO No. 19  
 METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR MAS USADOS EN LAS  
 MUJERES CON DIAGNOSTICO DE ABORTO.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	Fo.	%
Coito Interrumpido	0	0.00
Ritmo	0	0.00
Lactancia	0	0.00
Preservativo	0	0.00
Espermaticidas locales	0	0.00
Diafragma	1	4.00
DIU	2	8.00
Orales	6	24.00
No utilizan M.P.F.	16	64.00

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: Entre los métodos más usados de los métodos de planificación familiar de las mujeres encuestadas con problemas de aborto, fueron los siguientes; 4% usa diafragma; 8% DIU; 24% orales; y el 64% no utilizan ninguno

CUADRO No. 20  
 TIEMPO QUE LLEVAN UTILIZANDO EL METODO DE  
 PLANIFICACION FAMILIAR.

T I E M P O	Fo.	%
MENOS DE 1 AÑO	1	4.00
1 AÑO	3	12.00
2 AÑOS	3	12.00
3 AÑOS	2	8.00
4 AÑOS	0	0.00
NO SE CONTROLAN	16	64.00
T O T A L	25	100

FUENTE: Ibidem

DESCRIPCION: De los datos obtenidos en la recolección en el cuadro 20 correspondiente al tiempo que llevan utilizando anticonceptivos, se obtuvo el siguiente resultado: de las 25 mujeres encuestadas el 64% no se controla; 12% tiene 1 año; 12% 2 años; 8% 3 años; y 4% menos del año. Este resultado sugiere una mejor publicidad, en los servicios médicos y personal capacitado.

#### 4.2. COMPROBACION DE HIPOTESIS.

1. El bajo nivel socioeconómico y educacional asociado a la deficiente información de prácticas contraceptivas determinan la frecuencia de aborto en las mujeres, de 15 a 25 años de edad en ciudad Nezahualcoyotl.

De las 25 mujeres encuestadas en la Cruz Roja Mexicana de Ciudad Nezahualcoyotl, que son atendidas por causas de aborto se obtuvo el siguiente resultado.

- a) El bajo nivel socioeconómico si es un factor que induce al aborto, ya que el 51% de las mujeres encuestadas cuenta con un salario semanal equivalente a menos del mínimo; el 29% tiene un sueldo semanal equivalente a el mínimo; y el 20% obtiene un sueldo más del mínimo. El desempleo, el subempleo, salarios bajos son causas de aborto, ya que la falta de poder económico para sos tener decorosamente una familia de 4 a 5 miembros, dá origen a este problema, el aborto.
- b) Por lo que respecta a nivel educacional se obtuvo que el 48% cuenta con secundaria; 36% primaria; 8% técnica; 4% profesional y 4% analfabeta. Esto nos indica que el bajo nivel de escolaridad si es un limitante, que aunado al nivel económico va a tener causas socia

les como son el uso, abuso y mal uso de la libertad por la mujer, sin embargo no hay que olvidar, que la promiscuidad juega un papel importante desde el punto de vista educativo, ya que esta comunidad tiene una sola pieza por habitación, por lo tanto, el niño y adolescente presencia la vida sexual de los padres.

- c) Desde el punto de vista social, la mujer en edad reproductiva, y los deficientes conocimientos contraceptivos, vive en un desamparo social que le genera miedo e inseguridad de tener un hijo.

Sin embargo sabemos que el sistema social en el que vivimos tiene todos los elementos necesarios para la prostitución y el aborto; dinero en abundancia en unos pequeños grupos y pobreza en la mayoría, lindando con la miseria, como es el estudio que se llevo a cabo en donde la mayoría de las mujeres venden su cuerpo por hambre, torpeza e ignorancia, desconociendo las repercusiones que tiene el aborto, ya que puede acortar la vida y afectar su área psicológica.

- d) La deficiente información de prácticas contraceptivas si determinan la frecuencia de aborto en las mujeres de 15 a 25 años de edad, por los siguientes datos obtenidos: 40% no conoce los métodos anticonceptivos; 60% si los conoce, sin embargo la información que tienen estas mujeres respecto a los métodos contracepti-

vos son de las siguientes fuentes: 24% por médicos; 40% no ha tenido información; 20% la ha recibido por medio de familiares y 16% de vecinos; de estos contraceptivos de los que tienen mayor información son orales 24%; DIU 8%; diafragma 4%; y no utilizan 64%. Con lo que respecta al tiempo de llevar a cabo su control se obtuvieron los siguientes datos: el 64% no se controla; 12% lleva un año controlandose; 12% lleva dos años controlandose; 8% 3 años; y 4% menos de un año. Luego entonces, es necesario que toda la comunidad tome conciencia del problema que le está afectando física y moralmente, para que al mismo tiempo tome las medidas indispensables para protegerse, es por esto, que los métodos contraceptivos son reconocidos como un componente integral de los servicios de salud y debe ser proyectada en los programas de salud pública.

Los métodos contraceptivos deben ser aprovechados por la población en edad reproductiva, ya que tiene tanta importancia como la erradicación de las enfermedades transmisibles.

Por lo mencionado es necesario que la orientación de los métodos contraceptivos debe ser proporcionado por personal preparado, en consecuencia para asesorar correctamente, deberá conocer todos los métodos contraceptivos para explicar a la mujer o a la pareja las ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos, de

modo que, en definitiva, será él o la usuaria quien  
elegirá el procedimiento que mejor se adapte a su or-  
ganismo.

A pesar de que existen medios de comunicación masiva  
de métodos contraceptivos, predomina un alto porcenta-  
je de mujeres que desconocen dichos métodos.

## 5. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

## CONCLUSIONES.

Posterior al análisis de resultados y comprobación de hipótesis del tema tratado se concluye lo siguiente:

1. La edad de las mujeres entrevistadas con diagnóstico de aborto comprende de 15 a 25 años, donde el problema se encuentra en mujeres de 21 a 25 años, ocupando un 64%; el segundo lugar lo ocupa 16 a 20 años con un 32%; y de 15 años el 4%.

Con esto se manifiesta, que las mujeres con edad comprendida de 21 a 25 años, predomina el aborto, debido a que existe un alto índice de madres solteras.

2. El estado civil incluye en la problemática del aborto debido a que el 60% de madres solteras; 32% es casada; y un 8% vive en unión libre.

3. De las mujeres que fueron atendidas por problemas de aborto el 48% tiene secundaria; 36% primaria; 8% nivel técnico; 4% analfabeta y 4% es profesional.

Esto nos indica que el nivel educacional y socioeconómico es bajo, por lo tanto sus conocimientos de prácticas anticonceptivas son deficientes.



4. De acuerdo al origen de las mujeres entrevistadas con diagnóstico de aborto el 76% corresponde al Distrito Federal; 8% Guerrero; 8% Oaxaca; 4% Jalisco; 4% Michoacán.

Se hace hincapié en que las mujeres del Distrito Federal son hijas de padres de provincia. Esto refuerza que en la actualidad existen limitaciones para la superación educacional, debido al factor económico.

5. El número de personas que integran la familia de las mujeres con problema de aborto, se encontró que el 40% corresponde de 6 a 7 integrantes de la familia; con 24% de 4 a 5 integrantes; el 20% de 2 a 3 integrantes; 16% de 8 a 9 integrantes.

Por lo que se observa que el primero, segundo y cuarto lugar lo ocupan familias numerosas, este es un factor que aunado al problema de madres solteras, conlleva al aborto.

6. En cuanto a la ocupación de las personas que aportan dinero a la familia se apresia, que predominan las actividades en; empleado 46%, obrero 29%, comerciante 20%; servicios domésticos 5%.

Esta distribución ocupacional apoya a lo relativo a

los bajos salarios o ingresos económicos de que dispone para satisfacer las necesidades básicas de la familia.

Por ello el problema de aborto incrementa la causa de escases de recursos económicos.

7. Por lo que respecta al ingreso semanal fue el siguiente: menos del mínimo 51; mínimo 29; más del mínimo 20%.

Estos datos refuerzan las conclusiones anteriores, ya que ocupación e ingreso nos dá como resultado bajos recursos económicos, por lo tanto, se exacerbarn problemas de salud, que en este caso repercuten en el embarazo provocado e interrupción del mismo.

El dato obtenido de ingreso semanal llena los requisitos únicamente para satisfacer las necesidades básicas de la familia.

8. La tenencia de la casa habitación que ocupan las mujeres entrevistadas: 48% casa propia; 52% carecen de casa propia.

En este caso, la tenencia es un factor que aunado al número de personas que integran la familia, la ocupación de las personas que aportan dinero y el ingreso

semanal, son indicadores que repercuten en la mujer gestante, provocando la terminación del mismo antes de que el producto sea viable.

9. El número de cuartos que tiene la familia entrevistada reporta que la mayoría tiene un cuarto 32%; 2 cuartos 16%; 3 cuartos 4%.

Esto nos indica que existe promiscuidad, repercutiendo los integrantes de la familia, ya que la función sexual del hombre no tiene periodicidad, ni esta sujeta a un celo o estación del año, esta sujeta a un libido.

Esta clase social tiene una sola pieza por habitación, duerme en la cama del matrimonio; por lo tanto, el niño asiste a la vida sexual de los padres.

10. Número de embarazos de las mujeres entrevistadas; 36% un embarazo; 24% 3 embarazos; 16% 2 embarazos; 12% 5 embarazos 8% 7 embarazos; 4% 6 embarazos.

Como puede observarse el porcentaje más alto que ocupan las parejas que han tenido, 1, 2 y 3 embarazos, es to coincide con el estado civil de las mujeres entrevistadas, ya que un 60% corresponde a madres solteras; y un 8% a unión libre. Esto es resultado de que la mujer no tenga mala fama, que oculte su embarazo o que

este sea fruto de una unión ilegítima.

11. Los datos obtenidos con los que respecta al número de hijos, de las mujeres entrevistadas con diagnóstico de aborto, fue el siguiente: 44% era su primer embarazo; 36% uno o 2 hijos; 16% de 3 a 4 hijos; 4% de 5 a 6 hijos.

Esto nos confirma que predominan, factores educacionales, sociales, habitación inadecuada, que hace posible el uso, abuso y mal uso de la libertad por la mujer. Ya que los embarazos se presentan en mujeres solteras, como lo confirma el cuadro número 12.

12. De los datos registrado, en el cuadro número 12, sobre el número de abortos se obtiene el siguiente resultado; el 92% de las mujeres entrevistadas ha tenido un aborto; 4% 2 abortos; 4% 3 abortos.

Este resultado nos indica, la importancia de las medidas preventivas, por lo que es urgente que a los mayores de 18 años se les proporcione valorización exhaustiva, acerca de las relaciones sexuales prematrimoniales, e información masiva sobre medios y técnicas contraceptivas.

Otro factor que conduce al aborto es el desamparo so-

cial en que vive la mayoría de la población, generando miedo e inseguridad de tener un hijo.

El factor económico para poder llevar una vida razonable ocasiona en la madre soltera el aborto, poniendo en peligro su vida misma.

13. De acuerdo a los resultados obtenidos a las semanas de embarazo, las cuales fueron interrumpidas; causando el aborto, fueron: 84% contaban de 4 a 8 semanas de gestación; 12% de 14 a 18 semanas; y 4% de 9 a 13 semanas.

Tomando en cuenta la definición; aborto es la terminación del embarazo antes de la viabilidad del feto. Generalmente un feto es viable al alcanzar la edad de 23 a 24 semanas y con un peso de 600 gramos.

Por otra parte el aborto, puede acarrear enfermedades acortar la vida e impedir la salud y la eficiencia.

Por lo antes mencionado es necesario que la comunidad tome conciencia del problema que le esta afectando, física y moralmente, por lo que debe tomar todas las medidas indispensables para protegerse.

14. Con lo que respecta a signos y síntomas que predominan en orden jerárquico son las siguientes: 68% pre-

sentó abdomen agudo; 60% sangrado brillante; 48% sangrado fétido; 40% sangrado obscuro; 36% fiebre; 36% sangrado abundante; 36% sangrado escaso; 28% sangrado moderado.

El aborto que sobreviene durante el primer mes después de la concepción casi siempre pasa desapercibido clínicamente, en cuanto no produce dolores ya que falta la contracción uterina causa del dolor), ni dilatación del cuello uterino (ya que el huevo fecundado, por ser pequeño, puede fácilmente pasar a través del canal cervical normal); por eso de los tres síntomas clásicos de aborto el dolor, la dilatación del cuello uterino y la hemorragia solo esta última esta presente en una forma ligera; entre los coágulos sanguíneos expulsados está también el huevo.

Del cuarto al sexto mes, el aborto se llama fetal y se realiza con un mecanismo no muy diferente al del parto pudiendosele definir como "un parto en pequeño, en miniatura": en un primer tiempo, se expulsa el feto, previa rotura de la bolsa amniótica; en un segundo tiempo lo hace la placenta y las membranas.

En este último tipo de aborto, que es el más parecido al del parto normal, los dolores son más frecuentes y duraderos (por las contracciones uterinas), el flujo

hemorrágico más copioso, es el cuello uterino más dilatado; en la sangre emitida se reconoce fácilmente el producto de la concepción expulsada entero o en fragmentos.

15. Dentro de los "criterios" que maneja la mujer entrevistada, nos informa que la causa de su aborto fue el siguiente: predominando la ministración de medicamentos con 52%; traumatismos 24%; estado nutricional 8%; introducción de cuerpos extraños en la vagina 8%; estado emocional 4%; y ejercicio exagerado 4%.

Cabe mencionar que los medicamentos que se ministraron las mujeres en estudio; fue: metrigen fuerte, quinina y prostaglandinas.

El mecanismo de acción de los medicamentos es el siguiente: metrigen fuerte-intramuscular-contiene estrógeno/progesterona. La progesterona es una hormona natural producida por los ovarios.

En mujeres con una falta absoluta o relativa de estrógeno y la progesterona endógena, el metrigen fuerte estimula el (re)establecimiento de un ciclo menstrual normal.

La quinina (uso terapéutico, envenenamiento) este es

un alcaloide, el envenenamiento agudo por la quinina puede ser accidental o suicida-si la envenenada es una mujer embarazada puede presentarse fácilmente el aborto, ya que la quinina provoca la contracción de la musculatura uterina.

Las prostaglandinas es sustancia que estimula la contracción del miometrio, hay alteraciones potenciales en las membranas celulares y cambios en los niveles circulantes de progesterona, su presentación de las prostaglandinas es intravaginal o intravenosa.

Aunque el estado nutricional juega un papel importante ya que el ejercicio, traumatismo, estado emocional, es tos repercuten en el estado nutricional de la mujer embarazada, y esto puede ser una causa para el aborto.

Esto no descarta que el aborto haya sido provocado.

16. Respecto a la clasificación de aborto existe; 76% de abortos provocados; 8% de aborto inevitable; 4% de aborto séptico; 4% aborto habitual.; y 4% aborto diferido.

Tomando en cuenta el resultado de la encuesta, se deduce que existe un alto porcentaje de las mujeres que se provocan el aborto, reforzando de que existen madres solteras 60%; familias extensas 80%; con un sala-



rio menos del mínimo 51%; casa alquilada 52%; nacimiento 32%.

17. De acuerdo al estudio existe 60% si conoce los métodos de Planificación Familiar; 40% lo desconoce, debido tal vez a la falta de concientización de la pareja para valorar, de acuerdo a sus condiciones económicas, sociales y de salud.

18. De acuerdo al cuadro No. 18 en él especifica los medios por los cuales las 25 mujeres encuestadas conocen los métodos de Planificación Familiar fue el siguiente: ninguna información 40%; médicos 24%; Familiares 20%; vecinas 16%; y enfermeras 0%.

Esto nos indica que el personal preparado en este caso, médicos y enfermeras es escaso.

La Planificación Familiar obedece más a causas sociales, económicas, psicosexuales y de salud pública que médicas. Octavio Paz dijo (Excélsior, 20 de febrero de 1971): "La dramática explosión demográfica se debe más a la ignorancia que a la libertad para tener hijos".

La planificación familiar debe contar con programa de control de la fertilidad que incluya los siguientes servicios:

1. Prueba de embarazo
  2. Cuidados de maternidad incluyendo servicios pre y postnatales.
  3. Servicios de infertilidad
  4. Toda la variedad de métodos de contracepción.
  5. Aborto.
  6. Consejos y diagnóstico genético
  7. Tres axiomas anticoncepcionales.
  8. Motivos de fracaso con los métodos anticonceptivos..
19. Retomando del cuadro No. 18 y 19, los resultados obtenidos, se confirma que los conocimientos del personal preparado, médicos y enfermeras, carecen de interés, respecto a la orientación sobre anticoncepción, por lo que sus conocimientos deben incluir no solo los deseos y objetivos de la paciente relativos a la planeación familiar, sino también la clase de comunicación del círculo familiar y de la parentela, así como de la comunidad.

Es sumamente útil saber con quien hablan las pacientes y quiénes influyen en sus decisiones; interviene la esposa, esposo, madre o amigos?.

Con esto se refirma la falta de publicidad y la capacitación, aceptada para conocer los métodos de control de natalidad.

20. De acuerdo a los porcentajes del cuadro 18, 19 y 20, nos indica, que se debe elaborar un programa accesible, a las instituciones de salud, para que de esta forma sean explicados y repartidos a la comunidad.

Por el tipo de salud que presentan estas comunidades cabe esperar que la mayor parte de los recursos que de signan a la salud, corresponde a gastos de atención cu rativa, con el consiguiente abandono de los aspectos de atención preventiva.

La insuficiencia de los recursos económicos para la sa lud y la seguridad social de nuestro país es un hecho reconocido. Se requiere de una acción organizada de las mayorías en la que se formule una serie de dem andas en materia de salud y seguridad social; re in vi ndi c aciones incluidas dentro de un programa general popu lar que ofrezca alternativas nacionales tendientes a un programa más amplio y sencillo que valla acorde a las necesidades de la comunidad en estudio.

**SUGERENCIAS .**

Después de haber realizado este estudio, se sugiere, informar a las autoridades del sector salud de Ciudad Nezahualcoyotl los resultados obtenidos para que estén concientes de la problemática existente.

1. Elaborar un programa de métodos anticonceptivos en forma sencilla y concreta, y ser entregada a las diferentes instituciones de salud.
2. Formar pequeños grupos del sector salud (enfermeras y auxiliares de enfermería) para darles cursos de actualización de métodos contraceptivos.
3. El personal capacitado proporcionará pláticas de educación para la salud (métodos contraceptivos).
4. Se proporcione orientación a la mujer en edad reproductiva sobre las complicaciones que trae consigo el aborto.
5. Planear charlas de métodos anticonceptivos a secundarias.
6. Planear cursos de auxiliares de enfermería, para proporcionar orientación del primer nivel de atención.

7. Que toda mujer y hombre, que asista a consulta independientemente de la patología que presente, se les proporcione información sobre métodos anticonceptivos y complicaciones del aborto.
8. Que en consulta externa se maneje por lo menos dos charlas a la semana de planificación familiar.
9. Que las prácticas de enfermería se realicen en áreas muy marginadas.
10. Que el servicio social de enfermería, se concientice a este, para que se realice en zonas, donde de verdad sea útil para la comunidad.

## 6. A P E N D I C E S .

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
CRUZ ROJA MEXICANA CIUDAD NEZAHUALCOYOTL

PROGRAMA DE CAPACITACION PARA EL PERSONAL DE  
ENFERMERIA.

ELABORO:

PASANTE: MA. LUCINA T. FLORES COLIN

ABRIL DE 1989.

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

Al haber realizado un estudio exploratorio en la Cruz Roja Mexicana de Ciudad Nezahualcoyotl, en Abril de 1989, cuyo objetivo principal fue el de conocer las causas de aborto en las mujeres que son atendidas en dicha institución, se obtuvo un porcentaje elevado con lo que respecta a la falta de conocimiento de los métodos contraceptivos, esto es inquietante, ya que a pesar existen medios de comunicación masiva persiste la ignorancia en las mujeres de esta comunidad que se encuentran en edad reproductiva.

Es por esto que se debe concientizar a las mujeres en edad reproductiva de la problemática existente y puedan acudir a las instituciones de salud para recibir orientación por medio de pláticas, de educación para la salud, cuyo mensaje estará enfocado principalmente a complicaciones de aborto y métodos contraceptivos.



## J U S T I F I C A C I O N .

La finalidad del programa es dar a conocer al personal de enfermería que se encuentran en instituciones de salud o área comunitaria los siguientes temas: causas de aborto y sus complicaciones, así como métodos contraceptivos, estos serán con bases científicas, para que posteriormente dichos temas sean conocidos por medio de pláticas de educación para la salud, a mujeres en edad reproductiva.

## 1. OBJETIVOS

### 1.1. OBJETIVOS GENERALES

- Distinguirá las causas y complicaciones más frecuentes que trae consigo la interrupción del embarazo en las doce primeras semanas de evolución.
- Diferenciará los métodos anticonceptivos, mecanismos de acción, su eficacia y aceptación de los mismos.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Recordará la Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
- Conocerá en que consiste la fecundación, así como también el crecimiento y desarrollo embrionario hasta llegar a término.
- Explicará el término aborto y su clasificación
- Distinguirá las dos complicaciones más frecuentes que se presentan en mujeres con diagnóstico de aborto.
- Explicará la clasificación de los métodos contraceptivos.
- Identificará los métodos contraceptivos.
- Distinguirá los mecanismos de acción y eficacia de los métodos contraceptivos.
- Investigará las direcciones de instituciones que proporcionen métodos contraceptivos.

**2. ORGANIZACION**

**2.1. UBICACION:**

Cruz Roja Mexicana Ciudad Nezahualcoyotl

**2.2. TIEMPO:**

Duración Indefinido

Días 5 días de lunes a viernes

**2.3. UNIVERSO DE TRABAJO:**

Personal de enfermería

Estudiantes de enfermería

**2.4. PREPARACION PREVIA:**

Enfermera general

Auxiliar de enfermería

Estudiantes de enfermería

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	TECNICAS DIDACTICAS	RECURSOS DIDACTICOS
Recordará la Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.	Exposición de tema: Anatomía de aparato reproductor masculino y femenino. Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.	- Interrogatorio - Demostración.	Transparencias. Rotafolio. Pizarrón Periodico mural Cartel Laminas, esquemas.
Conocerá en que consiste la fecundación así como también el crecimiento y desarrollo embrionario hasta llegar a término.	Exposición de tema: Fecundación.	- Interrogatorio Filipp 6b	Diapositivas Diapositivas Rotafolio Bibliografía Pizarrón Láminas, esquemas.
Explicará el tema de aborto y su clasificación.	Exposición de tema: Aborto: Clasificación: De acuerdo con el período evolutivo.	- Interrogatorio Lluvia de ideas - Mesa Redonda.	Folletos Diapositivas Rotafolio. Cartel Laminas, esquemas

1. Amenaza de aborto
2. Aborto en curso.
3. Aborto inminente.

De acuerdo con su iniciación.

1. Aborto provocado.
2. Aborto espontáneo.
  - a) Aborto completo
  - b) Aborto incompleto.
  - c) Aborto endocrino.
  - d) Aborto habitual.
  - e) Aborto retenido.

Distinguirá las dos complicaciones más frecuentes que se presentan en mujeres con diagnóstico de aborto.

Exposición de tema: - Interrogatorio  
 infección.  
 Lluvia de ideas  
 Hemorragia

Díagnósticas.  
 Folletos.  
 Rotafolio.  
 Transparencias.  
 Bibliografía.  
 Pizarrón  
 Cartel - Láminas.

Identificará los métodos contraceptivos.	Exposición de tema: Métodos <u>contracepti</u> vos: coito <u>interrum</u> pido, ritmo o <u>absti</u> nencia <u>periódica</u> , alteraciones del <u>mp</u> co cervical.	- Interrogatorio Lluvia de ideas Mesa redonda.	Transparencias Diapositivas. Pizarrón Rotafolio. Folletos. Volantes. transparencias.
	De barrera- <u>preservativo</u> , espermatocidas locales, aereosoles, óvulos, <u>table</u> tas, diafragma y disposi- tivo intrauterino. Anovu- latorios - orales y <u>paren</u> terales. Oclusión tubaria bilate-- ral o salpingoclasia. Vasectomía.		

<p>Distinguirá los mecanismos de acción y eficacia de los métodos <u>contraceptivos</u>.</p>	<p>Exposición de tema: mecanismo de acción y eficacia de los métodos <u>contraceptivos</u>.</p>	<p>- Interrogatorio. Lluvia de ideas. Mesa redonda. Demostración.</p>	<p>Diapositivas, Pizarrón. Rotafolio. Bibliografía. Folletos. Transparencias.</p>
--	---	---	---

<p>Investigará las direcciones de instituciones que proporcionen métodos <u>contraceptivos</u>.</p>	<p>Orientar a los estudiantes sobre la importancia que tienen las instituciones de salud que proporcionen métodos <u>contraceptivos</u>.</p>	<p>El personal de enfermería visitará a las diferentes instituciones de salud que se encuentran en Cd. Mezquihualcoyotl para <u>confirmar</u> su participación de métodos <u>contraceptivos</u>.</p>	<p>- Periódico mural. - Folletos. - Volantes.</p>
---	--	--	---

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
COMUNIDAD DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL

PROGRAMA DE PLATICAS DE EDUCACION PARA LA SALUD

ELABORO:

PASANTE DE LIC. EN ENF.

LUCINA T. FLORES COLIN

ABRIL DE 1989.



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

Debido a la problemática que existe en la comunidad de Ciudad Nezahualcoyotl, por la ignorancia de los métodos contraceptivos lo cual ocasiona embarazos no deseados y terminando estos en aborto, se elabora un programa de pláticas de educación para la salud enfocadas principalmente a:

Breve Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, complicaciones más frecuentes que se presentan en mujeres que se provocan el aborto y métodos contraceptivos. Logrando con esto concientizar a la comunidad para que tomen las medidas pertinentes y evitar embarazos no deseados.

## 1. OBJETIVO

### 1.1. OBJETIVO GENERAL

Las mujeres en edad reproductiva de Ciudad Mezahual coyotl conocerán e identificarán los métodos contraceptivos para evitar el embarazo no deseado y sus complicaciones.

### 1.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocerán brevemente la Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
- Identificarán los métodos contraceptivos y su mecanismo de acción.
- Conocerán las causas que provocan el aborto.
- Conocerán las complicaciones más frecuentes que ocasionan el aborto.

## 2. ORGANIZACION

### 2.1. UBICACION:

Consulta externa de las diferentes instituciones de salud de Ciudad Nezahualcoyotl: ISSSTE; IMSS, SSA. y comunidad.

### 2.2. TIEMPO:

Duración: el necesario

Días: cinco días a la semana

### 2.3. UNIVERSO DE TRABAJO:

Mujeres en edad reproductiva que asisten a instituciones de salud o área comunitaria.

## ACTIVIDADES

## OBJETIVO

PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN LA  
COMUNIDAD.

- Conocerá brevemente la Anatomía y Fisiología del aparato reproductor masculino y femenino.
- Identificará los métodos contraceptivos y su mecanismo de acción.
- Conocerá las causas que provocan el aborto.
- Conocerá las complicaciones más frecuentes que ocasiona el aborto.
- Pláticas de educación para la salud utilizando rotafolio con esquema que contenga; la Anatomía y Fisiología de aparato reproductor masculino y femenino.
- Demostración de los métodos contraceptivos.
- Rotafolio o cuyas láminas contienen dibujos que expliquen el mecanismo de acción de los métodos contraceptivos.
- Repartir folletos de métodos contraceptivos.
- Explicación a la población por medios de franelogramas, rotafolios y diapositivas.
- Explicación de pláticas por medio de rotafolio, diapositivas y láminas.

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

- BAENA PAZ, Guillermina Instrumentos de Investigación.  
12a. ed., Editores Mexicanos Unidos, S.A., México 1985, 134 pp.
- BENSON, Ralph C. Manual de Ginecología y Obstetricia. 6a. ed., El Manual Moderno, México 1982, 764 pp.
- BLANCA, Estela N. Ortíz. Aborto Incompleto; Proceso.  
1986, 116 pp.
- BRUNNER, Lillian Shoitis. Enfermería Práctica. trad. Arnulfo Ramos. 3a. ed., Edit. Interamericana, México 1981, 983 pp.
- CALANDRA, Dante. et.al Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico. (s.r.)  
Edit. Médica Panamericana, S.A. Buenos Aires. 1973, 245 pp.
- CALASTRONI, Carlos J. et.al Terapéutica Ginecológica. 7a. ed.  
Edit. Médica Panamericana, Argentina 1978, 484 pp.

- CASAVILLA, Florencio. et.al Manual de Obstetricia. 8a.ed., Edit. Ateneo, 1986. 716 pp.
- CASTELAZO, Ayala L. Obstetricia. 6a.ed., Francisco Méndez Oteo, México, 526 pp.
- DANFORTH, N. David. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 4a.ed., Edit. Interamericana, México 1987. 1286 pp.
- DUGAS, Beverly Hitler. Tratado de Enfermería práctica. Trad. Antonio Garet, 3a. ed., Edit. Interamericana, México 1979, 544 pp.
- GOÑEZ JARA, Francisco A. Sociología. vigésima ed., Edit. Porrúa, México 1989. 484 pp.
- GOODE and Hatt. Métodos de Investigación social. Edit. Trillas, México 1969. 153 pp.
- GREENHILL, J.P., Friedman. Obstetricia. Trad. Homero Vela Treviño. 1a.ed., Edit. Interamericana, México 1977. 818 pp.

HIMAN, Herber.

Diseño de análisis de encuestas sociales. Buenos Aires 1971.  
Edit. Gráficas Didot.

IFFY, Leslie.

Obstetricia y perinatología, principios y prácticas. Edit. Panamericana, México 1985. 716 pp.

KING, Eunice M.

Técnicas de Enfermería. Trad. Antonio Garst.(s.i.) Edit. Interamericana, México 1979. 376 pp.

KRUPP, Marcus A. et.al

Diagnostico clínico y tratamiento  
1ba.ed. Edit. El Manual Moderno.  
México 1981, 1337.pp.

LEWIS, Oscar.

Antropología de la pobreza. 9a. ed., Edit. Fondo de la Cultura Económica, México 1983. 302 pp.

LOPEZ, Acuña Daniel.

La Salud desigual en México. 3a. ed., Edit. Siglo XXI Editores.  
México 1982. 247 pp.

- MASCARO, Jose Ma. Porcar. Diccionario Médico. 2a.ed., Edit. Salvat Editores. Barcelona 1974. 984 pp.
- MCLENNAN, Charles E. Compendio de Obstetricia. Trad. J. Rafael Blenqio.P. 2a.ed., Nueva Editorial Interamericana, México 1977, 490 pp.
- MONDRAGON, Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada. Edit. Trillas, México 1988, 685 pp.
- NOVAK, Edmundo R. et.al. Tratado de Ginecología. 9a.ed., Trad. A. Terán. Edit. Interamericana, México 1982. 794 pp.
- PELAYO, Correa. et.al. Textos de Patología. 4a.ed., Edit. La Prensa Médica Mexicana, México 1980, 1162 pp.
- RAVAGO, José. Manual de Obstetricia. 4a. ed., Edit. Porrúa. 1965 pp.



- REVISIA, Population Reports. Interrupción del Embarazo. Serie F, número 7, Mayo de 1981, 54 pp.
- ROJAS, Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. México 1977. Edit. UNAM. 222 pp.
- SAN MARTIN, Hernán. Salud Enfermedad. edit. Prensa Médica Mexicana, México 1980.
- SCHWARZ R., Leopoldo. et.al Obstetricia. 4a. ed., Edit. Ate-neo. México 1988. 605 pp.
- SEGATORE, Luigi. et.al. Diccionario Médico. 2a. ed., Edit. Teide de Barcelona, México 1983, 1281 pp.
- SELLTIZ, et.al Métodos de Investigación en la investigación social. Edit. Rialp Buenos Aires, 1969, 670 pp.
- STAVENHGAM, Rodolfo. Sociología y subdesarrollo. 5a. ed., Edit. Nuestro Tiempo. México 1979. 235 pp.

- TORTORA, Gerard J. et.al. Principios de Anatomía y Fisiología. Trad. Humberto Janer Ruiz. Edit. Harla. México 1977, 628 pp.
- T. Manisoff Miriam. Planeación Familiar. Edit. Interamericana, México 1979, 88 pp.
- WATSON, Jeannet E. Enfermería Médica Quirúrgica. Edit. Interamericana, México 1975 662 pp.
- WILLIAMS, et.al Obstetricia. Trad. Asunción Mauri Mas, 2a. ed., Edit. Salvat Mexicana, Barcelona 1980, 976 pp.

## 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 se haya adquirido en el útero materno la vitalidad (viabilidad), o sea la capacidad de poder continuar viviendo por sí mismo fuera del seno materno.
- AGUDO:** Que tiene un curso breve y ordinariamente grave.
- ANTIPIRETICOS:** Dicese de los remedios o fármacos que combaten la fiebre, llamada también pirexia. son antipiréticos no solo los distintos fármacos, que por mecanismos diversos disminuyen la temperatura febril, sino también los baños fríos.
- ASTENOSPERMIA:** Reducción de vitalidad de los espermatozoos.
- ATROFIA:** "Sin nutrición" es el significado etimológico de este término, que deriva del griego. Se denomina así, en Medicina, la disminución del tamaño (enpequeñecimiento) de un órgano o tejido, a consecuencia de una disminución o alteración de los procesos nutritivos que impide que llegue a la célula del mismo la cantidad de material necesario para mantener el equilibrio del recambio orgánico.
- BLASTOGENESIS:** Reproducción por generación, Transmisión de los caracteres hereditarios por el plasma germinal.

- CADUCA:** (o Desidua)- de las tres membranas o envolturas- la caduca, el corion y el amnios que envuelven y protegen al feto en el útero materno y de las que no se libera hasta el momento del parto, la caduca es la membrana más externa. Así como las otras dos membranas -el corion y el amnios se considera de origen fetal, la caduca está considerada de origen materno por que representa una producción de la mucosa uterina.
- CARIOTIPO:** Imagen cromosónica completa de un individuo. Presenta a los cromosomas en pares de mayor a menor tamaño y de acuerdo con la posición del centromero.
- CARACULA:** Pequeña eminencia carnosa normal o anormal bimeal (carúncula bimeal) cada una de las pequeñas elevaciones que rodea el orificio vaginal. Se le considera como restos cicatrizales del himen roto.
- CERCLAJE:** Procedimiento para tratar las fracturas óseas, especialmente la rótula, que consis

te en rodear el hueso con una unión o a--  
lambre para mantener unidos los fragmen--  
tos.

- CITOLITICA:** Perteneciente a lo relativo a la cotóli--  
sis.
- CITOLISIS:** Disolución o desnutrición de las células.
- CRIPTOGENETICO:** Que tiene origen oscuro dudoso o incierto.
- DIAFORESIS:** Es el fenómeno de la suduración, de la e--  
liminación del sudor a través de la piel.
- DIATERMIA:** Es la formación más moderna de termotera--  
nia, es decir, la aplicación de calor en  
la terapéutica de ciertas enfermedades.
- DISPAREUNIA:** Del griego "dis"(mal) y "pareunos" (espo--  
sa); con este término la moderna medicina  
indica la cópula sexual (coito) dolorosa  
y difícil para la mujer (en cambio, eupar--  
eunia) indica el coito normal.
- DISENDOCRINIA:** Se denomina así cualquier anomalía (dis-)

de la secreción hormonal (endocrinia), por parte de una glándula endocrina (es decir, de secreción interna), tanto por exceso como por efecto.

**DISHENORREA:**

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 preceden uno o dos días, desahuciendo al iniciarse éste.

**DISTOPIA:**

Situación anormal 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 reflejos de defensa que se intensifican en todos los sentidos. Todo dolor físico es un estado de conciencia, una superposición nsfnuica a los reflejos protectores subconscientes.

**ECTROPION**

De la unión de dos palabras griegas ek- (fuera) y threpein (=volver).

**EMBRION:**

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

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

**ESMEGMA:**

Sustancia espesa, caseosa, maloliente, que se encuentra en el surco balanoprepucial y alrededor de los labios menores, producto de la acumulación de células pavimentosas descamadas.

**ESPERMOGRAMA:**

Mormograma que se traza para apreciar la calidad de líquido espermático sobre la base del número, la movilidad y la morfología de los espermatozoides.

**ESPLACNOPLEURA:**

Hoja interna del mesodermo, que se une en el endodermo a distensión de la somato---

pleura u hoja externa, parietal, entre las cuales queda un espacio o celoma. Da origen a los músculos y el tejido conjuntivo intersticial.

**ESTROGENO:** Dícese de cada uno de los esteroides producidos por el folículo ovárico que introducen el estro, como la estrona, estradiol o estriol.

**ESTROMA:** Es el tejido fibroso conectivo de sostén de un órgano, es decir, el que proporciona el armazón a las verdaderas células nobles o parenquima del mismo.

**FETIDO:** Que exhala olor desagradable.

**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 semblanza humana.

**FIEBRE:** Síndrome complejo integrado por hipertensia, taquicardia, taquínnea, estado sabu-



rral, quebrantamiento e intranquilidad o estupor/de absorción la que suele aparecer durante las primeras horas que sigue al parto o determinadas intervenciones y traumatismos./ puerneral. Estado morbooso consecutivo al parto o al aborto debido a la penetración en el organismo de gérmenes especialmente el estreptococo, a través de la herida placentaria o de desgarreros uterinos.

**HEMORRAGIA:**

Salida o derrame de sangre de los vasos sanguíneos.

**HIPERPIREXIA:**

Fiebre muy elevada.

**HIALURONIDASA:**

Encima que se extrae de los testículos de los bovinos y que tiene la propiedad de hidrolizar los mucopólisacáridos, en partículas el ácido hialurónico.

**HIPOPLASIA:**

Es el desarrollo (aplasia) deficiente de un órgano o tejido por disminución del número de sus células constitutivas y no por el enpequeñecimiento de las mismas; la hipoplasia suele ser de naturaleza con

- HISTEROTOMIA:** génita.  
Es la incisión quirúrgica (tomía) de la pared uterina, al objeto de extirpar un tumor o de llegar a la cavidad interna del órgano para extraer un feto que no puede salir por la vía natural vaginal (parto-cesáreas).
- HUEVO:** Masa formada en los ovarios de composición compleja que contiene el germen del animal futuro y las sustancias destinadas a nutrirlos durante un período de su desarrollo. /óvulo./Producto de la concepción en el útero.
- 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 corion y desidua o ca duca.

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

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

**OSMOSIS:** Es el fenómeno de la difusión de las solu  
ciones acuosas cristalinas a través de  
las membranas semipermeables.

**OVULACION:** Es la liberación del óvulo maduro a par--  
tir del folículo de Graff del ovario que  
lo contiene. La ovulación se produce du--  
rante la madurez sexual de la mujer (des-  
de la pubertad hasta la menopausia, es de  
cir, de los 13 a 15 años hasta los 40 +  
50 años) y se presenta cada 28 días apro-  
ximadamente, alternándose ambos ovarios en  
su producción.

**OVULO:** Es el elemento seminal femenino producido  
por el ovario de la mujer a razón de uno  
cada 28 días (aproximadamente); en dicha  
función se van alternando ambos ovarios.

**POLIPO:** Es un excrecencia carnosa provocada por  
la hiperplasia, de origen inflamatorio  
crónicas, de ciertas mucosas como la na--  
sal, la gástrica, la uterina, la vesical,  
la intestinal, etc.

- POLULACION:** Germinación, multiplicación rápida de microorganismos, parásitos de los elementos de un tejido.
- PLASHA:** Este término en sentido genérico, indica la sustancia orgánica fundamental en la que se materializa la vida de cualquier organismo viviente.
- PLASHA 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 denominada cromosomas.
- PROGESTERONA:** Hormona que se obtiene a partir del cuerpo amarillo y por síntesis. Es un polvo blanco cristalino, inodoro. Se emplea en caso de aborto habitual, hemorragia uterina funcional y amenorrea.
- QUIMIOTACTISMO:** Quimiotropismo.
- QUIMIOTROPISMO:** Fenómeno por el cual ciertas células vivas se sienten atraídas hacia otras células o sustancia (quimiotropismo negativo) en ra-

zón de los estímulos químicos.

**SINEQUIA:** Sinónimo de adherencia.

**SINCICIO:** Masa protoplasmática multinucleada, formada por la función de mucnas células.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CEDULA DE ENTREVISTA

OBJETIVO: Conocer y analizar las causas principales de aborto en las mujeres de 15 a 25 años que son atendidas en la Cruz Roja Mexicana. La Perla, Ciudad Nezahualcoyotl.

A) DATOS DE IDENTIFICACION:

1.- Nombre (iniciales) \_\_\_\_\_

2.- Domicilio \_\_\_\_\_

3.- Edad (palomear el paréntesis correspondiente).

De 15 años ( )

De 16 a 20 años ( )

De 21 a 25 años ( )

4.- Estado civil.

Casada ( )

Unión libre ( )

Separada ( )

Soltera ( )

5.- Escolaridad.

Analfabeta ( )

Primaria	( )
Secundaria	( )
Técnica	( )
Profesional	( )

## 6.- Lugar de Origen.

Distrito Federal	( )
Guerrero	( )
Oaxaca	( )
Jalisco	( )
Michoacán	( )

## B) INTEGRACION FAMILIAR.

## Número de miembros que integra la familia:

De 2 a 3 personas	( )
De 4 a 5 personas	( )
De 6 a 7 personas	( )
De 8 a 9 personas	( )
De 10 a más personas	( )

## Ocupación de las personas que aportan dinero a la familia:

Obrero	( )
Comerciante	( )
Empleado	( )
Profesional	( )
Servicios domésticos	( )

Ingreso semanas de las personas que trabajan para la familia:

- Menos del mínimo ( )  
 El mínimo ( )  
 Más del mínimo ( )

10.- La casa habitación que ocupa es:

- Propia ( )  
 Alquilada ( )  
 Prestada ( )

11.- Número de cuartos que dispone la casa habitación para la familia entrevistada.

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ o más \_\_\_\_\_

C. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS.

12.- Número de embarazos que ha tenido:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8 o más \_\_\_\_\_

13.- Número de hijos que le viven.

- De 1 a 2 hijos ( )  
 De 3 a 4 hijos. ( )  
 De 5 a 6 hijos ( )  
 De 7 a 8 hijos ( )  
 De 9 a 10 hijos ( )  
 Primer embarazo ( )



14.- Número de abortos que ha tenido.

1. \_\_\_\_ 2. \_\_\_\_ 3. \_\_\_\_ 4. \_\_\_\_

15.- Semanas de embarazo de su último aborto.

De 4 a 8 semanas ( )

De 9 a 13 semanas ( )

De 14 a 18 semanas ( )

De 19 a 23 semanas ( )

16. Signos y síntomas que presentan las mujeres con diagnóstico de aborto.

Fiebre ( )

Sangrado obscuro ( )

Sangrado brillante ( )

Sangrado fétido ( )

Sangrado abundante ( )

Sangrado moderado ( )

Sangrado escaso ( )

Abdomen agudo ( )

17.- Causas de aborto, según la paciente.

Estado nutricional ( )

Estado emocional ( )

Traumatismo ( )

Ministración de medicamentos ( )

Introducción de cuerpos extraños en vagina ( )

Ejercicio exagerado ( )

## 18.- Clasificación del aborto.

- a) Amenaza de aborto- signos y síntomas, metro  
rrea y dolor lumbar en hipogastrio. ( )
- b) Aborto inevitable- el conducto vesical esta  
dilatado y se toca el polo inferior del  
huevo descendido. ( )
- c) Aborto incompleto- cuando se presenta la  
eliminación de los productos de la concep-  
ción. ( )
- d) Aborto séptico- hay infección del conteni-  
do del útero, antes, durante y después de  
un aborto. ( )
- e) Aborto habitual- se presenta cuando hay in  
terrupción del embarazo en 3 o más gestacio  
nes sucesivas. ( )
- f) Aborto en curso- hay dolor tipo cólico ute  
rino aumentado de intensidad y frecuencia,  
hemorragia abundante y se expulsan coágulos ( )
- g) Aborto diferido- se presenta cuando muerto  
en huevo in útero por diversas razones no  
es expulsado al exterior. ( )
- h) Aborto provocado- son las que se hacen por  
otras razones que no son las médicas. ( )

## D) PLANIFICACION.

19.- Conoce los metodos de planificación familiar?.

- a) Si ( )  
 b) No ( )

20.- Medios por los cuales conoce los métodos de Planificación Familiar?.

- a) Médicos ( )  
 b) Enfermeras ( )  
 c) Vecinos ( )  
 d) Familiares ( )  
 e) Ninguno ( )

21.- Métodos de planificación familiar más usados.

- a) Coito interrumpido ( )  
 b) Ritmo ( )  
 c) Lactancia ( )  
 d) Preservativo ( )  
 e) Espermatozoides locales ( )  
 f) Diafragma ( )  
 g) DIU ( )  
 h) Orales ( )  
 k) No utilizan método  
 de planificación  
 familiar. ( )

22.- tiempo que llevan utilizando el método de planificación familiar.

- a) Menos de un año ( )
- b) Un año ( )
- c) Dos años ( )
- d) Tres años ( )
- e) No se controlan ( )

