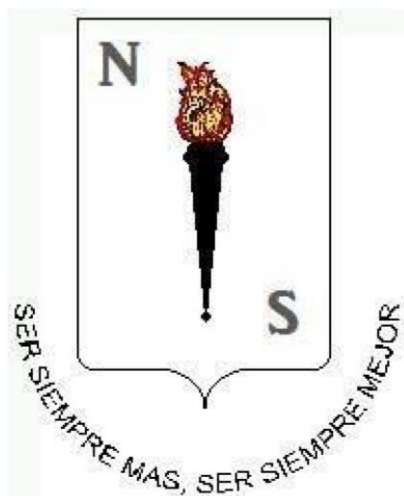


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD  
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES EN PROBLEMÁTICA  
CON EL ABORTO, EN LA VISIÓN DE LA HERMANA CALLISTA ROY.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MÓNICA MARTÍNEZ GALINDO.

ASESOR DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2020



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 esta 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.

## AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de Investigación dejo grabado mi eterna gratitud a quienes nos han apoyado en el transcurso de la realización del mismo.

En primer lugar, a Dios por todas las bendiciones derramadas a lo largo de mi vida, por concederme la fortaleza para seguir adelante sin desfallecer e iluminar mi camino hacia la meta, guiándome por el sendero correcto para alcanzar mi sueño.

A mis padres por proporcionarme la mejor educación y lecciones de vida, quienes con amor y sacrificio supieron motivarnos para culminar mis metas y así asegurar un futuro claro y preciso A nuestros distinguidos docentes y tutor/a por guiarme y apoyarme, sin medir tiempo, demostrando afecto y comprensión al momento de despejar mis dudas e impartirme el conocimiento.

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis, la cual es símbolo de mi esfuerzo y dedicación, a mi familia que en todo momento ha permanecido junto a mí; con ello a mis padres por su dedicación y sacrificio al ser mis guías y fortaleza en este camino de adversidades; porque es a ellos a quienes debo quien soy hoy en día, son ellos los pilares fundamentales de mi dedicación, a quienes dedico este logro.

## INDICE

1.- INTRODUCCION .....	1
2.- MARCO TEORICO .....	4
2.1.- VIDA Y OBRAS .....	4
2.2.- INFLUENCIAS .....	5
2.3.- HIPÓTESIS .....	5
2.4.- JUSTIFICACION .....	6
2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	6
2.6.- OBJETIVOS .....	7
2.6.1.- GENERALES .....	7
2.6.2.- ESPECIFICOS.....	7
2.7.- METODO .....	7
2.7.1.- METODO CUALITATIVO .....	7
2.7.2.- METODO CUANTITATIVO .....	8
2.8.- VARIABLES .....	8
2.9.- ENCUESTAS Y RESULTADOS .....	9
2. 10.- GRAFICAS.....	11
3.- GENERALIDADES .....	11
3. 1.- HISTORIA .....	11
3.2.- CONCEPTO.....	18
3.3.- CARACTERISTICAS .....	19
3.4.- CLASIFICACION .....	19
3.5.- ANTECEDENTES .....	28
3.6.- CONCECUENCIAS O BENEFICIOS .....	36
4.- INCIDENCIA .....	37
4.1 PRONÓSTICO DEL ABORTO .....	37
4.2.- EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES .....	39
4.3.-DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ABORTO .....	40
4.4.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO .....	42
4.5.- TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ABORTO QUIRÚRGICO .....	44
4.6.- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO .....	44
4.7 TRATAMIENTO DEL ABORTO RECURRENTE.....	45

4.8.- VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE ABORTO FARMACOLÓGICO CON MISOPROSTOL .....	47
5.- PROPUESTAS .....	50
5.1 EDUCACIÓN INTEGRAL .....	50
5.2 CONTENCIÓN DE LA MUJER Y SU CONTEXTO TRAUMÁTICO .....	52
5.3 PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO SEGUROS .....	55
5.4.- APOYO A LA MUJER EMBARAZADA EN UN CONTEXTO VULNERABLE .....	57
5.5.- MEJORAR EL SISTEMA DE ADOPCIÓN .....	60
5.6 MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY .....	63
6.- ABORTO EN EL AMBITO PSICOLOGICO .....	65
6.1 ABORTO Y PSICOLOGÍA .....	65
6.2.- LOS SÍNTOMAS .....	66
6.3. PROCESO TERAPÉUTICO .....	71
6.4. ENTRE LA CULPA Y LA ANSIEDAD .....	72
6.5 DEL APEGO AL DUELO .....	73
6.6 LA MUJER Y SU ENTORNO .....	74
6.7 LA PAREJA .....	74
7.- ABORTO Y LA SOCIEDAD .....	75
7.1 EL ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL .....	75
7.2 PERMISO DE LAS VÍCTIMAS .....	76
7.3 FENÓMENO SOCIAL .....	81
7.4 LA MORALIDAD DEL ABORTO .....	85
8.- INTERVENCIONES DE ENFERMERIA .....	92
8.1 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS .....	92
8.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORTO CON LEGRADO .....	105
8.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA .....	106
8.4 RECOMENDACIONES GENERALES .....	110
9.- CONCLUSION .....	115
10.- BIBLIOGRAFIA .....	118
11. GLOSARIO .....	125

## 1.- INTRODUCCION

El aborto es un tema que causa mucha controversia en el país, su carga moral ha hecho que su penalización o despenalización sea un arduo debate público y su estatus legal en el país sea des-uniforme. Mientras en el Distrito Federal se permite el aborto voluntario hasta las 12 semanas de gestación, en algunos otros estados aún persiste la penalización por este acto o si se fue víctima de violación todavía se considera si es pertinente el aborto. Las mujeres que deciden abortar, independientemente de sus motivos, buscan una estrategia que les permita cumplir su cometido sin importar los riesgos o incluso si saberlos.

Por lo tanto el objetivo de este trabajo es informar al público femenino e incluso al género masculino sobre los diferentes tipos de aborto y las consecuencias que conlleva tanto físicas, psicológicas e incluso sociales. En este trabajo se analizó cuanto es lo que se sabe sobre este tema, incluyendo a todo público femenino y masculino de diferentes edades, ya que este tema no solo incluye a la mujer embarazada ya que no es ella la única que toma la decisión de abortar.

En esta investigación nos podemos dar cuenta que los resultados no han cambiado mucho con el tiempo, incluso existe más población a favor del aborto, incluso aun sabiendo que existe apoyo sobre el uso de anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado, se sigue en la ignorancia del uso correcto de estos métodos lo que conlleva a un resultado desfavorable para la pareja, que al enterarse de un examen positivo de embarazo su primera opción es el aborto.

También veremos cómo afecta socialmente a aquellas mujeres que optaron por el aborto, que muchas veces llegan a un nivel de depresión tan fuerte que sus vidas ya no vuelven a ser lo mismo. En el aspecto psicológico el sentimiento de culpa afecta demasiado aquellas mujeres que tomaron esta decisión y aumenta más la culpa cuando la decisión no fue propia y fue impulsada por el deseo de más persona como por ejemplo la pareja que aún no quiere tener esas responsabilidades o por la propia familia que temen al qué dirán de la población, ya aun en el siglo XXI aún se sigue

criticando a las madres solteras, incitando a la mujer en optar por esta terrible solución.

Aunque también tenemos aquellas mujeres que han sido víctimas de violación y es tan grande su desesperación por olvidar ese terrible echo que el nacimiento de un hijo por ese acto terrible sería aún más doloroso para la mujer, por esas razón se ha legalizado que la mujer aborte el producto de una violación, ya que el trauma sería más grande y difícil de superar.

La legalización de este acto también tenía como objetivo disminuir el número de muertes maternas por realizarse de manera clandestina, ya que el miedo de salir embarazada nos lleva a realizar actos sin medir las consecuencias, aunque este era el objetivo, el número no ha reducido, ya que la falta de educación e información son las razones fundamentales por las cuales se cometen estos actos, lo que ha permitido que la problemática sea cada día mayor.

Las razones o causas por la que más se han presentado estos actos se reconocen: el factor económico, el escaso conocimiento del tema y educación de la sexualidad ,la fácil adquisición en farmacias de medicamentos para interrumpir embarazos(no necesariamente fijados para este fin), la adolescencia y su manera irresponsable de ver la vida, el uso inadecuado o el no uso de anticonceptivos o preservativos, la presión y el miedo que ejerce la familia, su falta de apoyo hacia los jóvenes en caso de un embarazo no deseado, la prostitución infantil y en adultos, la influencia de la iglesia, la política y la cultura en general.

La otra problemática sobre la aceptación del aborto es como se considera al feto ya que algunos creen que el feto tiene derecho a la vida, por lo que no aceptan que la voluntad de la madre pueda prevalecer ante una vida humana. Otros consideran que el feto, especialmente en las primeras semanas, tiene poco o ningún valor y que, por tanto, es la mujer la que puede libremente decidir qué quiere hacer, acogándose a su derecho a poder elegir y a la disposición de su propio cuerpo y no admiten que

se pongan barreras a la acción de abortar, pues con ello se estaría violando de manera gratuita la libertad de la madre.

Frente a estos dos extremos, mucha otra gente niega que el feto sea persona y pueda gozar, consecuentemente, del derecho a la vida, pero tampoco creen que sea simplemente una célula del cuerpo de la mujer. Al atribuir valor tanto a la vida en desarrollo como a la voluntad e intereses de la madre, conciben el aborto como una decisión difícil pero admisible en determinadas circunstancias.

Mostrados los argumentos en torno a los cuales se centra la discusión entre el binomio vida del feto - voluntad de la madre, es de vital relevancia enumerar las diferentes posturas principales a favor y en contra del aborto, las cuales están íntimamente relacionadas según se mantenga una u otra postura o se considere el embrión objeto de vida humana o no, incluyendo su vista desde el prisma de los Derechos Humanos a nivel mundial.

Caben destacar, como ejemplo, la de Derechos Humanos, que expone como argumentos para la defensa de éste, por ejemplo, que las restricciones legales al aborto tienen un impacto devastador en el derecho a la vida de las mujeres, o el derecho a la salud y a la atención médica, derechos a la no discriminación y a la igualdad, a la libertad, a la seguridad personal, a gozar de los beneficios del progreso científico, y más. Por eso mismo con este trabajo les haremos ver sus posibles consecuencias sobre este acto y una posible solución para evitar los embarazos no deseados, también se verá el impacto social que esta práctica conlleva y sus problemas incluso psicológicos.



## 2.- MARCO TEORICO

### 2.1.- VIDA Y OBRAS

La Hermana Callista Roy (n. el 14 de octubre de 1939 en Los Ángeles, California) es una religiosa, teórica, profesora y autora de enfermería. Es conocida por haber creado el modelo de adaptación de Roy. En 2007 fue designada «Leyenda Viviente» por la Academia Americana de Enfermería.

Roy obtuvo un pregrado en enfermería por el Mount St. Mary's College en 1963, seguido por un máster en enfermería por la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA) en 1966. Después obtuvo masters y doctorados en sociología por la UCLA. Fue becaria de postdoctorado en enfermería de neurociencia en la Universidad de California en San Francisco. También se le han concedido cuatro doctorados honoris causa.

Durante sus estudios de posgrado, la profesora Dorothy Johnson le impuso la obligación de escribir un modelo conceptual de enfermería. El modelo de adaptación de Roy fue publicado por primera vez en Nursing Outlook, en 1970. En este modelo, los seres humanos (como individuos o en grupos) son sistemas holísticos y adaptables. El entorno consiste en estímulos internos y externos que rodean al individuo o grupo. La salud es contemplada como un estado sano e intacto que conduce a la integridad. La meta de la enfermería es promocionar modos de adaptación que apoyen la salud global.

Cuatro modos de adaptación apoyan la integridad: psicológico-físico, identidad grupal de auto concepto, función de rol e interdependencia. Aplicando el modelo de Roy, los siguientes pasos pueden ayudar a integrarlo con el proceso de enfermería tradicional: valoración del comportamiento del cliente, valoración de los estímulos, diagnóstico de enfermería, fijación de metas, intervenciones, y evaluación.

Algunos de sus premios fueron:

- 2006: Premio de Enseñanza Distinguida, Boston College.
- 2007: «Leyenda Viviente», Academia Americana de Enfermería.
- 2010: Admitida en el Salón de la Fama de la Enfermera Investigadora de Sigma Theta Tau.
- 2011: Premio Mentor, Sociedad Sigma Theta Tau

## 2.2.- INFLUENCIAS

Uno de los retos que tiene la enfermería es la producción y consolidación de conocimiento propio que permita fortalecer la autonomía de las enfermeras, mejorar la calidad del cuidado que se presta a las personas y grupos de la comunidad y promover su reconocimiento como disciplina profesional. Este conocimiento se ve reflejado en los modelos conceptuales y teorías, producto de la observación en la práctica, de la investigación y de la indagación filosófica de sus autoras. Uno de los que ha tenido mayor aceptación es el Modelo de Adaptación de Callista Roy. El análisis de este modelo permite confirmar algunas proposiciones para la aplicación del Modelo en la práctica de enfermería, relacionadas con la valoración de comportamientos y de estímulos, la rotulación de diagnósticos de enfermería y el establecimiento de metas e intervenciones de enfermería.

## 2.3.- HIPÓTESIS

A mayor información acerca de una buena planificación familiar la mujer no surgirá embarazada y por tanto optar por el aborto.

A mayor información sobre opciones de nacimientos no deseados menor cantidad de abortos inducidos.

A menor práctica de abortos ilegales menor incidencia de mortalidad materno infantil. Al reducir las complicaciones y riesgos al inducir un aborto se aumenta la seguridad de la mujer.

## 2.4.- JUSTIFICACION

Hoy en día la práctica del aborto se ha generado aún más ya que la mujer al sentirse sola no cree que puede salir adelante con el nacimiento de un nuevo ser por eso considero que enfermería debería implantar un plan sobre una adecuada

planificación familiar. También evitar el mal trato a esas mujeres que optan por este método de terminar con una vida, ya que eso implica una función de enfermería sobre sus valores éticos

## 2.5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es una experiencia de vida habitualmente gratificante para la mujer, sin embargo el embarazo en adolescentes es una prioridad dentro del marco de la salud pública debido a que conlleva riesgos para la díada materno-infantil; pues la adolescencia como etapa de transición de la niñez a la adultez implica una gran variedad de cambios físicos, cognitivos, sociales, morales y espirituales, los cuales proporcionarían al individuo un desarrollo óptimo en las esferas biológica, mental y social, facultándolos para su inserción en la sociedad que los rodea.

Es decir que el embarazo en esta etapa de vida, genera una desestabilización en las adolescentes que viven esta experiencia, en vista de la carencia del desarrollo físico, mental y social requerido para hacer frente a las responsabilidades que implica la gestación precoz; determinando así patrones de comportamiento y decisiones como el aborto, así como la deserción escolar, aislamiento familiar y social e inclusive la vinculación temprana al mercado laboral, la cual origina una reconfiguración de los proyectos de vida planteados, así como un desequilibrio del bienestar integral que influye en las tasas de morbilidad materno- neonatal a nivel país.

Es por eso que el aborto constituye un dilema ético para los profesionales de enfermería en el ejercicio de sus funciones. Es necesario considerar las respuestas humanas ante el aborto desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales

Por lo tanto se tomó en cuenta el modelo de adaptación de Callista Roy que permite analizar las dimensiones del cuidado enfocado hacia el logro de mecanismos de adaptación positivos de la mujer que vivencia la pérdida o el deseo de determinar con la vida del producto de la concepción.

## 2.6.- OBJETIVOS

Es por eso que considero que enfermería necesita informar a la mujer sobre una mejor manera de planificación familiar, o incluso que conozca las diferentes opciones que tendría al surgir un embarazo no deseado y no optar por una solución fácil que es el aborto.

El cual trae muchas consecuencias a la mujer cuando se lleva a cabo en lugares impropios o no aptos para este procedimiento. Así que sería de gran ayuda que la mujer tenga la información necesaria.

### 2.6.1.- GENERALES

Crear un centro de ayuda para brindarle información a todas las mujeres que creen que la mejor opción para deslindarse de la responsabilidad de un nuevo ser es el aborto

### 2.6.2.- ESPECIFICOS

Reducir el aborto ilegal, reduciendo así la mortalidad materna

Proponer un centro de ayuda a todas aquellas mujeres que están solas y prefieren optar por el aborto al sentirse incapaces de salir adelante con el bebé.

## 2.7.- METODO

### 2.7.1.- METODO CUALITATIVO

Con la utilización de este método se tiene pensado llegar hasta el fondo de la razón de la toma de decisión sobre el aborto, ya que con este nos permitiremos indagar más cerca de las mujeres que toman esta decisión, y tratar de llegar a una solución donde podamos reducir esta práctica.

### 2.7.2.- METODO CUANTITATIVO

Con el método cuantitativo, analizaremos cuanto ha aumentado esta práctica hoy en día que en algunos lugares ya se ha legalizado, ya que veremos si la tasa de mortalidad aumento, o está en retroceso.

## 2.8.- VARIABLES

Independientes	Dependientes
Información de opciones de nacimientos no deseados	Baja de incidencias de aborto inducido
Abortos ilegales	Mortalidad materna
Buena planificación familiar	Menor incidencia de embarazos no deseados
Reducción de complicaciones en aborto	Seguridad a la mujer

## 2.9.- ENCUESTAS Y RESULTADOS

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD

CLAVE: 8722

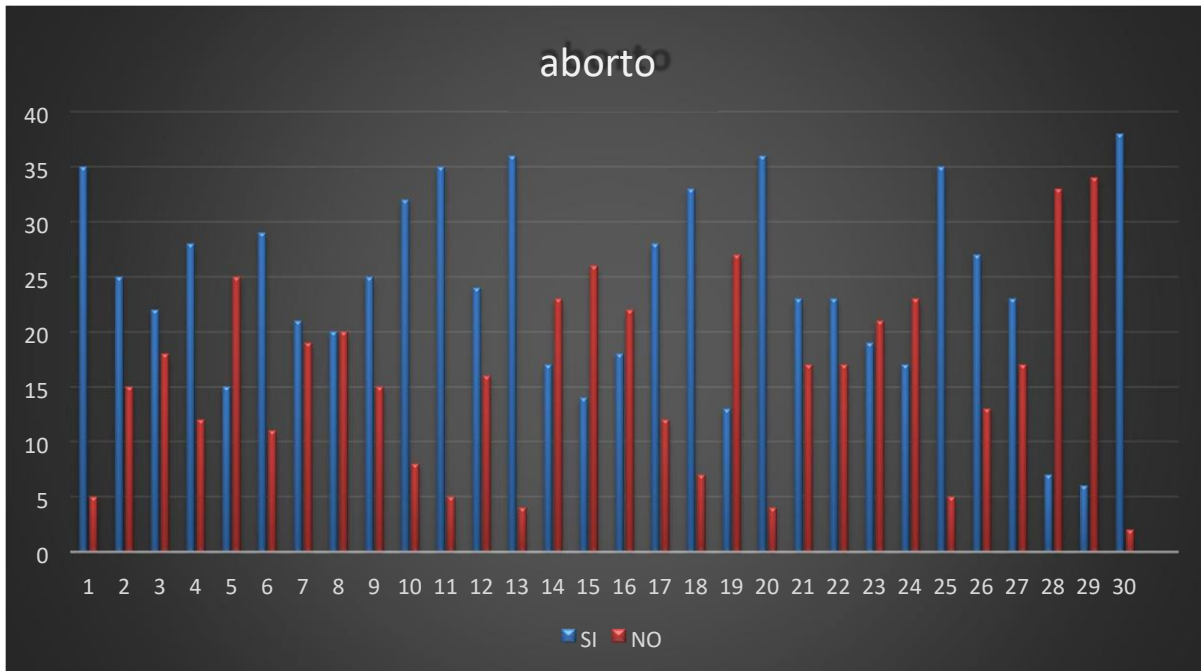
Conteste según sea el caso de acuerdo a la respuesta que mejor exprese su opinión, marcando con una  SI  NO. Gracias:

PREGUNTAS	SI	NO

1. ¿Es el aborto un atentado contra la vida?	35	5
2. ¿Se considera el aborto como principal causa de muerte materna?	25	15
3. ¿Conoce en qué casos el aborto es legal?	22	18
4. ¿Aceptas la legalización del aborto?	28	12
5. ¿sabes en qué fecha de embarazo se puede abortar con bajo riesgo	15	25
6. ¿Sabías que los centros de salud pública brindan gratuitamente pastillas anticonceptivas y preservativos y que tienes derecho a recibirlos?	29	11
7. ¿Sabe sobre los métodos anticonceptivos?	21	19
8. ¿Conoce los métodos abortivos?	20	20
9. ¿Cree usted que el aborto es una decisión únicamente de la mujer?	25	15
10. Según usted, el perfil de una mujer que ha abortado, es de una mujer joven	32	8
11. ¿Usted considera el aborto como un pecado?	35	5
12. ¿Ha tenido alguna experiencia cercana con el aborto?	24	16
13. Cree que la razón por la que aborta una mujer es, porque tiene una relación inestable	36	4
14. ¿Conoce sobre medicamentos para abortar?	17	23
15. ¿Considera confiable la información del aborto de las redes sociales?	14	26
16. Si una mujer estuviera en conflicto sobre qué decisión tomar sobre su embarazo, ¿le daría información para que aborte?	18	22

17. Considera que una de las razones por las que una mujer aborta, es por presión de su pareja	28	12
18. Las consecuencias psicológicas posaborto de las mujeres les provoca inestabilidad emocional	33	7
19. El legrado ¿es un procedimiento seguro?	13	27
20. ¿Las condiciones en que las mujeres están abortando son de manera clandestina?	36	4
21. ¿Conoce la planificación familiar?	23	17
22. ¿Considera que la planificación familiar sea una solución para reducir el aborto?	23	17
23. ¿El aborto afecta a hombres también?	19	21
24. ¿Crees que el hombre debería tener más voto sobre el aborto?	17	23
25. ¿Es aceptable un aborto por violación?	35	5
26. Si supieras que tu bebe tiene una malformación ¿aceptarías abortarlo?	27	13
27. Es aceptable el aborto ¿Cuándo la vida de la madre está en riesgo?	23	17
28. ¿Está a favor sobre las clínicas clandestinas donde se realiza el aborto?	7	33
29. ¿Aceptaría que su hija / o realice este procedimiento?	6	34
30. ¿El sentimiento de culpa y depresión es una consecuencia de haber abortado?	38	2

## 2.10.- GRAFICAS



## 3.- GENERALIDADES

### 3.1.- HISTORIA

El aborto revela uno de esos lados oscuros de la humanidad. Pero no siempre ha tenido la misma amplitud, ni la misma intensidad. A lo largo de los siglos ha pasado por periodos de aceptación o rechazo, aunque en ningún momento ha tenido la cobertura legal que en la actualidad goza. En épocas remotas era considerado como un mal a evitar.

Quizá el texto más antiguo (1728 a.c.) en el que se habla del aborto es el Código de Hammurabi (un rey de Babilonia) en el que al hablar de la ley del Talión, se dice:

“Si un hombre golpea a una hija de hombre y le causa la pérdida de (l fruto de) sus entrañas (aborto), pagará diez siclos de plata por (el fruto de) sus entrañas”.

La cultura griega lo consideró como un medio útil aunque de dudosa moralidad. Aristóteles justificaba el aborto como una forma de regular la natalidad, encontrándolo licito en las familias numerosas o muy pobres. Por el contrario el Juramento Hipocrático definía que “nunca se aconsejará a una mujer prescripciones que puedan hacerla abortar”.



En el mundo romano se da una fluctuación sobre las actitudes acerca del aborto. El aborto provocado de un feto fue considerado como una grave inmoralidad. Pero no se consideraba como una acción delictiva, ni en la época republicana (del siglo sexto al siglo primero, antes de Cristo), ni tampoco durante los primeros tiempos del Imperio Romano. Más adelante, la Ley Cornelia, promulgada por Sila en el año 81 a.c. prohibía las prácticas abortivas si bien con ciertos atenuantes.

Pero será a partir del siglo II cuando se generalice la prohibición, con los emperadores Séptimo Severo, y Antonino Caracalla. Desde los siglos III-IV, hasta comienzos del siglo XX, la inculturación del cristianismo hace prevalecer dos principios: la concepción de la vida como don de Dios, y la consideración de la radical igualdad de todos los hombres. Ello llevó implícito el rechazo de todo tipo de aborto. Otras culturas muy diferentes como los peruanos precolombinos, condenaban practicar el aborto, sobre todo si estaba encinta ya de tres meses. Ya en nuestro tiempo, en el año 1900 el aborto se declaró ilegal en todos los Estados de la Unión norteamericana, con la única excepción del peligro para la vida de la madre.

La irrupción del aborto en la sociedad tuvo lugar a principios del siglo XX, apoyado en el cambio cultural que supuso los fuertes cambios sociales y económicos generados en este siglo.

La primera legalización del mundo tuvo lugar en la Unión Soviética en 1920, a partir de la revolución leninista.

Su justificación: liberar a la mujer para que pudiese incorporarse al mundo del trabajo.

Se promovía el aborto practicado en hospital, a solicitud de la madre y dentro de los tres primeros meses de gestación. Es cuando surge el sistema de despenalización del aborto por plazos, tomando como referencia el tiempo de la gestación.

Pues bien, a pesar de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 que, en su artículo 3, reconoce el derecho a la vida de todo individuo (y el derecho

a la libertad y a la seguridad de su persona), después de la Segunda Guerra Mundial el modelo soviético de plazos se aplicó también -más o menos- en todos los países del Telón de Acero, y en el ámbito del llamado “socialismo real”.

Así tras Rusia esta legalización se va sucediendo en cascada a los demás países de régimen comunista:

1956: Polonia, Hungría y Bulgaria.

1957: Checoslovaquia.

Entre los países de régimen democrático, en Suecia en 1938 se autoriza el aborto pero sólo para casos muy excepcionales, la ley que legalizará el aborto en este país es de 1975.

En 1954, la Federación Internacional de Planificación Familiar, fundada por Margaret Sanger en los Estados Unidos, aboga por un movimiento global que desde los países poderosos empuje a los países dependientes a legalizar la práctica abortiva.

En 1967 la Asociación Médica Profesional de Estados Unidos retira el aborto del listado de malas prácticas y varios estados lo aceptan como intervención quirúrgica legítima en determinados casos.

La difusión por el mundo de la doctrina sobre el aborto la lleva a cabo Estados Unidos. El impulso legislador toma fuerza cuando el 22 de febrero de 1973, el Tribunal Supremo de EEUU dicta sentencia liberalizadora en el caso ‘Doe vs Bolton’, que refuerza la sentencia del caso ‘Roe vs Wade’.

Esta última sentencia abandona el tipo de justificación que se había utilizado hasta ese momento, que se refería principalmente a la “lógica del estado de necesidad”: peligro para la salud de la madre.

Ahora la argumentación será que “el derecho a la privacidad personal incluye la decisión de abortar”. El plazo de los tres meses se establece sobre un dato

estadístico: el aborto resulta menos peligros que el parto para la mujer en los primeros noventa días del embarazo.

La decisión de EEUU impulsó la implantación de legislaciones que permiten el aborto en la mayor parte de los países europeos. Por este tiempo 1968 se legalizó el aborto en Inglaterra.

Otro ejemplo de la implantación del aborto en Europa es Francia.

En este país la reforma fue impulsada por una mujer de origen judío (nacida en 1927), deportada a Auschwitz, que en 1975 era Ministra de Sanidad de la República francesa y que, más adelante, fue la primera mujer en presidir el Parlamento Europeo.

Se trata de Simona Veil, quien promovió el aborto durante las 10 primeras semanas de embarazo (dos meses y medio de gestación).

Unos cuantos años después, en diciembre de 2000, se amplió el plazo a 12 semanas (3 meses de gestación), y sin autorización de los padres, cuando la embarazada sea menor de edad.

Es muy interesante destacar que la propia Simone Veil, hizo unas declaraciones, difundidas en junio de 2007 por la televisión francesa (France 2), donde reconocía sin rodeos que, “Cada vez es más evidente científicamente que desde la concepción se trata de un ser vivo”.

Los motivos aducidos para su implantación en la zona europea fueron fundamentalmente tres:

- 1) El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales
- 2) La sobrepoblación mundial.
- 3) El auge del movimiento feminista.

La situación en América Central y en América del Sur está en estos momentos en proceso de definición ya que hay tensiones muy fuertes entre mantener el estatus generalizado de defensa de la vida del feto y por tanto prohibición del aborto, o avanzar en la senda de la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

La Ciudad de México en 2007 es el primer lugar de América Latina, con excepción de Cuba, donde se autoriza el aborto.

En África el país abortista por excelencia es la República Sudafricana donde se aprueba la legislación abortista en 1997.

En Asia, Japón fue el segundo país en legalizar el aborto a nivel mundial, después de Rusia.

También es importante señalar las legislaciones pro aborto que, desde una óptica principal del control de la natalidad, tienen tanto la India como China.

Desde 1975 no existe ninguna restricción para el aborto en la China comunista, pues entonces se eliminaron las pocas restricciones que ya había.

Las cifras sobre aborto son escalofriantes

Desde que el aborto fue legalizado en ciertos países – como ya se ha dicho Rusia fue pionera después de la revolución comunista en año 1920 – las cifras generadas por la práctica del mismo son de escalofrío.

Así, casi todas las organizaciones mundiales que dan datos sobre el aborto, están más o menos de acuerdo que se producen unos 45 millones de abortos anuales en el mundo, lo cual supone aproximadamente el 20% del total de embarazos.

El aborto constituye, hoy en día, la primera causa de muerte en el mundo.

Las consecuencias negativas que para la salud de la madre se derivan, casi todas con posterioridad al aborto, provocan unas 20.000 muertes al año.

Es muy difícil saber la cifra de abortos realizados durante el siglo XX y lo que va del actual en todo el mundo. Hay una guerra de datos entre diferentes entidades según su ideología, difícilmente verificables.

Pero tomando siempre estas cifras con bastante prudencia, no se alejan mucho de la realidad las siguientes:

Rusia ha superado los trescientos millones, unos treinta en el resto de Europa, Estados Unidos ronda los sesenta, de China es difícil tener datos fiables, decenas en América Latina. Solo en España ya hemos superado con largueza los dos millones.

En conjunto la cifra de mil millones de pérdida de vidas humanas a nivel mundial es bastante real según el Alan Guttmacher Institute (organización norteamericana que opera en todo el mundo promoviendo la salud reproductiva según los principios de la Organización Mundial de la Salud, para ello desarrollan programas de salud sexual y reproductiva).

Otras entidades elevan esta cifra hasta los mil setecientos millones (como por ejemplo la organización pródida "Human Life International). No hay guerra, epidemia, cataclismo, accidentes laborales o de tráfico que a nivel local o mundial pueda igualarle.

Noticias alentadoras sobre cambio de tendencias

En el último cuarto del siglo pasado el avance del aborto fue arrollador en todo el mundo, siendo Estados Unidos el dinamizador de esta evolución.

Cada año avanzaba el número de abortos y de partidarios de los mismos. Pero poco a poco los que piensan de forma diferente se han ido dejando notar. Ahora las confrontaciones entre la 'pro choice' y la 'pro life' están bastante equilibradas. Diferentes estados de la Unión hacen cumplir la ley de forma rigurosa, incluso hacen rectificaciones en sus permisivas leyes. Cada año Gallup realiza una encuesta para medir los que están a favor o en contra del aborto. En el año 2013

ganaron los “próvida” por cuatro puntos de diferencia. Ya se sabe que lo que ocurre en EEUU trasciende en el resto del mundo, por lo que es posible que la tendencia en todo Occidente también cambie para bien.

Otros países que habían utilizado el aborto para regular su población están viendo el grave peligro cara al futuro de su demografía y están rectificando su política, Rusia eliminando la propaganda de clínicas abortivas o China permitiendo el nacimiento del segundo hijo. En Irlanda se aprobó una reforma constitucional en referéndum en 1983 que sancionaba la criminalidad del aborto. En varios países ex comunistas se ha pasado de contar con legislaciones abortistas a, una vez conseguida la normalidad democrática, revertir esas legislaciones a favor de la vida, cual es el caso de Polonia, Croacia o Eslovaquia. Tanto en El Salvador y Argentina, en los años 90, como en Santo Domingo en 2009, se cambiaron las leyes constitucionales para defender la vida desde el momento de la concepción. En México, como reacción a la legislación introducida en el distrito federal, dieciocho estados han ido reformando sus constituciones para estipular la inviolabilidad de la vida humana y protegerla del aborto.

### 3.2.- CONCEPTO

La palabra aborto proviene del término latino (abortus), ab: privación, y ortus: nacimiento. Su traducción sería, sin nacimiento. Un aborto es la terminación de un embarazo. Es la muerte y expulsión del feto antes de los cinco meses de embarazo. Después de esta fecha, y hasta las 28 semanas de embarazo se llama parto inmaduro y parto prematuro si tiene más de 28 semanas.

Se dice que hay aborto completo cuando se expulsa con el feto la placenta y las membranas. Hay retención placentaria cuando se expulsa solamente el feto y se dice que hay restos uterinos cuando sólo se expulsa una parte del producto de la concepción. A veces es difícil distinguir realmente lo que se ha expulsado, dadas las alteraciones que sufre no sólo el feto, sino la placenta y las membranas.

También existe lo que es el IVE, la Interrupción Voluntaria del Embarazo o aborto legal es el procedimiento donde se busca terminar de manera consciente con un

embarazo en curso. Muchos países son restrictivos sobre estas prácticas, lo que hace que algunas mujeres recurran a interrupciones o abortos de forma ilegal e insegura, poniendo en grave peligro su vida y su salud.

En cambio, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte como consecuencia de un aborto o interrupción es de 1 por cada 100.000 procedimientos. Hablar de aborto y de Interrupción voluntaria del embarazo (IVE) pareciera, en principio, lo mismo, pero hay que tener en cuenta que detrás de la palabra ABORTO, se esconden una serie de imaginarios relacionados con la ilegalidad, el miedo y, en el peor de los casos, el delito. La expresión IVE, Interrupción Voluntaria del Embarazo, permite analizar una realidad desde el campo de la ética, la libertad y la autonomía de las mujeres y posibilita una decisión desde la mirada de los derechos sexuales y reproductivos que, ante todo, son derechos humanos.

### 3.3.- CARACTERISTICAS

Uno de los mayores temores que existen cuando se recibe la noticia de estar embarazada es sin duda, el temor a perder al bebé de manera espontánea. Es un riesgo que puede afectar a cualquier mujer, ya que ninguna está exenta de padecerlo. Sin embargo, hay hábitos que pueden predisponerlo,

Como es el aborto natural, el cual es la expulsión del embrión o feto antes de que éste termine su desarrollo o puede presentarse incluso antes de que la mujer sepa que está embarazada.

- Una de cada cinco mujeres en gestación corre el riesgo de perder el embarazo
- Suele suceder durante los primeros tres meses de gestación
- No se puede prevenir, ya que es el resultado de una mutación en los cromosomas
- Una mujer puede presentar sangrado leve y no siempre es síntoma de aborto. Las amenazas de aborto existen, pero pueden ser controladas si se acude de inmediato al especialista para que indique exactamente cómo se debe proceder según sea el caso específico
- La mayoría de las mujeres vuelve a tener la menstruación luego de seis semanas de producido el suceso

- Se aconseja no volver a intentar un embarazo muy rápidamente. La mujer debe estar física y anímicamente estable y no debe estar sometida a pruebas para determinar las causas del aborto espontáneo.

### 3.4.- CLASIFICACION

Existen grandes cantidades de causas de aborto, tanto naturales como provocadas por la acción humana. Así, podemos encontrar casos de embarazos deseados que se malogran por algún motivo o bien situaciones en que se produce un embarazo no intencionado y que la persona en cuestión no quiere continuar.

Cuando es natural generalmente se produce en las doce catorce semanas, es decir antes de que se cumpla el tercer mes de gestación. En casos interrupción voluntaria los plazos pueden variar según la ley vigente en cada país y los supuestos y circunstancias que rodean al embarazo y la decisión de interrumpirlo.

#### Tipos de aborto

Es posible realizar una clasificación de diferentes tipos de aborto en función de diferentes criterios, tales como si es natural o provocado, los mecanismos empleados para interrumpir el embarazo o las razones que provocan su realización.

#### Aborto espontáneo

Se denomina aborto espontáneo a aquel tipo de aborto o interrupción del embarazo debido a causas naturales, no siendo voluntario ni provocado. Puede deberse a alteraciones cromosómicas del feto, enfermedades o malformaciones de la madre, infecciones (como en el aborto séptico). La aparición de este tipo de abortos suele ocurrir en las doce primeras semanas. Es digno de señalar que del 40% al 50% de los abortos espontáneos de origen materno son atribuidos a la sífilis, muchas veces desconocida, ignorada, o negada a sabiendas. El restante 50% se debe a alcoholismo habitual y crónico, agotamiento físico o intelectual, vejez entre otras.



La causa de orden materno es variada, las malformaciones de cada uno de los órganos del aparato genital femenino; los pólipos, fibromas, cánceres, las endometritis, entre otras. También algunas enfermedades como diabetes, hipertensión, o enfermedades producidas por infecciones bacterianas o virales son causantes de aborto espontáneo.

Como causas conjuntas, paternas y maternas, y que actúan a la vez, podemos citar los matrimonios muy jóvenes, los tardíos, la vejez prematura o la decrepitud de uno de los cónyuges, la miseria, el hambre, la privaciones, el terror, la desesperación, el alcoholismo común, la sífilis o la tuberculosis, también padecidas conjuntamente. Todas estas causas pueden actuar en el momento propulsor de la fecundación.

Cuando se da de manera muy inicial de forma que aún no estamos ante un feto sino ante un embrión pueden no presentarse síntomas e incluso pasar desapercibido el hecho de haber quedado embarazada (se estima que una gran cantidad de embarazos terminan así sin ser detectados).

Sin embargo, si el desprendimiento o muerte del feto se produce a lo largo del desarrollo del feto suele aparecer junto a una hemorragia importante y dolor en el útero, el cual se abre para abrir pasó a los restos. En algunos casos los restos del feto no son completamente expulsados (especialmente si son abortos tardíos), en cuyo caso será necesario realizar una intervención.

#### Aborto por infección o séptico

Se trata de un subtipo de aborto en el que se genera una infección que afecta a placenta o feto y termina con la muerte del segundo. También se denomina así al resultado de un aborto en que el sistema reproductor femenino sufre una infección por la presencia de restos de un aborto o por lesiones derivadas de la realización de uno.

#### Aborto fallido o retenido

Se trata de un tipo de aborto natural en el que por algún motivo el feto en gestación fallece naturalmente, pero permanece en el útero materno durante semanas sin ser expulsado por el cuerpo de la mujer. La gestante sigue creyendo estar embarazada y tiene los síntomas típicos, pero sin embargo el corazón del gestado ha dejado de latir. Únicamente es posible detectarlo mediante ecografía. Tras la detección, si el cuerpo no expulsado el feto o no lo hace por completo será necesario intervenir con fármacos o quirúrgicamente.

#### Aborto inducido

Se trata del aborto provocado voluntariamente, es decir el resultado de aplicar determinados procedimientos de manera voluntaria para interrumpir la gestación. Dentro de éste pueden encontrarse otros como el terapéutico, los que son resultado de violación o los que se deciden libremente.

#### Aborto terapéutico

Se denomina aborto terapéutico aquel que se realiza bajo el supuesto de que el embarazo supone un riesgo para la salud e incluso la supervivencia de la madre. También se denominan del mismo modo aquellos abortos que se practican ante la presencia de alteraciones o enfermedades graves del feto que imposibilitan su supervivencia o su desarrollo normativo.

Es el que tiene por objeto evacuar científicamente, por medio de maniobras regladas, la cavidad uterina, vaciándola de todo sus contenido. Este aborto lo verifica un médico especializado y se toman las medidas precisas para salvaguardar la vida de la paciente, seriamente amenazada. Se realiza cuando la vida del feto se considera pérdida (producto muerto) o representa un gravísimo peligro para la madre.

#### Aborto legal

En referencia a los abortos voluntarios, se considera aborto legal aquel que puede realizarse según la legislación vigente. Si bien originalmente sólo podía abortarse de

manera legal en los casos de violación, malformaciones severas o riesgo para la vida de la embarazada, en la actualidad en muchos países puede abortarse legalmente sin necesidad de que se cumplan estos supuestos (si bien dentro de un marco temporal específico que varía según la región).

En España, el aborto es libre hasta las catorce semanas y posteriormente a ello solo podrá interrumpirse legalmente en casos de riesgo para la vida de la embarazada, anomalías en el feto graves y/o incompatibles con la vida o determinadas enfermedades o malformaciones.

#### Aborto ilegal

Se trata del conjunto de abortos que se llevan a cabo al margen de la ley, en la clandestinidad. Este tipo de aborto supone además de un delito un grave riesgo para la salud de la embarazada, debido a que no se cuenta con ninguna garantía respecto al procedimiento y condiciones de la intervención a llevar a cabo.

#### Aborto precoz

Se refiere a aquella interrupción del embarazo que se produce antes de las doce semanas.

#### Aborto tardío

Aquel aborto en el que la interrupción se produce después de las doce semanas de gestación.

#### Aborto por medios mecánicos/quirúrgicos

Se refiere al tipo de aborto inducido en que el método de interrupción es mecánico, removiendo al feto a través de procedimientos como la aspiración, el raspado o la inyección de sustancias que generan quemaduras al feto y le provocan la muerte.

#### Aborto químico o farmacológico

El aborto químico es el tipo de aborto inducido en el se le suministra a la gestante determinados medicamentos con tal de finalizar la gestación. Suele considerarse más seguro que el quirúrgico.

#### Aborto completo

Se entiende como tal aquel aborto en el que se expulsan o son retirados la totalidad de restos biológicos del feto y placenta.

#### Aborto incompleto

En el aborto incompleto parte del feto o de los productos de la gestación permanecen dentro del útero, quedando restos en el interior. Puede ser inducido o natural (en este último suele ser más frecuente cuanto más avanzada está la gestación antes de su interrupción).

También se conocen algunos otros tipos de aborto, estos pueden llegar a ser más agresivos tanto para la madre como al feto.

#### Por envenenamiento salino

Se extrae el líquido amniótico dentro de la bolsa que protege al bebé. Se introduce una larga aguja a través del abdomen de la madre, hasta la bolsa amniótica y se inyecta en su lugar una solución salina concentrada. El bebé ingiere esta solución que le producirá la muerte 12 horas más tarde por envenenamiento, deshidratación, hemorragia del cerebro y de otros órganos. Esta solución salina produce quemaduras graves en la piel del bebé. Unas horas más tarde, la madre comienza "el parto" y da a luz un bebé muerto o moribundo, muchas veces en movimiento. Este método se utiliza después de las 16 semanas de embarazo.

#### Por Succión

Se inserta en el útero un tubo hueco que tiene un borde afilado. Una fuerte succión (28 veces más fuerte que la de una aspiradora casera) despedaza el cuerpo del bebé que se está desarrollando, así como la placenta y absorbe "el producto del embarazo" (osea, el bebé), depositándolo después en un balde. El abortista introduce luego una pinza para extraer el cráneo, que suele no salir por el tubo de succión. Algunas veces las partes más pequeñas del cuerpo del bebé pueden identificarse. Casi el 95% de los abortos en los países desarrollados se realizan de esta forma.

### Por Dilatación y Curetaje

En este método se utiliza una cureta o cuchillo provisto de una cucharilla filosa en la punta con la cual se va cortando al bebé en pedazos con el fin de facilitar su extracción por el cuello de la matriz. Durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo el bebé es ya demasiado grande para extraerlo por succión; entonces se utiliza el método llamado por dilatación y Curetaje. La cureta se emplea para desmembrar al bebé, sacándose luego en pedazos con ayuda de los fórceps. Este método está convirtiéndose en el más usual.

### Por "D & X" a las 32 semanas

Este es el método más espantoso de todos, también es conocido como nacimiento parcial. Suele hacerse cuando el bebé se encuentra muy próximo de su nacimiento. Después de haber dilatado el cuello uterino durante tres días y guiándose por la ecografía, el abortista introduce unas pinzas y agarra con ellas una piernecita, después la otra, seguida del cuerpo, hasta llegar a los hombros y brazos del bebé. Así extrae parcialmente el cuerpo del bebé, como si éste fuera nacer, salvo que deja la cabeza dentro del útero. Como la cabeza es demasiado grande para ser extraída intacta; el abortista, entierra unas tijeras en la base del cráneo del bebé que está vivo, y las abre para ampliar el orificio. Entonces inserta un catéter y extrae el cerebro mediante succión. Este procedimiento hace que el bebé muera y que su cabeza se desplome. A continuación extrae a la criatura y le corta la placenta.

### Por Operación Cesárea

Este método es exactamente igual que una operación cesárea hasta que se corta el cordón umbilical, salvo que en vez de cuidar al niño extraído se le deja morir. La cesárea no tiene el objeto de salvar al bebé sino de matarlo.

### Mediante Prostaglandinas

Este fármaco provoca un parto prematuro durante cualquier etapa del embarazo. Se usa para llevar a cabo el aborto a la mitad del embarazo y en las últimas etapas de éste. Su principal "complicación" es que el bebé a veces sale vivo. También puede causarle graves daños a la madre. Recientemente las prostaglandinas se han usado con la RU-486 para aumentar la "efectividad" de éstas.

### RU-486

Se trata de un fármaco abortivo empleado conjuntamente con una prostaglandina, que es eficiente si se la emplea entre la primera y la tercera semana después de faltarle la primera menstruación a la madre. Actúa matando de hambre al diminuto bebé, al privarlo de un elemento vital, la hormona

### Aborto provocado o aborto criminal

Algunos pueblos no consideran acto criminal el aborto provocado, ya que entre ellos es conceptuado como un acto natural. Este criterio se ha mantenido en ciertas civilizaciones y hoy es practicado impunemente en ciertas sociedades.

En Europa Occidental el aborto es más o menos duramente reprimido, según la política de natalidad llevada por los países en cuestión. Sin embargo, y pese a la persecución penal de que es objeto, sus prácticas se desarrollan clandestinamente, y muy a menudo, sin las necesarias garantías de higiene y asepsia, lo cual provoca graves lesiones o la muerte a la embarazada.

Dentro de este grupo se incluye el aborto producido por imprudencia. Su distintiva es su carácter negativo de omisión voluntaria o imprudencia unido a la aceptación de los resultados abortivos.

La píldora abortiva

Es muy eficaz. En el caso de las personas que tienen 8 semanas o menos de embarazo, la píldora es eficaz en 98 de cada 100 casos. En el caso de las personas que tienen entre 8 y 9 semanas de embarazo, tiene una eficacia de 96 de cada 100 casos. En aquellas personas que están entre 9 y 10 semanas de embarazo, su eficacia es de 91 y 93 de cada 100 casos.

En general, la píldora abortiva funciona. En caso de que no funcione, puedes tomar más medicamentos o tener un aborto realizado en una clínica para completar el procedimiento.

En general, la píldora abortiva se toma hasta 70 días (10 semanas) después del primer día de tu último período menstrual. Si ya pasaron 71 días o más desde el primer día de tu última menstruación, puedes tener un aborto realizado en una clínica para interrumpir el embarazo.

Puede hacerse el aborto con medicamentos en casa o en otro lugar que se elija o que parezca cómodo. Teniendo en cuenta que el aborto con medicamentos es similar al aborto espontáneo, muchas personas sienten que es más “natural” y menos invasivo.

## Los abortos realizados en una clínica

Son muy seguros y efectivos. A este tipo de aborto también se le denomina “aborto quirúrgico”.

El aborto realizado en una clínica es un procedimiento en el que se utiliza aspiración para retirar el embarazo del útero. Hay dos tipos de procedimientos para abortar en una clínica.

El aborto por aspiración (también conocido como legrado por aspiración) es el más común de los tipos de abortos realizados en una clínica. Se utiliza una aspiración suave para vaciar el útero. Este procedimiento suele usarse entre las 14 y 16 semanas posteriores a tu último período menstrual.

El aborto por dilatación y evacuación (D&E) es otro tipo de procedimiento para abortar en una clínica. Se utilizan herramientas médicas y de aspiración para vaciar el útero. Puedes realizarte este tipo de aborto en embarazos más avanzados, generalmente si pasaron 16 semanas o más desde tu último período.

El aborto realizado en una clínica es sumamente eficaz. Funciona en más de 99 de cada 100 casos. Es muy raro tener que repetir el procedimiento porque no funcionó. Qué tan pronto puedes realizarte el aborto depende de a dónde vayas. En algunos lugares, puedes hacerlo en el momento que tengas un resultado positivo de la prueba de embarazo. Otros médicos y enfermeras prefieren esperar entre 5 y 6 semanas después del primer día de tu último período menstrual.

Qué tan tarde puedas realizarte un aborto depende de las leyes estatales y del médico, clínica de abortos o centro de salud de Planned Parenthood al que acudas. Puede que sea más difícil encontrar un proveedor que realice abortos después de la semana 12 de embarazo, por lo que es mejor realizarse el aborto lo antes posible. Los abortos realizados en una clínica son más rápidos que la píldora abortiva: mientras que el aborto con medicamentos puede tardar hasta 24 horas en completarse, el aborto realizado en una clínica demora entre 5 y 10 minutos.

### 3.5.- ANTECEDENTES

El aborto practicado en condiciones inseguras es un problema social y de salud pública de gran importancia en México. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto inseguro como un procedimiento para interrumpir un embarazo no deseado, practicado por personas sin capacitación o experiencia, o en un ambiente que carece de los estándares médicos mínimos (World Health Organization, 1992).

El tema del aborto genera importantes controversias debido a que involucra aspectos relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres; con las leyes y la política; con los valores éticos, morales y religiosos; con las condiciones socioeconómicas de las mujeres; y con las ideas que predominan en nuestro contexto cultural respecto a la feminidad y la maternidad.

El marco legal del aborto

El aborto en México está penalizado. Sin embargo, los códigos penales de los estados contemplan circunstancias bajo las cuales la interrupción del embarazo no es punible y todos lo autorizan en casos de violación.

A pesar de la existencia de este marco jurídico el acceso de las mujeres al aborto seguro está marcadamente restringido aún bajo las circunstancias previstas en la legislación; la mayoría de los códigos penales estatales carecen de los instrumentos normativos adecuados para dar cumplimiento a las leyes y los hospitales públicos con capacidad para atender casos de aborto legal son muy pocos en el país.

CIRCUNSTANCIA:

- Violación
- Riesgo para la vida de la mujer
- Aborto imprudencial
- Malformaciones genéticas o congénitas
- Riesgo para la salud de la mujer
- Inseminación artificial no consentida
- Razones socio-económicas graves (cuando la mujer tiene 3 o más hijos)

Dadas las restricciones para la práctica del aborto que existen en toda la República Mexicana, la gran mayoría de las mujeres que deciden interrumpir el embarazo lo hacen al margen de las leyes. Muchos abortos se practican en condiciones de



inseguridad, lo que propicia una alta incidencia de complicaciones y un número desconocido de muertes prematuras que podrían evitarse.

Las restricciones legales no impiden que un elevado de mujeres de los sectores sociales pobres utilice procedimientos peligrosos para auto inducir la interrupción del embarazo, o que recurran, muchas veces en forma tardía, a practicantes no calificados que realizan abortos con instrumentos contaminados. La amenaza de la sanción penal tampoco evita que el aborto se practique en numerosos consultorios y clínicas privadas, ni que para muchos(as) profesionales de la medicina represente un negocio que genera importantes ganancias.

La situación del aborto refleja con gran claridad las condiciones de desigualdad social y de injusticia que prevalecen en el país. Son relativamente pocas las mujeres que tienen acceso a servicios médicamente seguros para interrumpir un embarazo no deseado, ya que sus costos son en general elevados y están fuera del alcance de la mayoría (Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000).

## EL EMBARAZO NO DESEADO

A pesar de que en la actualidad existe una gran variedad de métodos para el control de la fertilidad, el embarazo no deseado y el aborto son problemas a los que cotidianamente se enfrenta una gran cantidad de mujeres de todas las edades y de todos los sectores sociales. De acuerdo con una estimación realizada en los años 90, el 40% de los embarazos en México son no deseados, estimándose que el 17% terminan en abortos inducidos y el 23% restante en nacimientos no deseados (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Para muchas de las mujeres que se enfrentan a un embarazo no deseado, la maternidad representa una experiencia impuesta por los patrones culturales que prevalecen en nuestra sociedad. Estudios realizados en otros contextos indican que la maternidad no deseada tiene importantes costos sociales y psicológicos para las mujeres y para los niños y niñas que nacen en estas condiciones. Como señalan algunos de los autores que se han ocupado de estudiar esta problemática: "... un embarazo no deseado, que se define como un rechazo activo y razonado de la concepción durante las primeras semanas de gestación, tiene como consecuencia un mal desarrollo en la niñez y una gran cantidad de dificultades y problemas que empeoran en la adolescencia y en la primera edad adulta, en comparación con el desarrollo social de los hijos deseados" (David y cols., 1991).

Las explicaciones sobre la elevada frecuencia de los embarazos no deseados suelen ser bastante simplistas. En general se supone que la mayoría se deben a la falta de responsabilidad de las mujeres, o bien a que carecen de información para utilizar correctamente los métodos anticonceptivos. Es cierto que el acceso a

la información permite un ejercicio más responsable de la sexualidad y disminuye de manera importante el riesgo de un embarazo no deseado; no obstante, el hecho de que las mujeres cuenten con información no es suficiente en todos los casos, ya que cualquiera de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, aun cuando se use correctamente, puede fallar.

Por otro lado, la responsabilidad de evitar embarazos que no se desean debería compartirse de manera equitativa con los hombres, al menos cuando las mujeres tienen una pareja estable. La forma en que operan los programas de planificación familiar que utiliza la mayor parte de la población es uno de los elementos que explican la alta incidencia de los embarazos no deseados.

Los programas se dirigen primordialmente a las mujeres de los sectores sociales populares, con mensajes apoyados en una perspectiva que refuerza sus roles sociales más tradicionales y contribuye a que pocos hombres asuman su responsabilidad frente a la sexualidad y la reproducción. En muchos servicios la variedad de métodos anticonceptivos es limitada y es común que el personal carezca de la capacitación o del tiempo necesario para ofrecer a las usuarias información completa y accesible sobre los métodos que se prescriben, incluyendo aspectos relacionados con su efectividad, seguridad y efectos secundarios.

Con frecuencia se da poca importancia a las necesidades individuales de las mujeres y al contexto socioeconómico y cultural en el que viven, y se da prioridad a las metas de captación de usuarias definidas en los niveles centrales de las instituciones de salud. En muchas ocasiones, estas carencias de calidad de los servicios provocan que las mujeres se nieguen a aceptar un determinado método o inducen al abandono del que ya utilizaban. Cabe también señalar que el acceso a los métodos anticonceptivos no es igual para todas las personas.

Ciertos núcleos de la población femenina, como las adolescentes, las mujeres sin escolaridad y aquellas que viven en regiones rurales apartadas o en zonas indígenas tienen mayores dificultades de acceso a la anticoncepción.

De acuerdo con datos de 1997, a escala nacional el 68.5% de las mujeres unidas en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que en los grupos de mujeres mencionados las proporciones eran inferiores al 50% (Consejo Nacional de Población, 2000). Muchas mujeres no usan anticonceptivos por oposición de sus parejas. La desigualdad de las relaciones de poder entre los sexos que prevalece en nuestra cultura propicia que en muchos casos los hombres controle la sexualidad de las mujeres a través de los embarazos y la crianza de los hijos.

No es raro que las mujeres que no desean tener más hijos oculten el uso de la anticoncepción por el temor a ser agredidas verbal o físicamente por parte de sus

parejas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000). Otra causa del embarazo no deseado es la utilización de los métodos naturales autorizados por la Iglesia católica que son de muy baja efectividad.

Además, las mujeres se embarazan también por relaciones sexuales no planeadas o como consecuencia de la violencia sexual, en un contexto donde los métodos para la anticoncepción de emergencia son todavía poco conocidos, incluso por los propios profesionales de la salud.

La dimensión emocional del embarazo no deseado y del aborto

Muchas mujeres viven situaciones de gran conflicto emocional cuando se enfrentan a un embarazo no deseado, propiciadas por los patrones culturales que limitan sus posibilidades para tomar decisiones autónomas en torno a la sexualidad y la reproducción. Una buena parte de las mujeres que deciden abortar lo hacen en condiciones sumamente difíciles, en tanto son objeto de la estigmatización social y se perciben a sí mismas como transgresoras de valores morales y religiosos fuertemente arraigados en la sociedad mexicana (Rivas & Amuchástegui, 1998). Es importante señalar, sin embargo, que la interrupción de un embarazo no deseado es una experiencia que las mujeres asumen de acuerdo con sus condiciones individuales y con el entorno social en el que viven.

Las mujeres interrumpen sus embarazos por razones muy diversas, y no todas tienen secuelas emocionales y sentimientos de culpa después de un aborto. Muchas se sienten aliviadas y agradecidas cuando reciben una atención integral, segura y respetuosa por parte de médicos(as) que practican abortos apoyándose en una postura ética centrada en el respeto a la autonomía de las mujeres. La carga moral que para muchas personas supone el aborto es consecuencia de los estereotipos culturalmente aceptados para definir la feminidad, así como de la valoración de la maternidad como el atributo esencial de las mujeres.

Por otra parte, si bien México es un país de tradición laica, la Iglesia católica ha jugado siempre un importante papel en el contexto político del país e influido en la actitud de sectores sociales muy amplios respecto a la sexualidad y la reproducción. La percepción de la alta jerarquía católica sobre estos aspectos se traduce en normas y principios morales rígidos que operan como un poderoso dispositivo para mantener las condiciones de subordinación y de desigualdad social de las mujeres:

"...en la concepción católica sobre la maternidad, que es la que prima culturalmente en nuestro país, una madre siempre debe anteponer el hijo a sus necesidades y deseos como persona. Así, el valor de una mujer radica tanto en su función de recipiente que tiene una nueva vida, como en que cumpla el imperativo que

simboliza la feminidad: el conjunto de virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio que exigen postergarlo todo en aras del hijo, del marido, de la familia (...) pocas mujeres se atreven a decir abiertamente que hay ocasiones en que no quieren ser madres. Claro que ante un embarazo no deseado, existen mujeres que no se resignan y recurren al aborto ilegal; pero al no conceptualizar la maternidad como elección sino como destino "natural", viven su elección con culpa, sin asumirla abiertamente. ¿Quién va a reconocer no sólo haber cometido un delito o pecado sino haberse opuesto al destino sublime de ser madre?" (Lamas, 1997).

Las reacciones emocionales negativas posteriores a la interrupción de un embarazo no deseado tienen una relación muy directa con la calidad de la atención que ofrecen los hospitales públicos a las mujeres que buscan atención de urgencia por las complicaciones de una intervención realizada en condiciones inseguras. La calidad técnica de la atención varía de acuerdo con los recursos de los hospitales, pero la mayoría carece de personal capacitado para proporcionar servicios integrales de atención post-aborto, que aseguren el seguimiento de las mujeres, les brinden apoyo emocional, o les ofrezcan información amplia y accesible para evitar un nuevo embarazo no deseado.

Por otro lado, es frecuente que las mujeres de quienes se sospecha que se indujeron un aborto sean objeto de la indiferencia o el maltrato por parte del personal de los servicios. Las actitudes punitivas que asumen muchos(as) de los(as) profesionales de la salud frente a las mujeres que abortan tiene que ver no solamente con los estigmas sobre la interrupción del embarazo o con su prohibición legal. El maltrato que en general reciben las mujeres en los hospitales públicos tiene también relación con aspectos vinculados a las condiciones de subordinación genérica de las mujeres, a la precaria situación social de aquellas que sufren complicaciones con mayor frecuencia, y a la desigualdad de las relaciones de poder que habitualmente se establecen entre médicos(as) y pacientes.

## EL ABORTO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El contexto internacional:

De acuerdo con datos de la OMS, publicados en 1997, cada año se practicaban alrededor de 50 millones de abortos en el mundo; de éstos, 20 millones se realizaban en condiciones inseguras y provocaban la muerte de 78 mil mujeres.

Casi la totalidad de las muertes asociadas al aborto inseguro (99%) ocurren en regiones y países con altos niveles de pobreza y marginación social. En los países desarrollados el riesgo de morir por complicaciones del aborto inseguro es de 1 por cada 3,700 procedimientos, mientras que en los del mundo en desarrollo el riesgo es mucho mayor, de 1 por cada 250 procedimientos (Population Reports, 1997).

Para el año 2000, la OMS calculó que a escala internacional se realizaron alrededor de 19 millones de abortos en condiciones inseguras, de los cuales 18.5 millones (97.5%) ocurrieron en países del mundo en desarrollo (Ahman y Shah, 2002).

Estas importantes diferencias entre regiones y países obedecen a la situación jurídica del aborto y a la disponibilidad de servicios de salud. En los países desarrollados las leyes permiten el aborto por razones amplias, y las mujeres tienen acceso a servicios de salud donde la interrupción del embarazo se realiza en forma segura por personal capacitado.

En contraste, la mayoría de los países en desarrollo tienen legislaciones restrictivas que permiten el aborto sólo en algunas circunstancias, o lo prohíben totalmente; los servicios con calidad son inaccesibles para la mayor parte de las mujeres, por lo que las complicaciones del aborto inseguro son frecuentes y la mortalidad que ocasionan suele ser elevada (Cook, 1991; The Alan Guttmacher Institute, 1994; Population Reports, 1997; World Health Organization, 1997; Rahman y cols., 1998).

El riesgo de morir o de sufrir secuelas físicas por un aborto es significativamente mayor entre las mujeres pobres y con dificultades para tener acceso a servicios de emergencia (Maine, 1997). La tercera parte de las mujeres que abortan en condiciones inseguras sufren complicaciones serias, pero menos de la mitad reciben atención médica oportuna. En América Latina y El Caribe se realizan cada año alrededor de 4 millones de abortos inseguros y mueren 5 mil mujeres; se estima que en la región alrededor de la mitad de las muertes maternas se asocia al aborto inseguro (World Health Organization, 1997; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000; Ahman y Shah, 2002).

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), auspiciada por la Organización de las Naciones Unidas y realizada en El Cairo en 1994, fue el primer foro de alcance mundial en el que la salud y los derechos reproductivos de las mujeres ocuparon un lugar central en un acuerdo internacional sobre problemas de población (Germain y Kyte, 1995). En dicho foro se logró un consenso sin precedentes respecto a la importancia social y sanitaria del aborto realizado en condiciones inseguras. El Programa de Acción de la CIPD convocó a los gobiernos participantes a que asumieran su responsabilidad frente al problema y precisó las acciones que deben ponerse en práctica en los servicios de salud:

"... Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores

servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habrá que hacer todo lo posible para eliminar la necesidad del aborto (...) En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deben tener acceso a servicios de calidad para tratar las comLa tarde. Henri Matisse. 12 plicaciones derivadas del aborto. Se deben ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos" (Asamblea General de Naciones Unidas, 1994; párrafo 8.25).

Cinco años después, en la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, los gobiernos participantes, entre ellos el de México, reafirmaron su compromiso de mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto y de garantizar el acceso a servicios para la interrupción del embarazo en las circunstancias amparadas por las leyes:

"En circunstancias en las que el aborto no está en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar medidas que aseguren que el aborto es seguro y accesible. Medidas adicionales deben ser tomadas para salvaguardar la salud de las mujeres" (United Nations General Assembly, 1999; 63.iii).

## LA OPINIÓN PÚBLICA SOBRE EL ABORTO

En México existe un consenso cada vez mayor respecto a la importancia del aborto como problema de salud pública, reconocido así desde 1973 en el proyecto de la Ley General de Población. Durante las últimas tres décadas distintos sectores sociales han elaborado iniciativas para liberalizar las leyes sobre el aborto, las cuales han enfrentado la franca oposición de la Iglesia católica y de los grupos más conservadores de la sociedad mexicana que defienden el derecho a la vida desde la concepción y pugnan por leyes aún más restrictivas.

Los argumentos morales y religiosos contra la interrupción del embarazo bajo cualquier circunstancia han entorpecido la discusión pública sobre el aborto e impedido que la sociedad mexicana en su conjunto tenga una percepción clara sobre sus repercusiones sociales y sanitarias. En los últimos años, sin embargo, esta situación ha empezado a cambiar. El movimiento de mujeres y otros sectores sociales involucrados en la promoción de los derechos de las mujeres y en el mejoramiento de sus condiciones de salud han intensificado sus esfuerzos para hacer visible la compleja situación del aborto.

El debate público sobre el tema ha empezado a adquirir nuevos matices y recientemente se han logrado algunos avances para modificar las leyes.<sup>2</sup> Por otro lado, distintas encuestas de opinión sobre el aborto han mostrado que buena parte de los habitantes del país tienen opiniones que no coinciden con las de la Iglesia católica y otros grupos conservadores. Entre los hallazgos de una de estas encuestas destaca que una proporción mayoritaria de la población mexicana está de acuerdo con la práctica del aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone riesgo la vida o la salud de la mujer, y por alteraciones del producto.

El 80% de las personas encuestadas opinó que las instituciones públicas de salud tienen que ofrecer servicios de aborto en los casos previstos por las leyes; y el 95% indicó que el voto de los legisladores en aspectos relacionados con el aborto debe apoyarse en consultas amplias a la ciudadanía y no en sus creencias religiosas o sus opiniones personales (Population Council, 2001).

Otra encuesta reciente, aplicada a 181 médicos(as), que participaron en talleres sobre atención integral a víctimas de violencia sexual y trabajan en hospitales del sector público en distintas entidades del país, mostró que la gran mayoría considera que las mujeres deberían tener acceso al aborto en casos de violación, cuando el embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer, y cuando se detectan alteraciones fetales. El nivel de aceptación fue bajo –del 30% o menor- en el caso de otro tipo de circunstancias; no obstante, nadie indicó que una mujer no debería tener acceso al aborto bajo ninguna circunstancia (cuadro 6). El 87% opinó que todos los hospitales públicos deberían tener la capacidad para ofrecer servicios de interrupción del embarazo cuando ésta se encuentra dentro de la legalidad (Ipas México, 2002).

### 3.6.- CONSECUENCIAS O BENEFICIOS

Millones de personas se enfrentan con embarazos no planeados cada año y casi 4 de cada 10 deciden hacerse un aborto. A veces incluso las personas que planearon sus embarazos también deben hacerse un aborto por complicaciones médicas. En total, 1 de cada 4 mujeres en los Estados Unidos tienen un aborto antes de los 45 años.

A veces la decisión es fácil y otras veces es complicada. De una forma u otra, la decisión de hacerse un aborto es personal, y tú eres la única que puede tomarla.

Cada uno tiene razones únicas y válidas para decidir hacerse un aborto. Algunas de las muchas razones por las que las personas deciden abortar incluyen:

- Quieren ser los mejores padres posibles para los hijos que ya tienen.
- No están preparados para ser padres aún.
- No es un buen momento en su vida para tener un bebé.

- Quieren terminar su educación, concentrarse en el trabajo o lograr otros objetivos antes de tener un bebé.
- No están en una relación con alguien con quien quisieran tener un bebé.
- Están en una relación abusiva o han sufrido una agresión sexual.
- Un embarazo puede ser malo para su salud. □ Simplemente no quieren ser padres.

Decidir hacerse un aborto no significa que no desees tener hijos nunca o que no amas a los niños. De hecho, 6 de cada 10 personas que se hacen abortos ya tienen hijos, y muchos de ellos deciden terminar un embarazo para poder concentrarse en los niños que ya tienen. Las personas que no son padres cuando tienen un aborto suelen tener un bebé más tarde en su vida, cuando sienten que están en una mejor situación para ser padres.

#### 4.- INCIDENCIA

##### 4.1 PRONÓSTICO DEL ABORTO

El aborto en condiciones de riesgo representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo.<sup>1-6</sup> De los diferentes tipos de aborto el más frecuente es el espontáneo. Alrededor de uno de cada cinco embarazos reconocidos terminan en aborto espontáneo en el primer trimestre causado por anomalías cromosómicas no viables<sup>15</sup> y un 22% más termina en un aborto inducido.

El aborto incompleto se puede derivar de un aborto espontáneo o inducido y se presenta cuando ocurre la expulsión parcial del producto de la concepción.<sup>2-3</sup> Otras complicaciones como hemorragias, infecciones, perforaciones de órganos, etc. pueden ser muy frecuentes. Por ello, es extremadamente necesaria una atención oportuna y con calidad a las mujeres que llegan a los servicios en estas circunstancias. La mayoría de estas pérdidas son irreconocibles debido a que suceden antes de que se presente la siguiente menstruación.

Del total de concepciones, 30% se pierden por fallas en la implantación, 30% por abortos preclínicos, 10% por abortos clínicos y 30% nacen vivos.<sup>18</sup> La mayoría de los abortos espontáneos son tempranos, 80% ocurre las primeras 12 semanas y el 20% restante de la semana 12 hasta la 20; 1% de todas las mujeres presentan un aborto recurrente.

Cuando se analiza la edad de las mujeres que presentan abortos espontáneos, se observa que, en las adolescentes, puede alcanzar entre 10% y 12%, mientras que, en las mayores de 40 años, el porcentaje aumenta cuatro a cinco veces, y aumenta progresivamente con la edad. Del 15% al 20% de los embarazos que se



diagnostican clínicamente se pierden en el primer trimestre o al inicio del segundo, sin ninguna repercusión materna.

Existen múltiples factores y causas tanto de origen fetal como materno o paterno que producen alteraciones y llevan a pérdida del producto de la gestación. En la mitad o dos terceras partes de los casos están asociados alteraciones cromosómicas.<sup>14-16-17</sup> Las anomalías en el desarrollo y crecimiento del embrión son las causas más frecuentes de pérdida de la gestación, tanto subclínica como clínicamente reconocibles; el resto son dismórficos, con crecimiento disminuido o con productos muy macerados como para poder examinarse.

Alrededor del 30% al 50% de los abortos espontáneos son citogenéticamente anormales; las anomalías en el cariotipo llegan a ser hasta de 50% a las 8-11 semanas de gestación y 30% a las 16-19 semanas de gestación.

El riesgo de aborto espontáneo clínicamente detectable en la mujer que nunca ha abortado oscila entre el 11% y el 15%; en cambio, después de uno a cuatro abortos, es de 16%, 25%, 45% y 54%, respectivamente.

El aborto incompleto se asocia estrechamente al aborto inseguro en muchas partes del mundo. Tal condición aumenta las probabilidades de que las mujeres experimenten complicaciones y soliciten tratamiento para casos de interrupción incompleta.

Por tanto, el tratamiento seguro y efectivo del aborto incompleto constituye un importante mecanismo para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto. Las opciones de tratamiento del aborto van desde el manejo expectante, que permite la evacuación uterina espontánea, y el manejo activo con métodos quirúrgicos o con medicamentos.

El manejo expectante no constituye la opción preferida por su relativa baja eficacia y por no poder predecir el tiempo que tomará la expulsión espontánea.<sup>19</sup> El protocolo de atención para el manejo activo varía de un escenario a otro pero usualmente consiste en evacuación del saco gestacional o de restos ovulares de la cavidad endometrial con anestesia general o local. La efectividad de los métodos quirúrgicos para el tratamiento del aborto incompleto es muy elevada pero los mismos demandan proveedores calificados, equipo especial estéril y a menudo el uso de anestesia, requerimientos de disponibilidad limitada en gran número de escenarios.

El tratamiento del aborto incompleto con medicamentos exige pocos recursos y lo pueden administrar proveedores de nivel bajo y medio.

El misoprostol es el medicamento que se utiliza comúnmente para ese tipo de manejo y el que más se ha estudiado; constituye una alternativa terapéutica muy eficaz para mujeres que desean evitar los invasivos métodos quirúrgicos y el uso de anestesia.

El misoprostol produce contracciones uterinas efectivas que vacían el útero. Asimismo, el misoprostol es seguro, eficaz y no invasivo, su administración es sencilla, es estable a temperatura ambiente, accesible y de bajo costo en la mayoría de los países. En escenarios donde se han introducido servicios integrales de atención postaborto para manejar la morbilidad y mortalidad asociadas al aborto, se puede integrar el misoprostol fácilmente a los servicios existentes.

El manejo integral del aborto implica la asesoría acerca de métodos anticonceptivo según las necesidades de la mujer garantizando así el derecho a decidir sobre su

vida sexual y reproductiva futura, la disminución de la brecha entre fecundidad deseada y observada, la reducción de riesgos y daños de abortos inseguros y, de morbi-mortalidad materna

El embarazo puede diagnosticarse cada vez más temprano empleando métodos cuantitativos para la determinación de la subunidad-b de la gonadotropina coriónica así como estudios ultrasonográficos. Estos métodos también permiten clasificar el aborto espontáneo en temprano y tardío

#### 4.2.- Evidencias y recomendaciones

El aborto incompleto, diferido y retenido sin atención es una condición médica que puede poner en peligro o amenazar la vida de una paciente, si no se realiza un procedimiento médico calificado. Se asocian a aborto inseguro.

Toda mujer debe ser informada sobre el tratamiento apropiado del aborto es un procedimiento seguro, en el cual las complicaciones y la mortalidad son raras, siempre que se realice por un profesional calificado.

Toda mujer debe tener acceso al diagnóstico y tratamiento adecuado, oportuno y calificado del aborto incompleto, diferido y retenido en cualquier establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud sin ningún tipo de limitación.

Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica

Todo establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud debe garantizar el acceso a la atención sin restricciones de ningún tipo relacionadas a la edad, género, grupo étnico, creencias religiosas, discapacidad, nivel de instrucción, condición socioeconómica, situación de movilidad o preferencia sexual.

Todo establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud debe garantizar el acceso a la atención sin importar el estado civil de la paciente o el número de abortos previos.

Los profesionales médicos no deben diferir la atención o la referencia de la paciente a un establecimiento de mayor nivel en casos de aborto incompleto, diferido y retenido, ya que la vida de la paciente puede estar comprometida o amenazada por esta patología.

El acceso a la atención en casos del aborto incompleto, diferido y retenido es obligatorio en todos los establecimientos de salud, y debe ser priorizado en todas las pacientes que tradicionalmente no han tenido acceso a estos servicios.

Todo establecimiento de salud debe garantizar la presencia de un profesional de la salud mujer durante la atención, cuando esta sea solicitada por la paciente.

Todo establecimiento de salud debe ser culturalmente sensible en el tema del aborto incompleto, diferido y retenido.

Todo establecimiento de salud debe proveer información objetiva, basada en evidencia científica, completa y actualizada sobre el aborto incompleto, diferido y retenido, sus complicaciones y efectos adversos.

La información para las mujeres debe enfatizar el derecho a la confidencialidad, el cual debe garantizarse en todo el proceso.

Todo establecimiento de salud debe ofrecer las siguientes recomendaciones por escrito a las pacientes: Anticoncepción después del aborto Profilaxis antibiótica Tamizaje de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Asesoría genética, psicológica u otra relacionada luego del aborto.

El deber de confidencialidad implica que las y los proveedores de servicios de salud tienen la obligación de proteger la información de las y los pacientes, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse de que las y los pacientes que realmente autorizan que dicha información confidencial se revele a otros, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.

El deber de confidencialidad obliga a las y los profesionales de la salud que recibieron información confidencial directamente de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otros profesionales que participaron en el tratamiento de las y los pacientes, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellos profesionales que recibieron información sin el consentimiento expreso de las y los pacientes.

#### **4.3.-DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ABORTO**

Existe evidencia de que la incidencia de aborto es más frecuente cuando la paciente tiene:

Anomalías uterinas anatómicas: Cuando la corrección quirúrgica ha disminuido la incidencia de pérdidas de primer trimestre, principalmente en aborto recurrente

Presencia de pólipos de más de 2 cm - Mayor número y tamaño de miomas uterinos por dificultad para la implantación y deficiente aporte sanguíneo al feto, rápido crecimiento y degeneración con liberación de citoquinas, ubicación submucosa u ocupación total del espacio uterino que dificulta el crecimiento del feto

Adherencias uterinas, aunque en este punto se necesita más evidencia

Cuando existe un aborto previo se incrementa la probabilidad de recurrencia (5%). Las cromosomopatías como las aneuploidías se asocian a mayor edad de la mujer que a recurrencia de aborto. La mujer joven con pérdida tardía tiene peor pronóstico obstétrico.

Los anticuerpos antifosfolípidos y los anticuerpos anticardiolipinas están asociados a aborto principalmente recurrente, aunque no se ha determinado con exactitud la fisiopatología ni la edad gestacional más susceptible. Se pueden asociar a lupus eritematoso sistémico.

Las pacientes con aborto recurrente o anomalías anatómicas uterinas deben ser atendidas por un especialista en Ginecología. Las pacientes con aborto recurrente deberán contar con un ultrasonido pélvico como estudio inicial, ya que este puede hacer evidente la presencia de miomas, alteraciones anatómicas uterinas, pólipos ováricos y de endometrio.

El embarazo en edades extremas reproductivas tanto materna como paterna se asocia a mayor riesgo de patología, por lo que debe de preferencia considerarse este particular a la hora de planificar un embarazo. La edad óptima para el embarazo es entre los 25 a 35 años de edad.

Las anomalías cromosómicas son responsables de aproximadamente 50% de los abortos espontáneos. La mayoría de estas anomalías son eventos aleatorios, tales como errores en la gametogénesis materna o paterna, entrada de dos espermatozoides en un óvulo o no disyunciones, entre otros.

Informar a la mujer que cursa un aborto que la causa más probable son anomalías cromosómicas del producto; toda embarazada tiene al menos 3% de probabilidad de presentar un aborto espontáneo.

El descontrol metabólico de diabetes mellitus (DM) 1 y 2 incrementa el riesgo de pérdida del embarazo. En varios estudios se ha demostrado que un control preconcepcional óptimo de la glucosa en pacientes diabéticas puede disminuir la frecuencia de abortos y otros resultados adversos del embarazo. En un estudio de cohorte, se documentó la asociación de resistencia a la insulina y aborto (RM, 8,32; IC 95%, 26,5-26,13).

Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente, Guía de Práctica Clínica

La mujer diabética embarazada debe mantenerse en control metabólico estricto preconcepcional y durante el embarazo.

El consumo de alcohol incluso moderado en etapas tempranas del embarazo se asocia a aborto.

El consumo de tabaco se asocia a aborto con una RM de 1,2 a 2. El consumo de cocaína también se asocia a aborto.

En un estudio de cohorte se demostró que el consumo de cafeína es un factor de riesgo (para consumo de 200 mg/día o más se reportó una RM ajustada 2,23 (IC 95% 1,34 - 3,69)

A toda paciente embarazada o que está programando un embarazo se le debe informar los efectos de la cafeína, alcohol y cocaína durante el embarazo y aconsejar que evite su consumo.

En un metaanálisis, se identificó el índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup> como factor de riesgo para aborto.

A toda paciente obesa que planea un embarazo se le debe informar y aconsejar disminución de peso antes de embarazarse.

Se ha observado que el tratamiento con tiroxina en mujeres eutiroideas pero con anticuerpos antitiroideos mejora los resultados del embarazo. La asociación entre disfunción tiroidea y aborto aún requiere evidencia mayor.

Las mujeres con disfunción tiroidea que se embarazan o planean hacerlo deben ser valoradas por un especialista en Ginecología y Endocrinología

#### 4.4.- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Son indicaciones para AMEU: Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades siempre y cuando se tenga una altura uterina menor a 11 cm. y dilatación cervical menor o igual a 1 cm. Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

Son indicaciones para LUI: Tratamiento del aborto en cualquiera de sus variedades con altura uterina mayor o igual a 12 cm y dilatación cervical mayor o igual a 1 cm. Aborto séptico hasta seis a ocho horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.

La realización rutinaria de LUI se implantó por la creencia de que si no se efectuaba se favorecía la retención de tejidos, infecciones y sangrado. Varios estudios

demuestran que estas complicaciones afectan menos de 10% de los casos de mujeres con aborto espontáneo.

El LUI está indicado cuando existe sangrado excesivo y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejido retenido infectado o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional.

El LUI debe ser valorado dentro de las primeras 24 horas del tratamiento farmacológico cuando el sangrado es abundante y persistente. E-2 Existe evidencia que concluye que la AMEU es preferible al LUI en casos de aborto incompleto o aborto diferido; disminuyendo significativamente la cantidad de sangrado, el dolor pélvico y el tiempo de duración del procedimiento. E-1 a El uso de oxitocina se relaciona con una disminución significativa en la cantidad de sangrado posterior a la realización de AMEU o LUI E-

Las complicaciones más serias del LUI incluyen perforación uterina, lesión cervical, trauma intra abdominal, Síndrome de Asherman (adherencias endouterinas poslegrado) y hemorragia con una morbilidad de 2,1% y mortalidad de 0,5/100.000. La AMEU disminuye la posibilidad de estas complicaciones

No se recomienda utilizar LIU después de AMEU. R-A Se debe utilizar solución con oxitocina durante y posterior a la evacuación uterina por AMEU o por LUI.

Las ventajas de administrar prostaglandinas antes del manejo quirúrgico del aborto espontáneo están bien establecidas aunque no se cuenta con estudios de investigación que documenten su uso; se refiere que disminuyen la fuerza de la dilatación, hemorragias y el trauma cérvico-uterino, principalmente en gestaciones del segundo trimestre. Existe insuficiente evidencia para recomendar la profilaxis antibiótica de rutina antes del tratamiento quirúrgico de aborto espontáneo, aunque sí en los otros tipos de abortos.

En una revisión sistemática del uso de profilaxis antibiótica en aborto espontáneo incompleto no mostró diferencias en relación a las tasas de infección posaborto. Por lo anterior, no se justifica la utilización rutinaria de tratamiento antibiótico en el aborto espontáneo.

La profilaxis antibiótica previa a tratamiento quirúrgico de aborto espontáneo dependerá de la evaluación clínica particular de sepsis.

En caso de sospecha de infección, la evacuación uterina se debe realizar después de 6-8 horas de iniciada la impregnación antibiótica si la condición lo permite. No se debe demorar en realizar una AMEU si la condición es inestable.



Las pacientes quienes tienen un aborto espontáneo y que se encuentran hemodinámicamente estables, se les debe dar la información necesaria y la oportunidad de elegir la opción de tratamiento (misoprostol o AMEU).

Preparación cervical para el aborto quirúrgico

Se recomienda la preparación cervical previa a un aborto quirúrgico para aquellos embarazos mayores de nueve semanas completas en mujeres nulíparas, para mujeres menores de 18 años y para todas las mujeres con embarazos mayores a 12 semanas completas.

Se recomienda el siguiente régimen hasta la semana 14: - misoprostol 400 µg administrados vaginalmente tres horas antes de a la cirugía o vía sublingual dos horas antes de a la misma.<sup>41</sup>

El misoprostol vaginal también puede ser usado y administrado directamente por la paciente.

Después de la semana 14 de gestación, los dilatadores osmóticos pueden proveer una dilatación superior a los métodos clínicos. De todas formas, una alternativa aceptable sigue siendo el misoprostol hasta la semana 18, en caso necesario.

NO se recomienda el uso de oxitocina o ergometrina como profilaxis ya que causan excesivo sangrado.

#### 4.5.- TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ABORTO QUIRÚRGICO

No se recomienda el uso de anestesia general en el aborto quirúrgico, solo sedación de la consciencia y anestesia local de ser necesario. R-B El tratamiento de elección para el dolor posquirúrgico es con antiinflamatorios no esteroidales (AINES)

NO se recomienda el paracetamol profiláctico (oral o rectal) por ser inefectivo y no presentar diferencias significativas con placebos.

Algunas pacientes pueden requerir analgesia narcótica, sobre todo después de las 13 semanas.

Después de un aborto quirúrgico, la mujer puede dejar el establecimiento de salud tan pronto como se sienta capaz y sus signos vitales sean normales y estables.

#### 4.6.- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL ABORTO ESPONTÁNEO

La evidencia sugiere que NO aumenta ni disminuye la probabilidad de sufrir secuelas psicológicas adversas si se tiene un aborto o no, a menos que exista una

enfermedad mental previa o tenga abortos recurrentes. Se recomienda la asesoría oportuna y adecuada en todos estos casos.

Se recomienda asesoría psicológica en el momento del aborto espontáneo y/o recurrente, la cual ha demostrado, después de un año, mejorar la angustia y depresión en casos específicos, y ofrecer mayor bienestar en la paciente.

Todos los profesionales deben estar conscientes de que pueden aparecer, en pocos casos, secuelas psicológicas asociadas con el aborto espontáneo y que deben proporcionar apoyo apropiado, seguimiento y acceso a asesoría formal profesional si es necesaria.

A toda paciente con aborto espontáneo se le debe ofrecer información basada en la evidencia para evitar sentimientos de culpa, depresión o ansiedad. Esta atención debe ser libre de prejuicios y se debe ofrecer también a la pareja sexual u otros familiares que lo necesiten, previa aceptación de la misma.

#### 4.7 TRATAMIENTO DEL ABORTO RECURRENTE

En 3% a 5% de las pacientes con pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente, uno de los progenitores presenta anomalías cromosómicas estructurales.

Los tipos de patologías más frecuentes son las disomías uniparentales y las translocaciones Robertsonianas. Por lo tanto, la asesoría genética ofrece un pronóstico para embarazos futuros.

Las pruebas citogenéticas (cariotipo) de los productos están indicadas en pacientes que serán sometidas a tratamiento para incrementar las posibilidades de embarazo, y que cuentan con el antecedente de pérdida repetida de la gestación o en pacientes que participan en protocolos de investigación.

En las pacientes con abortos recurrentes se debe realizar cariotipo de ambos padres.

El cariotipo de los restos ovulares debe realizarse en pacientes que serán sometidas a técnicas de reproducción asistida de alta complejidad, de forma posterior.

En pacientes con abortos recurrentes, las malformaciones uterinas tienen una prevalencia de 18% a 37,6%. La prevalencia es más alta en mujeres con abortos en semanas tardías del embarazo en comparación con mujeres con abortos a edades gestacionales tempranas.

Las pacientes sometidas a corrección abierta de las malformaciones uterinas en contraste con las que son sometidas a corrección por histeroscopia se asocian a mayor riesgo de infertilidad y de ruptura uterina durante la gestación.

El uso rutinario de histerosalpingografía está asociado con dolor, riesgo de infección pélvica y el riesgo de radiaciones, no es más sensible que el ultrasonido pélvico bidimensional para el diagnóstico de malformaciones uterinas asociadas a aborto recurrente.

Todas las mujeres con aborto recurrente deben ser sometidas a ultrasonido pélvico para valoración anatómica y morfológica del útero.

Se recomienda la cirugía histeroscópica para pacientes que serán sometidas a corrección de malformación uterina.

La aplicación del cerclaje cervical ha demostrado disminuir la presencia de parto pretérmino y nacimientos de productos con bajo peso, con mayores beneficios en mujeres con historia de tres o más pérdidas del segundo trimestre o antecedente de nacimientos pretérmino.

Se debe realizar cerclaje cervical en pacientes con más de tres pérdidas o antecedente de nacimientos pretérmino.

La prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) y de disfunción tiroidea en mujeres con aborto recurrente es similar a la reportada que en mujeres con aborto espontáneo.

Mujeres con DM no controlada y con cifras elevadas de hemoglobina glucosilada (>7%) en el primer trimestre, tienen mayor riesgo de aborto y malformaciones fetales.

La DM controlada y la enfermedad tiroidea tratada no son factores de riesgo para pérdida repetida de la gestación.

No se deben realizar estudios de tamizaje para diagnóstico de DM y enfermedad tiroidea como rutina en pacientes con aborto recurrente.

Se debe mantener bajo control metabólico estricto a embarazadas con diagnóstico de DM o enfermedad tiroidea.

No existe evidencia que concluya que la suplementación con progesterona y HGC disminuya el riesgo de aborto recurrente y sus beneficios son aún inciertos.

No existe evidencia que determine que la hiperprolactinemia es un factor de riesgo para aborto recurrente. No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de suplemento de progesterona, HGC y tratamiento de la hiperprolactinemia en todas las pacientes con aborto recurrente.

Los anticuerpos antifosfolípidos están presentes en 15% de las pacientes con aborto recurrente. El síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAAF) y el lupus eritematoso sistémico tiene un pronóstico adverso para el embarazo, que incluye tres o más pérdidas antes de la semana 10, una o más muertes fetales tardías sin anomalías morfológicas y uno o más partos pretérmino antes de la semana complicados por preeclampsia eclampsia o insuficiencia placentaria.

Se debe realizar estudios inmunológicos para detección del SAAF en pacientes con antecedente de aborto recurrente.

El tratamiento con dosis bajas de aspirina asociadas con dosis bajas de heparina reducen la pérdida gestacional de 54%, comparado con el uso de aspirina sola en pacientes con antecedente de aborto recurrente y portadoras de SAAF. La pérdida mineral ósea en la columna vertebral asociada con dosis bajas de heparina es similar a la que ocurre de forma fisiológica en el embarazo.

No se debe utilizar la aspirina a dosis bajas como tratamiento único para SAAF en pacientes con antecedente de aborto recurrente.

La infección por toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis (TORCH), solo cuando cursan con bacteriemia o viremia pueden esporádicamente causar aborto y por lo tanto el estudio TORCH no determina el agente infeccioso implicado en la etiología del aborto recurrente.

El estudio inmunológico de TORCH no debe solicitarse en las pacientes con aborto recurrente de forma rutinaria, salvo que exista un factor de riesgo. R-C

#### **4.8.- VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO DEL MANEJO DE ABORTO FARMACOLÓGICO CON MISOPROSTOL**

Si los proveedores programan el seguimiento rutinario, deben citar a las mujeres por lo menos siete días después de iniciado el tratamiento con misoprostol. Se ha encontrado que, desde el punto de vista médico, las mujeres necesitan muy pocas visitas de seguimiento.

Se les debe informar de los síntomas de infección y tejido retenido para que sepan en qué momento se requiere una visita de seguimiento por razones médicas.

Se deberá pedir a las mujeres que vuelven al establecimiento de salud para su visita de seguimiento que reporten los efectos secundarios que hayan presentado y sus patrones de sangrado.

El proveedor efectuará un examen bimanual para determinar la firmeza del útero y si ha involucionado y recuperado el tamaño previo al embarazo. La experiencia de proveedores de escenarios de bajos recursos revela que el historial de la paciente y el examen clínico bastan para evaluar si se ha completado la evacuación.13 ,14, 15, 18

Si se cree que el útero contiene restos ovulares pero la mujer no presenta signos de infección o sangrado severo, se le debe ofrecer la opción de esperar alrededor de una semana más y realizar otra visita de seguimiento o someterse inmediatamente a la evacuación quirúrgica (con LUI o aspiración). Asimismo, se le puede ofrecer una dosis de misoprostol adicional en la visita de seguimiento ya que puede beneficiarle.

Se considera sangrado excesivo cuando la paciente refiere cambio de toallas sanitarias saturadas de sangre mayor a una menstruación en un tiempo menor a una hora.

El dolor intenso, sangrado vaginal excesivo o fiebre que no cede en los primeros siete días de tratamiento con misoprostol indican falla terapéutica.

No se debe realizar ultrasonido antes ni después del tratamiento para valorar la total evacuación del contenido uterino o falla terapéutica.

Se debe informar a las pacientes a cerca del procedimiento, eficacia, seguridad, efectos colaterales y posibles complicaciones. E-1 a Todas las pacientes sometidas a tratamiento farmacológico de aborto deberán ser informadas sobre el procedimiento, ventajas, desventajas, efectos secundarios antes de la aplicación de tratamiento farmacológico. E-2 Antes de dejar la institución, todas las mujeres deben recibir información y asesoría sobre anticoncepción. E-2 R-C Debe remarcarse que el diagnóstico de un embarazo ectópico es más difícil durante y después de un método médico de aborto dada la similitud de los síntomas. Por lo tanto, si se utilizan métodos médicos de aborto sin la confirmación clínica previa de que el embarazo es intrauterino y la mujer tiene dolores severos y de intensidad creciente posteriores al procedimiento, ella debe ser evaluada para descartar un embarazo ectópico

Profilaxis Rhesus 41 Se debe colocar Ig G anti-D, por inyección en el músculo deltoides, a todas las mujeres RhD negativas no sensibilizadas dentro de las 72 horas después del aborto, ya sea que haya tenido un aborto quirúrgico o clínico.

Histopatología y cariotipo 41 Se recomienda el examen histopatológico y cariotipo del tejido obtenido del procedimiento del aborto en casos de aborto recurrente.

El aborto médico es un procedimiento seguro. Se ha reportado ruptura uterina asociada a aborto quirúrgico en los procedimientos realizados en mujeres con más de 20 semanas de gestación, con un riesgo menor de 1 en 1000 casos, siendo un procedimiento más seguro, si se lo realiza en gestaciones de menos de 20 semanas.

Se han informado de complicaciones poco frecuentes como hemorragia severa que requiere transfusión, con un riesgo de 1 en 1000 casos antes de la semana 20 de gestación y, con un riesgo de 4 en 1000 en casos mayores a 20 semanas de gestación y; trauma cervical posquirúrgico con daño del os cervical menor a 1 de cada 100 casos, siendo menor a menos semanas de gestación. Sigue siendo por lo tanto, un procedimiento seguro.

En caso de complicaciones puede requerirse transfusión sanguínea, laparoscopia o laparotomía para resolver las mismas. La paciente debe ser informada de estos riesgos, aun cuando sean muy bajos.

Las mujeres deben ser informadas sobre que los métodos quirúrgicos y clínicos pueden producir problemas para terminar un nuevo embarazo, en menos de 1 por cada 100 casos y, puede ser necesario otro procedimiento de apoyo para completar el mismo.

Las mujeres deben ser informadas de que, en menos del 1% de los casos, luego de un aborto quirúrgico, se requiere una nueva intervención para realizar una reevacuación.

Las mujeres deben ser informadas de que puede haber infección posaborto, de varios grados de severidad, luego del procedimiento quirúrgico, y usualmente es causada por una infección preexistente. El tratamiento profiláctico con antibióticos y el tamizaje de ITS puede reducir este riesgo.

Las mujeres deben ser informadas de que el aborto NO se asocia con un aumento del riesgo de cáncer de mama.

Las mujeres deben ser informadas que NO se ha probado relación alguna entre aborto y embarazo ectópico subsecuente, placenta previa o infertilidad subsecuentes.

Las mujeres deben ser informadas de que el aborto se asocia con un pequeño aumento del riesgo de parto prematuro o pretérmino, el número que aumenta con el número de abortos. Sin embargo, NO existe suficiente evidencia que implique causalidad.

La evidencia científica ha demostrado que: Los defectos en la fase lútea NO son un factor de riesgo para aborto. NO se ha logrado demostrar la relación del estrés con el aborto. NO se ha demostrado que la utilización de marihuana incremente el riesgo de aborto. La actividad sexual en un embarazo normal NO incrementa el riesgo de aborto.

## 5.- PROPUESTAS

### 5.1 EDUCACIÓN INTEGRAL.

1. Existen estudios científicos que demuestran la relación entre educación y reducción de la mortalidad materna, Koch (2012) afirma que el aumento en el nivel de educación parece tener un impacto favorable en la tendencia descendente de la RMM, modulando otros factores clave como el acceso y la utilización de las instalaciones de salud materna, los cambios en el comportamiento reproductivo de las mujeres y las mejoras del sistema sanitario.

En consecuencia, los diferentes ODM pueden actuar sinérgicamente para mejorar la salud materna. La reducción en la tasa de mortalidad materna no está relacionada con el estado legal del aborto.

2. La Organización Mundial de la Salud afirma que la educación y la salud están íntimamente unidas. aumenta el estatus de la mujer, favorece su salud sexual y la protege de la violencia doméstica. Alega que la educación es un arma poderosa para romper el ciclo de la pobreza, la enfermedad, la miseria y la persistencia intergeneracional del bajo nivel socioeconómico de la mujer.

3. El Dr. Tedros afirma que “si las mujeres están marginadas y su potencial sin explotar, hoy en día nuestras sociedades son más débiles. Del mismo modo, si descuidamos las necesidades de salud y desarrollo de nuestros niños, nuestras sociedades están destinadas a ser más débiles mañana. No podemos permitirnos perder el hoy y el mañana por no invertir en las mujeres y los niños.”



4. La Educación Integral es la forma más sincera de ocuparse de las problemáticas existentes en nuestra sociedad, que afectan a niños, niñas y

adolescentes. Es una forma concreta y real de prevenir situaciones que afectan a los más vulnerables y de construir una sociedad e igualitaria.

5. La Convención sobre los Derechos del Niño afirma que “el niño debe estar plenamente preparado para una vida independiente en sociedad, y ser educado en el espíritu de los ideales proclamados en la Carta de las Naciones Unidas y, en particular, en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad y solidaridad (...)”.<sup>10</sup> Un objetivo de este tipo no podrá conquistarse sin la puesta en marcha de una educación integral que, a la par de la alfabetización, logre el desarrollo de aquellas cualidades indispensables para la convivencia social y el desarrollo armónico de cada uno de sus miembros.

6. En octubre de 2006 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) 26.150. El Consejo Federal de Educación promulgó en 2008 los lineamientos curriculares elaborados por el Ministerio de Educación (ME) y a partir de los cuales cada provincia debería realizar las adecuaciones necesarias. A pesar del tiempo transcurrido, no se ha presentado una evaluación a nivel nacional de los alcances y resultados obtenidos en todas las provincias.

7. La educación integral debe contemplar a todas las dimensiones de la persona, evitando reduccionismos que impidan un desarrollo armónico de todo su potencial y su persona.

8. Un plan de educación integral debe considerar:

- El desarrollo de un plan estratégico que pueda garantizar la adecuada implementación de la ley de Educación Sexual Integral 26.150, asegurándose de esta forma que esta educación sea recibida por todos los niños, niñas y adolescentes de la República Argentina.

- El diseño de un sistema de evaluación de los resultados, para determinar la pertinencia y eficacia de las estrategias planteadas, a fin de lograr impactos reales.

- La propuesta debe estar destinada a todos los centros educativos del país, de todos los sectores sociales y localidades de la República Argentina, con el adecuado respeto al derecho internacionalmente reconocido de los padres de educar a sus hijos según sus propias convicciones, como así también de los centros educativos a educar según su 9 Director de la Organización Mundial de la Salud.
- Una visión personalista de la educación, que transmita el valor único de cada persona y el consiguiente respeto que ésta merece. La educación personalista desde una temprana edad actúa, no solamente como prevención de embarazos no deseados y conductas sexuales de riesgo, sino que, a su vez, es un factor protector de diversas conductas de riesgo y situaciones de vulnerabilidad en la que se encuentran niños, niñas y adolescentes en la actualidad y que representan un problema para el Estado y para toda la sociedad.
- Un plan de inserción de los estudiantes en el mundo laboral, ya sea a través de estudios superiores o a través de oficios. La construcción de un proyecto de vida es un favor protector de diversas conductas de riesgo y contribuye, a su vez, en la edificación de una sociedad más organizada y armónica.
- Un equipo especializado que se encargue de la capacitación docente, indispensable para que la educación integral sea posible.

## 5.2 CONTENCIÓN DE LA MUJER Y SU CONTEXTO TRAUMÁTICO

Ante la inminencia de un embarazo no deseado, no se puede exponer a la mujer a una arbitrariedad despótica, sino que se deben generar espacios de asistencia, acompañamiento y contención aun en las circunstancias más traumáticas, respondiendo a las necesidades particulares de cada situación (discapacidad mental, abuso sexual, violencia familiar, etc.).

En el caso de la mujer violada siempre es una víctima de quien por la fuerza la oprime y la expone a cargar del dolor que duramente esto supone, como mujer. Ante un embarazo no deseado como producto de esa violación, el aborto puede no

resultar la mejor salida, ya que en muchos casos significaría la agudización del trauma y de la afectación de la dignidad de la mujer.

Diversos estudios realizados en la materia señalan las consecuencias del aborto en la mujer, y de acuerdo al grado de impacto psicológico producir síntomas que incluyen: inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, angustia, ansiedad, depresión, agresividad, incapacidad para establecer vínculos afectivos duraderos, problemas como: anorexia, bulimia, adicciones, altas tasas de suicidio, etc.

Para evitar este tipo de cuadros y no victimizar más a la mujer se sugiere elaborar un Programa de atención a la víctima de abuso y violación, que incluya:

1. Un equipo interdisciplinario que trabaje en el acompañamiento y seguimiento personalizado de cada una de las mujeres que requieran atención
2. Acompañamiento médico necesario para preservar su salud y curar heridas tras la violación, pero también para acompañarla, si corresponde, durante el embarazo y el parto.
3. Acompañamiento psicológico y psiquiátrico para el abordaje de estas situaciones traumáticas, a fin de lograr la elaboración y superación del proceso del duelo propio de este tipo de situaciones.
4. Acompañamiento legal para asegurar la denuncia y persecución del abusador o violador, a fin de demostrar que tal crimen contra la integridad de la persona no puede quedar impune
5. Si la violación o abuso se produce en el círculo íntimo (familia, familia ampliada, parejas, amigos de los padres, etc.) el programa deberá prever la contención y sistemas de apoyo propios para ofrecer a la víctima un nuevo espacio vital donde pueda sentirse segura y contenida.

6. Estructuración de un sistema de apoyo que permita contener a la víctima abandonada, sola, sin familia, en hogares dónde faciliten su cuidado, atención y guía hasta tanto pueda volver a tener, o a validar, su propio proyecto vital

7. En este entorno, y siempre que no sea el deseo de la mujer ejercer su maternidad, ofrecer una alternativa al aborto del concebido a raíz de la violación, a través de la entrega en adopción del menor, salvando a otra inocente víctima de la violación.

Algunas consideraciones a tener en cuenta:

- Este programa de atención a la víctima deberá estar disponible para el acompañamiento a la mujer abusada o violada, incluso cuando no haya un embarazo de por medio, porque lo que se intenta preservar es la dignidad de la persona abusada y ofrecer un sistema integral de apoyo y contención.
- El acceso a tal sistema deberá ser simple y contar con una amplia red de articulación de manera que quien lo requiera no deba atravesar un sinnúmero de cuestiones burocráticas. Para ello se sugiere establecer políticas comunes de abordaje entre los Ministerios de Salud, Acción Social, Educación y Deportes, Justicia, etc. de manera que el equipo se encuentre preparado para salir al encuentro de quienes lo necesitan y no tengan conciencia o capacidad personal para pedir ayuda.
- Esta propuesta se integra en forma sistémica con otras políticas aquí mencionadas para asegurar un abordaje integral de la problemática.
- Elementos de este Programa podrían incluirse en el PLAN NACIONAL DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES 2017 – 2019 - LEY 26.485, que contempla las situaciones de violencia sexual y obstétrica. Para ello, y de acuerdo a esta propuesta debiera modificarse la medida nro. 3 en cuanto a la incorporación del Protocolo ILE (Interrupción Legal del Embarazo) en los planes de estudio de las

carreras de medicina e incorporar un programa de desarrollo humano que promueva la ayuda a las víctimas y no su revictimización; y adoptarse las medidas concernientes a la atención integral de víctimas de abuso y violación.

- Este Plan Nacional ya cuenta con espacios de atención y detección temprana de situaciones de violencia, Hogares de Protección Integral, centros de atención en todo el país, etc. que se encuentran planificados y en vías de concreción. Esto agilizaría los procesos administrativos de atención y divulgación del plan.

### 5.3 PROTECCIÓN DEL EMBARAZO Y DEL PARTO SEGUROS

Creación de un Programa Nacional para un Embarazo y Parto Seguro que llegue a toda nuestra población cuya finalidad sea disminuir en forma drástica la penosa cifra de 35 embarazadas muertas cada 100.000 nacimientos vivos para llevarnos a menos de 10 cada 100.000, que son cifras de países como Irlanda Puntos del Programa:

1. Promover el abordaje integral de la mujer en edad fértil (15 a 45), que contemple la creación de unidades de atención dentro de centros existentes, con abordaje integral, longitudinal e interdisciplinario.

El equipo, que debe funcionar en cada hospital, debe garantizar el acceso a los cuidados en salud que aborde las necesidades y problemas específicos de la mujer vulnerable desde la adolescencia, detectando determinantes sociales y económicos que puedan vulnerar su salud y su realización personal.

De manera concreta, este abordaje integrado de médicos familiares, tocoginecólogos, psicólogos, enfermeras especializadas, etc, permite un abordaje para esta población de situaciones de vulnerabilidad tales como infecciones, ansiedad, estrés, depresión, abuso de sustancias, falta de educación, embarazo adolescente, falta de acceso a cuidados del embarazo, pobreza, abandono, violencia, etc.

2. El Programa debe acoplarse al subsidio por embarazo, de tal manera que su cobro esté ligado al cumplimiento de los controles médicos periódicos de su embarazo que quedarán registrados en una base de datos de la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).
3. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que haya un mínimo de ocho controles médicos durante el embarazo. Por ello, en el Programa el primer control debiera ser antes de la semana 10 y luego en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40. La embarazada tendrá en su poder un registro de sus controles con las observaciones de importancia halladas y firmada por el médico actuante.
4. Los controles ayudarán a reducir drásticamente la morbilidad materna y fetal no solo por la posibilidad de detectar problemas o enfermedades, sino también porque las consultas deberán incluir información sobre la correcta alimentación y nutrición durante la gestación, recomendaciones sobre planificación familiar y apoyo para mujeres que han sido víctimas de violencia de género.
5. El Programa contemplará la provisión gratuita de todo medicamento y suplemento alimentario necesario, articulándolo con el programa Remediar.
6. Toda embarazada en la República Argentina tendrá asegurado el fácil acceso al sistema de salud. Se dispondrá de un 0800 con el que podrá obtener turno con una demora no superior a 4 días desde su llamado siendo derivada al Centro de Atención dependientes de maternidades que cumplan con la Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) más próximo a su hogar.
7. Para asegurar un parto seguro las maternidades deberán tener las CONE. Estas incluyen las siguientes condiciones: Procedimientos quirúrgicos obstétricos; Procedimientos anestésicos; Transfusión de sangre segura; Asistencia neonatal inmediata; Evaluación del riesgo materno y neonatal y Tratamientos médicos de patologías asociadas al embarazo.

8. La ley debe exigir el cumplimiento efectivo de la exigencia de la Organización Mundial de la Salud de cumplir con las CONE en todos los servicios que asisten partos, y que ya generó la resolución 348 del año 2003 del Ministerio de Salud de la Nación (MS) en tal sentido y que nunca fue cumplida en su totalidad.

9. Se deberá actualizar la Resolución N° 641/12 (M.S.) que aprobó Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales y los Servicios de Maternidad.

10. Será responsabilidad del Consejo Federal de Salud articular los distintos Programas Materno Infantiles provinciales para evitar mecanismos paralelos, superposición de acciones y desaprovechamiento de mecanismos regulares del sistema de salud que debilitan la óptima llegada de los programas a los diferentes niveles de atención.

11. Después del parto y, su posterior alta, toda embarazada deberá ser controlada médicamente en la 1ra semana y, si todo es normal, al mes. Debiendo el bebé ser controlado por el pediatra en la 1ra semana y, si todo es normal, en los meses 1, 2, 4, 6, 9 y 12 quedando registrado en la base de datos de la ANSES para poder así cobrar el subsidio por nacimiento.

12. El Programa proveerá de los suplementos alimentarios y medicamentos necesarios, tanto para ella madre como para el bebé durante el 1er año de vida

13. “Centros obstétricos de emergencia y mejores cuidados de salud materna hasta el año de vida del bebé”.

#### **5.4.- APOYO A LA MUJER EMBARAZADA EN UN CONTEXTO VULNERABLE**

Hay mujeres que, aunque no hayan deseado quedar embarazadas, ante el hecho consumado desean ser madres, pero se enfrentan a la limitación de recursos tanto afectivos como económicos para poder cuidar debidamente de su propia vida y la de su hijo.



Es por ello, que urge asegurar las condiciones materiales de la mujer que no puede afrontar un embarazo por encontrarse en una situación de vulnerabilidad económica. Cabe considerar que, aun así, la ayuda material resulta insuficiente. Ante ello deberá trabajarse en programas orientados a superar la pobreza multidimensional, y específicamente, en la mejora del sistema de planes sociales que acompañan a la mujer embarazada.

Atendiendo no solo a proveer una suma de dinero mensual, sino más bien en estructurar un plan que permita salir de la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra esa mujer y el bebé por nacer. Para ello se propone una Plan de desarrollo y formación personal que abarque áreas como:

1. Educación formal que promueva la inserción social.
2. Formación para el empleo y el desarrollo profesional o de oficios.
3. Mentoreo para el desarrollo de proyecto de vida personal, de acuerdo a las capacidades, habilidades e intereses de cada mentoreada.
4. Acompañamiento en la contención del niño en horas hábiles (guarderías y salas maternas), que permita la formación escolar, académica y/o profesional de la madre, y su posterior inserción en el mercado laboral.
5. Asesoramiento y orientación durante el embarazo y el primer año de vida del niño a fin de fortalecer el vínculo materno-filial<sup>14</sup>. Es recomendable que se pueda ampliar a quienes pueden ser su red de apoyo (padre, abuela, tía, hermana).
6. Desarrollo de microemprendimientos, a través de la promoción de microcréditos para el desarrollo profesional de la mujer y de su entorno. Es importante señalar que la vulnerabilidad no solo viene de la mano de la pobreza. Programa PROVIDE. Programa Nueve Lunas. Secretaria de Acción social y Salud. Municipalidad de Daireaux. Programa Mil días, Municipalidad de San Miguel.

En todos los casos, el embarazo en el desarrollo vital de la mujer significa una situación de crisis en la que los cambios bio-psico-afectivos (sea el niño deseado o no), implica la necesidad de acomodación y asimilación a una nueva situación.

En general, si la mujer o su pareja se encuentran confundidos, recurrirán a su contexto familiar y social para resolver la situación. De la respuesta del entorno dependerá la promoción del vínculo maternofilial y la contención a la mujer embarazada.

Este último factor resulta terminante. Recordemos que, en España<sup>16</sup>, sobre una encuesta a 3000 mujeres, el 87% dijo que la causa que las había llevado al aborto fue el abandono afectivo. Si tomamos este dato en cuenta y agregamos el último informe de la OMS sobre los suicidios en el mundo, descubriremos que la Argentina es el tercer país de la región con mayor índice de decesos por esta causa (14.2 cada 100.000 habitantes).

De acuerdo con el Ministerio de Salud Argentino en el año 2015 se suicidaron 625 mujeres y en 2016 otras 585 (de las cuales 157 fueron jóvenes entre 15 y 24 años). Es evidente que el contexto familiar y social resultan determinantes para que la mujer continúe con la propia vida, y con la vida del niño que gesta.

Por eso la propuesta es constituir en cada municipio o barrio (según el número de habitantes) Centros de Orientación Familiar, que aborden de una manera multidimensional la problemática de la vulnerabilidad en relación a la persona y sus vínculos. De esta manera podrán ofrecerse recursos desde el Estado para acompañar a la mujer con un embarazo inesperado de acuerdo con sus necesidades concretas: embarazo adolescente, mujeres abandonadas, etc.

Entre los servicios a prestar se incluirán:

1. Servicios de ayuda, acompañamiento y promoción de la mujer, con abordaje interdisciplinario y seguimiento personalizado, durante el periodo de gestación y crianza del niño.

2. Talleres de gestación para embarazadas.
3. Talleres de crianza para mamás con bebés de 0 a 3 años (primera infancia).
4. Talleres de Promoción para el desarrollo integral de la mamá.
5. Seguimiento médico integral (clínica, obstetricia, nutrición, pediatría, psicología, etc)
6. Estructuración de un sistema de apoyo que permita contener a mujer sola, o sin familia capaz de albergarla afectivamente, en hogares o casas comunes dónde se facilite su cuidado, atención y guía hasta tanto pueda volver a tener, o a validar, su propio proyecto vital; mientras se las hace responsables del cuidado de la casa común.

Programas como los mencionados ya se están llevando adelante a través de Organizaciones de la Comunidad que no reciben subsidios oficiales (como Grávida, CAM, u otros) que tienen centros de atención y contención en todo el país. El programa podría fácilmente articularse a través de estas instituciones u otras que se creen a tal fin, de manera de aunar esfuerzos de toda la comunidad para la protección social de toda mujer vulnerable.

### 5.5.- MEJORAR EL SISTEMA DE ADOPCIÓN

Comprendemos perfectamente que haya mujeres que no desean ejercer su maternidad, por lo cual creemos necesario mejorar el actual sistema de adopción.

El Registro Único de Adoptantes a Guarda con fines Adoptivos (RUA) informa en el reporte de mayo 2018, que continua vigente la tendencia de matrimonios, parejas o personas solas que buscan adoptar a niños menores de un año (el 90% de los inscriptos en el RUA) Es por ello que acudir a la adopción de niños durante el embarazo es un camino posible y efectivo para conciliar ambos intereses sociales. El abandono y la falta de alternativas, principales causas del aborto en España.

Para ello es importante señalar ciertos antecedentes:

- Ya existe legislación en ciertas provincias que permiten dar al niño en adopción durante el embarazo, debiendo la mujer ratificar su decisión cuarenta días después de haber superado el estado puerperal. Esto agilizaría enormemente los tiempos de espera de la adopción y se podría dar respuesta al 90% de las familias en espera.
- Habilitar lo que en Europa se llama “baby box”, que consiste en la entrega voluntaria y anónima de los niños por parte de sus mujeres para entregarlos en adopción. En Europa hay varios países que tienen baby boxes, donde se presentan casos de mujeres que entregan a los niños, muchas veces por conflicto étnico, que son dados en adopción inmediatamente. En Argentina hemos tenido un antecedente similar con el sistema de “Casa Cuna” (Hospital Pedro de Elizalde), lugar en donde los niños eran dejados a los pies de la capilla y recogidos por las monjas que atendían los hospitales.
- Actualmente hay un proyecto de ley presentado por Jorge Enríquez sobre el sistema de parto anónimo, hoy vigente en Francia. Debería analizarse en profundidad su posibilidad de instrumentación.
- También se encuentra en estudio un proyecto de ley encabezado por la Diputada Cornelia Schmidt Lieberman, sobre un protocolo de adopción precoz para las mujeres que deciden no abortar y dar a luz a sus hijos para entregarlos en adopción.

En función de ello, se propone:

1. Revisar la legislación sobre adopción en el Código Civil y Comercial y en la ley del niño, niña y adolescente, para reducir la cantidad de partes intervinientes (ahora puede haber hasta cinco partes en el proceso de adopción, lo que lo entorpece mucho), y revisar la implementación de las medidas de protección y excepcionales, que puedan tomarse con suma celeridad por parte del juez interviniente.

2. Enmarcar el proceso de adopción durante el embarazo en las mismas exigencias que se disponen hoy para evitar las entregas directas y la venta de niños. Es decir, los aspirantes deberán inscribirse en el registro respectivo (RUA) con centros de atención en casi todo el país y su selección deberá ser evaluada por los equipos técnicos de cada juzgado o jurisdicción para asegurar el bienestar del menor dado en adopción.
3. Crearse un protocolo de actuación de los organismos administrativos de la infancia.
4. Crear campañas públicas de difusión y sensibilización con la adopción.
5. Prever, para el sistema de adopción en general, un acompañamiento pre y post-adoptivo para los adoptantes. Sabemos que hoy esta tarea se ha delegado en los equipos técnicos de los juzgados (en los que existe un equipo interdisciplinario), o en los mismos miembros del poder judicial.

En uno y en otro caso la atención no siempre es la esperada debido a la falta de personal y recursos para atender la demanda de los distintos casos que recaen sobre estos profesionales.

Por lo cual, se propone crear en los Centros de Orientación Familiar (ver propuesta 4) un espacio de atención y seguimiento de casos de adopción. La orientación familiar podrá fortalecer al matrimonio, pareja o persona adoptante, contribuyendo a la adaptación de la nueva realidad familiar, a la creación o fortalecimiento de vínculos, a la prevención de conflictos y disfunciones. Al funcionar como equipo interdisciplinario.

Protocolo para abordaje de madres en crisis con la maternidad - Tribunal Superior de Justicia, Registro de Adopción, Provincia de Neuquén. Podrán atenderse a situaciones más complejas que requieran la intervención de especialistas de la salud física y mental.

6. Finalmente, el proyecto de ley no puede perder de vista a las mujeres que dan a los niños en adopción. Aquí debe reforzarse las ayudas y el acompañamiento desde los Centros de Orientación Familiar a través del equipo interdisciplinario para poder atender a las necesidades que se presenten en los distintos casos.

## 5.6 MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY

El aborto Espontáneo constituye un evento de salud devastante para la mujer, la pareja y su familia. La revisión bibliográfica sobre los cuidados de enfermería enfatiza en el cuidado enfermero desde una perspectiva integradora, de desarrollo humano y social, desde el mismo momento en que la paciente arriba al servicio.

Es necesario considerar las respuestas humanas ante el aborto espontáneo desde las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. El modelo de adaptación de Callista Roy permite analizar las dimensiones del cuidado enfocado hacia el logro de mecanismos de adaptación positivos de la mujer que vivencia la pérdida espontánea del producto de la concepción

Sor Callista Roy en su modelo de adaptación plantea que un sistema es un conjunto de partes conectadas entre sí, en función como un todo; Roy postula que el nivel de adaptación es variable y representa la condición de los procesos de vida en tres niveles que son el integrado, el compensatorio y el comprometido.

Es decir que la conducta adaptadora está determinada por el estímulo focal que representara la primera incitación externa e interna que afronta el sistema humano y el cual se apoya en el estímulo contextual que representa los factores del entorno que se presenten y por último tendremos a el estímulo residual que serán aquellos factores externos e internos que provoquen efectos bien definidos exhibidos en momentos específicos; concluyendo así que el nivel de adaptación del individuo se encontraran en constante cambio según la situación que afronte y los estímulos adaptadores con los que responda la persona.

Para Roy la percepción juega un rol fundamental en la adaptación y la define como medio de interpretación de un estímulo y su valoración consciente, que une al

regulador con el relacionador y enlaza los modos de adaptación que comprende el modo fisiológico, el modo de autoconcepto y de desempeño del rol.

Es decir que siguiendo los conceptos planteados por Roy la percepción de las adolescentes se verá influenciada por el modo fisiológico y físico el cual estará relacionado con los procesos físicos y químicos que influyen en las funciones orgánicas y actividades diarias del individuo, basándose en necesidades básicas como la oxigenación, eliminación, nutrición, actividad, reposo y protección. Desde el punto de las adolescentes gestantes los cambios incluyen la aparición de primeros signos y síntomas de embarazo entre los que destacan náuseas, mareos, vómito, amenorrea e inclusive el aumento de peso y frecuencia urinaria que se dará, de forma progresiva.

El modo de autoconcepto de grupo se centrará en los aspectos psicológicos y sociales del ser humano, necesidad básica que subyace en la adaptación de la autoestima del individuo, la cual incluirá el rechazo o apoyo al que se pueden ver expuestas las adolescentes por su embarazo tanto a nivel familiar, conyugal y social.

Y, por último, pero no menos importante un modo de desempeño de rol el cual estará centrado en el papel que tiene la persona en la sociedad, el rol interpretado como la unidad de funcionamiento de la sociedad, como la adolescente embarazada afronte su nuevo rol de futura madre y las responsabilidades que este implica.

Roy por ello concluye que enfermería como ciencia y práctica capaz de aplicar la capacidad de adaptación y transformación del entorno a través de intervenciones basadas en análisis con la finalidad de controlar los estímulos, por ello el objetivo de las/os enfermeras/os será mejorar el nivel de adaptación de los individuos o grupos de personas en cada uno del modo de adaptación, con el fin de contribuir a una buena salud, buena calidad de vida y muerte digna. Para la psicóloga Ibarra, una maternidad precoz constituye un cambio radical en la vida personal y social de la adolescente.

La percepción de una adolescente trasciende del apoyo familiar que se le brinde a la gestante en esta etapa, basada en una esfera afectiva - motivacional, donde la necesidad de la orientación familiar beneficia en el sublime reto de la maternidad y paternidad responsable.

La adolescencia es una etapa de riesgos que puede conllevar secuelas en el crecimiento y desarrollo, donde se experimenta la demanda y la autonomía social – familiar; este periodo se complementa con la comunicación con los progenitores. La maternidad produce un impacto psicológico, social y biológico, con un aumento de complicaciones materno – infantil, donde se atraviesa una crisis de independencia, autonomía y libertad, expresando sentimientos de fracaso en la realización de metas, sufrimiento por la pérdida abrupta de su vida de adolescencia.

La gestante asume el rol materno, aumentando la responsabilidad, atención y educación del hijo aun cuando no se consolida su desarrollo, provocando un rechazo, ocultamiento y temor a ser juzgadas, siendo el apoyo de los padres ante estas situaciones benéfico en el proceso de adaptación en su esfera afectiva motivacional generando cambios de comunicación y desenvolvimiento social

## 6.- ABORTO EN EL AMBITO PSICOLOGICO

### 6.1 ABORTO Y PSICOLOGÍA

El aborto, objetivamente, sin meternos a definiciones de ningún tipo, es la muerte de un ser humano no nacido. No importa si tiene un día de concebido o siete meses. Abortar es matar a un ser humano, si el aborto es provocado. Las causas que llevan a da orientación a mujeres que quieren abortar, entre otras, se han identificado las siguientes causas:

De 3,267 mujeres atendidas en la República Mexicana en el año 2000:

985 30.15% Adujeron razones personales.

874 26.75% Adujeron razones sociales.

686 21.00% Adujeron razones familiares.



481 14.72% Adujeron razones económicas.  
177 5.42% Adujeron razones de salud.

64 1.96% Adujeron razones de violación.

Muchas veces estas causas llevan a la mujer a sentirse angustiada, atrapada, presionada, con pánico y piensa en encontrar la salida a sus problemas a través de la puerta falsa del aborto, cayendo en un gran número de problemas. La mujer que ha abortado sufre una serie de consecuencias físicas, psicológicas y sociales que vienen a trastornar toda su vida. De lo que vamos a hablar el día de hoy es del Síndrome Posaborto. Durante muchos siglos ha habido abortos, pero las consecuencias de éstos han sido “tapadas” o derivadas a otros cuadros psicopatológicos. Sin embargo, el dolor que provoca en las mujeres ha llevado a un estudio más cuidadoso del aborto y a tratar de definirlo más específicamente. Sabemos que el ser humano no sólo está compuesto de cuerpo, sino también de psique y espíritu. Y el aborto afecta no sólo al cuerpo sino también a la psique y al espíritu. El Síndrome Posaborto es el resultado del daño, del sufrimiento que se causa a la psique y al espíritu. Algunos psiquiatras o psicólogos reducían el síndrome al proceso del duelo por la pérdida de una persona, y una persona muy allegada como es el hijo. Sin embargo, no sólo se presentan las etapas del duelo, sino que hay otros síntomas que se entrelazan con el proceso del duelo. Se llama así, Síndrome Posaborto (SPA), porque es un conjunto de signos y síntomas que se presentan después del aborto una mujer a abortar son muy variadas. En el Centro de Ayuda para la Mujer (CAM), donde se

## 6.2.- LOS SÍNTOMAS

Los síntomas que se mencionarán son señalados por diversos autores (Nelson, 1989, 1990; Vandegear, 1990; Verdier, 1990 y 1992) y por lo que he observado en mi experiencia personal, en el trato de pacientes con Síndrome Posaborto.

Después del aborto, se manifiestan los siguientes síntomas:

- Estado de shock que se experimenta cuando se cambia de un estado de embarazo a un estado de no embarazo.
- Inmediatamente aparecen los mecanismos de defensa.

a) Negación. La mujer niega la experiencia. Niega lo que se le dijo, niega sus sentimientos hacia el bebé, hacia el padre del bebé. Dice sentirse muy bien con lo que hizo, sentirse tranquila.

b) Represión. Reprime, para no tener que enfrentar la realidad de que ha terminado con la vida de su bebé. Dice no sentir nada desagradable. Muchas veces sólo puede identificar el síndrome porque asiste a terapia. Muy frecuentemente la mujer se siente mal, pero no lo asocia con el aborto, hasta que el profesional se lo hace ver.

c) Racionalización. Se busca justificar el aborto con las razones menos punibles para ella.

d) Compensación. Trata de quedar embarazada lo más pronto posible, como para sentir que no ha pasado nada. A este nuevo hijo trata de darle la mayor atención posible, y emplea una gran cantidad de energía tratando de ser “una buena madre”. Cualquier problema que presente este hijo, le creará una gran angustia, porque se pondrá en duda si es una buena madre o no.

e) Formación reactiva. La mujer decide que el aborto es la mejor opción y trata de convencer a otras mujeres de que se realicen abortos.

- Trastornos del sueño. Padecen insomnio o hipersomnias. A las mujeres que han abortado se les dificulta dormir durante la noche, y durante el día tienen mucho sueño.

- Tienen pesadillas sobre niños perdidos, muertos o despedazados. Sueñan niños que les dicen “mamá”.

- Pueden padecer de una profunda depresión.

- Tristeza constante, llanto incontrolable.
- Intentos de suicidio.
- Angustia.
- Sentimientos de abandono, engaño, de soledad.
- Se sienten rechazadas por todos, incluso por Dios.
- Sienten que merecen el rechazo.
- Fuertes sentimientos de culpa y busca culpables.
- Baja su autoestima.
- Siente que todo el mundo sabe lo que ha hecho, que la juzgan, que la condenan.
- Surge el deseo de castigarse, saliendo con un novio que la maltrate o aislándose de la sociedad.
- Problemas con la figura masculina. Siente odio hacia el hombre, pues lo siente culpable de lo que le pasó, o de su actitud ante el aborto.
- Se le dificulta tener relaciones íntimas normales.
- Puede llegar a tener problemas con la autoridad.
- La mujer se siente mutilada. Se siente con un gran vacío.
- Fuerte confusión y desubicación.
- Bloqueo o disminución de diversas funciones del yo (como aprendizaje, memoria, atención, concentración, etc.).
- Falta de paz interior.

- Empieza a maltratar a otros niños, pueden ser sus propios hijos. O puede caer en la sobreprotección de sus hijos.
- Se vive con el fantasma del hijo, cualquier niño que vea le recordará al suyo, piensa “así estaría mi hijo, a esto estaría jugando”, etc.
- Odio, coraje y resentimiento hacia todos los que participaron de alguna manera en su aborto o no hicieron nada para impedirlo.
- Coraje contra quienes le hacen ver el “error de su aborto” o quien sólo le recuerde su aborto.
- Fobia o una gran agresión hacia cualquier médico general o ginecólogo.
- El aborto puede “destapar”, hacer surgir problemas que ya estaban latentes, ya sea trastornos de la personalidad, neurosis o psicosis.
- El Síndrome puede ocurrir con mujeres que no hayan tenido ningún diagnóstico psicopatológico o con las que sí lo han tenido.
- Hay mucho enojo y agresión cuando se les habla de que el aborto produce síntomas.
- Se puede caer en alguna adicción (drogas, alcohol, tabaco, comer compulsivamente, etc.).
- Hay alteraciones de la alimentación, se come demasiado o se pierde el apetito.
- En muchos casos las mujeres que han abortado dejan de trabajar o de estudiar, otras tienen cambios constantes de trabajos.
- Situaciones impactantes de cualquier tipo pueden traer a la memoria el aborto y manifestarse todo tipo de sentimientos, aunque antes hubieran estado reprimidos.

- El ver mujeres embarazadas, hospitales, clínicas, maternidades, las estaciones del tiempo, el mes, el día, la hora, la colonia, los medios de transporte que llegan al lugar del aborto, cualquiera de estos estímulos puede provocar la intensificación de los síntomas.
- Puede preocuparse por el embarazo de otras mujeres, ya sea presentando reacciones de hostilidad, de enojo, deseos de evitarla o una gran tristeza.
- Rehúsa ir a funerales, los velatorios la alteran profundamente.
- Aparecen síntomas físicos de origen psicológico: hipertensión, colitis, gastritis, migrañas, náuseas, fatiga, dolores torácicos, opresión en el pecho.
- Puede sentirse frustrada y caer en una fuerte apatía, en un sentimiento de abandono y siente que nadie cuida de ella.
- Esta situación se recrudece cuando la mujer se siente más cansada, exhausta o enferma.

Todos estos síntomas nos hablan del dolor tan grande que causa a una mujer el haber matado a su hijo. Como se mencionaba al principio, el ser humano no sólo está formado de cuerpo y de psique, sino también de espíritu, en el cual reside nuestra conciencia que es el órgano de sentido, como dice Viktor Frankl, autor de la Logoterapia.

En el espíritu está la sabiduría, nuestro verdadero yo y la presencia ignorada de Dios (Frankl 1991a). Es la conciencia la que grita que “ha matado a su hijo”, a un “ser inocente” que dependía totalmente de ella para sobrevivir. Ese grito de la conciencia se manifiesta en el Síndrome Posaborto, con síntomas físicos y/o psicológicos.

Este síndrome se presenta aun cuando la mujer esté plenamente convencida de que era la mejor opción; aun cuando nadie la haya obligado y libremente haya tomado la decisión. Esto lo puedo afirmar con base en mi experiencia al tratar con pacientes de Síndrome Posaborto, y que confirma lo señalado por Laura Nelson

(1989) en su trabajo con mujeres que han abortado en los Estados Unidos. Muchas veces se piensa que este síndrome se origina en la religión, pues hay un mandamiento que dice: “No matarás”, pero esto no es así, puesto que este síndrome aparece también en mujeres que no practican ni tienen alguna religión en particular. Esto se ha observado en los trabajos de Nelson (1989), Woolsey (1990), Verdier (1992) y en mi propio trabajo con personas que han abortado, pues la mayoría no profesan alguna religión y sin embargo, el Síndrome aparece con toda intensidad.

Así, vemos que no sólo el niño abortado es víctima, la madre también se convierte en víctima de su propio aborto. Pero hay todavía una tercera víctima, que es el padre. Muchos hombres que han sufrido el aborto de sus hijos, reportan sentimientos de depresión, frustración, vacío y culpabilidad. Todo esto causa tensión que deteriora la relación con su pareja. Puede llegar a tener problemas sexuales, que van desde la impotencia hasta la promiscuidad. La culpa, la ansiedad y el remordimiento son tan dolorosos que llega a terminar definitivamente con su pareja (Iglesias, 1992). Actualmente en México se está tratando de dar una ayuda especializada, una terapia, donde se trabaje con el Síndrome Posaborto en particular. Esto es precisamente lo que se está llevando a cabo en el Centro de Ayuda para la Mujer

### 6.3. PROCESO TERAPÉUTICO

Siempre se debe partir de la acogida, la aceptación, el no juzgar, tratar de que la paciente empatices con cualquier otra persona que acude a terapia, para después iniciar con los pasos siguientes:

- Catarsis. Donde se trata que la paciente saque todas las emociones que trae reprimidas o guardadas desde mucho tiempo atrás.
- Descripción del hecho y reconocimiento de sentimientos. Consiste en platicar sobre el aborto, cómo fue, qué hizo, qué sintió, en dónde fue, quién participó.

Esto la va a obligar a desistir de la negación y de la represión.

- Aceptar su responsabilidad. Mientras ella siga pensando que otros fueron culpables y no acepte la parte de responsabilidad que le corresponda, no va a poder crecer como persona, va a seguir atorada con esto.

- Fase del perdón. Es importante que una vez que haya reconocido su responsabilidad, pida perdón, primero a su bebé, con algunos ejercicios de visualización o con cualquier otra técnica deberá enfrentar a su bebé, ponerle un nombre y pedirle perdón. Esto les da mucha paz. Si creen en Dios, deberán pedirle perdón al Dios en quien ellas creen y deberán abandonarse a su misericordia. Pedir perdón a todos los que siente que defraudó, si es que los hay.

No tiene que ser de manera directa, pues muchas veces estas personas no están enteradas de que ella abortó. Perdonar a todos los que participaron en su aborto, o no hicieron nada para impedirlo y, finalmente, perdonarse ella misma, lo cual es lo más difícil, es lo que más tardan en lograr. Mientras no logren esto será difícil pasar a la siguiente etapa.

- Reparación. No pueden recuperar a su hijo, pero sí pueden hacer algo para ayudar y contribuir de esta manera a reparar su falta. Con esto podrán lograr vivir en paz y volver a reconstruir su vida.

El aborto nunca es la solución de un problema. En la medida que se acepte el aborto se irán aceptando nuevas matanzas de inocentes, como son la eutanasia, el suicidio asistido, etcétera. El ser humano es una unidad bio-psico-espiritual que vive y necesita de una sociedad, y lo que a él le pase afecta a toda su comunidad, sea lo que sea. ¿Qué clase de sociedad queremos? La violencia sólo engendra más violencia

#### 6.4. ENTRE LA CULPA Y LA ANSIEDAD

Tanto si es espontáneo e inesperado, como si es voluntario, se identifican aspectos en común. El primero es el síndrome de la culpabilidad. En el caso del aborto espontáneo, la mujer tiende a pensar que no ha actuado bien, que se ha esforzado

más de la cuenta o que no ha cuidado su salud, entre otras cosas. Es un estado de ánimo que destruye por dentro. Así lo explica Jaime Reynes, psicólogo del programa Comparte tu hijo antes de nacer, de la Policlínica Miramar.

Este efecto de culpabilidad surge, aunque menos, en el aborto decidido porque se ha dado una racionalización previa y el factor de la culpa ya se ha elaborado e, incluso, se ha debatido con médicos, psicólogos y familia en algún caso, lo que actúa como mecanismo de prevención. Gracias a ello, la palabra culpa se reduce a "responsabilidad implícita. La culpabilidad y la ansiedad están relacionadas con la reacción del entorno de la mujer antes, durante y después del aborto

El segundo factor que se debe tener en cuenta tras un aborto es la ansiedad, evidente en el espontáneo, pues genera la duda de si la mujer se volverá a quedar embarazada, si la pérdida sucederá otra vez o si hay distintos factores amenazantes escondidos. En el caso del programado, la ansiedad "pesa" más antes de tomar la decisión de interrumpir el embarazo, unida a la inquietud de enfrentarse a un proceso quirúrgico. Ambos factores, culpabilidad y ansiedad, están relacionados con la reacción del entorno de la mujer antes, durante y después del aborto, sea espontáneo o programado, puesto que su estado de ánimo es vulnerable a la opinión de los padres, los amigos y su núcleo más cercano. Es muy importante, por tanto, descartar cualquier tipo de reacción punitiva.

## 6.5 DEL APEGO AL DUELO

Cuanto más avanzado está el embarazo, más dura resulta la pérdida del futuro bebé, puesto que entre madre e hijo surge un estrecho vínculo, que se genera a medida que la madre toma conciencia emocional de que en su interior crece una criatura, que forma parte de ella y de su realidad. Al inicio, la noticia del embarazo



es un shock frente al que se puede reaccionar con ilusión o con miedo. Pero pasada "esta emoción dura y que caduca", en el embarazo surgen otros sentimientos.

La mujer empieza a buscar el bebé en su barriga; puede sentir dolor, que sufre cambios físicos y que le invade un torrente hormonal. Las primeras emociones se convierten luego en apego, la unión madre-hijo. "Cuanto más se desarrolla el apego, más difícil y más duro es romperlo en el sentido emocional. Es un vínculo inherente a todas las especies vivas, que avanza más a medida que lo hace el embarazo", declara Reyes.

Ante un aborto espontáneo, se pone en marcha otro proceso mental: el duelo, que será más o menos intenso según cada mujer, en función de su apego y de las habilidades que tenga para afrontar la frustración que ello supone. En madres de edad más avanzada y que ya tienen un hijo o dos, la pérdida de otro no resulta tan dolorosa como en una madre primeriza, sobre todo si es de edad avanzada.

## 6.6 LA MUJER Y SU ENTORNO

Además de las secuelas físicas, la madre primeriza tiende a sufrir miedo y ansiedad porque teme tener algún problema en su organismo y no poder quedarse embarazada. Cuando es una mujer joven, de unos 19 años, estos temores pueden ser más fáciles de dominar, pero a partir de 36 ó 37 años, se amplifican. Si la mujer que ha sufrido el aborto ya tiene hijos, hace el duelo acompañada y centrada en el cuidado de estos.

Estas madres superan la pérdida poco a poco, gracias a su propia realidad. Según datos de Kupman, las mujeres que han pasado por un aborto tienen el doble de riesgo de caer en una depresión, respecto a quienes no lo han sufrido. Hay estudios que revelan un 10,9% de depresión en mujeres que abortaron de manera espontánea, mientras que un 4,3% se vieron afectadas de algún modo por esta experiencia. En general, los cuadros de depresión se dan en el primer mes postaborto y afectan más a las mujeres sin hijos

## 6.7 LA PAREJA

No hay que olvidar que el aborto no solo puede ser una experiencia traumática y angustiada para la madre, sino también para su pareja. Ambos pueden quedar marcados por este acontecimiento. Algunas reaccionan de forma pasiva, con retraimiento y aislamiento, mientras que otras sienten deseos de hablar de ello. Una actitud no es más correcta que otra: cada pareja debe actuar según sus sentimientos.

A veces, puede ser necesaria una intervención psicológica. El psicólogo interviene sobre los dos factores que aparecen más aumentados en la mujer, como la ansiedad y la culpabilidad, "dos peces que se muerden la cola" e, incluso, es posible que también deba hacerlo en el entorno, más que sobre la misma afectada. En algunos casos, la mujer que lo ha sufrido ya ha racionalizado lo sucedido, mientras que el entorno tiende a perder más la cabeza, a enzarzarse en peleas y, en ocasiones, a acrecentar los sentimientos de culpabilidad y ansiedad que experimenta la mujer.

## 7.- ABORTO Y LA SOCIEDAD

### 7.1 EL ABORTO COMO PROBLEMA SOCIAL

En la polémica entre la Iglesia y el Estado por la despenalización del aborto o la llamada guerra de los catecismos no se establecen con claridad las bases del problema. Faltan algunos elementos fundamentales para que la opinión pública pueda hacer un análisis objetivo y completo y para que los alumnos puedan formar con estos elementos un criterio real. Se compara el aborto con el terrorismo o la guerra, sacándolo del contexto social global.

El aborto existe, es una realidad concreta en todas las sociedades, penalizado o no.

Partiendo de la base de la existencia del aborto y de que las mujeres no abortan porque quieren, sino obligadas por las condiciones sociales, puede analizarse esta polémica desde otro punto de vista.

En las sociedades donde existe miseria y desocupación, las cifras de aborto son alarmantes; estas cifras son un producto de la sociedad y dependen directamente del grado de pobreza. Son también muchas veces consecuencia de la paternidad no asumida y de la falta de apoyo que las mujeres tienen en la sociedad.

Al compararse el aborto con el terrorismo o la guerra no se dan las causas sociales del porqué del aborto ni tampoco del porqué de las causas sociales de la miseria.

Es como si comparáramos la prostitución con la perversidad o la degeneración sacándola del contexto de miseria social y de la responsabilidad de la sociedad. Con esta comparación simplificada no se dan los elementos para que se pueda hacer un análisis objetivo del problema. La Iglesia se limita a condenar la disposición del Estado, sin entrar a considerar los factores humanos, reales, que producen la necesidad del aborto en miles de mujeres.

No se habla aquí de los abortos de mujeres en viajes en jet a Holanda o al Reino Unido porque son una minoría, perteneciente a las clases acomodadas, no representativa de la sociedad. Hablamos de la mayoría de mujeres que eligen el aborto para no tener hijos que no tendrán comida suficiente, ni escuela, ni atención médica, ni catecismo.

Al despenalizar el aborto, el Estado socialista no producirá más abortos; sólo dará las condiciones legales para que las mujeres que de todas maneras abortarán obligadas por las condiciones de miseria sociales lo hagan en condiciones médicamente humanas y dignas, sin poner en peligro sus vidas por falta de condiciones médicas legales. La despenalización del aborto es, por tanto, una obligación social de un Gobierno socialista. No tiene otra opción. Analizado como problema social, el aborto no puede compararse al terrorismo, ni mucho menos a la guerra.

## 7.2 PERMISO DE LAS VÍCTIMAS

Ello nos recuerda que en México el aborto es un delito en la mayor parte del territorio, salvo que éste se realice cuando el embarazo es producto de algunas causas o tiene ciertas características. La regulación de esta práctica es de carácter estatal, por lo que cada entidad federativa establece cuándo el aborto es delito y cuándo no, los trámites que se deben hacer para llevarlo a cabo y la forma en que se presta el servicio. Ello, evidentemente, deriva en discriminación jurídica, ya que el derecho a decidir sobre su cuerpo para las mujeres está dado en función de dónde viven y de su calidad de víctimas.

El aborto cuando el embarazo es resultado de una violación sexual está permitido, teóricamente, en todo el país. Sin embargo, la legislación con respecto de las causales para la no punibilidad del aborto varía en todos los estados: en 24 estados cuando hay peligro de muerte; en 29 estados cuando es imprudencial o culposo; en 13 cuando es producto de una inseminación artificial no permitida; en 16 cuando hay alteraciones genéticas o congénitas graves en el producto; en 14 cuando hay riesgos para la salud, y en 2 por causas económicas. En uno (la CDMX) por voluntad de la mujer —hasta las 12 semanas de gestación (GIRE, 2015).

Hay todo un aparato normativo para el caso de la ILE producto de una violación sexual, el cual se especifica en la Norma Oficial Mexicana 046–SSA2-2005 (NOM 046). Ésta es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que lo componen. Su incumplimiento, en teoría, da origen a sanciones penales, civiles o administrativas según corresponda. Ello, sin embargo, no ha garantizado la aplicación fiel y total de la misma.

En su numeral 6.4, la NOM 046 especifica que “en caso de violación, las instituciones prestadoras de servicios de atención médica, deberán, de acuerdo a la norma oficial mexicana aplicable, ofrecer de inmediato y hasta en un máximo de

120 horas después de ocurrido el evento, la anticoncepción de emergencia, previa información completa sobre la utilización de este método, a fin de que la persona tome una decisión libre e informada.” Asimismo, indica que “en caso de embarazo por violación, y previa autorización de la autoridad competente, en los términos de la legislación aplicable, las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica, deberán prestar servicios de aborto médico a solicitud de la víctima interesada, en caso de ser menor de edad, a solicitud de su padre y/o su madre, o a falta de éstos, de su tutor o conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.”

La NOM 046 garantizaría, teóricamente, que en el peor de los escenarios imaginables para un embarazo, en el cual la mujer es retratada como una víctima, se pudiera tener acceso seguro y garantizado a la ILE. Sin embargo, ello no sólo es insuficiente —puesto que ni siquiera se garantiza en todos los casos, en todos los espacios, en todos los estratos socioeconómicos—, sino que perpetúa la idea de que la mujer no tiene derecho a decidir sobre su propio cuerpo a menos que sea víctima de algo ajeno a ella, en cuyo caso nada más se estaría atendiendo una circunstancia contingente producto de una inseguridad y perpetua violencia contra las mujeres que el Estado no ha logrado resolver. ¿Habría cierto grado de culpa consiente en la NOM? Lo dudo.

El argumento que últimamente se ha difundido a raíz de lo aprobado en Veracruz, es que las mujeres (víctimas), al no saber que tienen derecho de abortar con las causales ya mencionadas, pondrán en riesgo su vida al pretender abortar clandestinamente aun cuando técnicamente tengan derecho a la ILE, derivando en algunos casos incluso en la muerte de las mujeres. Sin embargo, las mujeres acuden al aborto clandestino no sólo en Veracruz sino en el resto de los estados cada que se ven en una situación en la que no les es permitido decidir si continuar con un embarazo o no; las mujeres mueren como consecuencia de esta práctica llevada a cabo sin las atenciones médicas necesarias porque no se les deja decidir el curso que quieren que lleve su vida.

Como ya mencionamos, en la —ahora— CDMX, la interrupción voluntaria (sin causal estipulada) del embarazo es legal y puede solicitarse por cualquier mujer antes de que se cumplan las 12 semanas de gestación presentando una identificación oficial, comprobante de domicilio y acudiendo con un acompañante. El proceso para aprobar dicha disposición no fue fácil, puesto que una vez que la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprobara las reformas al Código Penal del DF que lo permitieran, éstas todavía tuvieron que ser sometidas al escrutinio constitucional de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). Sin embargo, abrió la posibilidad a las mujeres del país a trasladarse a la Ciudad de México para someterse al procedimiento, aunque ello, además de los gastos de traslado, implique un costo adicional (las mujeres que no son residentes de la CDMX son sometidas a un estudio socioeconómico para determinar el costo de la ILE).

¿Por qué sólo en la capital del país el acceso a la interrupción legal del embarazo está dado prescindiendo de las causas del mismo? ¿Por qué quienes no residen en la CDMX tienen que superar un filtro socioeconómico evidente para poder decidir sobre su cuerpo? Porque es un procedimiento voluntario sin causas de fuerza mayor. Porque actualmente en prácticamente todos los espacios en donde se llevan a cabo debates sobre el aborto o sobre la ILE —sean mediáticos o académicos—, se alude a los causales que justifican que se interrumpa el embarazo en cualquier caso, sea que se mencionen como referencia o sea que se procure defenderlos y construir el argumento alrededor de dichos casos contingentes.

En 2008, el 41% de los embarazos en el mundo fueron no deseados, siendo los países menos desarrollados en los que se presentaban la mayoría de los casos; asimismo, la mayoría de los abortos (aproximadamente el 84%) ocurren en países en vías de desarrollo, y la mayoría de éstos se hacen en la clandestinidad, poniendo en riesgo la vida de las mujeres (Russo, 2014). La falta de acceso al aborto legal y seguro es una violación a los derechos reproductivos de las mujeres y tiene un impacto negativo en el ejercicio de sus derechos humanos, sus oportunidades de vida y su futuro.

Considerando que actualmente lo más cercano que estamos a despenalizar el aborto a nivel federal es la intención de disminuir la pena que se impone — proponiendo que en lugar de cárcel, las mujeres acusadas de haber interrumpido voluntariamente su embarazo, cumplan de seis meses a un año de trabajo a favor de la comunidad— es pertinente replantearnos por qué somos tan renuentes a dejar a las mujeres decidir sobre qué hacer con su cuerpo en un espacio teóricamente democrático y garante de derechos a sus ciudadanos y ciudadanas.

Si ello fuera tal, el concepto de ciudadanía implicaría el conjunto de derechos y obligaciones que cada persona tiene y debe a la sociedad. Sin embargo, ésta se ha construido como la noción básica de representación y participación política, pero en la práctica la ciudadanía siempre resulta incompleta. Una vez más nos damos cuenta de que la representación, así como la enunciación de derechos, no se ha construido de manera incluyente. Como Joan Scott señala, “gran parte del edificio arquitectural de la modernidad se vertebra, de manera consciente, sobre la exclusión femenina...”. Sobre el cuerpo femenino operan exclusiones cotidianas y estereotipos que marcan el tipo de representación política al que la mujer accede y el ejercicio de sus derechos fundamentales. El sujeto que la ley describe y aquel al que exhorta, es masculino, es el humano completo. La mujer, las mujeres y todos los “otros”, se presentan como una carencia constante en lo público y en lo político (Faure, 2015).

La construcción del cuerpo femenino se da como un espacio abierto sobre el que puede decidir todo el mundo, menos la portadora del mismo. Se plantea casi como si no fuera un campo de derechos, sino un instrumento que mantiene las estructuras que equilibran al heteropatriarcado. Un cuerpo para gestar y cumplir con las expectativas de otros (Faure, 2015).

¿Por qué cuesta tanto trabajo abogar por el derecho a elegir? La maternidad (tanto la reproducción como el ejercicio de la madre) se configura como el elemento central de la identificación femenina, lo que estabiliza el rol de la mujer en el sistema familiar heteropatriarcal de occidente. Otorgar al sujeto de dicha estabilidad el derecho a

elegir sobre su principal rol social rompe entonces con los parámetros de funcionalidad del sistema. Es por ello que la ILE en casos de contingencia se concede a la mujer, más que otorgársele el permiso (sic) de decidir sobre su cuerpo y sobre su vida.

La misión del feminismo, en este caso, va mucho más allá de procurar garantizar a las mujeres el acceso a la ILE cuando lo tienen permitido; se erige sobre la reivindicación de la ciudadanía femenina, sobre el replanteamiento de las relaciones de poder que siguen condescendentemente negando a las mujeres el acceso a los mismos derechos que tienen los hombres.

### 7.3 FENÓMENO SOCIAL

El fenómeno del aborto ha sido ampliamente debatido en el mundo. Ya en 1918 la mujer pionera en esta materia, Aleksandra Kollontai, impulsa la despenalización del aborto como una de sus tantas medidas respecto de los llamados “Derechos y libertades de las mujeres”. El sustento que había detrás de la despenalización del aborto era tan vigente entonces como lo es hoy en que se conmemora nuevamente su despenalización en América Latina y el Caribe –este 28 de septiembre–, es decir, el aborto como fenómeno social, no otra cosa sino como una de las formas materialmente existentes en que las mujeres podemos decidir sobre nuestra reproducción. Un derecho a decidir sobre la reproducción, sin la posibilidad de interrumpir el embarazo, no es tal. Derechos sexuales y reproductivos, sin aborto, no son tales.

La ciudadanía imperante es excluyente por esencia, y en la disputa por ser reconocidas, como mujeres solo nos convertimos en plenas ciudadanas cuando podemos gozar de derechos sexuales y reproductivos. El aborto, por supuesto, no es el único aspecto de este derecho. Lo es también la educación sexual, la anticoncepción, la expresión del género y el desarrollo de una sexualidad plena. Todos ellos apuntan a la aspiración suprema de la modernidad: la libertad para decidir.



En Chile nos encontramos debatiendo sobre su despenalización en tres causales. Los términos de la discusión pública han dejado de manifiesto que una de las claves del mantenimiento del orden patriarcal es la consideración de las mujeres, es decir, de la mitad de sociedad, como menores de edad, las cuales siempre

necesitan de la tutela de un hombre que hable por ellas y de estructuras jurídicopolíticas que, bajo el pretexto de su protección, reduzcan al mínimo su autonomía. De esta manera, cuando se habla de aborto, nos llevan a un debate sobre nosotras pero sin nosotras.

Sin embargo, la cuestión del control del Estado y las élites sobre el cuerpo de la mujer nunca ha sido un tema cultural, valórico o moral. Esta visión construye socialmente la idea de que el reproducirse es una decisión individual, así como el no hacerlo, pero que, sin embargo, debe ser controlada, ubicando a las mujeres como incapaces. En palabras de Silvia Federici: la penalización del aborto es “la caza de brujas del s. XXI”. Pero es importante entender que esto no es así. Es un tema económico, pues el capitalismo siempre ha necesitado al patriarcado y del control del cuerpo de las mujeres, pues así controla las fuentes de reproducción de la fuerza de trabajo: maternidad, crianza, cuidado, alimentación, educación, salud o, dicho de otro modo, todo aquello que se considera “doméstico”, lo cual se piensa es una primera riqueza que debe ser controlada para la acumulación de capital.

El aborto avanza en la línea de la igualdad. Otorga capacidad de decisión en esferas donde hoy solo ofrece cárcel y muerte. La penalización del aborto solo ha significado para las mujeres el cercenamiento de su sexualidad y la autodeterminación de sus proyectos de vida, y en el peor de los casos y de manera lamentable, la muerte por su realización en contextos de clandestinidad.

Y asimismo es una cuestión también política. La libertad a decidir que defiende la modernidad capitalista y el liberalismo son por ellos mismos mermados y cercenados cuando niegan la autonomía de la mujer a decidir su futuro y reproducción. Por ello, debemos entender el trabajo reproductivo, en dos aspectos: la reproducción de la vida y la reproducción del capital. En este sentido, la imposición de la minoría de edad para negar nuestra autonomía y decisión, es herramienta para mantener la desigualdad perpetua a la que nos han sometido para la reproducción del orden vigente.

No hay libertad sin igualdad. Y quiénes sino las mujeres hemos sabido históricamente reconocer y sobre todo cargar con las desigualdades que el patriarcado nos ha impuesto desde tiempos remotos, cuya lógica, como hemos

señalado, el capitalismo ha aprovechado y potenciado con la división sexual del trabajo a la que ha dado lugar. ¿Cómo ser iguales en una sociedad que nos divide en clases, y a las mujeres nos relega a las funciones de reproducción social y cultural de roles que tienen su origen en el hecho de tener útero y parir: el rol de madre-esposa.

El aborto avanza en la línea de la igualdad. Otorga capacidad de decisión en esferas donde hoy solo ofrece cárcel y muerte. La penalización del aborto solo ha significado para las mujeres el cercenamiento de su sexualidad y la autodeterminación de sus proyectos de vida, y en el peor de los casos y de manera lamentable, la muerte por su realización en contextos de clandestinidad.

En este orden de ideas, el proyecto de despenalización del aborto en tres causales nos ha parecido relevante puesto que, si bien es insuficiente, permite poner el debate sobre la mesa y abrir una puerta que nos parece importante no permitir cerrar. Con ello nos referimos al camino hacia la plena autonomía de la mujer. No hablamos, por tanto, solo del derecho de las mujeres violadas o de las contempladas en las tres causales, hablamos de todas las mujeres, pues somos todas las que vivimos cotidianamente las consecuencias de la división sexual del trabajo al obligarnos a elegir entre desarrollo personal y maternidad, enjuiciándonos y dificultándonos cualquier decisión.

Pero esta dimensión no se ha sabido recoger en la discusión actual sobre el aborto. La discusión está enclaustrada en ideologismos morales y/o religiosos, que a nuestro juicio son de dudoso respeto hacia la humanidad y la condición de la mujer. No queremos decir que las legítimas creencias personales, en una sociedad democrática, no existan, sino que llevamos el cuestionamiento más allá, preguntando ¿en qué punto dichas creencias personales se convierten, en este sentido, en legitimadores de la desigualdad?

En la medida que ha ido avanzando la discusión legislativa, hemos podido ver con claridad los avances de los sectores que históricamente han negado nuestros derechos. La aprobación castrada de la causal de violación en señal de ello, pues rebajar las semanas para realizar la interrupción en el caso de las niñas, así como

la idea de tutela pone cuesta arriba la decisión de menores de edad, y con ello el largo y pedregoso camino hasta la prestación de aborto. Estas limitaciones obvian el contexto de violencia, sometimiento e indeterminación de estas niñas y mujeres, que han sido cotidianamente sometidas al yugo de la voluntad de un hombre que, en su mayoría y sobre todo en el caso de menores, es cercano y/o responsable legal de estas. Estas regulaciones son una clara radiografía de la imposibilidad del gobierno de organizar a la Nueva Mayoría en favor de las mujeres.

Queremos dejar claro que no defendemos que se faculte al Estado a imponer una decisión más allá de la voluntad de la mujer, sino al contrario, que el Estado resguarde y fortalezca la autonomía de todas nosotras. Nuestros cuerpos no pueden seguir siendo instrumentos del Estado ni del mercado. Luchar por el derecho a decidir significa soberanía y democracia, por tanto el aborto y la reproducción no deben seguir siendo decisiones individuales, que atañen al mundo privado, sino que a la sociedad en su conjunto: a la libertad y derechos que concedemos a las mujeres, sacándolas de una desigualdad naturalizada e invisibilizada –que ha mantenido la reproducción del rol de género como mandato social– y construyendo soberanía colectiva y personal sobre nuestras vidas y sobre el país que queremos construir.

Para nosotras, es esencial que el Estado otorgue garantías y trate a la mujer como sujeto y no como objeto de poder, propio del modelo de control que han mantenido las elites, negando la situación política de las mujeres porque niegan la desigualdad como condición estructural del modelo. De ahí que la defensa a la autonomía abre camino a una lucha política que trasciende el objetivo de la ley, porque nos posiciona en la lucha contra la desigualdad. El camino por recorrer es largo si queremos establecer derechos sociales, civiles y políticos para las mujeres, y ciertamente los programas o promesas no han bastado ni bastarán para transformar esta condición.

## 7.4 LA MORALIDAD DEL ABORTO

Esto significa que estamos ante la presencia de diferentes concepciones que consideran que la vida humana es valiosa desde perspectivas antagónicas (Dworkin

1994, cap. 3) por lo que quizá no valdría la pena inflar demasiado una teoría con este aspecto ontológico; más bien, se podrían considerar los derechos en juego sin esta base sustancialista que no permite demostrar la razonabilidad — o, para ser más contundentes, la verdad— de ninguna de las concepciones y hace tan difícil el asunto del aborto, esto es, llegar a un acuerdo razonable. La falta de acuerdo está muy extendida. Recordemos que el autor establece una analogía entre el aborto y la "anticoncepción", pero ¿hasta qué punto es válida esta analogía? Aunque la analogía del aborto con el asesinato sea descartable, parece necesario distinguir, por mor del concepto de persona utilizado por el autor, una blástula o embrión de un feto que ya lleva dos o tres meses de desarrollo; por lo tanto, este embrión o feto ya es "concebido", de manera que la analogía con la anticoncepción tiene una aplicación restringida. Empero, es cierto que no todos los liberales como Ortiz Millán acuerdan en el plazo para permitir el aborto. Como nos dice el autor, hay legislaciones que no establecen límite de tiempo.

Lo que Ortiz Millán diría de estas legislaciones liberales extremas, como de las posiciones opuestas, es que pecan de irrazonabilidad. Para Ortiz Millán, una posición razonable es aquella que estipula el límite del primer trimestre para permitir el aborto. El argumento de "doce semanas y un día" sería absurdo, ya que nos plantearía la exigencia de computar el proceso de gestación por días y no por semanas como resulta adecuado hacer, dado el carácter continuo y gradual del mismo. Pero aquí habría que subrayar que el problema de la vaguedad no sería extirpable porque todo concepto gradual la presupone, motivo por el cual podríamos tener aprietos para evaluar, en el marco de la ponderación de derechos en conflicto, la permisión o prohibición moral del aborto para los casos no centrales.

Segundo, ¿no habría cierta tensión en la propuesta del autor? Como vemos, él fija como término final de la permisión del aborto el plazo de tres meses. Sin embargo, parte importante de su esfuerzo filosófico ha consistido en levantar su teoría a partir de un concepto de persona —hecha y derecha— que se instanciaría recién a partir de las semanas 24–25. ¿Por qué no permitir también el aborto, entonces, a los cuatro o cinco meses? La respuesta de Ortiz Millán es que hacer tal cosa sería irrazonable. El plazo de tres meses nos permite "ir a lo seguro", ya que no habría

todavía allí una persona real a la que dañaría el aborto. Con todo, siguiendo el argumento de Ortiz Millán, tampoco habría una "persona" a los cuatro o cinco meses y esto es lo que podrían objetarle otros parientes de la familia liberal.

La respuesta de Ortiz Millán podría ser que aun si lo anterior es cierto, resulta menos invasivo intervenir médicamente a una mujer que desea abortar dentro de los tres primeros meses que hacerlo posteriormente. Pero ¿sería decisiva esta respuesta para defender el plazo de tres meses? Hay, por último, una cuestión de mayor calado: ¿es concluyente el argumento según el cual la "personalidad" debe comprenderse a partir del momento en que los seres ofrecen una capacidad mínima de sentir dolor, hambre, frío, etc., que se activaría en las semanas 24–25 Scott Rae (1995, p. 140) sostiene que la posibilidad de sentir tiene una muy escasa conexión con la discusión de la personalidad del feto; pensar que esta posibilidad marca el momento decisivo es confundir la experiencia del daño con la realidad del daño.

Según Rae no se sigue que, del hecho de que el feto en cierta etapa no pueda sentir daño, no resulte dañado realmente. Su ejemplo es que si estoy paralizado y por esto no puedo sentir dolor cuando me amputan las piernas, ello no significa que no haya perdido mis piernas.

A la luz de las consideraciones anteriores, parece que el concepto de persona tiene todavía algunos problemas que contestar. Pasemos ahora a la ponderación de derechos en conflicto (cfr. Rowan, 1999, cap. 8). Exigir la misma para dirimir

conflictos es una manera de avanzar en la idea de que los derechos no deben concebirse como "absolutos en choque" (Tribe 1992); tal concepción impediría no sólo la ponderación, sino que generaría una situación de impasse no susceptible de resolverse en forma conciliatoria.

Ahora bien, cuando se habla de ponderación es necesario reflexionar sobre dos grandes temas. El primero es a qué tipo de conflicto se pretende aplicarla: ¿es la ponderación un procedimiento exitoso para todo tipo de conflicto? Algunos autores han entrevisto en el aborto un ejemplo de conflicto dilemático (Gowans 1987, p. 3; Cohen 2003, pp. 337–338; Platts 2000; Wenz 2007, pp. 382–391; Zucca 2007). Los dilemas son formas severas de conflicto donde la moralidad parece mostrarse limitada para cumplir su función de suministrarnos una guía "razonable" para, por ejemplo, ponderar objetivamente el peso de los valores conflictivos y llegar a una decisión práctica.

Esto es algo desafortunado, ya que la moralidad pareciera retirarse justo en el momento en que característicamente más la necesitamos. Cuando discutimos sobre aborto parece importante interrogarse, antes, sobre si éste ejemplifica alguna forma de dilema e, incluso, si algunos casos de aborto podrían catalogarse de conflicto trágico en el sentido de que se sacrifica un valor considerado "esencial".

Aspiramos a que la guía moral nos lleve a una "respuesta correcta", pero asumir que se sacrifica un valor esencial podría dejar un residuo moral importante que afectaría el estatus "correcto" de tal respuesta.

El segundo tema es que la ponderación es un procedimiento cuya objetividad, generalidad y estatus genera mucho debate (véase, por ejemplo, Moreso 2002, pp. 227–249). Ortiz Millán sugiere algunas pistas sobre ambos temas. Del primero, reconoce que no siempre hay acuerdo acerca de si una salida propuesta es "razonable" o no (Lariguet y Martínez 2008); de lo segundo, se podría pensar que su concepto de ponderación es derivado de su concepto de persona.

Como el estatus de persona es producto de una atribución gradual y continua (también Tomasini 2002, p. 81), basada en aspectos emergentes del feto, entonces, su teoría implícita de la ponderación vincula tal atribución con una sensibilidad a los rasgos relevantes de personalidad que van surgiendo gradualmente y que hay que considerar a la hora de asignar peso a los derechos.<sup>2</sup> Recordemos que la teoría de Ortiz Millán sólo activa la ponderación pasados los tres meses de embarazo; a partir de aquí, hay que considerar los grados de desarrollo del feto a fin de establecer el peso de los valores en conflagración.

Durante los primeros tres meses, la teoría de Ortiz Millán respondería que no hay conflicto alguno y que no hay un residuo moral particularmente importante ya que la interrupción del embarazo no ha dañado a una persona real (o con todas las letras).

Pero, pasado el primer trimestre, su teoría dirá que atendamos a la evolución gradual del feto; por ejemplo, a la semana 25 (seis meses transcurridos) su propuesta probablemente le daría un peso menor a la decisión de la mujer sobre su propio cuerpo<sup>3</sup> y un peso mayor al respeto de la vida del feto<sup>4</sup> que ya expresa algunos de los rasgos que el autor estima relevantes para ser considerado persona: el feto ya tiene corteza cerebral y es factible atribuirle una vida mental simple.

Dejaré la fascinante cuestión de las espinas que ofrece la ponderación para focalizarme ahora en la cuestión de la razonabilidad de la propuesta de Ortiz Millán. El autor insiste —cuasi arisotélicamente— en que su postura moderada es la más razonable de todas, acaso por no situarse entre los extremos (cfr. Valdés 2001, pp. 83–87).

Pero qué quepa entender por "razonabilidad" no es un asunto que en filosofía esté del todo determinado. De hecho, el autor admite las discrepancias de concepción acerca de cuál propuesta ha de clasificarse como razonable. Voy a suponer aquí



que la "razonabilidad" es una carga argumentativa atribuible a las personas que batallan sobre el aborto que exige:

- 1) Ser sensibles a la guía de las mejores razones posibles;
- 2) Esmerarse en construir conscientemente argumentos coherentes;
- 3) Autocriticar los propios argumentos;
- 4) Disposición a tomar en serio los argumentos de las diferentes posiciones.

Esta conceptualización debe ser distinguida de la pregunta sobre si el aborto, en alguna de sus clases, encarna en ocasiones un conflicto dilemático trágico que afecta la posibilidad de respuesta correcta; también es independiente de si la teoría de Ortiz Millán es la mejor respuesta posible para el aborto en general o sólo para algunas situaciones en particular. Una persona razonable sólo debería acreditar sensibilidad para reconocer que "x" es la mejor respuesta posible, no necesariamente para suministrarla ella misma.

Uno de los ejemplos emblemáticos en los cuales la razonabilidad resulta costosa se encuentra en la discusión sobre el aborto: la gente en general (los filósofos son parte de la clase) suelen apasionarse por sus argumentos de una forma tan grande que el rasgo de "no absoluto" que explícitamente algunos atribuyen a los derechos en conflicto se ve desmentido.

Uno de los méritos de la teoría de Ortiz Millán es tener conciencia del problema, ya que lo que anima su teoría es el deseo de "satisfacer parcialmente ambos valores" y lograr una discusión razonada a fin de llegar a una solución de compromiso consensuado. Aunque él sostiene que la "mayoría de la gente" se ubica en la postura moderada que haría posible esta solución de compromiso, resulta algo extraño comprobar que esta posición no ha logrado prosperar en forma mayoritaria.

Quizá esto ocurra porque el número de gente razonable es mucho menor de lo que la tesis optimista del autor admite. Lo que pasa es que algunos son moderados conservadores y otros moderados liberales. Es por esto que ni entre moderados es posible identificar acuerdos claramente.

De cualquier manera, la gran cuestión de fondo es qué haría posible que tal discusión fuese razonable, de modo tal que posibilitara llegar a un acuerdo que, como dice el autor, tenga que ser aceptado por todos (no simplemente una mayoría). Habermas ha sostenido que lo que haría posible tal discusión es una concepción ampliada de la restrictiva idea original de "razón pública" rawlsiana. Según Habermas (2006, pp. 121–158), es preciso lograr una posición que, por una parte, del lado "laico" reconozca el valor potencial de verdad que podrían tener los discursos "religiosos" para resolver conflictos morales recalcitrantes, y por la otra, que los religiosos construyan argumentos susceptibles de debate público. Ortiz Millán acogería el "espíritu" de la propuesta de Habermas dada su frecuente mención de la necesidad de encontrar una vía intermedia que resulte conciliatoria con respecto a las posturas beligerantes.

Ahora bien, Ortiz Millán cree, en primer lugar, que gran parte del problema de que la discusión sobre el aborto se estanque obedece a argumentos en contra del aborto que, a la larga, tienen un origen religioso.

En segundo lugar, su idea pareciera ser no sólo que el Estado deba ser "laico", sino que todos los argumentos se "reconviertan" en laicos a fin de lograr una discusión razonable y pública. Pero esta postura que compartía el espíritu inicial habermasiano orientado a ensanchar el ámbito de la razón pública y a distribuir cargas en ambas partes, respetando el origen de los argumentos como tal, ¿no se separa aquí de Habermas y presupone un concepto más restrictivo de razón pública? En caso de que la respuesta fuese afirmativa, ¿no cerraría las puertas tal posición al consenso extendido que se busca? O, con otras palabras, ¿la postura moderada de

Ortiz Millán no estaría saturada de esta restricción generando reacciones extendidas de rechazo más que de aceptación?

El apoyo de la propuesta de Ortiz Millán en una idea de laicidad parece un paso necesario para separar Iglesia y Estado, pero ¿obliga conceptualmente a transformar los argumentos religiosos en argumentos laicos? Ortiz Millán argumenta que sí y que la laicidad es garantía de "neutralidad" estatal. Lo que pareciera encontrarse bajo su posición es cierta identificación entre los conceptos de neutralidad y laicidad como enlaces de una posición liberal. Pero esta identificación, sea o no planteada en el texto del autor, resulta problemática. Hay liberales:

1) como Raz (1986, p. 162), que admiten un denominado "perfeccionismo mínimo" que presuponga cierta concepción de lo bueno moral que no resulte coercitiva, o

2) como Dworkin (1983, pp. 47–50), que construye un liberalismo complejo que mantiene la neutralidad del Estado para no violentar la autonomía personal de los individuos, pero que admite también un liberalismo basado en la igualdad como nudo de una teoría de la justicia orientada a tener una mejor sociedad.

Esta última versión del liberalismo parece admitir que cierta idea de bondad moral es admisible en el diseño normativo de la sociedad, pero sin poseer ya una idea tan estricta de neutralidad detrás. La postura de Ortiz Millán tiene un aire de familia con estas alternativas cuando señala que "el Estado debe garantizar la autonomía y libertad de conciencia de los individuos" (p. 120) y puntualiza que todos tenemos un igual derecho a estas libertades fundamentales.

Estos valores ya determinan que el Estado imponga cierta concepción mínima del bien. Algo distinto de esto es el concepto de "laicidad" o, quizá deberíamos decir, de cierta concepción de laicidad. Por ejemplo, las constituciones de Francia y Turquía, *mutatis mutandis*, imponen explícitamente el laicismo como una doctrina

que admite ciertas acciones y excluye otras: por ejemplo, usar el velo en las escuelas públicas.

Este tipo de estrategias ha sido criticado precisamente por obstaculizar un proceso de comprensión mutua (Zucca y Cvijic 2004) como el que busca Ortiz Millán. Por esto, quizá, debemos todavía discutir mucho acerca de cómo nuestras concepciones de laicidad y neutralidad (y agreguemos: de pluralismo, tolerancia y democracia) se conceptualizan y relacionan y, a partir de aquí, cómo afectan nuestras propuestas teóricas.

La teoría de Ortiz Millán sienta las bases para una discusión sensata sobre la moralidad del aborto y sus temas vecinos. No es una teoría sólo descriptiva y conceptual. También es deliberadamente normativa: pretende operar como el test de razonabilidad de argumentos, actitudes y leyes. Hablar de la moralidad del aborto presupone, implícitamente, que la teoría de Ortiz Millán elabora las fuentes para establecer cuál es la mejor concepción. Es sin duda un movimiento atrevido si uno se ata a la reflexión, á la Nagel, según la cual no hay algo así como la moralidad —en este caso del aborto—, sino las moralidades del aborto. Ortiz Millán apuesta fuerte, ya que nos ofrece una teoría que normativamente deberíamos considerar como la mejor.

Por ejemplo, respecto de las leyes sobre el aborto, la teoría de Ortiz Millán está destinada a enjuiciar su moralidad —antes que su legalidad constitucional—. Éste es un punto de partida interesante. En términos más abstractos, no parte de la pregunta acerca de qué lugar pueda tener la moralidad dentro del derecho, sino, al revés, qué lugar pueda tener el derecho dentro de la moralidad. La tesis subyacente, como alega Raz (2009, pp. 188–189), es que si el "Derecho no es moral nada lo es". Puede ser que un derecho dado sea moral, pero algunas de sus leyes no; por ejemplo, por prohibir el aborto irrazonablemente, motivo por el cual tendríamos que usar los argumentos de Ortiz Millán para interpretar tal Derecho en forma "innovadora"

## 8.- INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

### 8.1 PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Este enfoque se caracteriza por permitir la comprensión y reflexión sobre un tema, posibilitando la reflexión sobre problemas que nos interesan, a partir de lo sentido por los sujetos; los datos que serán sometidos a análisis, por contener significado nos ayudaran para la comprensión del problema en estudio

Este estudio es de tipo exploratorio y descriptivo, donde fue utilizada la técnica de análisis de contenido, la cual se define como "...una técnica de investigación que tiene por finalidad la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido expresado a través de la comunicación".

El cuidado de enfermería a mujeres que abortaron fue estudiado a partir de la entrevista con 13 mujeres, hospitalizadas en un hospital público de un municipio paulista, durante los meses de mayor, junio y julio de 2003, posterior a un periodo de hospitalización de 20 horas como mínimo.

La preocupación se centró en el contenido de las entrevistas, con la finalidad de garantizar la reflexión sobre las experiencias del cuidado de enfermería vivido por las mujeres que abortaron; la saturación de los datos se dio cuando los contenidos se repetían, sin que hubiesen nuevos datos para ser interpretados.

Los procedimientos éticos de la investigación en salud fueron considerados, siendo el proyecto sometido a la aprobación del hospital donde fue realizado el estudio, y posteriormente aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la misma institución.

Algunos aspectos fueron considerados como importantes, tales como la presentación formal del entrevistador, el interés por la entrevista, el objetivo del estudio y la garantía del anonimato sobre los nombres verdaderos. Al finalizar cada

entrevista, fue dada la oportunidad para que las mujeres pudieran aclarar dudas sobre aspectos relacionados al tema.

La entrevista con cada mujer fue dada posterior a la presentación del entrevistador, firma del Término de Consentimiento Libre y Aclarado y la solicitud de autorización para ser grabada, dejando clara la posibilidad de parar la grabación, durante la entrevista, en caso la grabación afectase su disponibilidad para hablar.

Luego de estos procedimientos, la entrevista se iniciaba con las siguientes preguntas: ¿Cómo usted reconoce el cuidado de enfermería que está recibiendo? ¿Puede describirlo? Se resalta que, todas las entrevistas fueron realizadas por uno de los investigadores.

Los datos recolectados por su naturaleza y subjetividad fueron analizados cualitativamente, siendo sistematizados de acuerdo con la técnica de análisis de contenido, optando para su organización por el análisis temático, con el objetivo de analizar los significados de lo expresado por las mujeres acerca del cuidado de enfermería brindado durante su hospitalización.

Con el objetivo de analizar el cuidado de enfermería vivido por las mujeres, se buscó identificar en sus expresiones el significado de este cuidado. Se realizó el ejercicio de volver y mirar para el cuidado, sin preconceptos sobre la temática, con la intención de comprenderla en ese momento, desde el punto de vista de quien vive el proceso de ser cuidada en esta situación.

Así, posterior a la lectura de las expresiones, fue elegida una categoría central que fue el cuidado de enfermería vivido durante el aborto, el cual se presentó a partir de cuatro subcategorías, el conocimiento: el cuidado centrado en las necesidades físicas; el temor por ser juzgada por esta situación; aspectos legales definiendo el cuidado; la necesidad de apoyo en esta situación.

En ese momento, fueron destacadas partes significativas que componían esta categoría, siendo mantenidos de la forma como fueron expresados por las mujeres. Para garantizar y preservar el anonimato, las mujeres fueron identificadas por nombres ficticios escogidos por los investigadores.

Las mujeres tenían edades entre 20 a 45 años. En el momento del aborto presentaban una edad gestacional de 9 a 22 semanas. Cinco de ellas eran solteras, tres casadas y cinco amantes. El nivel de instrucción varió de analfabetismo hasta media completa. En relación a la ocupación, una era estudiante, tres amas de casa, dos desempleadas, cuatro empleadas de hogar, dos recepcionistas y una empleada pública. Tres relataron ser primíparas y, para las otras, el número de hijos varió de uno a cuatro, sin embargo tres expresaron ya haber pasado por un aborto anterior. De estas mujeres, apenas dos habían planificado el embarazo. Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, ocho mencionaron no usar ninguno; tres tomaban la píldora, pero interrumpieron su uso. El cuidado de enfermería vivido durante el aborto

El cuidado no debe resumirse en acciones e intervenciones de salud, antes que esto debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro Inter.-subjetivo para el ejercicio de una sabiduría práctica en salud, apoyada en tecnología, pero sin dejar que se resuma solo a ella; debe promoverse antes una reunión entre el cuidador y el cuidado, con el objetivo de entablar una relación mas simétrica entre ambos. En el presente trabajo, el cuidado no puede ser vivido en esta dimensión conforme se describen en las subcategorías siguientes.

El cuidado centrado en las necesidades físicas

En sus discursos, el significado del cuidado de enfermería fue percibido por las mujeres como aquel en el cual, la gran mayoría de veces se realiza lo "básico" . El significado dado por ellas muestra que la atención de las necesidades físicas y el

desempeño de los procedimientos técnicos fue mencionado como "normal", con énfasis en la atención a las necesidades relacionadas al cuerpo físico.

Normal, las personas, la enfermera es buena. Todo normal, un óptimo tratamiento. Todo lo que uno necesita está en el cuarto. Todo lo que necesitas te lo dan, es así. No es mal educada, ni nada, es buena (Gilda).

... el cuidado de los enfermeros es normal, nos realizan higiene, miden la presión, la temperatura, dan medicamentos... cuidan.... es el rol de ellos (Lúcia).

El campo de la salud opera aún bajo una concepción esencial y biológica de la condición humana. Es necesario un cambio de enfoque en la asistencia, que lleve al equipo de enfermería a reflexionar sobre esta situación, considerando que el cuidado debe ir más allá de la solución de problemas físicos, es decir, incorporar su dimensión social, psicológica y espiritual.

El trabajo de los profesionales de enfermería fue percibido como sin sentido, o cuyo sentido es desconocido por el trabajador, lo que genera que él reproduzca el conocimiento, sumándose a ello, una práctica burocratizada, no existiendo un don que resista la repetición automática de los actos y el trabajar de esta forma en servicios estructurados acostumbra volverse insoportable. De este modo, la competencia del enfermero está asociada al lado técnico y burocrático, y esta forma de ser del trabajo en enfermería fue mostrado en las expresiones de las mujeres y definido como "normal", lo que es considerado el mundo de trabajo de enfermería.

... sería eso... ¿el rol del enfermero? De orientar, de pasar para ver si todo está bien, si se está necesitando de alguna cosa, ver si hay fiebre, colocar los medicamentos, medir la presión. Esas cosas normales... (Vânia).

Estas expresiones revelan que en una situación de aborto, enfermería contempla procedimientos que atienden a las necesidades físicas, siendo este el significado



percibido, por las mujeres, con relación al cuidado de enfermería. En este sentido no hay diferencia en las atribuciones dentro de las diferentes categorías profesionales en enfermería (enfermero, técnico y auxiliar), una vez que las mujeres estudiadas no expresaron discriminación en sus modos de trabajo en las tres categorías profesionales.

El mundo de trabajo de enfermería, en su trabajo diario, según lo expresado por las mujeres estuvo marcado por un modo técnico. Ellas expresaron durante las entrevistas, la forma impersonal de ser en el trabajo de este equipo y que indicaba la necesidad de nuevas propuestas para el cuidado.

Las mujeres revelaron la necesidad de cuidado, la cual debe ir mas allá de procedimientos técnicos. Las necesidades expresadas fueron mas allá del cuidado físico; mostrándose al aborto como una situación difícil, complicada y dolorosa, tanto física como existencialmente.

... la persona va al hospital independientemente de lo que tenga, ella va porque necesita, necesita ayuda... las cosas suceden en nuestra vida y cuando nos damos cuenta ya sucedió...porque sucede con cualquiera. Existe el lado de dolor del cuerpo y el sufrimiento humano ...(Vera).

... ahora, así... físicamente estoy bien... (lloro y mucho) (Dulce).

Se resalta , que el privilegio de los aspectos físicos del cuidado parecen no contemplar las necesidades vividas por estas mujeres, pues ellas trajeron, en sus expresiones, que ese modelo es insuficiente para asistir las integralmente. Las relaciones entre las categorías profesionales de enfermería y la clientela, fueron influenciadas por las condiciones subjetivas de cada persona allí presentes y por las condiciones materiales del trabajo. Las realidades se mostraron complejas, difíciles de ser aprendidas en su conjunto y con una serie de creencias e intereses distintos, siendo muchas veces divergentes.

Siendo por tanto necesario considerar a estas mujeres que tienen sus ambientes de vida, historias, expectativas y especificidades; a pesar de mostrarse en esta situación de aborto como desvinculadas de su propia identidad, escondiéndose muchas veces, para no establecer una relación de confianza con los profesionales, lo que se justifica, la dificultad de enfrentar con un acto considerado pecaminoso e ilegal.

#### El miedo al ser juzgada por el aborto

El miedo de ser juzgada por el acto practicado genera que, algunas mujeres en esta situación inducida por ellas, busquen asistencia apenas porque presentan restos embrionarios; y por miedo de la censura familiar y social, ellas enfrentan la hospitalización solas siendo esto, aún mas doloroso.

También deben ser considerados, los casos de mujeres con aborto espontáneo, frustradas por este acontecimiento y, que muchas veces, son desatendidas y tratadas con discriminación hasta que el equipo toma conciencia que la perdida fetal fue espontánea. Una de las tareas más difíciles es informar a esta madre sobre la perdida del bebe, y poco o nada se hizo para apoyarla psicológicamente. Es frecuente que las mujeres experimenten sentimientos de perturbación moral y rechazo, buscando a veces otros servicios para confirmar la perdida, además de culparlos por no haber evitado la pérdida y la necesidad de saber el motivo del aborto.

El vivir un aborto, genera por tanto, una crisis; y, el trabajo del profesional debe establecer sobre la comprensión de los sentimientos expresados por las mujeres, buscando distinguir algunos temores ambivalentes vividos y, principalmente evitar posiciones legales y moralistas en relación a la práctica del aborto.

La situación es dolorosa y compleja para ambos casos, sean abortos espontáneos o inducidos, por lo que las mujeres necesitan de apoyo y comprensión independientemente de su etiología.

No obstante, al vivenciar el cuidado de enfermería, estas mujeres consiguieron dar significado a las diferencias en el cuidado brindado para ellas.

... nosotros sufrimos mucho, es muy triste y se necesita apoyo, yo me conformé y fue algo que sucedió así.... natural, sin embargo las otras (ella se refirió al aborto provocado), creo que precisan mas apoyo, debe ser complicado(Gilda).

... si aquella persona está pasando por aquello algún motivo debe tener, tu crees que ella quiso pasar por todo eso, sobre tanto y encima ser rechazada, que hablen mal de ella, perseguida... me trataron con mucha humillación desprecio y con punición... todo el mundo sabe que el trato es diferente... con las pocas personas a las que se les pude contar la verdad me dieron la mano, una de ellas fue la enfermera de quien ya te hable..(Adelaide).

El acceso universal a la salud y el respeto a las singularidades de cada individuo, sin ningún tipo de discriminación, son derechos constitucionales. La humanización de las acciones de salud dependen del reconocimiento efectivo de la condición del sujeto, del ciudadano o del ciudadano titular de los derechos, de todas las personas que buscan cualquier tipo de atención a la salud, dentro del servicio público o privado. Cuidar es un acto político y el cuidado es complejo. Tener conciencia de esta complejidad favorece el discernimiento crítico para acercarse mas a la reflexión, evaluación e implementación de prácticas en salud mas pertinente a la situación. La humanización de los servicios de salud y en especial de enfermería, es un proceso continuo y depende de la reflexión diaria del equipo de enfermería sobre el cuidado.

Los aspectos legales que definen el cuidado

Las expresiones de las mujeres revelaron que en ese momento, que el apoyo es imprescindible y fue expresado que, se debe observar la diferencia de apoyo frente a la situación de aborto espontáneo y provocado. En una de las expresiones, una

de las entrevistadas intentó mostrar su condición refiriendo lo inadecuada de la ley brasilera referente al aborto.

...ya que yo comencé a hablar yo voy a hablar. Por ejemplo, la ley prohibió el aborto, pero aún sucede y entonces? Esta situación se da...y tenemos que ir a un hospital...¿cómo es eso? Yo se que el abortar esta mal...pero uno nunca sabe, creo que es tan bueno hablar lo que uno siente, y lo debe decir...es cierto! Lo hice, mi vida está así...yo se que debería haber prevenido pero sucedió (Adelaide).

Necesitamos ejercer nuestra profesión comprendiendo las diversas transformaciones por las que pasa la sociedad, reflexionando sobre los fenómenos que derivan de demandas de cuidado. Toda ley que lo facilite debe ser apoyada por nosotros. La ilegalidad del aborto en el Brasil, no ha conseguido controlar esta situación y se observa que las mujeres tienen conciencia de esto, por lo tanto necesitamos garantizarles el acceso a una atención de calidad en la red pública y privada de salud.

No obstante, el compromiso del cuidado se configura cuando los profesionales de salud se muestran a estas mujeres, con juicios de valores y pre-conceptos.

... es mucho mejor, tu puedes contar la verdad, pero tienes miedo...yo no escondí nada a nadie...ellos creían que yo debería mentir, esconder, y por eso se quedaban con la boca abierta, porque ellos están acostumbrados a la mentira, ellos quieren oír mentiras, pero no puedo hacer eso. Cuantas veces yo me fui del hospital sin ser atendida porque llegaba y decía cual era mi problema, ellos no me atendía... (Adelaide).

Esta entrevistada muestra el hecho que los profesionales prefieren escuchar mentiras, negándose a enfrentar la situación conflictiva y polémica como es el caso del aborto. Es importante que los profesionales de salud, específicamente los de enfermería, aprendan que el acceso universal a la salud y el respeto a las

singularidades de cada individuo, sin ningún tipo de discriminación; son derechos constitucionales

Es comprensible el preferir la atención de embarazos normales, sin embargo quien este en contra del aborto puede ayudar a la mujer, en esos momentos, y si así lo hace no estará cometiendo crimen ni provocando el aborto. Los profesionales de enfermería mantienen una postura que es contraria a ese precepto, muchas veces desconsiderando la individualidad y la dignidad de la mujer en esta condición.

La necesidad de apoyo durante el aborto

Crear un ambiente que propicie el poder escuchar y ayudar a estas mujeres a que organicen sus sentimientos, generando que los profesionales adopten una conducta mas próxima a la vivida por la paciente, de forma que las proyecciones de sus propios deseos y conflictos sean menores<sup>(13)</sup>. La humanización del servicio de enfermería dentro de la organización de servicios se refiere a tener un ambiente acogedor y confortable, principalmente con profesionales calificados y comprometidos con la calidad del cuidado.

Una postura mas humanizada, en que el profesional pueda estar con estas pacientes, brindándoles apoyo, se pudo percibir en las expresiones de ellas, al mencionar sobre la necesidad de apoyo y de poder conversar con alguien.

... el cuidado es eso, yo creo que se puede conversar, calmar a la persona, sea cualquier paciente (Maria Aparecida).

El personal conversa con nosotros, hace todo correctamente, pero pase por tantas cosas que siento falta de apoyo. Ellos conversan , preguntan si está todo bien, si sentimos dolor, pero al mismo tiempo siento falta de información... y de conversar sobre mis problemas...porque ellos son muy superficiales, automáticos (Vânia).

El conformismo de las mujeres sobre el cuidado se evidencia en sus expresiones, destacando también, la superficialidad y el automatismo con que los profesionales de enfermería trabajan.

Nuevas relaciones entre el cuidador y el que es cuidado, mostraron que la subjetividad del sujeto son necesarias, en base al compromiso con la articulación de nuevas estrategias de cuidado, para las personas que sufren.

El deseo de tener un hijo, el haber provocado el aborto o no, la situación económica de la familia y la edad gestacional; no interfieren en la disminución o intensificación del dolor frente a esta pérdida. La expresión de este pesar es extremadamente personal. Así, la aproximación con las mujeres que viven esta situación, es de importancia, pues quienes participan de esta problemática deben permitir y facilitar la manifestación libre de su pesar con gestos, palabras y silencio.

Por lo tanto, el cuidado implica que el profesional entable relaciones con estas mujeres, respetándolas como sujetos con frustraciones, expectativas y sueño. Los profesionales deben saber identificar los momentos de introspección, los cuales son necesarios determinar en la situación vivida.

... es bueno que ellas conversen con nosotros...eso hace bien, nos sentimos mejor..., pero a veces ni siquiera queremos conversar. Por ejemplo , ahora tengo deseos de conversar, porque me libero y sufro menos, creo que esto es bueno, sin embargo a veces no. A veces uno no quiere hacer nada solo pensar y descansar (Renata).

Las expresiones de estos pacientes indican la necesidad de que los profesionales reconozcan el momento por el cual las mujeres pasan, siendo que el apoyo es saber compartir, es estar juntos en aquel momento.

Esta situación de no reflexionar en relación al objeto de trabajo de enfermería, no conduce a una acción efectiva al centrarse en el cuerpo biológico; enfermería debe

mirar a esas mujeres con toda su especificidad, proporcionándole autoconocimiento, toma de conciencia sobre los riesgos a los que se expone con el aborto, la prevención de reincidencia, prepararla en esta situación librándola de peligros sociales, afectivos y emocionales, evitando secuelas físicas y psicológicas y sobre todo evitando una nueva gravidez indeseada y que tenga por consecuencia otro aborto.

Este cambio de paradigma del quehacer en enfermería se identifica por los sujetos del cuidado y es expresado por las mujeres al mostrar cual es su percepción del quehacer fundamentado en la verdad.

Se percibe por la manera como nos cuidan... (Fernanda)

... es bueno conversar y es mejor aún, cuando sabemos que el interés es verdadero... A la persona realmente le importa... puedes o no estar interesada en la persona, en el sufrimiento y se da apoyo cuando se conversa o no, se percibe si es verdadero... o cuando es automático o solo por hablar algo...entiendes?, no me refiero que aquí suceda esto, pero, puede ser que sí, uno percibe todo, la manera de hablar, de mirar, todo.... el mirar te entrega... en el amor es también así (Vera). Estas expresiones muestran que las mujeres perciben como el cuidado está siendo recibido y no solo eso, sino también la manera como esta siendo dado, es decir, si es de forma automática, como parte de la rutina, o es un real interés de ayudar y compartir con las pacientes, lo que permiten que el aspecto físico del cuidado trascienda. Así, el escuchar, algo simple, en la práctica es un fenómeno extremadamente complejo, demandando una articulación de los posibles y múltiples sentidos de cada expresión, así como los conocimientos oriundos de diferentes áreas del conocimiento. Por lo tanto, el escuchar ayuda a disminuir la presencia de comportamientos preconceptuosos y de juicios que generalmente recaen sobre la mujer.

En la institución en estudio, esta dimensión del cuidado, no fue aún alcanzada por los profesionales de enfermería. Por otro lado, las mujeres buscan explicaciones a la falta de respeto del equipo de enfermería, falta de consideración con sus necesidades, falta de información, justificando estas deficiencias con la percepción de que existe cantidad insuficiente de profesionales para atender las demandas y, por lo tanto, les falta tiempo.

Algunas pacientes describieron estos problemas relacionados con el equipo de enfermería como, personal con cantidad insuficiente y falta de tiempo.

... algunos cuidan mas, además de hacer estas cosas... verifican la temperatura, ayudan en el baño, conversan y tiene otros paciente también, puede ser por causa de tiempo (Gilda)

... Ah.. el tiempo... por ejemplo a veces pueden tener muchos pacientes y ellos son pocos, entonces es difícil... (Fernanda).

Las mujeres, como se sienten frágiles por esta situación, buscan justificar la atención puramente a las necesidades físicas, considerando que ellas poseen una expectativa mínima de cuidado.

Algunas de las mujeres indicaron la falta de respeto del equipo en relación a sus necesidades y en momentos de descanso.

Yo comencé a estar nerviosa... El estaba canalizando, pedí que lo colocase mas allá, y no me hizo caso, él comenzó a gritar conmigo y yo comencé a gritar también, y luego él cogió mi vena, pero creo la perforó ... no es porque estamos en una situación de estas que tenemos que ser humilladas por las personas (Maria Aparecida).

Se nota que la falta de respeto del equipo en relación a las necesidades de las mujeres en los momentos de descanso de la paciente, momentos que podrían estar



siendo usados para molestar a la paciente como una punición por haber abortado, nos hace pensar que el profesional tiene juicio de valores, pero que algunas veces da prioridad a los cuidados dependiendo del tipo de hospitalización. Algunas mujeres describieron el cuidado como tardío y muy lento.

... Ah. demora... cuando llamamos demoran... (Maria Aparecida). Ah... el cuidado es bueno, pero creo que es muy lento (Vera).

La demora en la atención a las mujeres es percibida, con mayor intensidad por aquellas que están sin acompañantes. En sus expresiones revelan un cuidado tardío, en el cual tienen que esperar con dolor y calladas, así mismo, otros problemas mencionados fueron, la falta de informaciones en relación a su condición, a los procedimientos realizados, a la terapéutica y a las conductas realizadas.

... no podrían tener mas atención, mas información, nosotros no sabemos lo que sucede, nosotros no estudiamos todos aquello....no sabemos lo que sucede, no se nos informa... y me preocupa... yo quería que se me brinde mas información, explicación de lo que sucede, de lo que pasa... (Vânia).

... solo siento falta de algunas informaciones... (Eduarda).

Las mujeres relatan falta de información y de desconsideración, lo que genera miedo y ansiedad. Por lo tanto, la situación es muchas veces traumatizante, una vez que es dada en base a la soledad y el miedo a lo desconocido. Anticipar o informar significa quebrar lo desconocido disminuir el choque y dividir la sensación de soledad, intentando minimizar los problemas psicológicos

## 8.2 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORTO CON LEGRADO

Se debe explicar a la mujer el procedimiento, así como la resolución de todas las dudas sobre el tratamiento, antes de la intervención. Debe permanecer en ayunas de 8-10 horas antes de la intervención, así como abandonar cualquier tratamiento que interfiera en el sangrado.

Después de la intervención, se debe vigilar el sangrado, dolor y temperatura de la paciente. En unas 24-48 horas si no existe complicación será dada de alta y le explicaremos los signos y síntomas a los que debe atender, puesto que el cuello uterino permanecerá dilatado tras el alta las principales recomendaciones serán:

- Vigilar color, olor y duración del sangrado. Si existe alguna alteración, consultar con su médico y/o acudir a urgencias.
- Control de la temperatura durante la primera semana.
- No usar tampones o duchas vaginales durante 15 días. No realizar baños, solo duchas.
- Abstinencia durante los primeros 15 días.
- Apoyo en la búsqueda de ayuda para fomentar una actitud alegre y positiva. Fomentando que no repriman sus sentimientos y miedos futuros, mediante la comunicación entre ambos miembros de la pareja.
- Colocación de calor local en abdomen para disminuir dolores abdominales.
- Evitar actividades físicas durante la primera semana.
- Tomar analgesia si existe dolores uterinos.
- Acudir a revisión médica a las dos semanas para comprobación ecográfica.

- Si desea buscar nuevo embarazo, se aconseja dejar pasar 5 ciclos menstruales.

Se debe explicar todas las recomendaciones así como resolver todas las dudas que le puedan surgir a la mujer o a su pareja.

Es muy importante realizar una anamnesis completa de la mujer con sospecha de aborto, tranquilizar y explicar todos los tratamientos existentes , así como todas las dudas que puedan surgir durante en proceso a algunos de los miembros de la pareja.

Debemos vigilar posibles signos y síntomas que nos hagan sospechar de complicaciones, así como informar de los cuidados adecuados tras el alta hospitalaria.

La enfermería tiene un papel fundamental en este proceso mediante el apoyo, la resolución de dudas y la entrega de información, a los miembros de la pareja y a toda su familia. Evitando complicaciones y disminuyendo la estancia hospitalaria.

### 8.3 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PÉRDIDA PERINATAL

DdE: Riesgo de Duelo Complicado en los padres R/C dificultad de aceptación de dicha pérdida.

NOC: 1304 Resolución de la aflicción. Indicadores:

- Expresan sentimientos sobre la pérdida.
- Verbalizan la aceptación de la pérdida.

- Refieren ausencia de angustia somática.

- Participan en la planificación del funeral.

NOC: 1305 Modificación psicosocial: cambio de vida. Indicadores:

- Expresiones de sentimientos permitidas.

- Expresiones de apoyo social adecuado.

- Mantenimiento de la autoestima

NIC: 5294 Facilitar el duelo: muerte perinatal:

- Discutir sobre grupos de apoyo y recursos disponibles, si procede.

- Discutir sobre las diferencias que hay entre las formas masculinas y femeninas de aflicción, si procede.

- Preparar al bebé para que sea visto, bañándolo, vistiéndolo, incluyendo a los padres en las actividades, si procede.

- Animar a los miembros de la familia a ver y coger el bebé todo lo que se desee.

- Discutir el aspecto del bebé en función de la edad gestacional y el tiempo transcurrido desde la defunción.

- Disponer de tiempo para que la familia esté a solas con el bebé, según la voluntad.

- Discutir las características de la aflicción normal y anormal, incluyendo factores desencadenantes que precipitan sentimientos de tristeza.

- Proporciona una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte perinatal (Ver anexo 1).

NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento:

- Evaluar la capacidad de la usuaria y su pareja para tomar decisiones.
- Disponer de un ambiente de aceptación.
- Ayudar a la pareja a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Reconocer la experiencia espiritual/cultural de la pareja.
- Presentar a la pareja personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con superación.

P.C: Interrupción de la Lactancia Materna secundario a Pérdida Perinatal NOC:

2301 Respuesta a la medicación. Indicadores:

- Efectos terapéuticos esperados presentes.
- Cambios esperados en los síntomas NIC: 6870 Supresión de la lactancia:
- Administrar por prescripción médica el fármaco para el cese de la lactación.
- Vigilar la Presión Arterial durante la administración de fármacos para suprimir la lactancia.

- Vigilar la coexistencia y molestias de los pechos.
- Aplicar frío local en la zona axilar de los pechos durante 20 minutos cuatro veces al día y en casa, si es necesario.
- Informar a la usuaria de la posible ingurgitación después del alta.
- Administrar analgésicos, si es necesario.
- Animar a la paciente a que lleve un sujetador apretado hasta que se suprima la lactancia.

Aborto espontáneo con legrado

DdE: Riesgo de baja autoestima situacional R/C pérdida de la gestación y cambios en su situación de vida. P.C: Hemorragia, dolor secundario a aborto espontáneo.

NOC: 1302 Afrontamiento de problemas. Indicadores:

- Verbaliza aceptación de la situación.
- Se adapta a los cambios en desarrollo.
- Adopta conductas para reducir el estrés.

NOC: 1205 Autoestima. Indicadores:

- Verbalización de la autoaceptación.

- Sentimientos sobre su propia persona
- Sentimientos sobre si misma.

NIC: 6950 Cuidados por cese del embarazo:

- Proporcionar una guía anticipada acerca de la reacción de aflicción por la muerte fetal.
- Animar al ser querido a que apoye a la paciente, si desea.
- Explicar las sensaciones que podría experimentar.

NIC: 5400 Potenciación de la autoestima.

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
- Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir la autoestima más alta.
- Animar a la paciente a que acepte nuevos desafíos.

NIC: 6950 Cuidados por cese de embarazo.

- Instruir acerca de los signos que hay que informar (aumento de hemorragias, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos o restos).
- Proporcionar los analgésicos o antieméticos prescritos.
- Canalizar vía IV, si procede.



- Administrar medicación prescrita (prostaglandinas, oxitocina,...).
- Animar al ser querido a que apoye a la usuaria antes, durante y después del aborto, si se desea.
- Observar si se producen hemorragias o retortijones.
- Administrar gammaglobulina AntiD en caso de madre Rh negativo.

## 8.4 RECOMENDACIONES GENERALES

### CUIDADOS BÁSICOS PUERPERALES

Higiene: Diaria, de todo el cuerpo, con agua y jabón, evite los baños de inmersión en las primeras 4 semanas. Para la piscina o playa espera 8 semanas. La zona de la episiotomía (cicatriz), debe mantenerse lo más limpia y seca posible para su cicatrización. Dirige el chorro del agua en dirección vagina - ano, secando la zona sin arrastre. Cambiarle con frecuencia la compresa de algodón, no use tampones.

La episiotomía suele cicatrizar entre los 7 – 10 días.

Consultar: Puntos abiertos, fiebre (temperatura mayor de 38° C), molestias al orinar. Enrojecimiento, dolor y zona endurecida en el pecho

Actividad: No debe realizar esfuerzos ni tareas pesadas, durante la primera semana o mientras tengas molestias. Pide ayuda para las tareas domésticas, si lo necesitas. Intenta descansar unas 10 – 11 horas diarias. Comienza en cuanto puedas los ejercicios postparto, evitando los ejercicios abdominales. Favorecen una más rápida recuperación física y, por tanto, emocional.

Consultar: Varices enrojecidas o dolorosas en las piernas.

Eliminación de loquios: Después del parto, se presenta un sangrado vaginal.

Debes observar:

Cantidad: Disminuyendo gradualmente. Color: Los días 2-3, son rojos y fluidos. Luego, serán marroncillos, posteriormente amarillentos y hacia el 15 sólo existe una secreción blanquecina que desaparece a los 20 días.

Olor: tienen un olor ácido característico, pero no deben oler mal.

Consultar: Si aumentan de repente. Si continúan siendo rojos a los 10 días después del parto, si tienen mal olor o aparece fiebre

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN LA PÉRDIDA PERINATAL

Es normal que paséis por todas las fases de un duelo normal. Primero sentiréis aturdimiento, un choque o incredulidad ante lo que os ha ocurrido para seguidamente entrar en una fase de nostalgia y búsqueda de la persona fallecida con pensamientos e imágenes casi alucinatorias y que se acompaña de llanto y desesperación. Comienza cuando la realidad del desaparecido empieza a imponerse; es entonces cuando aparece un período agudo de pesar caracterizado por arranques de ira, adjudicación de culpa y perturbación.

Luego entrareis en una tercera fase llamada de desorganización, se asemeja a un estado depresivo para entrar tras un largo periodo (depende de cada persona) en la fase de organización, donde se produce la aceptación de la pérdida como definitiva y su recuerdo no llega a ser tan doloroso como al principio.

Aunque el amor por el hijo no ha cambiado ni disminuido, los padres aprenden de nuevo a vivir, incorporando la pérdida a sus vidas y recuperando el optimismo más allá del dolor.

- Guarda todos los recuerdos que conserves de tu bebé como alguien importante que ha pasado por tu vida. Os ayudará a pasar por todas las fases anteriores del duelo.
- Desmonta o conserva su habitación, lo que os apetezca. Pero ocuparos vosotros en su debido momento. Sin prisas No reprimid vuestro dolor, expresadlo, comunicaros vuestros sentimientos, aunque sean negativos en este momento. No sirve de nada reprimir sentimientos y sí puede empeorar la situación.
- Recuerda a tu bebé con el nombre que le tuvieras decidido, si no lo habías hecho aún, es un buen momento para elegirlo y recordarlo por su nombre. No pongas a

un hijo posterior el mismo nombre para evitar que sientan que es un hijo reemplazado.

- Ver y tocar a vuestro hijo os ayudará a resolver el duelo, en contra de lo que piensan muchas personas que es mejor no verlo. Si no pudiste hacerlo en el momento del nacimiento, pregunta al personal si puedes hacerlo ahora, siempre y cuando sientas este deseo.
- Es conveniente señalar que un nuevo embarazo precoz no va a sustituir a la pérdida. Para realizar un buen duelo, es importante saber que el bebé que se ha perdido tiene una entidad propia y no puede ser sustituido por nada ni por nadie.

Cierto es que un nuevo embarazo después de una muerte anterior, cierra el ciclo de percepciones psicológicas negativas en la pareja y sobre todo en la madre.

Pero el tiempo lo ponéis vosotros.

## RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL ABORTO LEGRADO

Es posible que manche como en una regla normal durante los 15 ó 20 días tras el procedimiento, aunque puede que no manche nada e incluso que manche unos días sí y otros no. En cualquiera de los casos es normal.

- La primera regla normal tras la intervención suele retrasarse, pudiendo aparecer entre los 30 – 50 días próximos y quizá sea más abundante de lo normal.
- Pueden que aparezca unas décimas de fiebre (hasta 38) que desaparecerán en 48 horas. Si no es así, deberá ponerse en contacto con su médico de familia.
- Si presenta las molestias típicas de una regla, puede tomar el analgésico que normalmente utilice.

- Es posible que tenga molestias en los pechos, que suelen ceder por si solas en pocos días.
- Para prevenir complicaciones se aconseja seguir en los próximos días las siguientes recomendaciones:
  - Utilice compresas, no tampones.
  - No realice lavados vaginales internos. Se recomienda ducha diaria, no baño. Puede lavarse la cabeza.
  - No debe mantener relaciones sexuales con penetración mientras dure el sangrado.
  - No haga gimnasia intensa ni ejercicio físico brusco en las primeras semanas.
  - Mantenga reposo relativo durante 7 u 8 días.
  - Si desea volver a quedarse embarazada, es aconsejable esperar que pasen al menos dos ciclos menstruales.
  - Si eres Rh negativo, se te administrará la gammaglobulina Anti-D para evitar problemas en posteriores embarazos.

## RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EN EL ABORTO

- Es normal que paséis por todas las fases de un duelo normal. Primero sentiréis aturdimiento, un choque o incredulidad ante lo que os ha ocurrido para seguidamente entrar en una fase de nostalgia por el bebé perdido, que se puede acompañar de llanto y desesperación.

- No reprimir su dolor, expresadlo, comunicaros vuestros sentimientos, aunque sean negativos en este momento. No sirve de nada reprimir sentimientos y sí puede empeorar la situación.
- No dudéis en consultar todas las dudas que os vayan surgiendo.

## 9.- CONCLUSION

Al finalizar la investigación, concluyo que el aborto aún existe he incluso algunos miembros de la población están en contra de ello, pero al igual hay población que se encuentra indiferente sobre el tema, no les produce ningún problema mientras ellos no se vean involucrados en este problema, incluso no consideran al feto como a un ser con vida, consideran que esta bien mientras la madre lo crea. Pero esta la otra población que razona que el feto es un ser con vida y él tiene el derecho como todos a vivir y la madre no tiene ese derecho de negarle la vida, incluso se es considerada la madre como una asesina lo que la hace acreedora de un pecado y es juzgada cruelmente por la sociedad. También se puede ver que aún no se tiene una correcta información sobre la educación sexual y reproductiva lo cual conlleva a embarazos no deseados y como consiguiente al aborto.

En la actualidad nos damos cuenta que el tema sigue siendo difícil y delicado puesto que dentro del mismo entorno familiar aún no se tiene la suficiente confianza para conversar sobre el tema abiertamente. Una mujer que se ha tenido la experiencia de un aborto puede ser víctima de muchos problemas psicológicos, que incluso ni con la ayuda de un profesional resuelven su conflicto, incluso llevándolas a tomar la decisión de terminar con su vida, ya que la presión social también puede influir mucho llevándola a un estado de total depresión y soledad. Aunque casi la mayoría de la población crea que el aborto es un atentado contra la vida, la incidencia de mortalidad materna por un aborto de manera negligente no ha disminuido mucho ya que el miedo de estas mujeres y la presión de la pareja les ha llevado a cometer estas acciones sin tomar en cuenta los riesgos que conllevan a su vida, o incluso conociéndolos siguen optando por esta práctica en

clínicas clandestinas. También está el tema sobre el hombre si este también debería tener voto sobre si la mujer deba abortar o no, ya que puede o llega el caso en el que el hombre quiere tener al bebe pero la mujer

se encuentra renuente ante este tema y no quiere ese tipo de vida y opta por esta práctica.

Cuando se habla de realizar este acto cuando la mujer ha sido víctima de una violación ante la población es aceptable ya que no solo llevarían la carga de haber sido lastimadas por tal acto tengan que llevar en su interior el producto de un acto doloroso para ellas e incluso la población a cometido que es incluso injusto para él bebe ya que su vida en algún momento se verá perjudicada por cómo fueron los hechos de su concepción. Pasa prácticamente lo mismo cuando el aborto es decidido cuando los padres saben que él bebe vendrá con alguna malformación, que les impedirá llevar una vida normal he incluso que les permitiera vivir por poco tiempo.

La población se encuentra un poco más a favor de terminar con esa vida que solo vendrá al mundo a sufrir o que incluso no tendrá ni siquiera la oportunidad de crecer, pero también se encuentra el otro lado que cree que ese pequeño tiene el derecho de vivir y luchar por lograr una vida normal, ya que hoy en día se ha demostrado que algunas malformaciones no han sido impedimento para que esta personita se le niega el derecho a vivir una vida normal. En cuanto a la problemática de seguir un embarazo aunque la madre corra el riesgo de perder la vida, la población se encuentra dividida en la aceptación de terminar el embarazo, ya que son las propias madres que no quieren terminar con este por la culpa y sufrimiento que vendrá después.

Otro problema sobre este acto, es la mala información que las redes sociales nos proporcionan, o el exceso de información que nos facilita, no siempre es la correcta y no siempre se muestra toda. Es donde el problema se agranda ya que la falta de información sobre las consecuencias de llevar tal acto conlleva, ya que se está en la creencia que por ser un método natural no será perjudicial para salud cuando incluso puede ser peor y dejar grades secuelas al organismo, trayendo como consecuencia is en un futuro la mujer quisiera formar una familia se le niegue este hecho ya que su cuerpo no tiene las características o ya no es apto para producir



vida. También está el problema de la facilidad de conseguir medicamentos para abortar, ya que se conoce algo sobre el tema y la facilidad con la que llegan a conseguir estos medicamentos es un tema de gran importancia, ya que nos damos cuenta que la imprudencia de este acto puede ser muy perjudicial para la salud de la mujer que incluso la ha llevado hasta la muerte por realizar tal acto sin la correcta indicación de un médico especialista.

El problema también está el nivel socioeconómico que se encuentren estas mujeres ya que una de las problemáticas que las lleva a tal acto es la falta de dinero, y por la falta de un hogar seguros para que viva un bebe o se desarrolle una familia se ven obligadas a cometer tal acto.

El tema del aborto debe ser de toda la población sin distinción alguna ya que en algún momento si no se toma con seriedad el caso, puede suceder dentro del entorno familiar o de algún conocido ya que nadie está exento de esta situación.

La población femenina adolescente es el más peligroso en este tema, ya que la falta de información sobre educación sexual la ha llevado a realizar esta práctica, ya que el embarazo se convierte en un problema que deben solucionar de la manera más rápida antes de que la familia lo sepa. Uno de los motivos más grandes por lo que a mujer ha optado por el aborto es la presión de la pareja, ya que este se encuentra en un estado de des confort al saber que tendrá que ser partícipe de una gran responsabilidad, y al no encontrarse listos para este paso la solución más rápida es la terminación de esta vida.

La población también cree que la mujer se tiene que responsabilizar sobre sus actos y no cometer el error de abortar ya que se sabe que el sentimiento de culpa es tan grande que la mujer puede incluso a tomar la decisión de terminar con su vida. Con este trabajo nos dimos cuenta que el aborto sigue siendo un tema muy delicado para la población, que el problema reside aun en la falta de información sobre la educación sexual y reproductiva, que la población más vulnerable es la adolescente ya que no se percata de la gravedad de sus actos y termina de una manera muy desastrosa. También la población masculina puede llegar a ser uno

de los causantes de este problema ya que la mujer al encontrarse en un estado de vulnerabilidad no se da cuenta de los que está haciendo y ante la presión de su pareja toman una decisión que lamentaran por el resto de su vida. Para que este problema valla disminuyendo toda la población en general tenemos que estar conscientes y no creer que son cosas que nunca pasarían a nuestro alrededor, ya que nunca se sabe cuándo se presentara el problema dentro de nuestro círculo familiar o cerca de, no solo dejárselo a las instituciones sino también uno como padre de familia llevar el dialogo más abiertamente ante los jóvenes para que no entren en pánico y comentan este acto terrible que les llevara a una decisión que nunca podrán olvidar y que siempre cargaran en su conciencia.

## 10.- BIBLIOGRAFIA

### 10.1.- BASICA

1. Cunningham McD, Gant L, Glistrap HC. Williams Obstetrics. 20TH Edition. International edition 2005.
2. Aleman, A; Althabe, F; Belizan, J. Bed rest during pregnancy for prevening miscarriage. The Cochrane Library. Volume (Issue3) 2002.
3. Forna, F; Gulmezoglu, AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. The Cochrane Library. Volume (Issue3) 2002.
4. Kulier, R y cols. Surgical for first trimester termination of pregnancy. Cochrane Fertilty Regulation Group. Volume (Issue3) 2002.

5. May, W; Gulmezoglu,AM; Ba- Thike,K. Antibiotics for incomplete abortion. Cochrane Fertilty Regulation Group.Volume (Issue3) 2002.
6. Roy Callista. Modelo de la Adaptación. Modelos y Teorías en Enfermería, cuarta edición, p 248, 2000
7. Rigol. Obstetricia y Ginecología Editorial Ciencias Médicas, 2004.
8. Colectivo de Autores. Programa de Estudio asignatura Enfermería Ginecobstetrica y Comunitaria Licenciatura en Enfermería (NMP), Vicerrectoria de Desarrollo, 2003.
9. Mariutti, M, Almeida, A, Panobianco, M. El cuidado de enfermería según la mujer en situación de aborto. Revista Latinoamericana de Enfermagem, vol 15, número 1, 2007.
10. González YM. Eficacia de dos intervenciones de enfermería basadas en la teoría del proceso de afrontamiento y adaptación. Roy Adaptation Association Review 2007
11. González, Y.M. Eficacia de dos intervenciones basadas en la teoría del procesamiento y adaptación. Tesis doctoral, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. 2007.
12. Grupo de Estudio sobre el Modelo de Adaptación de Roy. Análisis de los conceptos del Modelo de adaptación de Roy. Aquichan 2002
13. Gómez Lavín C, Zapata García R. Categorización diagnóstica del síndrome post aborto. Actas Españolas de Psiquiatría 2005
14. AHMAN, E., SHAH, I., 2002. Unsafe abortion: worldwide estimates for 2000. Reproductive Health Matters, v. 10(19), p. 13-17.
15. ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS, 2008. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Documento A/171/13, Nueva York: ONU.
16. ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL, 2000. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y el Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, décima época, n. 148, 24 de agosto.
17. BRAMBILA, C., LANGER, A., GARCIA, C., MOLINA, A., HEIMBURGER, A., BARAHONA, V., 2014. Análisis de costos de los servicios post – aborto en el Hospital General Aurelio Valdivieso, Oaxaca, México. México: The Population Council.
18. BAIRD, T.L., GRINGLE, R.E., GREENSDALE, F.C., 2008. AMEU en el tratamiento del aborto incompleto: experiencia clínica y programática. Carrboro (EUA): Ipas.
19. CIFRIÁN, C., MARTÍNEZ-TEN, C., SERRANO, I., 2013. La cuestión del aborto. Barcelona: Icaria.
20. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, 2000. Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: CONAPO.
21. COOK, R.J., 2012. Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades. Debate Feminista, no. 1, p.89-141.

22. CREININ, M.D., PYMAR, H.C., 2000. Medical abortion alternatives to mifepristone. *Journal of the American Medical Women's Association*, v. 55(3), p. 127-132.
23. DAVID, H.P., DYTRYCH, Z., MATEJCEK, Z., SCHULLER, V., 2014. *Hijos no deseados*. México: Edamex (Edición adaptada al español por Anilú Elías y Hortensia Moreno).
24. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2008. *Estado de la población mundial 2000. Vivir juntos en mundos separados. Hombres y mujeres en tiempos de cambio*. Nueva York: FNUAP.
25. FUENTES, J., BILLINGS, D., CARDONA, J.A., OTERO, J.B., 2012. *Una comparación de tres modelos de atención post – aborto en México*. México: Population Council.
26. FUENTES, J., WROOMAN, E., PÉREZ-CUEVAS, R., FLORES, B., CARDONA, A., 2001. Evolución de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, v. 39(5), p. 393-401.
27. GERMAIN, A., KIM, T., 2012. *Incrementando el acceso al aborto seguro: estrategias para la acción*. Nueva York: International Women's Health Coalition.
28. Loredó, A., Vargas, E., Casas, A., González, J., y Gutiérrez, C.J. (2015). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014; 55(2):223-9
29. Rodríguez (2016) El embarazo a temprana edad. Perspectiva de progenitores y madres adolescentes. Universidad politécnica de valencia. Núm. 11. DOI:
30. Ibarra (2003) Adolescencia y maternidad. Impacto psicológico en la mujer. *Rev. Cubana de Psicología*. Vol. 20, Núm. 1 Pág. 43 – 47. Cuba. ISSN: 0257-4322
31. Weng X, Odouli R, Li DK. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 279, e1-e8. 39.
32. You JH, Chung TK. Expectant medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: A cost analysis. *Human Reproduction* 2005; 20(10): 2873-8. 40.
33. Safe Motherhood Initiative, 2004 (<http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>). 41.
34. *Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la Calidad de la Atención Materno Neonatal del Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. MSP 2008. 42.
35. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108. 20.
36. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-8. 21.

37. Fescina, De Lucio, Díaz Rosello, et al. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de la atención de la mujer y de la niñez focalizada en APS. 3ra edición. Montevideo CLAP./SmR 2011. 22.

38. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-7. 23.
39. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6. 24.
40. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-42. 25.
41. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106 (3): 540-7. 26.
42. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114 (11): 1363-7. 27.
43. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-7 28.
44. Empson M, Lassere M, Craig J, Scott J. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005, 5: CD002859. 29.
45. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. Firsttrimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2013 Jan; 87(1):26-37. 30.
46. Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2013 Jun;121(6):1335-47. 31.
47. van der Veen NM, Brouns JF, Doornbos JP, van Wijngaarden WJ. Misoprostol and termination of pregnancy: is there a need for ultrasound screening in a general population to assess the risk for adverse outcome in cases of uterine anomaly?. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Jan;283(1):15. 32.
48. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, et al. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted Conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertility and Sterility* 2008; 90(3): 714-9. 33.
49. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage. Guideline No. 17, 2003. 34.
50. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:712. 35.

## 10.2.- COMPLEMENTARIA

1. Sotiriadis A, Papathedorous S, Makrydimas G. Expectant medical or surgical management of first trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105: 1104-13. 36.
2. Sotiriadis A, Papathedorous S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: Evaluation and management. *BMJ* 2004; 239:152-5. 37.
3. Tian L, Shen H, Lu Q, et al. Insulin Resistance Increases the Risk of Spontaneous Abortion after Assisted Reproduction Technology Treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92: 1430-3.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The care of women requesting induced abortion: summary. Evidence-based Clinical Guideline No.7. London, November 2011. 43.
5. WHO (2007) Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality. World Health Organization, Geneva. 44.
6. Farquharson RG, Jauniaux E, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Updated and revised nomenclature for description of early pregnancy events. *Hum Reprod.* 2005 Nov;20(11):3008-11 45.
7. Cameron MJ, Penney GC. Terminology in early pregnancy loss: what women hear and what clinicians write. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2005 Oct;31(4):313-4. 46.
8. Kaufman A. Counseling women on options for management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician.* 2012 Mar 15;85(6):547. 47.
9. Saciloto MP, Konopka CK, Velho MT, Jobim FC, Resener EV, Muradás RR, Nicolaou PK. Manual vacuum aspiration uterine treatment of incomplete abortion to 12 gestational weeks: an alternative to curettage. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011 Oct;33(10):292-6. 48.
10. Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. *BMJ* 1999; 3:18:593-59
- 11.1. Fáundes, A. Strategies for the prevention of unsafe abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012 Oct; 119 Suppl 1:S68-71. 2.
12. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. First trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception.* 2013 Jan; 87(1): 26-37. 3.
13. Nanda K PA, Grimes D, Lopez L, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Mar 14;3: CD003518. 4.
14. Ahman E, Shah IH. New estimates and trends regarding unsafe abortion mortality. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011 Nov; 115(2):121-6. 5.
15. Rasch V. Unsafe abortion and postabortion care an overview. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011 Jul;90(7):692-700. 6. Neilson JP, Gyte GM, Hickey M, Vazquez JC, Dou L. Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Mar 28;3:CD007223.

- 7.
16. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Schiavon R, Weeks A. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99(Suppl 2):S186–9. 8.
  17. Mbizvo MT, Chou D, Shaw D. Today's evidence, tomorrow's agenda: implementation of strategies to improve global reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 May;121 Suppl 1:S3-8. 9.
  18. Kulier R, Kapp N, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Cheng L, Campana A. Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Nov 9;(11):CD002855. 10.
  19. Plan Nacional de reducción de la muerte materna y neonatal. MSP Ecuador 2008
  20. AGREE Collaboration. Evaluación de guías de práctica clínica. Instrumento AGREE. 2001. Disponible en: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>
  21. 12. Henríquez Trujillo R, Jara Muñoz E, Chicaiza Ayala W, Sánchez Del Hierro G. Introducción a la Medicina Basada en Evidencias. 1ª. ed. Quito: Cooperación Técnica Belga en Ecuador; 2007. 13.
  22. Stulberg DB, Dude AM, Dahlquist I, Curlin FA. Abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2011 Sep;118(3):609-14. 14.
  23. Prine LW, MacNaughton H. Office management of early pregnancy loss. *Am Fam Physician*. 2011 Jul 1;84(1):75-82. 15.
  24. Greibel CP, Halvorsen J, Goleman TB, et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 124350. 16.
  25. Barceló F, De Paco C, López-Espín JJ, Silva Y, Abad L, Parrilla JJ. The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2012 Feb; 52(1):39-43. 17.
  26. Tang J, Kapp N, Dragoman M, de Souza JP. WHO recommendations for misoprostol use for obstetric and gynecologic indications. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013 May;121(2):186-9. 18.
  27. Winnikof B and Sullivan M. Assesing the role of family planning in reducing maternal mortality. *Studies in Family Planning*, 1997, 18:12843. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente.
  28. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108. 20.
  29. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-8. 21.



30. Fescina, De Lucio, Díaz Rosello, et al. Salud sexual y reproductiva. Guías para el continuo de la atención de la mujer y de la niñez focalizada en APS. 3ra edición. Montevideo CLAP./SmR 2011. 22.
31. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-7. 23.
32. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6. 24.
33. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-42. 25.
34. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106 (3): 540-7. 26.
35. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114 (11): 1363-7. 27.
36. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-7. 28.
37. Empson M, Lassere M, Craig J, Scott J. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2005, 5: CD002859. 29.
38. Raymond EG, Shannon C, Weaver MA, Winikoff B. Firsttrimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review. *Contraception*. 2013 Jan; 87(1):26-37. 30.
39. Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2013 Jun;121(6):1335-47. 31.
40. van der Veen NM, Brouns JF, Doornbos JP, van Wijngaarden WJ. Misoprostol and termination of pregnancy: is there a need for ultrasound screening in a general population to assess the risk for adverse outcome in cases of uterine anomaly?. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Jan;283(1):15. 32.
41. Metwally M, Ong KJ, Ledger WL, et al. Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted Conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertility and Sterility* 2008; 90(3): 714-9. 33.
42. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. The investigation and treatment of couples with recurrent miscarriage. Guideline No. 17, 2003. 34.
43. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:712. 35.

44. Sotiriadis A, Papathedorous S, Makrydimas G. Expectant medical or surgical management of first trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105: 1104-13. 36.
45. Sotiriadis A, Papathedorous S, Makrydimas G. Threatened miscarriage: Evaluation and management. *BMJ* 2004; 239:152-5. 37.
46. Tian L, Shen H, Lu Q, et al. Insulin Resistance Increases the Risk of Spontaneous Abortion after Assisted Reproduction Technology Treatment. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92: 1430-3.
47. Diagnóstico y tratamiento del aborto espontáneo, incompleto, diferido y recurrente.
48. Weng X, Odouli R, Li DK. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 279,e1-e8. 39.
49. You JH, Chung TK. Expectant medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first trimester of pregnancy: A cost analysis. *Human Reproduction* 2005; 20(10): 2873-8. 40.
50. Safe Motherhood Initiative, 2004 (<http://www.unfpa.org/mothers/contraceptive.htm>).

## 11. GLOSARIO

### A

Aborto completo: es la expulsión total del producto de la concepción y que no requiere evacuación complementaria.

Aborto diferido: se presenta cuando habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción, no se expulsa en forma espontánea.

Aborto en evolución: presencia de hemorragia genital persistente, actividad uterina reconocible clínicamente y modificaciones cervicales como borramiento y dilatación.

Aborto: es la terminación espontánea o provocada de la gestación antes de la vigésima semana.

Aborto incompleto: cuando ha ocurrido expulsión de una parte del huevo y el resto se encuentra aún en la cavidad uterina.

Aborto inevitable: tipo de aborto en el que existe hemorragia genital intensa, ruptura de membranas, sin modificaciones cervicales o actividad uterina reconocible, complicaciones que hacen imposible continuar la gestación.

Aborto séptico: cualquiera de las variedades anteriores a las que se agrega infección intrauterina y/o pélvica.

Aborto: Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal (hasta 22 semanas de gestación). Se produce la muerte del feto. Consiste en la expulsión o extracción de toda o parte de la placenta con o sin feto identificable de menos de 500 g o menos de 22 semanas completas de gestación. Se puede codificar como una enfermedad (634-639) o como un procedimiento (aborto provocado legal).

Aborto diferido: Es la muerte fetal antes de completarse las 22 semanas del embarazo con retención del feto muerto.

AFCF: Alteración de la frecuencia cardiaca fetal.

Aborto: Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos.

Amenaza de aborto: Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital y cuello cerrado.

Aborto en curso (inevitable): Aumento progresivo del dolor, de las contracciones o de la hemorragia, con modificaciones cervicales o ruptura de membranas.

Aborto incompleto: Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable.

Aborto completo: Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor.

Aborto diferido: aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable.

Aborto séptico: infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus.

Aborto terapéutico: terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la mujer embarazada. Cuando hay riesgo grave para la vida de la madre, riesgo de una enfermedad de origen genético o congénito grave y para salvaguardar la salud física o mental de la madre, cuando estas están amenazadas por el embarazo o por el parto.

Aborto recurrente: Pérdida repetida de la gestación o aborto recurrente: es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones de manera secuencial o alterna.

Amenaza de aborto: es la presencia de hemorragia genital y/o contractilidad uterina, sin modificaciones cervicales.

Aneuploidía: hace referencia al cambio en el número cromosómico, que puede dar lugar a enfermedades genéticas.

Aspiración manual endouterina (AMEU): método de evacuación del contenido uterino por medio de una cápsula plástica o metálica conectada a una fuente de

vacío. Contando desde el primer día de la última menstruación normal, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.

## B

Bacterias	Gérmenes.
Billings	Método de: autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.
Biopsia	Toma de una muestra de tejido para su estudio.
Biparietal	Diámetro: distancia entre ambos huesos parietales, se determina por ecografía para estudiar el crecimiento fetal.
Bisexualidad	Ambisexualidad, orientación sexual hacia hombres y mujeres.

## C

Calostro	Secreción mamaria anterior a la leche que puede producirse durante todo el embarazo y con más abundancia los primeros días postparto.
Cándida	Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.
Caquexia	Desaparición del tejido adiposo con peso muy por debajo de lo normal.

Contrarreferencia: es el proceso inverso a la referencia es decir la devolución del paciente del nivel superior al inferior que lo envió, con la debida información en el formulario correspondiente.

## D

Decidua	Capa del endometrio que se desarrolla desde el comienzo del embarazo.
Defectos del tubo neural	DTN. Conjunto de malformaciones congénitas secundarias a la ausencia de cierre del tubo neural.

## E

Evacuación endouterina: extracción del contenido del útero. Existen varios métodos para la evacuación: aspiración endouterina, legrado uterino instrumental (LUI) y métodos farmacológicos.

## F

## G

Ginecología: Del griego "gynaika" significa ciencia de la mujer, es la especialidad médica y quirúrgica que se encarga del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del sistema reproductor femenino.

Gardnerella vaginal: bacteria que produce vaginosis bacteriana.

## H

## I

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo

## J

## L

Legrado uterino instrumental (LUI): método de evacuación del contenido uterino por medio de legras.

M

Métodos médicos de aborto: utilización de drogas farmacológicas para finalizar un embarazo. A veces también se utiliza el término «aborto no quirúrgico».

Métodos quirúrgicos de aborto: utilización de procedimientos transcervicales para finalizar un embarazo, incluyendo la aspiración al vacío, la dilatación y curetaje y la dilatación y evacuación.

N

O

P

Pérdida repetida de la gestación (aborto recurrente): es la pérdida espontánea en dos o más ocasiones en forma consecutiva o alterna.

Pólipo: tumor pediculado o excrecencia blanda o dura y de aspecto carnososo que depende de la mucosa endometrial.

Prenatal: período durante el embarazo que precede al nacimiento

Prevalencia: la proporción de individuos de una población que padecen la enfermedad

R

Referencia: es el proceso estructurado de envío de un paciente (con información por escrito) de un nivel de sistema de salud a otro superior en tecnicidad y competencia. El nivel superior puede ser el inmediato superior o no.

RUA: Registro Único de Adoptantes a Guarda con fines Adoptivos

S

Síndrome de Asherman: presencia de adherencias intrauterinas posteriores a la realización de legrado uterino instrumental vigoroso.

T

U

V

X

Y

Z

GLOSARIO de OBSTETRICIA reproductor  
femenino.

OBSTETRICIA: Especialidad médica que se ocupa del embarazo, parto y el puerperio, en condiciones normales y patológicas

FECUNDACIÓN: Proceso de fusión de los núcleos del espermatozoide y del ovulo, que resulta en la formación del huevo de carácter diploide.

NIDACIÓN: Etapa de embarazo en la cual embrión se instala en el interior de la mucosa uterina.

EMBARAZO: proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del "conceptus" en el endometrio y termina con el nacimiento.

CONTROL PRENATAL: serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía



## DETERMINACIÓN DE FECHA PROBABLE DE PARTO Y SEMANAS DE EDAD GESTACIONAL:

FPP, se le deben sumar 7 días a la FUM y se le restan 3 meses.

$$\text{FUM} + 7 - 3 \text{ meses} = \text{FPP}$$

Para calcular la edad gestacional, a la FUM se le suman los días transcurridos, y el resultado se divide en 7, dando el resultado en semanas.

**SITUACIÓN:** Relación entre el eje longitudinal del feto respecto del de la madre, y puede ser longitudinal, transversa u oblicua.

**PRESENTACIÓN:** Parte del feto que se exhibe o está más avanzada dentro del conducto del parto, ya sea cefálica, pélvica o transversa (de hombros).

**ACTITUD:** postura o hábito que guardan las diferentes partes del feto entre sí, que generalmente representan un acomodo de flexión.

**POSICIÓN:** Es la relación de la presentación con el lado derecho o izquierdo del conducto del parto.

**VARIEDAD DE POSICIÓN:** Es la relación que guarda el punto toconómico con los extremos de los principales diámetros de la pelvis.

**PARTO:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

**EUTOCIA:** A la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

**DISTOCIA:** Complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

**FISIOLOGÍA DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS:** Las contracciones uterinas actúan mediante

una acción de acortamiento de fibras y su tracción hacia la porción superior, cuyo efecto acorta y dilata

el cérvix e impulsa a través del canal de parto al móvil fetal. Se le estudian tres características clínicas: real.

**TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE:**

1. Inicia en la parte del fondo, en uno de los dos cueros uterino, en una zona denominado

marcapaso, a partir de la cual la onda contráctil difunde de fibra en fibra hacia la parte intermedia e inferior.

2. La duración de la contracción es mayor en la parte superior que en la media y esta a su vez es mayor que en la inferior.

3. La intensidad es mayor en el fondo que en la parte media y el segmento

**UNIDADES MONTEVIDEO:** Usado para la evaluación de la actividad uterina, mide la actividad uterina

y representa el producto de la intensidad promedio de las contracciones uterinas multiplicado por el

número de contracciones en 10 minutos. Valor Normal: 80-120 UM, durante el trabajo de parto oscila

de 90-250 UM, considerándose a partir de 200 UM suficientes para una correcta progresión del trabajo de parto.

UM= (Promedio de intensidad de contracciones uterinas) x (Numero de contracciones en 10 min)

PERIODOS CLÍNICOS DE TRABAJO DE PARTO: Primer periodo de borramiento y dilatación , inicio

clínico del trabajo de parto. Se extiende desde el inicio de las contracciones uterinas (3-5 en 10 min) y

madurez cervical hasta que se alcanza la dilatación completa (10 cm) y

Borramiento del 100%. En el periodo de dilatación se distinguen dos fases: del inicio de parto (4cm de dilatación). Dura 8 hrs (Max 18 hrs) en primípara y

5hrs (Max 12 hrs) en multípara.

cm/hr en primíparas con duración >6hrs y 1.2 cm/hr con duración >5 hrs en multíparas) y finaliza

cuando se alcanza la dilatación completa. La dinámica uterina es regular. Esta fase tiene varias etapas:

1) Aceleración, dilata rápidamente.

2) Máxima pendiente, von velocidad promedio de 1 cm/hr hasta llegar a los 9 cm. 3)

Desaceleración, va desde los 9cm hasta la dilatación completa.

Síndrome de Asherman: presencia de adherencias intrauterinas posteriores a la realización de legrado uterino instrumental vigoroso

Gonadotropina Coriónica Humana (hCG)

2. Lactogeno Placentario Humano (hPL)

3. ACTH coriónica (hCC)

4. Relaxina

5. Tirotropina coriónica humana (hCT)

6. Hormona liberadora de corticotropina (CRH)

7. Hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH)

8. Hormona de crecimiento placentario (hCP)

9. Hormona liberadora de la hormona de crecimiento (GHRH)

---

•

Abdomen agudo	Dolencias de la cavidad abdominal de presentación aguda y que
---------------	---

	requieren en la mayor parte de los casos un tratamiento quirúrgico. Las causas pueden ser ginecológicas ( quiste torsionado, roto, embarazo ectópico etc.), o no ( apendicitis etc.).
Ablación	Extirpación. Del endometrio: extirpación de la mucosa del útero, generalmente por histeroscopia, para reducir el sangrado menstrual.
Aborto	Expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500g. de peso o menos de 22 semanas de gestación.
Abruptio placentae	Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.
Absceso	Colección de pus causado por una infección.
Absceso de bartolino	Inflamación de la glándula de bartolino con acumulación de pus por obstrucción del conducto excretor.
Adenocarcinoma	Tumor maligno de tipo glandular.
Adenoma mamario	Fibroadenoma. Tumor benigno de la mama.
Adenoma ovárico	Cistoadenoma. Tumor benigno quístico del ovario
Adenomiosis	Endometriosis. Focos de endometrio (mucosa uterina) en el espesor del miometrio (pared muscular del útero).
Agenesia	Falta de un órgano o parte de él por ausencia de su desarrollo.
Alfafetoproteína	Sustancia segregada por los tejidos fetales y en el adulto por células tumorales.
Alumbramiento	Desprendimiento y expulsión de la placenta una vez finalizado el parto.

Allen-Masters	Síndrome de: desgarro del ligamento ancho del útero, generalmente secundario a un parto, que puede producir dolores pélvicos.
Amenorrea	Falta o desaparición de la hemorragia periódica mensual (menstruación).
Amenorrea primaria	Ausencia de periodo menstrual a los 18 años (o a los 14 si existe falta de crecimiento o de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios).
Amenorrea secundaria	Ausencia de menstruación durante 6 meses en una mujer que previamente ha reglado.
Amniocentesis	Perforación con una aguja del saco amniótico para la obtención de líquido amniótico.
Amnionitis	Infección del amnios.
Amnios	Capa celular que rodea al embrión-feto y que forma las membranas ovulares.
Amnioscopia	Visualización del líquido amniótico introduciendo un cilindro por la vagina que se acopla al polo inferior de las membranas.
Amniotomía	Rotura artificial de las membranas.
Analgésico	Que mitiga el dolor.
Andrógenos	Denominación genérica para las hormonas sexuales masculinas.
Anemia	Disminución de los eritrocitos, de la concentración de hemoglobina y/o del hematocrito por debajo de los valores normales correspondientes a la edad y al sexo.
Anemia ferropénica	Anemia cuya causa es la carencia de hierro.

Anemia hemolítica	Anemia causada por la aparición de anticuerpos contra los eritrocitos.
Anencefalia	Malformación mortal con ausencia de partes del tejido cerebral por ausencia del cierre del tubo neural.
Anexitis	Infección-inflamación de los anexos (trompas de Falopio y ovarios).
Anexos	Anejos. Trompas de Falopio y ovarios.
Anorexia	Falta de apetito.
Anorexia nerviosa	Grave trastorno psicógeno de la alimentación con una actitud distorsionada frente a la ingesta de alimentos, esquema corporal alterado y negación de la enfermedad.
Anorgasmia	Trastorno sexual funcional con falta de orgasmo en la relación sexual o en la masturbación.
Anovulación	Falta de ovulación
Anovulatorio	Sustancias que produce una falta de ovulación.
Antiandrógenos	Sustancias que inhiben el efecto de los andrógenos (hormonas masculinas).
Anti-D	Profilaxis. Inmunoglobulina que se administra a la madre Rh negativa para prevenir la sensibilización contra el factor Rh positivo.
Anuria	Ausencia de excreción de orina.
Apgar	Índice o esquema de puntos para el diagnóstico del estado del recién nacido.

Aplasia	Desarrollo incompleto de un tejido o un órgano.
Areola	Mamaria: zona arrugada y pigmentada que rodea al pezón.
Arteria	Vaso sanguíneo que lleva sangre oxigenada a los órganos o tejidos.
Asherman	Síndrome de: se caracteriza por la fusión o sinequia de la cavidad uterina.
Asinclitismo	Flexión lateral de la cabeza del feto que en ocasiones impide el parto vaginal.
Aspiración	Inhalación de líquidos o sustancias sólidas con penetración de éstas en las vías respiratorias.
Ateflexión	Inclinación del útero en la pelvis hacia adelante.
Atonía	Uterina: contracción defectuosa del útero.
Atresia	Cierre o falta de apertura de órganos vacíos o de orificios naturales del cuerpo.
Atrofia	Retraso o involución.
Ayuda manual	Maniobras de extracción del feto en el parto de nalgas.
Bacilo de Döderlein	Bacteria normal de la vagina que transforman el glucógeno en ácido láctico cuya función es la de desinfectante vaginal.
Bacterias	Gérmenes.
Bartholinitis	Inflamación y absceso de la glándula de bartholino muy dolorosa que habitualmente requiere drenaje.

Bartholino	Glándula de: glándulas de secreción mucoide situadas en el tercio inferior de los labios mayores que desembocan en los labios menores. Cuando se obstruyen pueden dar lugar a un quiste o un absceso.
Billings	Método de: autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.
Biopsia	Toma de una muestra de tejido para su estudio.
Biparietal	Diámetro: distancia entre ambos huesos parietales, se determina por ecografía para estudiar el crecimiento fetal.
Bisexualidad	Ambisexualidad, orientación sexual hacia hombres y mujeres.
Blastocisto	Producto de la concepción que comienza al 4º día de la fertilización y dura aproximadamente dos semanas.
Bochdalek	Hernia de: grave defecto congénita del diafragma por el que penetra contenido abdominal a la cavidad torácica.
Bolsa de las aguas	Membranas que rodean al feto y al líquido amniótico, derivan en parte de la madre y en parte del feto.
Bracht	Maniobra de extracción fetal en las presentaciones de nalgas
Braxton-Hicks	Contracciones indoloras, normales, presentes durante todo el embarazo.
Brenner	Tumor ovárico prácticamente siempre benigno, generalmente unilateral y que puede adquirir gran tamaño.
Bridas amnióticas	Fusiones del amnios con la piel del feto con el consiguiente riesgo de formación de muñones, surcos o amputaciones en los miembros.

Bromocriptina	Antagonista de la dopamina que inhibe la producción de prolactina. Se utiliza fundamentalmente para inhibir la lactancia y en casos de hiperprolactinemia.
Bulimia	Trastorno psicógeno similar a la anorexia nerviosa en que se ingieren cantidades excesivas de alimentos y se alternan con periodos de ayuno o vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o diuréticos.
Caduca	Decidua. Endometrio transformado por acción del embarazo.
Calostro	Secreción mamaria anterior a la leche que puede producirse durante todo el embarazo y con más abundancia los primeros días postparto.
Cándida	Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.
Caput	Tumefacción de la cabeza fetal que se produce durante el parto y desaparece a los pocos días.
Caquexia	Desaparición del tejido adiposo con peso muy por debajo de lo normal.
Carcinoma	Tumor maligno. Cáncer.
Carcinoma in situ	Cáncer preinvasivo, superficial, que no transpasa la membrana basal.
Cardiotocografía	Monitorización en la que se registra en forma continua la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.
Cariotipo	Recuento e identificación de los cromosomas de una célula definidos por el número, forma y tamaño de los mismos.



Castración	Anulación de las glándulas germinativas (ovarios, testículos) por extirpación, irradiación o tratamiento farmacológico.
Catgut	Hilo empleado en cirugía.
Cerclaje	Sutura circular del cuello uterino empleado para cerrar e impedir su apertura en fases tempranas del embarazo.
Cervicitis	Inflamación-infección del cuello del útero.
Cérvix	Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.
Cesárea	Terminación quirúrgica del embarazo o parto mediante la apertura operatoria del útero.
Ciclo	Ovárico: proceso que conlleva a la ovulación. Menstrual: proceso que conlleva a la menstruación.
Cigoto	Germen, óvulo fecundado.
Ciproterona	Antiandrógeno. Inhibe el efecto de la hormona sexual masculina en sus órganos diana.
Cistitis	Inflamación-infección de la vejiga de la orina.
Cistocele	Descenso del suelo de la vejiga con prolapso de la pared vaginal.
Citología	Papanicolau. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.
Citostáticos	Sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.

Clamidia	Chlamydia. Germen patógeno de transmisión por contacto causante de uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, perihepatitis, conjuntivitis y linfogranuloma inguinal.
Clements	Test de: prueba para la determinación de la madurez pulmonar fetal en una muestra de líquido amniótico.
<u>Climaterio</u>	<u>Fase de transición entre la madurez a la vejez que puede abarcar un periodo entre 25 y 35 años; incluye la menopausia.</u>
Clímax	Momento culminante de una enfermedad. Orgasmo.
Clítoris	Órgano eréctil femenino situado en el extremo superior de los labios menores.
Cloasma	Manchas de la cara, casi siempre simétricas, pardo-amarillentas y localizadas en la frente, mejillas y mentón. En relación con medicamentos, hormonas y el embarazo.
Clomifeno	Sustancia que estimula la ovulación.
Coito	Relación heterosexual con introducción del pene en la vagina.
Coito interrumpido	Extracción del pene de la vagina antes de la eyaculación.
Colpitis	Vaginitis. Inflamación-infección de la vagina.
Colpocele	Protrusión y descenso de la vagina.
Colposcopia	Observación con una óptica de aumento del cérvix y vagina.
Colposuspensión	Procedimiento quirúrgico que eleva la vagina.
Colpotomía	Sección de la vagina.

Condiloma	Acuminado. Verrugas de diferentes tamaños y localizaciones genitales causadas por un tipo del virus del papiloma.
Conductos galactóforos	Conductos lácteos en número de 15 a 20 excretores de la glándulas mamarias.
Congénito	Heredado, desde el nacimiento.
Conización	Cervical: Extirpación de parte del cuello uterino en forma de cono para proceder a su estudio histológico. Puede ser un método diagnóstico y también terapéutico.
Contracciones	Uterinas: Actividad contráctil del útero durante el embarazo, parto y puerperio.
Contracepción	Anticoncepción, prevención de la concepción, planificación familiar, control de la natalidad.
Coombs	Test de: prueba de laboratorio para determinar la existencia de anticuerpos anti Rh.
Cordón umbilical	Unión entre el feto y la placenta que contiene 2 arterias y una vena rodeadas de la gelatina de Wharton.
Corioamnionitis	Infección amniótica, de la placenta y de las membranas.
Coriocarcinoma	Corioepitelioma. Tumor maligno derivado de la placenta.
Corion	Membrana exterior del huevo que sirve de envoltura protectora y nutricia.
Cotiledón	Partes o unidades de que consta la placenta.
Coxis	Parte terminal de la columna vertebral formada por 3 a 5 rudimentos vertebrales casi siempre soldados entre sí.

Craurosis	Vulvar: alteración con atrofia y esclerosis de la vulva.
Cromosoma	Unidades portadoras de la información genética en el núcleo celular.
Cuello uterino	Cérvix. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.
Cuerpo lúteo	Cuerpo amarillo. Se origina en el ovario después de la ovulación y produce progesterona.
Curetaje	Legrado. Obtención o extirpación de tejidos de la cavidad uterina mediante una cureta o legra.
Chancro	Ulceración de las enfermedades venéreas (sífilis).
Decidua	Capa del endometrio que se desarrolla desde el comienzo del embarazo.
Defectos del tubo neural	DTN. Conjunto de malformaciones congénitas secundarias a la ausencia de cierre del tubo neural.
Dermoide	Teratoma quístico maduro. Quiste de ovario que deriva de estructuras germinales y se caracteriza por la presencia de pelos, dientes, grasa, nervios etc. Generalmente benigno siendo muy poco frecuente su malignidad.
Desprendimiento manual	Alumbramiento manual, extracción manual de la placenta.
Desprendimiento prematuro de placenta	Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.
Desproporción	Estrechez de la pelvis en relación con el diámetro de la cabeza del niño que va a nacer.

Destete	Transición entre la lactancia materna y la artificial.
Diafragma pélvico	Suelo de la pelvis formado por el músculo elevador del ano y las fascias pélvicas.
Diafragma vaginal	Capuchón de goma con anillo externo de muelle que introducido en la vagina cubre el cérvix y se usa como método contraceptivo.
Diagnóstico prenatal	Diferentes métodos y exploraciones durante el embarazo para el estudio del feto.
Diámetro biparietal	Distancia entre ambos huesos parietales de la cabeza fetal. Se utiliza como parámetro de crecimiento del niño.
Diástasis de pubis	Relajación de la articulación del cartílago de la sínfisis del pubis durante el embarazo o puerperio.
Diástasis de rectos	Separación permanente de los músculos rectos del abdomen, acontece tras partos o intervenciones abdominales.
Dietilestilbestrol	Derivado sintético con efecto estrogénico. Tiene un efecto tóxico y carcinogénico para el embrión si se utiliza durante el embarazo.
Dilatación	Período de: fase del parto en la que el cuello del útero alcanza la dilatación completa (10cm).
Disfunción	Alteración en el funcionamiento de un órgano o sistema.
Disgenesia gonadal	Falta de células germinales. Diferentes síndromes por trastorno cromosómico o alteración durante el período embrionario.
Disgerminoma	Tumor de ovario maligno más frecuente en la juventud.
Dismelia	Trastorno del desarrollo de las extremidades
Dismenorrea	Dolor con la menstruación.

Dismenorrea membranacea	Forma especial de dismenorrea en la que se expulsa la mucosa endometrial en forma de molde o membrana.
Disnea	Dificultad respiratoria.
Dispareunia	Coitalgia. Dolor con las relaciones sexuales.
Displasia	Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza éste término para describir una malformación congénita.
Distocia	Trastorno del transcurso del parto.
Distress	Del recién nacido: dificultad respiratoria neonatal generalmente por aspiración o prematuridad (síndrome de membrana hialina).
DIU	Dispositivo intrauterino.
Döderlein	Bacilo de: Lactobacilo acidófilo, flora protectora, normal de la vagina.
Douglas	Fondo de saco: Excavación retrouterina, punto más bajo de la cavidad abdominal entre el útero y el recto.
Down	Síndrome de: mongolismo; alteración cromosómica casi siempre trisomía del cromosoma 21 o translocación.
Eclampsia	Aparición de convulsiones en el transcurso de una preeclampsia grave (enfermedad de aparición durante el embarazo que se caracteriza por edemas, hipertensión y proteinuria).
Ecografía	Estudio mediante ultrasonidos formando imágenes de la zona explorada.
Ectopia	Cervical: eversión de la mucosa del endocérvix hacia fuera del canal del cuello uterino.

Edema	Hinchazón, tumefacción de los tejidos como consecuencia del acúmulo de líquido seroso en los intersticios tisulares.
Edwards	Síndrome de: Grave alteración polimalformativa cromosómica por trisomía 17-18.
Embarazo ectópico	Extrauterino: embarazo que se localiza fuera del útero (generalmente en la trompa de Falopio: embarazo tubárico).
Embolia pulmonar	Muy grave complicación tras operaciones y partos o en tromboflebitis de las piernas, en la que se produce una oclusión de la corriente arterial pulmonar por arrastre de un trombo.
Embrión	Producto de la concepción durante el tiempo del desarrollo de los órganos (embriogénesis), o sea, durante los tres primeros meses.
Embriopatía	Enfermedad congénita como consecuencia de un trastorno del desarrollo del embrión.
Emesis gravídica	Vómitos del embarazo durante los 3-4 primeros meses. Cuando el cuadro se agrava se llama hiperemesis gravídica.
Emmet	Desgarro de: desgarro cicatrizado del cuello uterino ocurrido durante un parto, se corrige mediante la operación de Emmet.
Endocérvix	Canal del cuello uterino.
Endometrio	Mucosa que tapiza la cavidad uterina que se modifica durante las fases del ciclo, expulsándose su capa superficial durante la menstruación.
Endometriosis	Enfermedad que se caracteriza por la presencia de endometrio fuera de su localización normal.
Endometritis	Inflamación-infección del endometrio.

Enfermedad genética	Enfermedad producida por una alteración de un gen, un grupo de genes o un cromosoma.
Enfermedad hemolítica fetal	Eritroblastosis, anemia hemolítica del feto que se presenta en caso de incompatibilidad Rh.
Enfermedad venérea	Grupo de enfermedades, dentro de las de transmisión sexual, de declaración sanitaria obligatoria.
Enfermedades de transmisión sexual	ETS. Incluyen las enfermedades venéreas clásicas ( sífilis, gonorrea, chancro blando y linfogranuloma inguinal) y la tricomoniasis, candidiasis, infecciones genitales inespecíficas, clamidias, papiloma virus humano, herpes, SIDA, hepatitis etc.
Entuertos	Contracciones dolorosas uterinas en los 2-3 primeros días postparto percibidas sobre todo por las multíparas y que se acentúan con la lactancia.
Episiotomía	Corte o sección del periné y vagina para facilitar la salida del feto y evitar desgarros durante el parto.
Esmegma	Secreción del glande y del prepucio en el varón; secreción similar en la región del clítoris y labios menores. Puede producir infecciones en caso de higiene deficiente.
Espéculo vaginal	Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.
Esperma	Semen. Todos los componentes del eyaculado del varón (espermatozoides, secreciones de las vesículas seminales, próstata y epidídimo).
Espermatozoides	Células germinales masculinas maduras originadas en los testículos.



Espermicida	Sustancia que destruye los espermatozoides y se utiliza como método contraceptivo.
Espermiograma	Seminograma. Estudio del esperma en el laboratorio.
Espina bífida	Defecto congénito producido por la ausencia de cierre del tubo neural que se manifiesta en diferentes niveles y gravedad.
Estenosis	Estrechez congénita o adquirida de alguna cavidad, conducto u orificio natural.
Esterilidad	Falta involuntaria de descendencia en una pareja durante 1-2 años.
Esterilización	Provocación de la esterilidad en una persona manteniendo la libido y la capacidad de relación sexual.
Estrógenos	Hormonas sexuales producidas fundamentalmente en los ovarios, también en la placenta, en la corteza suprarrenal y en los testículos. Los más importantes son el estradiol, la estrona y el estriol.
Estroma ovárico	Estructura básica conectiva del ovario, especialmente rica en células en las zonas de la corteza.
Etiología	Causa de las enfermedades.
Eumenorrea	Menstruación normal.
Exanguinotransfusión	Sustitución de la sangre del neonato en caso de enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh.
Facies	Cara, rostro, superficie externa.
Fascia	Aponeurosis. Vaina de los músculos constituida por fibras de colágeno.

Fase lútea	Fase postovulatoria, hipertérmica, segunda mitad del ciclo.
Fecundación	Unión de los gametos, penetración del espermatozoide en el óvulo.
Fecundación in vitro	FIV. Técnica de reproducción asistida en la que la unión de los gametos y la división celular se consigue en el laboratorio, procediéndose a la posterior introducción de los embriones así obtenidos en el aparato genital de la mujer.
Fenotipo	Conjunto de todas las características externas de un individuo.
Fertilidad	Capacidad de reproducción sexual.
Feto	Producto de la concepción desde el final del tercer mes de embarazo hasta el parto.
Fetopatía	Enfermedad prenatal adquirida durante el período fetal.
Fetoscopia	Observación intrauterina directa del feto mediante un endoscopio llamado fetoscopia.
Fibroadenoma	Tumor benigno nodular frecuente en la mama, también en ovario, endometrio y endocérvix.
Fibroma	Tumor benigno de tejido conectivo. Mioma: tumor benigno de músculo uterino (miometrio).
Fibromatosis	Fibromas múltiples. Miomatosis: miomas múltiples.
Fimbrias	Porción distal de las trompas de Falopio a modo de flecos o franjas.
Fimbriectomía	Operación de esterilización en la que se extirpan (casi siempre por vía vaginal) las fimbrias.

Fístula	Trayectos, adquiridos o congénitos, que comunican órganos huecos o zonas del cuerpo.
FIV	Fecundación in vitro. Técnica de reproducción asistida en que la unión de los gametos (óvulo y espermatozoos) se consigue en el laboratorio, procediéndose a la posterior introducción de los embriones así obtenidos en el aparato genital de la mujer.
Flora bacteriana	Colonización normal de la superficie corporal (piel), así como de las cavidades y órganos huecos.
Flujo vaginal	Secreción genital que puede ser normal o patológica como síntoma de alguna alteración.
Folículo	Folículo de Graaf: Cada una de las vesículas del ovario en cuyo interior se encuentran las células germinales femeninas que dan lugar al óvulo.
Fontanela	Laguna sin hueso en el cráneo infantil.
Fórceps	Instrumento obstétrico de extracción fetal a modo de cucharas fenestradas.
Frigidez	Trastorno funcional con ausencia o reducción del apetito sexual.
FSH	Hormona producida en la hipófisis que estimula en la mujer el crecimiento folicular en el ovario; en el hombre la espermatogénesis.
Galactocele	Quiste lácteo de retención en un conducto galactóforo de la mama.
Galactografía	Radiografía del conducto galactóforo mediante la introducción de un contraste radiológico.

Galactorrea	Secreción lechosa espontánea de la glándula mamaria fuera del período de lactancia.
Gametos	Células germinativas femeninas o masculinas (óvulo, espermatozoide).
Ganglios linfáticos	Nódulos donde desaguan y confluyen los vasos linfáticos.
Gardnerella vaginalis	Haemophilus vaginalis. Bacilo gramnegativo presente en vaginitis y uretritis inespecíficas.
Gartner	Conducto de: restos embriológicos de los conductos de Wolff. Quiste de: quiste del conducto de Gartner generalmente presentes en vagina.
Gemelos	Embarazo doble. Monozigóticos: idéntica carga genética, por la división de un óvulo fecundado. Heterozigóticos: carga genética distinta, fecundación de dos óvulos (mellizos).
Genes	Unidades hereditarias que conforman los cromosomas.
Genética	Herencia.
Genotipo	Totalidad de la carga genética de un individuo.
Gestágenos	Hormonas con las propiedades de la progesterona, hormona del cuerpo lúteo y segunda fase del ciclo.
Gestosis	Preeclampsia. Estado patológico condicionado por el embarazo que se caracteriza por hipertensión, edemas y albuminuria.
Ginecología	Rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades propias de la mujer no embarazada.
Ginecomastia	Aumento de la glándula mamaria en el varón.

Gónadas	Glándulas sexuales (ovarios, testículos).
Gonadotropinas	Hormonas producidas en la hipófisis con acción gonadal (FSH y LH). Coriónica: Hormona producida por la placenta durante el embarazo (HCG).
<u>Gonorrea</u>	<u>Gonococia. Enfermedad venérea producida por el gonococo o Neisseria gonorrhoeae.</u>
Gonosomas	Cromosomas sexuales o heterocromosomas (X e Y).
Granulosa	Capa del ovario formada por células del epitelio folicular.
Haemophilus	Gardnerella vaginalis. Bacilo gramnegativo presente en vaginitis y uretritis inespecíficas.
Hamilton	Maniobra de: separación de membranas del polo inferior para estimular el comienzo del parto.
HCG	Gonadotropina coriónica humana. Hormona producida por las células placentarias cuya función es mantener el cuerpo lúteo. Se puede detectar en orina y en sangre (fracción beta) para el diagnóstico y pronóstico del embarazo.
HELLP	Síndrome de: Complicación muy grave de una preeclampsia con hemólisis, alteración de enzimas hepática y trombocitopenia.
Hematocolpos	Colección de sangre en la vagina, generalmente menstrual, secundaria a una ausencia de permeabilidad del himen.
Hematoma retroplacentario	Sangre materna coleccionada entre la placenta y la pared uterina en caso de desprendimiento placentario.
Hematometra	Colección de sangre retenida en el útero en caso de oclusión de orificio cervical o de la vagina.

Hematosalpinx	Colección de sangre en una o las dos trompas como consecuencia de embarazo extrauterino o proceso inflamatorio.
Hemoglobina	Pigmento de la sangre que transporta el oxígeno.
Hermafrodita	Intersexo con presencia de gónadas femeninas y masculinas.
<u>Herpes zoster</u>	<u>Enfermedad producida por reactivación del virus de la varicela que cursa con lesiones típicas en la piel siguiendo trayectos nerviosos.</u>
Hidradenoma	Tumor epitelial benigno derivado de las glándulas sudoríparas, también derivado de tejido mamario accesorio.
Hidramnios	Polihidramnios. Volumen anormalmente incrementado de líquido amniótico (>2 litros).
Hidropesía fetal	Hydrops. Edema fetal generalizado habitualmente producida por una enfermedad hemolítica.
Hidrosalpinx	Colección líquida en una o las dos trompas generalmente secundaria a un piosalpinx (pus).
Himen	Virgo. Repliegue mucoso en la entrada de la vagina.
Hiperemesis gravídica	Vómitos del embarazo desmesurados que precisan tratamiento con sueroterapia.
Hipermenorrea	Reglas abundantes con pérdidas superiores a 180 ml.
Hiperplasia endometrial	Proliferación desmesurada del endometrio por un efecto estrogénico mantenido. Puede progresar a una hiperplasia quística glandular o a una lesión premaligna como la hiperplasia adenomatosa.

Hiperprolactinemia	Elevación patológica de la prolactina por causas diversas.
Hipertecosis	Aumento de las células tecales del ovario y su corteza, suele acompañar al síndrome de ovarios poliquísticos.
Hipertricosis	Aumento anormal de la pilificación de causas variadas.
Hipófisis	Glándula de secreción interna que se encuentra en el cerebro y que desempeña un importante papel en el crecimiento, sexualidad y otras funciones del organismo.
Hipogalactia	Secreción láctea insuficiente.
Hipogastrio	Región inferior del abdomen.
Hipogonadismo	Falta de funcionamiento de las gónadas con falta de desarrollo de las características sexuales.
Hipomenorrea	Hemorragia menstrual escasa.
Hipoplasia	Falta de desarrollo completo de un órgano.
Hipotálamo	Zona del diencéfalo situada por debajo del tálamo donde se encuentran importantes centros de control de funciones del organismo, entre ellos los sexuales.
Hipoxia	Aporte insuficiente de oxígeno.
Hirsutismo	Tipo masculino de pilificación en la mujer.
Histerectomía	Extirpación del útero por vía abdominal o vaginal.
Histerosalpingografía	HSG. Estudio radiológico del cérvix, cavidad uterina y trompas mediante el empleo de un contraste que se introduce por el cuello uterino.

Histeroscopia	Visualización de la cavidad uterina mediante un endoscopio especial (histeroscopia).
Histerotomía	Apertura o sección del útero.
HMG	Mezcla de gonadotropinas FSH y LH obtenida de la orina de mujeres después de la menopausia.
Hocico de tenca	Portio. Parte vaginal del cuello del útero o cérvix.
Hormonas	Sustancias producidas generalmente en órganos endocrinos o glándulas de secreción interna con efectos en los órganos diana y a muy bajas concentraciones.
IAC	Inseminación artificial con semen del marido (conyugal).
IAD	Inseminación artificial con semen de donante.
ICSI	Técnica de reproducción asistida que consiste en practicar una microinyección de un solo espermatozoide en el citoplasma del ovocito.
Ictericia	Tinte amarillento de los tejidos y mucosas por aumento de la bilirrubina en la sangre.
Ileo meconial	Obstrucción intestinal del neonato, frecuente en la fibrosis quística del páncreas, que puede llegar a producir una peritonitis.
Implantación	Nidación del óvulo fecundado en el endometrio. Inserción en el cuerpo de partes extrañas al mismo.
Incompetencia cervical	Istmo-cervical: apertura del orificio del cuello uterino durante el embarazo produciendo abortos tardíos y partos inmaduros.



Incontinencia	Urinaria: pérdidas involuntarias de orina que adquieren valor de enfermedad si representan un problema social o higiénico.
Infección amniótica	Infección de la cavidad amniótica, placenta, membranas y, eventualmente, del feto durante el embarazo o el parto.
Infertilidad	Imposibilidad de llevar un embarazo a término.
Inseminación	Fecundación de la mujer por medios distintos al coito.
Insuficiencia cervical	Istmo-cervical: incompetencia del orificio del cuello uterino que se abre durante el embarazo produciendo abortos tardíos y partos inmaduros.
Insuficiencia placentaria	Disminución de la función placentaria con una reducción en el aporte de oxígeno y nutrientes al feto.
Intercepción	Impedimento de un embarazo después de ocurrida la concepción (administración de hormonas, antihormonas o implantación de DIU).
Intraovular	Situado dentro del saco amniótico o cubiertas embrionarias.
Jarabe de arce	Enfermedad del: anomalía metabólica hereditaria con déficit de la enzima descarboxilasa, prácticamente mortal. La orina huele a azúcar quemado (por ello el nombre).
Kaufmann	Esquema de, ciclo de: administración de estrógenos y gestágenos para estimular el endometrio similar al ciclo normal.
Klinefelter	Síndrome de: cuadro genético de hipogonadismo masculino generalmente por trisomía 47 XXY.
Kristeller	Maniobra de: expresión del feto en el parto a través de las paredes uterinas para su expulsión.

Krukenberg	Tumor de: carcinoma ovárico generalmente bilateral, metastásico de un tumor digestivo.
Labios vulvares	Repliegues cutáneos que circundan la entrada vaginal.
Lactante	Niño/a desde el nacimiento hasta el primer año de vida.
Lactobacilo acidófilo	Bacilo de Doderlein. Flora protectora, normal de la vagina.
Lactobacilo bífido	Bacilo presente en la leche materna, en la flora intestinal normal del lactante y del adulto.
Lactógeno placentario	HPL. Somatotropina coriónica humana. Hormona producida en la placenta con efecto nutritivo sobre el feto, las mamas y la producción placentaria de esteroides.
Ladilla	Pediculus pubis. Piojo del vello púbico transmitido generalmente por contacto sexual.
Laparoscopia	Visualización de la cavidad abdominal con un endoscopio (laparoscopia).
Laparotomía	Apertura quirúrgica de la cavidad abdominal.
Legra	Instrumento, generalmente en forma de cucharilla, que se utiliza para la extracción de restos abortivos de la cavidad uterina.
Legrado	Vaciamiento de la cavidad uterina con una legra.
Leopold	Maniobras de: Cuatro maniobras de exploración manual de la embarazada para averiguar la situación del feto.
Leucoplasia	Lesión blanquecina, considerada precancerosa, generalmente en cuello del útero o vulva.
Leucorrea	Exceso de flujo o secreción vaginal.

LH	Hormona producida en la hipófisis que estimula en la mujer la maduración del folículo, la ovulación y desarrollo del cuerpo lúteo; en el hombre la espermatogénesis.
Ligamento ancho	Repliegue de peritoneo que rodea lateralmente al útero y trompas.
Ligamento cardinal	Zona inferior del ligamento ancho por el que penetran los vasos sanguíneos.
Ligamento redondo	Ligamento de sujeción del útero en su cara anterior.
Ligamento úterosacro	Ligamento de sujeción del útero en su cara posterior.
Linfedema	Hinchazón, tumefacción de los tejidos como consecuencia del acúmulo de líquido linfático en los intersticios tisulares.
Líquido amniótico	Líquido que rodea al feto, con funciones de protección, de transporte y de intercambio.
Listeriosis	Infección por una bacteria ( <i>Listeria</i> ), leve en el adulto y grave si se transmite de la madre al feto en las últimas semanas de embarazo.
Loquios	Flujo puerperal sanguinolento los primeros días, luego parduzco, amarillento y, pasadas tres semanas del parto, blanquecinos.
Lúes	Sífilis.
Luteoma	Tumor ovárico, quístico, benigno, derivado del cuerpo lúteo.
Maduración cervical	Modificación del cérvix en las últimas semanas del embarazo tornándose más blando, elástico, distensible y corto (más favorable para el parto).

Maduración folicular	Primera fase del ciclo en la que uno o varios folículos crecen para producir la ovulación.
Maduración pulmonar	Fetal: producción durante el último mes de embarazo de sustancias tensoactivas y surfactante para favorecer la distensión alveolar fetal. Se puede favorecer administrando corticoides a la madre si se espera un parto prematuro.
Malformación congénita	Anomalía persistente en uno o varios órganos atribuible a un trastorno del desarrollo intrauterino.
Mama	Seno, glándula mamaria.
Mama accesoria	Polimastia. Mama supernumeraria en la región de la línea láctea.
Mamografía	Estudio radiológico de las mamas.
Marcadores tumorales	Determinaciones analíticas más o menos específicas para la detección de tumores.
Marsupialización	Sutura de los bordes de un quiste abierto a la piel o mucosa circundante para impedir su cierre en falso.
Mastalgia	Mastodinia. Dolor en las mamas.
Mastectomía	Extirpación de la mama.
Mastitis	Inflamación de la glándula mamaria.
Mastodinia	Mastalgia. Dolor mamario.
Mastopatía	Fibroquística: proliferaciones quísticas-nodulares mamarias, de predominio premenstrual, que causan dolor y endurecimiento mamario.
Meconio	Heces del niño formadas durante el tiempo intrauterino.

Meigs	Síndrome de: aparición de ascitis y derrame pleural en relación con tumores ováricos benignos (fibromas).
Membrana hialina	Revestimiento proteico de los bronquiolos y de los alvéolos pulmonares del feto.
Membranas ovulares	Cubiertas de óvulo consistente en tres capas: dos fetales (amnios y corion) y una materna (decidua).
Menarquia	Primera menstruación.
<a href="#">Menopausia</a>	<a href="#">Última menstruación.</a>
Menorragia	Hemorragia menstrual prolongada.
Menstruación	Hemorragia mensual cíclica.
Metástasis	Foco canceroso aparecido secundariamente a distancia del tumor original.
Metrorragia	Hemorragia irregular fuera del ciclo.
Micosis	Infección por hongos.
Mioma uterino	Fibroma. Leiomioma. Tumor muscular benigno del útero.
Miometrio	Capa muscular de las paredes uterinas.
Moco cervical	Secreción mucoide de las glándulas del cérvix cuya cantidad y calidad es modificada por los cambios hormonales del ciclo.
Mola	Hidatídica: aborto con degeneración hidrópico-edematosa de las vellosidades de la placenta.
Mórula	Embrión en el tercer o cuarto día post-fecundación.

Múltipara	Mujer que ha dado a luz varias veces.
Mutación	Modificación hereditaria del material genético espontánea o inducida.
Mutágeno	Agente desencadenante de mutaciones.
Naboth	Huevos de: quistes de retención de las glándulas cervicales sobre la superficie del cérvix.
Neisseria gonorrhoeae	Gonococo. Diplococo causante de la gonorrea.
Neoplasia	Formación nueva de tejido. Proceso o tumor maligno o benigno.
Neumocistografía	Radiografía de un quiste, generalmente mamario, después de puncionarlo y rellenarlo de aire.
Neumoperitoneo	Colección de gas intraabdominal: patológico (infección, perforación intestinal etc.), o por insuflación médica (laparoscopia, etc.).
Nidación	Implantación del huevo fecundado.
Ninfomanía	Hipersexualidad en la mujer.
Nuligrávida	Mujer que no ha sido gestante nunca.
Nulípara	Mujer que no ha dado a luz nunca.
Obstetricia	Rama de la medicina que trata de la gestación, parto y puerperio.
Ogino-Knaus	Método de planificación familiar que se basa en evitar las relaciones sexuales los días fértiles del ciclo.
Oligoamnios	Disminución del volumen de líquido amniótico por debajo de 100

	ml.
Oligomenorrea	Menor frecuencia de la hemorragia menstrual con un intervalo de más de 35 días.
Oliguria	Excreción de orina escasa ( menor de 500 ml/24 horas).
Oncología	Especialidad médica que se ocupa de las enfermedades tumorales.
Onfalitis	Inflamación del ombligo.
Onfalocele	Hernia umbilical.
Ooforectomía	Ovariectomía. Extirpación del ovario.
Ooforitis	Ovaritis, inflamación del ovario.
Osteoporosis	Disminución cuantitativa del tejido óseo (masa ósea).
Ovariectomía	Ooforectomía. Extirpación del ovario.
Ovario	Glándula germinativa femenina.
Ovario poliquístico	Degeneración quística del ovario con anovulación y persistencia de múltiples folículos.
Ovariolisis	Extirpación de adherencias ováricas.
Ovulación	Proceso de formación y desprendimiento del óvulo maduro.
Óvulo	Célula germinativa femenina que se desarrolla en el ovario.
Óvulos vaginales	Supositorios que se introducen en la vagina para la administración de medicamentos.

Oxitocina	Sustancia que posee la propiedad de producir contracciones uterinas.
PAAF	Punción aspiración con aguja fina de un quiste, lesión o tumoración para su estudio citológico.
Papanicolaou	Método de tinción especial para el diagnóstico citológico.
Papiloma intraductal	Pólipo, generalmente benigno, en el conducto lácteo que suele producir secreción sanguinolenta por el pezón.
Papilomavirus	Género de virus tipo ADN que se transmite por contacto y producen diferentes patologías (verrugas, papilomas y lesiones precancerosas).
Parametrio	Espacio pélvico de tejido conectivo que rodea lateralmente al cérvix.
Parametritis	Inflamación del parametrio generalmente asociada a una endometritis.
Paraovario	Restos embrionarios del conducto de Wolff localizados debajo de las trompas y que pueden formar quistes.
Parto distócico	Parto anormal, instrumental, quirúrgico.
Parto eutócico	Parto normal, vaginal, sin complicaciones.
Patau	Síndrome de: Cuadro complejo de malformaciones por una alteración cromosómica (13-15).
Pelvimetría	Mediciones de la pelvis.
Pelviperitonitis	Peritonitis limitada a la pelvis (genitales internos).



Pelvis	Zona anatómica formada por los huesos coxales (íleon, isquion y pubis) y el sacro.
Pelviscopia	Exploración endoscópica de la cavidad pelviana por laparoscopia.
Periné	Espacio que media entre los órganos sexuales externos y el ano.
Peritoneo	Tejido seroso que recubre la cavidad abdominal, el aparato digestivo y los genitales internos.
Peritonitis	Inflamación del peritoneo, local o difusa, séptica o aséptica, aguda o crónica.
Pesario	Anillo de goma que se coloca en la vagina para el tratamiento del prolapso uterino.
Pielonefritis gravídica	Complicación relativamente frecuente del embarazo con infección renal secundaria a bacteriuria o cistitis.
Píldora	Denominación popular de los anticonceptivos orales.
Píldora del día siguiente	Intercepción hormonal de emergencia que se usa tras un coito no protegido o fallo de un método de barrera.
Piometra	Acumulación de pus en la cavidad uterina.
Piosalpinx	Acumulación de pus en la trompa por salpingitis.
Piovario	Formación de pus en el ovario (absceso ovárico).
Piuria	Presencia de pus en la orina.
Placenta	Órgano de intercambio feto-materno, discoidal de 15-22 cm de diámetro, 2-4 cm de grosor y unos 500 g de peso.

Placenta increta	Placenta cuyas vellosidades coriónicas crecen hasta la musculatura uterina y no puede desprenderse.
Placenta percreta	Placenta cuyas vellosidades coriónicas crecen hasta la serosa del útero y no puede desprenderse.
Placenta previa	Localización anormal de la placenta en el segmento uterino inferior. Según obstruya el orificio cervical puede ser: total, parcial, marginal o de inserción baja.
Polimenorrea	Menstruación demasiado frecuente con intervalo menor de 25 días.
Pólipo endocervical	Tumoración, generalmente benigna, de la mucosa endocervical.
Pólipo endometrial	Tumoración, generalmente benigna, de la mucosa endometrial.
Politelia	Pezón supernumerario sin presencia de tejido mamario.
Portio	Hocico de tenca. Porción vaginal del cérvix.
Preeclampsia	Gestosis. Estado patológico condicionado por el embarazo que se caracteriza por hipertensión, edemas y albuminuria.
Primigesta	Mujer embarazada por primera vez.
Primigrávida	Mujer embarazada por primera vez.
Primípara	Mujer que ha parido o pare por primera vez.
Profilaxis	Tratamiento preventivo.
Progesterona	Hormona fisiológica del cuerpo lúteo que se produce fundamentalmente en el ovario y placenta.

Prolactina	Hormona segregada por la hipófisis encargada de la producción láctea.
Prolapso de cordón	Complicación grave en la que el cordón umbilical se encuentra por delante de la presentación fetal, después de la bolsa de las aguas.
Prolapso uterino	Grado de descenso uterino que puede salir de la vulva.
Prostaglandinas	Sustancias parecidas a hormonas presentes en casi todos los órganos y de efectos múltiples.
Prurito	Picor.
Pubarquia	Comienzo del crecimiento del vello púbico.
Pubertad	Periodo de desarrollo desde la aparición de los caracteres sexuales secundarios hasta adquirir la madurez sexual.
Puerperio	Periodo de tiempo que comienza con el alumbramiento y dura hasta la recuperación del organismo materno (6-8 semanas).
Punción	PAAF. Punción aspiración con aguja fina de un quiste, lesión o tumoración para su estudio citológico.
Quiste de chocolate	Quiste de ovario endometriósico de contenido achocolatado.
Quiste de paraovario	Quistes de tejido paraovárico que crecen en el ligamento ancho o pediculados.
Quiste dermoide	Teratoma quístico: Quiste de ovario que deriva de estructuras germinales y se caracteriza por la presencia de pelos, dientes, grasa, nervios etc. Generalmente benigno siendo muy poco frecuente su malignidad.

Quiste folicular	Se forma por crecimiento de un folículo en el ovario sin llegar a producirse la ovulación.
Quiste lúteo	Luteoma. Quiste ovárico del cuerpo lúteo.
Radioterapia	Empleo de radiaciones ionizantes para el tratamiento de neoplasias.
Raspado	Curetaje, legrado. Vaciamiento de la cavidad uterina con una legra.
Rectoscopia	Examen endoscópico del recto.
Releasing factor	Neurosecreciones (neurohormonas) producidas en el hipotálamo, las cuales estimulan la liberación de las hormonas hipofisarias.
Retroflexión	Inclinación posterior del útero.
Retroplacentario	Hematoma: Coágulo situado entre la placenta y la pared uterina.
Rh	Factor: sistema Rhesus de antígenos en la superficie del eritrocito.
Rokitansky	Síndrome de: anomalía congénita genital con falta de desarrollo de la vagina y el útero.
Rössle	Síndrome de: individuos de fenotipo femenino, enanismo y otras anomalías con cariotipos diversos.
Rubeola	Infección viral, generalmente banal, peligrosa para el feto si la contrae la madre en las primeras semanas de embarazo.
Saco amniótico	Membranas ovulares que rodean el feto y el líquido amniótico.
Saco vitelino	Bolsa comunicada con el embrión que tiene como principal función la formación de la sangre al principio del embarazo.

Sacro	Parte inferior de la columna vertebral y de la pelvis originado por la fusión de las 5 vértebras sacras.
Salpingitis	Inflamación de una trompa de Falopio.
Salpingolisis	Adherenciólisis tubárica. Desbridamiento de adherencias en la trompa de Falopio.
Salpingooforectomía	Anexectomía. Extirpación de trompa y ovario.
Salpinguectomía	Extirpación de una trompa de Falopio.
Sarcoma uterino	Tumor maligno de las paredes del útero.
Schauta	Operación de: Extirpación radical del útero vía vaginal.
Schiller	Prueba de: método de tinción con yodo (Lugol) para localizar zonas sospechosas del cérvix.
Secoond look	Segunda mirada. Laparotomía que se realiza habitualmente a los 6 meses de una intervención por cáncer de ovario y que permite en ausencia de recidivas la finalización de una quimioterapia.
Seudoembarazo	Neurosis psicógena con síntomas similares al embarazo (ausencia de regla, aumento del vientre, secreción láctea).
Seudo hermafroditismo	Existencia conjunta de las gónadas de un sexo con genitales y caracteres sexuales secundarios del otro.
Sheehan	Síndrome de insuficiencia hipofisaria postparto.
<a href="#">SIDA</a>	<a href="#">Síndrome de inmunodeficiencia adquirida producido por un retrovirus (VIH).</a>
<a href="#">Sífilis</a>	<a href="#">Lúes, chancro duro. Enfermedad venérea grave causada por la</a>

	infección del <i>Treponema pallidum</i> .
Síndrome premenstrual	Cambios psíquicos y físicos característicos de intensidad individualmente variada y que suceden de 7 a 10 días antes de la menstruación.
Sínfisis	Articulación interósea por cartílago fibroso del pubis.
Sufrimiento fetal	Fetal distress, asfixia intrauterina. Concepto genérico para toda situación que amenaza al feto.
Superfecundación	Fecundación de un segundo óvulo en el mismo ciclo por coitos diferentes.
Swyer	Síndrome de: disgenesia gonadal aislada en individuos fenotípicamente femeninos generalmente con cariotipo masculino.
Tabique rectovaginal	Capa de tejido conjuntivo entre recto y pared posterior de vagina.
Tabique vesicovaginal	Capa de tejido conjuntivo entre vejiga y pared anterior de vagina.
Tamoxifeno	Sustancia con efecto antiestrogénico y estimulador progestérgico que se utiliza en el tratamiento del cáncer de mama.
Tapón mucoso cervical	Sustancia mucosa que obstruye el canal cervical.
Telalgia	Dolor en el pezón.
Telarquia	Desarrollo de la mama en la pubertad.
Telorragia	Secreción hemorrágica por el pezón.

Temperatura basal	Medición de la temperatura corporal en condiciones basales cuyo aumento evidencia el efecto termogénico de la progesterona.
Teratógeno	Agente capaz de producir una malformación congénita.
Teratoma	Dermoide. Tumor congénito derivado de las tres hojas embrionarias más frecuente en los ovarios.
Termografía	Método fotográfico que hace visible el calor irradiado por el cuerpo.
Test de Coombs	Prueba de laboratorio para determinar la formación o existencia de anticuerpos anti Rh.
Testosterona	Andrógeno natural más potente. Hormona masculina.
Tocografía	Representación mediante un registro de las contracciones y el tono uterino.
Tocolisis	Inhibición de las contracciones. Tratamiento de las contracciones demasiado precoces o excesivas.
Tocolítico	Fármaco que inhibe las contracciones uterinas.
Tocología	Obstetricia. Especialidad médica que se ocupa de los embarazos y partos.
Toxoplasmosis	Enfermedad producida por el <i>Toxoplasma gondii</i> que en la embarazada puede producir alteraciones fetales.
Transferencia	Embrionaria: Implantación en el organismo femenino de un embrión fecundado in vitro.
Tricomonas	Protozoos parásitos de algunos animales y del ser humano.

Tricomoniasis	Enfermedad urogenital por infección generalmente de transmisión sexual de la Tricomona vaginalis.
Trofoblasto	Capa externa del huevo que en la nidación penetra en el endometrio uterino.
Trombosis	Coagulación de la sangre dentro de los vasos.
Trompa de Falopio	Canal de comunicación entre el útero y los alrededores del ovario.
Turner	Síndrome malformativo en individuos fenotípicamente femeninos y generalmente ausencia de un cromosoma X.
Úlcera blanda	Chancro blando. Aparición de úlceras genitales por infección venerea por Haemophilus ducreyi.
Ultrasonidos	Ecografía: Método exploratorio por aplicación de ondas ultrasónicas.
Uréter	Conducto que comunica el riñón con la vejiga.
Uretra	Vía de excreción de la orina desde la vejiga al exterior.
<a href="#"><u>Uretritis</u></a>	<a href="#"><u>Inflamación de la mucosa uretral.</u></a>
Útero	Matriz. Órgano muscular periforme entre el recto y la vejiga cuya misión es recibir y mantener el embarazo.
Vacuoextractor	Ventosa. Aparato para la extracción fetal por vacío sobre la cabeza.
Vagina	Conducto conectivo que conecta el útero con el exterior.
Vaginismo	Intensa sensibilidad al contacto que impide la práctica del acto sexual.



<u>Vaginitis</u>	<u>Colpitis. Inflamación-infección de la vagina.</u>
Vaginosis bacteriana	Vaginitis por bacterias generalmente producida por Gardnerella.
Varicela	Enfermedad vírica que contraída durante el embarazo puede producir problemas en el feto.
Vellosidades	Coriónicas. Excrecencias que aumentan la superficie de intercambio de la placenta.
Vérnix	Untuosidad sebácea de la piel del recién nacido.
Virilización	Síntomas de masculinización de la mujer.
Vulva	Genitales femeninos externos.

Vulvectomía	Extirpación de la vulva en caso de cáncer o precancerosis vulvar.
Vulvitis	Modificaciones inflamatorias de la vulva.
Vulvovaginitis	Inflamación de la vulva y vagina.
Wertheim Meigs	Operación de: extirpación radical del útero en caso de carcinoma.
Wharton	Gelatina de: tejido básico gelatinoso del cordón umbilical.
Xeromamografía	Procedimiento exploratorio fotoeléctrico de impresión que puede utilizarse como procedimiento complementario de la mamografía.
Yatrógeno	Producido por el médico o medicamentos.
Yodo	Elemento que se usa externamente como antiséptico.
Zambo	Piernas pies torcidos.
Zoster	Herpes zoster: enfermedad viral producida por reinfección con virus de la varicela.

## Aborto espontáneo

Diccionario: Es la pérdida espontánea de un feto antes de la semana 20ª del embarazo (la pérdida del feto después de esa semana se denomina parto pretérmino). Un aborto espontáneo también se denomina "aborto natural"... (terminologías obstétricas)

## útero didelfo

Diccionario: Es una malformación congénita. En personas con esta alteración, el útero tiene su cavidad dividida en dos partes por un septo o tabique, el cual puede ser completo llegando al cérvix o solamente alcanzar... (diccionario obstétrico)

## Placenta anterior

Diccionario: Es un término médico obstétrico que indica que en una mujer embarazada, la placenta se ubica en la cara anterior del útero, lo que no implica necesariamente que la misma esté insertada de forma anormal... (terminos obstétricos)

## Placenta fúndica

Diccionario: Se llama así a la placenta que se encuentra situada al fondo del útero. No es ningún problema, ni ninguna anomalía, sino simplemente la localización exacta de la placenta. (terminos de obstetricia)

## Parto distócico

Diccionario: Se llama así a todos aquellos partos o alumbramientos que son más difíciles de lo normal o en los que hay alguna anomalía como por ejemplo un parto muy largo en el que no hay progresión de la fase latente... (terminología obstetrica)

## Mortinato

Diccionario: Se presenta cuando un feto que se esperaba que sobreviviera muere durante el nacimiento o durante la segunda mitad del embarazo. Los mortinatos se están volviendo menos comunes a medida que mejoran los... (terminologías en obstetricia)

## Placenta fúndica posterior

Diccionario: En la primera ecografía que se realiza en un embarazo se observa, entre otras cosas, la posición y estado de la placenta, muy importante ya que es la que protege y alimenta al bebé. La placenta... (terminos obstetricos diccionario)

## Tocólisis

Diccionario: Inhibición de las contracciones uterinas. Puede hacerse durante el embarazo para prevenir el parto prematuro. (terminos medicos de obstetricia)

## Primigesta

Diccionario: Mujer en su primera gestación. (terminologia de obstetricia)

## Placenta anterior grado ii

Diccionario: La placenta no siempre se ubica en el mismo lugar respecto del útero en todas las embarazadas; puede estar delante, detrás, a la derecha, a la izquierda, al fondo, alta, baja... Según dónde se halle,... (terminologias medicas obstetricas)

## Aborto diferido

Diccionario: Se trata de una situación en la que la mujer no presenta ningún tipo de síntoma y acude a la consulta para hacerse una ecografía rutinaria del embarazo. En esa prueba el médico observa que el embrión no...

## Corioamnionitis aguda

Diccionario: La corioamnionitis es la infección de las membranas que forman la placenta y del líquido amniótico que se encuentra en su interior, estructuras cuya función es la de proteger al bebé de posibles enfermedades...

## Placenta calcificada

Diccionario: La placenta se envejece o calcifica al final del embarazo para provocar el parto. Pero cuando este envejecimiento es prematuro, el feto deja de recibir alimento y oxígeno.

## Placenta fúndica grado ii

Diccionario: Placenta fúndica: se llama así a la placenta que se encuentra situada al fondo del útero. Placenta grado II: la placenta evoluciona y envejece a lo largo de la gestación. El grado II lo alcanza...

## [Amnionitis o corioamnionitis](#)

Diccionario: Inflamación de la membrana que rodea el feto (concretamente del corion, vasos sanguíneos del feto, cordón umbilical, amnios); puede ser fatal para el feto y para la madre. Se presenta en un 1 a 2 por...

## [Pelvis renal](#)

Diccionario: La pelvis renal es la parte dilatada proximal del uréter en el riñón. Tiene una forma parecida a la de un embudo. La función principal de la pelvis renal es actuar como embudo para la orina que fluye al...

## [Placenta alta](#)

Diccionario: Se produce cuando la placenta está situada en la parte de arriba del útero. Es su colocación ideal.

## [Sínfisis púbica](#)

Diccionario: La sínfisis púbica es la articulación semimovible y cartilaginosa que une los huesos ilíacos (los huesos de la pelvis) en su terminación anterior, el pubis. Los huesos púbicos no están unidos completamente...

## [Placenta acreta](#)

Diccionario: La placenta acreta es un tipo mucho más raro de complicación placentaria. La misma ocurre cuando la placenta se une demasiado firmemente a las paredes uterinas, haciendo imposible su expulsión. Ocasionalmente,...

## [Parto eutócico](#)

Diccionario: Parto vaginal normal.

PUBLICIDAD

### CALCULADORAS



[Quiero saber el sexo de mi bebe](#)



[Calendario de parto embarazo](#)



[Calendario ovulatorio](#)



[Calculadora genetica humana](#)



[Cuanto debo subir de peso en el embarazo](#)



[Como seran los ojos de mi bebe](#)

[Ver todas las calculadoras](#)

PUBLICIDAD

## ARTÍCULO RELACIONADO



### Maniobra de kristeller

La maniobra de Kristeller o presión del fondo uterino es una técnica que se utiliza, con más frecuencia de lo aconsejado, durante el trabajo de parto, para facilitar el nacimiento del bebé....

## LO MÁS LEÍDO HOY



¿Cuántos días después de tener relaciones se puede hacer una prueba de em...

Menstruación y embarazo



Nombres mitológicos de dioses griegos y romanos



Cómo cortar la leche materna rápido y sin complicaciones



Nombres antiguos

PUBLICIDAD



## Unto sebáceo

Diccionario: Es un material graso, blanquecino que puede cubrir el cuerpo, que es producido por las glándulas sebáceas desde las 20-24 semanas de gestación y con el que el bebé puede nacer.

## Placenta fúndica anterior

Diccionario: Según la situación y posición de la placenta durante la gestación recibe una serie de nombres técnicos. En este caso concreto, la placenta fúndica significa que se halla al fondo del útero, en su cara...

## Decolamiento de corión

Diccionario: Es un hematoma que se produce a consecuencia de la rotura de pequeños vasos (arterias y venas) que se encargan de la nutrición del complejo ovular en el embarazo. La sangre acumulada se desplaza por...

## Amniorrexia

Diccionario: Se llama así a la rotura de membranas. Es lo que habitualmente llamamos «rotura de bolsa» o «romper aguas». Puede suceder de forma espontánea o provocada por el personal médico.

## Ectasia piélica

Diccionario: La ectasia piélica supone una dilatación de la pelvis renal y, habitualmente de los infundíbulos y cálices. Es muy común en niños recién nacidos, a veces incluso se descubre su existencia en el feto a...

## Preeclampsia

Diccionario: Desarrollo de presión sanguínea alta y proteína en la orina después de la semana 20 del embarazo y puede estar asociada con la hinchazón de la cara y las manos.

## Entuertos

Diccionario: El útero vuelve al tamaño que tenía durante el cuarto mes de gestación justo después del parto. Harán falta unas seis semanas para que recupere el tamaño original previo al embarazo. Pero a medida que...

## Emesis gravídica

Diccionario: Vómitos del embarazo durante los 3-4 primeros meses. Cuando el cuadro se agrava se llama hiperemesis gravídica.

## Gestosis

Diccionario: Preeclampsia. Hipertensión durante el embarazo.

## Oligoamnios

Diccionario: Es la disminución en la cantidad de líquido amniótico. Trae como consecuencia inconvenientes para la madre o el feto. A veces, también es una señal de la presencia de otras enfermedades.

## Placenta baja

Diccionario: Se produce cuando la placenta se sitúa en la parte baja del útero, de manera que bloquea parcial o totalmente el cervix. El parto natural no es posible en algunos embarazos porque podría impedir...

## Macrosoma

Diccionario: Exceso de peso en un feto.

## Parto podálico

Diccionario: Se habla de presentación de parto podálica cuando el bebé se halla sentado.

## Episiotomía

Diccionario: Es una incisión quirúrgica que se realiza en el periné de la parturienta en el momento de dar a luz para facilitar la salida del bebé, evitar desgarros y prevenir la distensión exagerada de los músculos....

## Placenta calcificada grado iii

Diccionario: La calcificación de la placenta es un término que designa su envejecimiento. A medida que se acerca al final del parto, se llena de depósitos de cal y se prepara para su final. El grado III son...

## Onfalorrexia

Diccionario: Rotura del ombligo o del cordón umbilical.

## Pezones agrietados

Diccionario: Una de cada cuatro mujeres padece esta engorrosa molestia. Las pequeñas fisuras o grietas de los pezones aparecen al principio del alumbramiento y las razones son diversas. Una de ellas es el tipo de piel,...

## Polihidramnios

Diccionario: Es una complicación del embarazo en la que el nivel del líquido amniótico que rodea al bebé está muy alto. El polihidramnios se puede presentar si el feto no traga o absorbe el líquido amniótico en cantidades...

## Dilatación

Diccionario: Se llama fase de dilatación a la primera fase del parto, desde que comienzan las contracciones hasta que se llega a la dilatación completa del cuello del útero, unos 10 cm. Esta fase nunca dura...

## Hidramnios

Diccionario: Polihidramnios. Volumen anormalmente incrementado de líquido amniótico (>2 litros). Si el feto produce demasiada orina, o no traga lo suficiente, a veces se acumula demasiado líquido, dando como resultado...



