

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

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LA  
MUJER QUE CURSA CON PRE-ABORTO, ABORTO Y POST-ABORTO DESDE  
LA PERSPECTIVA DE MARIANA GONDIVUM MARIOTTI

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
AIDE GUADALUPE GUZMAN CORONA

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2021



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

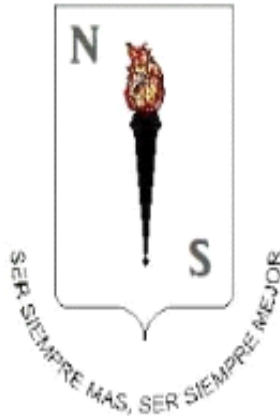
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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.

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

CLAVE: 8722



TESIS

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LA  
MUJER QUE CURSA CON PRE-ABORTO, ABORTO Y POST-ABORTO DESDE  
LA PERSPECTIVA DE MARIANA GONDIUM MARIUTTI

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:  
AIDE GUADALUPE GUZMAN CORONA

ASESORA DE TESIS:  
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2021

## **Agradecimientos**

Agradezco a mis padres María Guadalupe Corona y Alejandro Guzmán por brindarme la vida, por guiarme en la vida a lo largo de toda mi existencia. Gracias por ser mi principal apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

Gracias padres por ser mis principales promotores de mis sueños y porque gracias a su amor paciencia y esfuerzo me han permitido cumplir un sueño más, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores, enseñanzas y principios que me han inculcado a través de todos estos años. Nunca me alcanzará la vida para agradecer su amor incondicional, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo mejor de mí misma.

Agradezco a Dios por bendecirme la vida con la llegada de mi hija Sara quien con su bendición llena siempre mi vida.

Agradezco a los docentes y directivos de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de esta profesión. Gracias a todos y cada uno de los docentes que me han guiado con paciencia y rectitud. Gracias.

## **Dedicatoria**

La presente tesis está dedicada con todo mi amor, cariño y agradecimiento a: Mis padres por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, ya que sin su apoyo jamás hubiera logrado llegar al lugar y momento en el que me encuentro en este momento de mi vida, sin duda no me alcanzaría la vida para agradecerles todo lo que han hecho por mí.

Mi madre, por ser unos de los pilares más importantes de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones.

Mi hija Sara por darme la fuerza para continuar la carrera y por inspirarme a cada día ser mejor y dar lo mejor de mí, gracias hija por ser mi fortaleza.

Mi padre, por estar ahí siempre, gracias por tu apoyo y sé que estás conmigo en las buenas y en las malas, gracias por tu infinito apoyo.

Mi hermana esmeralda por su incondicional apoyo durante todos estos años a pesar de nuestras diferencias.

Mi hermano diego por impulsarme a ser mejor siempre. A mi hermano Alejandro por ser un impulso de alguna manera a ser mejor persona.

Mis compañeras de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud por formar parte de un equipo fuerte que se apoyaba en los momentos más difíciles y porque gracias a eso logramos una meta más en nuestras vidas.

# ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	1
<b>2. Marco Teórico</b> .....	5
2.1 Vida y obras .....	5
2.2 Influencias .....	16
2.3 Hipótesis .....	16
2.4 Justificación.....	17
2.5 Planteamiento del Problema .....	18
2.6 Objetivos .....	20
2.6.1 General:.....	20
2.6.2 Específicos: .....	20
2.7 Método .....	21
2.7.1 Cualitativo .....	21
2.7.2 Cuantitativo.....	21
2.7.3 Científico.....	21
2.8 Variables .....	22
2.9 Encuesta y Resultados.....	23
2.10 Graficado.....	25
<b>3. Generalidades</b> .....	32
3.1 Conceptos .....	32
3.2 Como proceso .....	33
3.3 Como resultado de la expulsión del embrión o feto.....	33
3.4 Según la presencia de Infección .....	34
3.5 Según origen del proceso del aborto o de la muerte embrionaria o fetal .	34
3.6 Según la Ley el aborto inducido o provocado o voluntario puede estar permitido o no y se clasifica en lo siguiente .....	35
3.7 Por el tiempo de gestación .....	35
3.8 Por tipo de procedimiento .....	35
3.9 Características. - .....	36
3.10 Antecedentes Históricos.....	37
3.11 Opiniones socioculturales del Aborto .....	42
<b>4. Etiología</b> .....	44

4.1	Causas socio-políticas .....	44
4.2	Causas Físico-Biológicas .....	45
4.3	Causas del aborto Inducido.....	48
<b>5.</b>	<b>Infraestructura funcional del Servicio de Ginecología y Obstetricia para la Atención del Aborto .....</b>	<b>50</b>
5.1	Infraestructura General .....	50
5.2	Área de Consulta Externa Gineco-obstetricia.....	53
5.3	Área de Urgencias.....	56
5.3.1	Consultorio De Valoración .....	61
5.3.2	Área De Observación .....	61
5.3.3	Central De Enfermeras Servicio De Urgencias.....	62
5.3.4	Equipo de carro rojo .....	63
5.3.5	Área De Curaciones, Yesos o Materiales Sustitutivos .....	64
5.3.6	Área De Hidratación .....	65
5.3.7	Sala De Choque .....	66
5.3.8	Carro de paro.....	67
5.4	Área para estudios por Ultrasonografía.....	70
5.5	Área de Laboratorio.....	71
5.6	Área de Hospitalización.....	74
5.6.1	Mobiliario y materiales de la unidad del paciente .....	76
5.6.2	Procedimientos de arreglo de la cama .....	79
5.7	Área de Central de Enfermería.....	84
5.8	Unidad de obstetricia o tocología .....	86
5.8.1	Labor de Parto .....	88
5.8.2	Sala de Expulsión .....	89
5.8.3	Recuperación Post-Parto.....	90
5.8.4	Central de Enfermería de la unidad de recuperación.....	91
<b>6.</b>	<b>Aborto Quirúrgico y Aborto Médico.....</b>	<b>93</b>
6.1	Legrado Uterino Instrumental. -.....	93
6.1.1	Legrado Ginecológico. —.....	94
6.1.2	Legrado Obstétrico. - .....	94
6.2	Aspiración Manual Endouterina (AMEU):.....	102
6.3	Aborto médico .....	107

<b>7. Formas Clínicas del Aborto</b> .....	116
7.1 Examen físico y Examen de Laboratorio y Gabinete.....	117
7.2 Amenaza de aborto .....	119
7.3 Aborto inevitable.....	121
7.4 Aborto diferido .....	124
7.5 Aborto en curso .....	127
7.6 Aborto incompleto .....	128
7.7 Aborto completo .....	129
7.8 Aborto infectado .....	129
7.9 Consecuencias.....	132
<b>8. Intervenciones de Enfermería en el proceso Diagnóstico, Terapéutica y Resolución en la Atención de la Mujer que cursa con el proceso Aborto ...</b>	138
8.1 Área de Urgencias.....	143
8.2 Ingreso .....	151
8.3 Preparación para pasar a la paciente a la unidad de Tococirugía.....	157
8.4 Preparación e intervenciones en el Periodo intraoperatorio.....	166
8.5 Hospitalización .....	172
8.6 Atención Integral post aborto.....	174
8.6.1 Propuestas.....	179
<b>9. Conclusión</b> .....	189
<b>10. Bibliografía</b> .....	193
10.1 Básica: .....	193
10.2 Complementaria:.....	196
10.3 Electrónica:.....	199
<b>11. Glosario:</b> .....	203



## **1. Introducción**

La presente investigación sobre el aborto y su atención en las mujeres que están en proceso de preaborto, aborto y postaborto la realice con la finalidad e interés de conocer ampliamente las intervenciones y cuidados que debe realizar la enfermera, mismos que se pretende ayude a mejorar la atención y brindar una atención integral. Puesto que se han presentado con frecuencia casos en el hospital, por lo cual analice la importancia de identificar el conocimiento amplio sobre la atención, cuidados que se deben brindar proporcionar a estas pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) define aborto como la interrupción del embarazo de un feto de menos de 500 gramos de peso o antes de la semana veinte de edad gestacional, calculando la edad gestacional tomando de referencia la última menstruación o mediante biometría fetal.

La práctica del aborto inducido es tan antigua como la propia humanidad y su punibilidad ha dependido de la filosofía imperante y de las leyes en cada momento histórico.

Un aborto, a veces denominado interrupción voluntaria, es un proceso médico por el cual se acaba con un embarazo para que no nazca un bebé. La decisión de abortar es difícil. Existen muchas razones para abortar, por ejemplo, las circunstancias personales, un riesgo para la salud o, tal vez, un riesgo de que el bebé tenga una enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres al año. El 41% de los embarazos no es deseado (85 millones). Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros, es decir “procedimientos para finalizar un embarazo de forma voluntaria realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o en entornos donde se carece de un estándar médico mínimo”.

Esto es importante mencionarlo ya que introduce un dato para lograr una atención optima en cada una de sus etapas, de ahí la importancia de mencionar dicho dato.

Existen muchas opiniones firmes sobre el aborto (tanto a favor como en contra). Si bien deben respetarse todos los puntos de vista, el área de la salud debe tomar en cuenta que sin importar estas opiniones debe brindar una atención de calidad olvidando así prejuicios.

En la práctica profesional de enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería, como disciplina profesional.

El área de enfermería tiene como función educar, dirigir, asesorar, investigar, pero ante todo cuidar de la salud y el bienestar de los seres humanos, la enfermera dentro de las actividades que desarrolla incluye la valoración de la conducta y de los estímulos que influyen en la adaptación. Según algunos teóricos, el objetivo central de enfermería consiste en ayudar a las personas adaptarse a los cambios que se producen en el proceso salud-enfermedad.

Dentro de las respuestas humanas ante el aborto espontáneo se encuentran las respuestas biológicas, psicológicas y sociales que puedan influir en la aceptación de la pérdida, así como en la recuperación física y psicológica de la paciente. El profesional de enfermería en sus cuidados no puede limitarse a la atención de la dimensión biológica, sino que debe evaluar la relación que establecen las personas con el medio ambiente que le rodea. Lograr cuidados de enfermería que consideren en su integralidad las reacciones emocionales y la implicación social para la mujer, esposo, familia posterior a la ocurrencia del aborto sería nuestra meta a alcanzar.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, reestablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional de todo ser humano sin ningún tipo de distinción.

Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como, el alta, la satisfacción y menor estancia hospitalaria de la paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

Es sabido que el cuidar, es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe, el cuidado ha sido relevante constituyendo una función primordial para promover y desarrollar todas aquellas actividades que hacen vivir a las personas y a los grupos.

El cuidado de las pacientes representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres humanos vivos y sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para toda persona (individuo, familia, grupo y comunidad), que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, se han podido perfeccionar técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano.

En la actualidad el área de enfermería puede realizar acciones hacia un paciente con el sentido de obligación o responsabilidad, pero la realidad es que la mayoría de las veces debe ser más que eso, debe existir un verdadero sentido de humanismo en el trato que se brinda en la atención no solo a las pacientes sino a todo individuo que lo requiera de una atención sea hospitalaria o no dicha atención.

Cuidar a todo ser humano llama a un compromiso científico, filosófico y moral, hacia la protección de su dignidad y la conservación de su vida.

Pero puede ser falso decir que ha cuidado al paciente si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención.

La eficiencia en el cuidado del paciente depende de la formación académica, las experiencias vividas y la capacidad física y mental que tenga el profesional que lo atiende, al mismo tiempo que este debe cubrir sus propias necesidades: reconocimiento laboral, como estímulo necesario; estados físicos y de ánimo; cuidados, salud, comodidad y autoestima para poder rendir y ejercer correctamente su trabajo.

Estudios con relación al cuidado de enfermería a la mujer en situación de aborto reportan que el cuidado fue percibido como aquel en el cuál, 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 mencionada como "normal", con énfasis en la atención a las necesidades relacionadas al cuerpo físico. Las mujeres revelaron la necesidad de cuidado, la cual debe ir más allá de procedimientos técnicos. Las necesidades expresadas fueron más allá del cuidado físico; mostrándose al aborto como una situación difícil, complicada y dolorosa, tanto física como existencialmente.

El campo de la salud opera aún bajo una concepción esencial y biológica de la condición humana. Se necesita un cambio de paradigma de un enfoque tradicional y biologicista a un paradigma que incluya las dimensiones psicológica, social y espiritual.

Esta investigación enfatiza la importancia de los cuidados e intervenciones de enfermería específicamente en pacientes que están por cursar, están cursando o que ya cursaron con un aborto independiente de la causa, si está completo o no, a través de esta investigación se fijan las pautas de acción y dirección que guían las áreas de acción por parte de enfermería, así como infraestructura de las áreas de atención del aborto, para lograr brindar una atención integral en el aborto.

## **2. Marco Teórico**

### **2.1 Vida y obras**

Mariana Gondium Mariutti

Es una Enfermera que nació en Sao Paulo, Brasil en la década de 1970, actualmente es profesora en la Facultad Libertas donde otorga clases en las disciplinas: Salud de la Mujer I y II, Ética y Deontología de la profesión, Salud del Trabajador y Clínica Médica I y II. Decidí enfocar mi trabajo desde su perspectiva ya que esta autora ya realizado distintos trabajos con enfoque en la mujer en situación de aborto. Es también coordinadora y supervisora de pasantías desde enero de 2010. Orientaciones de Trabajo de Conclusión de Curso y participación de bancas (TCC). Tiene Maestría en Enfermería en Salud Pública y Materno Infantil por la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - EERP-USP (febrero de 2002 a marzo de 2004) y Doctorado por la EERP-USP (mayo de 2007 a diciembre de 2010) en el área de Salud Mental, Salud de la Mujer y Salud Pública (Defensa de la Tesis en 16 de noviembre de 2010). Participó de grupos de investigación como: "Sobre la muerte y el morir" de junio de 1999 a diciembre de 2001 (becaria) y del grupo de investigación titulado "La mujer en su ciclo vital" de (12/2002 a 12/2003). Participó del Programa de Perfeccionamiento de la enseñanza (PAE) en 2003 (en el Máster) y 2007 (Doctorado) en el monitoreo y supervisión de alumnos. Trabajó en Hospitales de diciembre de 2003 hasta mayo de 2008 y ministró clases teóricas, prácticas y supervisión de pasantías en Curso Técnico, Universidad y Facultad - Curso de Graduación. Es parte del Grupo de Investigación que actúa en el Núcleo de Enseñanza e Investigación de las relaciones personales - el enfermo, la enfermedad y las prácticas terapéuticas y estudios sobre la conducta, la ética y la producción del saber en salud sobre orientación de la Profa. En el caso de las mujeres, el número de mujeres embarazadas en el embarazo y la lactancia materna, en el caso de las mujeres, Y en el caso de las mujeres, en el caso de las mujeres, en el caso de las mujeres. del niño y del Adolescente, orientadora de Trabajos de Conclusión de Curso y supervisión de prácticas durante 4 años. Participó como invitada para debatir trabajos científicos en 2007 en el SICUSP (Simposio de Iniciación Científica

de la USP), en la VIII Conferencia Internacional de la Red Global de la OMS en el Sheraton Hotel en San Paulo en julio de 2010 y en el SICUSP 2010. Fue invitada a debate en mesa redonda en el Congreso Brasileño de las enfermeras obstetras el 8 de julio de 2011 en Belo Horizonte-MG. Con experiencia en el área de Enfermería, con énfasis en Enfermería en Salud de la mujer, Salud Mental y Salud Pública actuando principalmente en los siguientes temas: Salud de la Mujer, Ginecología, Obstetricia, Relación de Ayuda y Salud Mental.

#### *Formación Académica*

- Doctorado en Enfermería 2007 - 2010

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto

Título: Asociaciones del aborto con depresión, autoestima y resiliencia

Prof. Dr. Antonia Regina Ferreira Furegato. Becario del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, CNPq, Brasil. Grande área: Ciencias de la Salud Grande Área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería / Subárea: Enfermería en Salud Colectiva. Área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería / Subárea: Enfermería en Salud de la Mujer.

- Maestría en Enfermería 2002 - 2004

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto

Título: El cuidado de enfermería a los ojos de la mujer en situación de aborto, Año de obtención: 2004

Orientador: Profesora Dra. Ana María de Almeida

Becario de Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior, CAPES, Brasil. Salud Humana.

- Perfeccionamiento en PAE - Programa de Apertura de Enseñanza 2007 - 2007

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto

Título: Depresión, aborto, autoestima y resiliencia. Año de finalización: 2007

Asesor: Prof. Dr. Antonia Regina Ferreira Furegato / Silvana Mishima

- Perfeccionamiento en PAE - Programa de Apertura de Enseñanza

2003 - 2003

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto

Título: El cuidado de enfermería para mujeres en situación de aborto. Año de finalización: 2003

Orientador: Ana María de Almera

Becario de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, EERP, Brasil.

- Licenciatura en Enfermería

1998 - 2001

Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto

Título: La mujer en situación de aborto-un enfoque vivencial

De la Universidad de Buenos Aires.

Becario de la Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.

#### *Áreas De Actuación*

Gran área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería / Subárea: Enfermería en Salud Colectiva.

Gran área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería / Subárea: Enfermería en Salud de la Mujer.

Gran área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería.

Gran área: Ciencias de la Salud / Área: Enfermería / Subárea: Enfermería en Salud Mental.

Mayor Área: Ciencias de la Salud / Área: Salud / Subárea Colectivo: Clínica de Salud de la Mujer.

*Producciones Bibliográficas*

SILVEIRA, S. L.; ALMEIDA, Denice Alves de; LENZA, N F B; MARIUTTI, M. G.; ROSA, W. A. G. Cuidados paliativos: percepción de cuidadores familiares de ancianos en tratamiento oncológico. Revista de Salud (Santa María), v. 43, p. 55-62, 2017.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; DIAS, F. S. Reflexiones sobre el Lupus Eritematoso Sistémico y el embarazo: una revisión bibliográfica. Revista Libertas, vol. 5, p. 120-142, 2015.

CARMO, Suelen Sousa; MARIUTTI, M. G.; PAULINO NETO, H. F.; LIVRAMENTO, D. E. Análisis cuantitativo sobre el embarazo en la adolescencia en un municipio minero. Cogitare Enfermería (UFPR), v. 19, p. 21-40, 2014.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; MACENA, M. D. Asistencia del enfermero a los pacientes en recuperación postquirúrgica - cuidados inmediatos. Revista Libertas, vol. 4, p. 134-151, 2014.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; ALMEIDA, M. A. S. Tipo de violencia doméstica y perfil de mujeres atendidas en una Comisaría Especializada de Atención del municipio de São Sebastião do Paraíso - MG. Revista Libertas, vol. 4, p. 84-102, 2014.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Asociaciones del aborto con depresión, autoestima y resiliencia. Tempus: Actas de Salud Colectiva, v. 7, p. 145-157, 2013.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; SANTOS, J. L. F. Aborto, depresión, autoestima y resiliencia: una revisión. Salud y Transformación Social, v. 4, p. 115-119, 2013.

MARIUTTI, M. G.; NEPOMUCENO, E.; ALMEIDA, Denise Alves de. Uso de alcohol y drogas en el período puerperal. Revista Libertas, vol. 3, p. 72-81-81, 2013.



ALMEIDA, Denice Alves de; MARIUTTI, M. G.; Faria, Heloísa Gimenes Turcatto; JESÚS, Fernanda de castro; Y en el caso de las mujeres. Tratamiento de las úlceras venosas y asistencia de enfermería: revisión bibliográfica. Revista Libertas, vol. 3, p. 62-71, 2013.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; ALMEIDA, Denise Alves de. Relación de Ayuda del enfermero con portadores de trastornos mentales a través de Taller Musical. Revista Libertas, vol. 3, p. 82-95, 2013.

BORGES, DA; FERREIRA, FR; MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denise Alves de. Depresión en la Gestación: una revisión bibliográfica. Libertad, v. 1, p. 1-20, 2012.

BARBOSA, A. S. S. F.; Bobato, J A C; MARIUTTI, M. G. Representaciones de los profesionales de la salud pública sobre el aborto y la forma de cuidado y acogida. Y en el caso de las mujeres. 13, p. 44-55-55, 2012.

LIBERA, C. L. D.; Teixeira, A. L.; MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denise Alves de. Conocimiento del examen citopatológico en el municipio de São Sebastião do Paraíso - MG. Revista Libertas, vol. 1, p. 85-100, 2012.

SANTOS, I. P.; AVILA, R. C. T.; MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; ROSA, W. A. G. La ocurrencia del Síndrome de Bournout en enfermeros de las Unidades de Salud del Municipio de São Sebastião do Paraíso - MG. Revista Libertas, vol. 1, p. 65-82, 2012.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; SILVA, H. L.R; COSTA JUNIOR, M. L. Aborto: un estudio de la morbilidad hospitalaria en el país. GBR. (En el caso de las mujeres). 6, p. 97-103, 2010.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Factores protectores y de riesgo para depresión en mujeres en aborto. Revista Brasileña de Enfermería (Impreso), v. 63, p. 183-189, 2010.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; SCATENA, M. C. M. Relación de ayuda del enfermero a la mujer en la pre-mastectomía. Relación de ayuda del enfermero a la

mujer en la pre-mastectomía, Revista Paulista de Enfermería, v. 11, p. 144 / 2-148, 2007.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, A. M; PANOBIANCO. El cuidado de la maternidad según las mujeres en el aborto de las situaciones. En el caso de las mujeres en el aborto, v. 15, p. 20-26, 2007.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; SCATENA, M. C. M. Relación de ayuda de enfermería entre el enfermero y las mujeres en aborto espontáneo. (En el caso de las mujeres). 4, p. 83-88, 2005.

MARIUTTI, M. G.; BOEMER, M. R. La mujer en situación de aborto: un enfoque existencial. (En el caso de las mujeres). 2, p. 59-71, 2003.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Post-aborto deprime el 57% de las mujeres. La ciudad de Ribeirão Preto, E8, 28 nov. 2011.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. El aborto lleva a la depresión - REVISTA REVIDE año 24 Ed 546. Aborto lleva a la depresión - <http://www.revide.com.br/gerais/aborto-leva-depressao/>, <http://www.revide.com.br/generando>, p. 1 - 4, 04 mar. 2011.

MARIUTTI, M. G. Pérdida difícil de ser superada. Pérdida difícil de ser superada, Gazeta de Ribeirão Preto, p. 20 - 20, 19 dic. 2010.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. El aborto puede llevar a la mujer a la depresión, revela una investigación. En el marco de la Convención de las Naciones Unidas. 1 - 4, 29 nov. 2010.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Los enfermeros desempeñan un papel importante en las relaciones entre el aborto y la depresión. PROHIBILIDAD del adulto, PROENSIÓN del adulto, p. 1 - 4, 12 de agosto. 2

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Factores protectores y de riesgo para la depresión en mujeres en aborto. En: 60º Congreso Brasileño de Enfermería, 2008, Belo Horizonte - MG. Salud de la Mujer, 2008.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Depresión, aborto, autoestima y resiliencia: una reflexión. En: 59º Congreso Brasileño de Enfermería, 2007, Brasilia. Depresión, aborto, autoestima y resiliencia: una reflexión, 2007.

MARIUTTI, M. G.; SILVA, H. L.R; FUREGATO, A. R. F; COSTA JUNIOR, M. L. Aborto en la adolescencia: un estudio de la morbilidad hospitalaria en el municipio de Ribeirão Preto de 1998 a 2006. In: 59º Congreso Brasileño de Enfermería, 2007, Brasilia. Aborto en la adolescencia: un estudio de la morbilidad hospitalaria en el municipio de Ribeirão Preto de 1998 a 2006, 2007.

MARIUTTI, M. G.; LAVEZ, T. A. S.; COSTA JUNIOR, M. L.; ALMEIDA, A. M. Aborto: un estudio de la morbilidad hospitalaria en el país. En: VIII Congreso de Salud Pública, 2003, Ribeirão Preto. Aborto: un estudio de la morbilidad hospitalaria en el país, 2003.

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F. Identificación y contexto de mujeres en situación de aborto. En: 15º Seminario de Investigación en Enfermería, 2009, Río de Janeiro. Identificación y contexto de mujeres en situación de aborto, 2009.

MARIUTTI, M. G.; Martins, C R; ALMEIDA, Denise Alves de. Percepción del enfermero en la atención primaria sobre personas con esquizofrenia. En: VI Simposio de Iniciación Científica de las Libertes Facultades Integradas, 2017, San Sebastián del Paraíso - MG. Percepción del enfermero en la atención primaria sobre personas con esquizofrenia, 2017. v. 1. p. 2-2.

MARIUTTI, M. G.; OLIVEIRA, I B; LENZA, N F B; ROSA, W. A. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; RIBEIRO, F C. Percepción de enfermeros de las Unidades de Salud de la Familia de un municipio de Minas Gerais en relación a la gestión de conflictos. En: VI Simposio de Iniciación Científica de las Libertes Facultades Integradas, 2017, San Sebastián del Paraíso - MG. Área de Salud, 2017. v. 2. p. 2-2.

MARIUTTI, M. G.; OLIVEIRA, I B; LENZA, N F B; FERREIRA, N. C. L. Q.; ALMEIDA, Denice Alves de; RODRIGUES, I C; Asis, M N. Factores de riesgo para el uso de

sustancias psicoactivas en la gestación. En: Área de salud, 2017, San Sebastián del Paraíso - MG. Área de Salud, 2017.

MARIUTTI, M. G.; BOEMER, M. R. La mujer en situación de aborto -un enfoque vivencial. En: 9º Simposio Internacional de Iniciación Científica de la Universidad de São.

MARIUTTI, M. G. Semana de Iniciación Científica en UNAERP - Temas de la bioética. 2014. (Presentación de Trabajo / Otro). Paulo, 2001, Ribeirão Preto. Título de Anais, 2001.

MARIUTTI, M. G.; BOEMER, M. R. El cuidado de enfermería en la visión de las mujeres en situación de aborto. 2004. (Presentación de Trabajo / Comunicación).

MARIUTTI, M. G. El cuidado de enfermería en la visión de las mujeres en situación de aborto. 2004. (Presentación de Trabajo / Conferencia o conferencia).

MARIUTTI, M. G.; FUREGATO, A. R. F; SCATENA, M. C. M; SILVA, L. Mujer en aborto espontáneo. 2003. (Presentación de Trabajo / Congreso).

#### OTRAS PRODUCCIONES

MARIUTTI, M. G. Mutirões de exámenes citopatológicos. 2013.

MARIUTTI, M. G. Mutirão de Exámenes citopatológicos. 2011.

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denice Alves de; SILVA, Vanessa Queiroz da; Faria, Heloísa Gimenes Turcatto. En el Núcleo Docente Estructurante - NDE - Libertas - MG. 2010.

MARIUTTI, M. G. Bioética, planificación familiar y la cuestión del aborto. 2011. (Programa de radio o TV / Mesa redonda).

MARIUTTI, M. G. ¿La importancia del examen citopatológico para la salud de la mujer? en la Radio TV Sudoeste Mineira en 03/05/2011. 2011. (Programa de radio o TV / Entrevista).

MARIUTTI, M. G. Aborto y depresión. (Programa de radio o TV / Entrevista).

MARIUTTI, M. G. Depresión, aborto y resiliencia post-aborto. (Programa de radio o TV / Entrevista).

MARIUTTI, M. G. Aborto y salud mental de las mujeres. (Programa de radio o TV / Entrevista).

MARIUTTI, M. G. Mutirão de salud de la Mujer. 2017. (Mutirão de salud de la Mujer días 28 y 29).

MARIUTTI, M. G.; OLIVEIRA, I B; ALMEIDA, Denice Alves de; FERREIRA, N. C. L. Q.; LENZA, N F B; ROSA, W. A. G. VC Simposio de Iniciación Científica de Libertas Facultades Integradas. 2017. (Comisión Científica).

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denise Alves de. Feria de Profesionales. 2016. (Feria de Profesionales).

ALMEIDA, Denice Alves de; MARIUTTI, M. G. Campaña de la Semana de Octubre Rosa. 2016. (Campaña del Octubre Rosa).

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denise Alves de. Mutirão de examen citopatológico y examen clínico de las mamas. 2015. (Mutirão de citopatológico en Unidades de Salud de la Familia).

MARIUTTI, M. G.; ALMEIDA, Denise Alves de. Feria de Profesionales. 2015. (Feria de Profesionales).

MARIUTTI, M. G. Mutirão de Salud de la Mujer. 2014. (Proyecto de Promoción y Prevención de la Salud de la Mujer).

MARIUTTI, M. G. Palestrante para capacitación en Psiquiatría para supervisores de enfermería. 2011. (Conferencia).

MARIUTTI, M. G. Planificación Familiar y Enfermedades Sexualmente transmisibles. 2011. (Conferencia).

MARIUTTI, M. G. Importancia de la planificación familiar y el contexto de las mujeres. 2011. (Conferencia).

MARIUTTI, M. G. Aborto: conflictos bioéticos. 2009. (Conferencia).

MARIUTTI, M. G. Resiliencia, autoestima y factores protectores y de Riesgo para la Disciplina de Salud Mental del Curso de Graduación de la USP. 2009. (Conferencia).

MARIUTTI, M. G. Aborto: conflictos éticos y bioéticos. 2008 (Conferencia pronunciada en la Disciplina Bioética del Curso de Graduación de la USP en 30/06/08).

MARIUTTI, M. G. Aborto: conflictos éticos y bioéticos. 2007. (Conferencia pronunciada en la Disciplina Bioética del Curso de Graduación de la USP en 05/11/2007).

MARIUTTI, M. G. Hipertensión arterial y complicaciones en la semana del 5 al 7 de mayo de 2006. 2004. (Palestra proferida en el Espacio Bien Estar en el Club Recreativo en Ribeirão Preto).

MARIUTTI, M. G. Materno y el Niño. 2004. (Conferencia pronunciada en el Hospital San Vicente de Paula).

MARIUTTI, M. G. Salud de la Mujer. 2003. (Conferencia pronunciada).

MARIUTTI, M. G. "Salud de la Mujer" los días 27/03 4 05/06/03. 2003. (Conferencia pronunciada en la Disciplina Bioética del Curso de Graduación).

MARIUTTI, M. G. Show de talentos. 2015. Otra.

MARIUTTI, M. G.; LIMA, A. Show de talentos. 2013. Otra.

MARIUTTI, M. G. Show de talentos. 2011. Interpretación.

ALMEIDA, Denice Alves de; MARIUTTI, M. G. La importancia del examen citopatológico como prevención en la salud de la mujer. 2012.

MARIUTTI, M. G. Depresión, autoestima y resiliencia post-aborto. 2010.

MARIUTTI, M. G. El aborto puede llevar a la mujer a la depresión, revela una investigación. 2010.

MARIUTTI, M. G. Aborto y depresión. 2010.

*Premios*

- 2016

Paraninfa de la Clase de 2016 del Curso de Graduación en Enfermería Libertas - Facultades Integradas, Libertas Facultades Integradas.

- 2014

Profesora Homenajeadada - Graduación en Enfermería, Facultad Libertas.

- 2013

Profesora Homenajeadada - Graduación de Enfermería, Facultad Libertas.

- 2012

- Paraninfa - Graduación de Enfermería Turma II, Facultad Libertas, MG, Facultad Libertas.

- 2011

Paraninfa / madrina de la Clase I de Graduación en Enfermería de la Facultad Libertas / MG, FECOM.

- 2011

Profesora Homenajeadada de la Clase de Graduación en Enfermería, FECOM.

- 2007

1ª Clasificación del Premio Jane de Fonseca Proença como mejor trabajo, Escuela de Enfermería Aurora de Afonso Costa en el 59º Congreso Brasileño de Enfermería en Brasilia DF.

- 2006

Homenaje a los Profesores del Curso Técnico en Enfermería, Colegio Proyección.

## **2.2 Influencias**

Su principal influencia para la autora fue la motivación de llevar a la Enfermería a la parte de la investigación, por otra parte también fue el hecho de querer llevar la práctica de la enfermera al campo de manera integral y no solo médico-clínico, otra de sus influencias fue el tema de la mujer especialmente por los procesos que paso a lo largo de su vida reproductiva y estos a su vez nunca son vistos más allá del campo clínico, así que la autora enmarca estos temas más allá del campo clínico y los lleva más allá de una forma integral que incluya las esferas de la vida; físico, mental, social y psíquico. Por otra parte, la misma decidió la carrera de Enfermería con el fin de brindar apoyo a aquellos que más lo necesitan y su enfoque lo decidió a partir de una experiencia propia en el área de gineco-obstetricia donde menciona haber sido tratada de manera muy errada y así fue como decidió enfocarse en la mujer en situación de aborto, parto y puerperio desde una perspectiva integral en el área de Enfermería.

## **2.3 Hipótesis**

Que el personal de Enfermería cuente con información adecuada sobre el cuidado integral de la mujer en situación de aborto, para que la pueda guiar u orientar a la mujer que este en proceso de aborto, durante el procedimiento y después del procedimiento de extracción del feto de manera efectiva. Solo a través de la entrega de trípticos a las Enfermeras y de la colocación de murales en los hospitales con información acerca del proceso del aborto, así es sé cómo brindara un apoyo psicológico, mental y físico as las mujeres que están por realizar un aborto, durante el procedimiento y después del procedimiento de extracción del feto, habría una atención integral y de calidad por parte del personal de Enfermería, de esta manera se colaboraría la mejorar la salud integral de la mujer con situación de aborto, pero también se abarcaría entonces con información correcta a la mujer que ha sufrido aborto, acerca del control que debe llevar esta en su vida sexual, control de anticoncepción y control prenatal en la mujer con previo aborto, entonces se mejoraría con el porcentaje de mujeres con apoyo integral por parte del personal de



Enfermería y así mismo dicho personal estaría realmente calificado para atender de manera integral a la mujer con esta situación.

## **2.4 Justificación**

Como como estudiante de la Enfermería de la Escuela de Nuestra Señora de la Salud y al prestar servicios de Enfermería en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia, Michoacán decidí realizar esta tesis debido la mayoría de las mujeres que somete a un aborto voluntario o no, solo recibe atención de manera medica-clínica, nunca va más allá, siendo sin embargo una situación que amerita una atención integral desde un momento antes de que se le realice el aborto hasta el proceso de recuperación físico-psíquico. Las mujeres que se han sometido a un aborto de manera voluntaria o no experimentan una serie de cambios tanto físicos, mentales, psíquicos, psicológicos y para estar en un completo bienestar es necesario que haya un equilibrio entre lo físico-mental, así que la mayoría de las mujeres enfrentan esta situación solas sin un apoyo más allá que el clínico en el cual solo las preparan físicamente, se les atiende con medicamentos y después son pasadas a sus respectivas habitaciones. Posteriormente se les brinda de alta con medicamento para el dolor, sin embargo, el punto que jamás se toca o se habla es de cómo se siente la mujer.

De esta manera se pretende demostrar como la diferencia en la información con la que cuente la enfermera acerca del aborto puede cambiar el trato de enfermería hacia la mujer en situación de aborto, de tal manera puede mejorar la salud psico-mental- física.

También se pretende exponer información clara y concreta al personal de Enfermería de la atención necesaria durante el proceso del aborto abarcando el momento del diagnóstico hasta la resolución de la recuperación, también se pretende abarcar la intervención de Enfermería en el proceso de planificación familiar después de un aborto hasta la consecución de un nuevo embarazo después de un aborto. Como personal de enfermería se busca lograr ser una fuente de información de carácter integral para las mujeres en situación de aborto.

## 2.5 Planteamiento del Problema

Es a partir que como estudiante de la Enfermería de la Escuela de Nuestra Señora de la Salud y al prestar servicios de Enfermería en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud en Morelia, Michoacán se decidió realizar esta tesis con temática de la atención del aborto, como personal de Enfermería del servicio ginecobstetricia frecuentemente la Enfermera es testigo de uno de los principales problemas de salud de la mujer: el aborto y sus múltiples complicaciones. En muchos hospitales, el tratamiento de las complicaciones tales como aborto incompleto, hemorragia e infección, constituyen una gran proporción de las pacientes atendidas en los servicios de urgencias, cada año según datos de Guttmacher Institute en México en el año 2016 se estima que se llevaron a cabo 874,747 abortos inducidos y si lo es, la verdad indica que cada año, un número aún mayor de mujeres mexicanas tienen embarazos no planeados. La tasa anual de abortos inducidos en México es de 33 abortos por cada 1,000 mujeres de 15–44 años; una cifra ligeramente superior al promedio que se reporta para América Latina (31 por 1,000). A nivel nacional, ocurren aproximadamente 44 abortos por cada 100 nacidos vivos, pero de estas cifras, un número estimado de 149,700 mujeres fueron hospitalizadas por complicaciones Post-aborto, es decir, un incremento del 40% en comparación con las cifras reportadas para 1990. Este incremento se explica por el crecimiento poblacional. La tasa anual de hospitalización por complicaciones postaborto de hecho se mantuvo estable con un poco más de cinco ingresos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva, cada año. Pero este manejo regularme es solo médico-clínico.

En la actualidad el manejo del aborto debería contemplar no solo los aspectos médicos sino también los determinantes bio-psico-sociales que conllevan a un embarazo no siempre planeado, y un mal desenlace materno o fetal. La atención del aborto debería abarcar aspectos como:

1. Alianzas entre comunidades y proveedores de servicios de salud: para prevenir embarazos no deseados y abortos de alto riesgo, para movilizar recursos tendientes a ayudar a que las mujeres reciban atención apropiada y tratamiento oportuno del

aborto y sus complicaciones y para asegurar que los servicios de salud reflejen y satisfagan las expectativas de la comunidad y sus necesidades.

**2. Orientación /Consejería:** para identificar y responder a las necesidades de salud emocionales y físicas, así como otras necesidades y preocupaciones de las mujeres.

**3. Tratamiento del aborto incompleto y las complicaciones:** Esto incluye técnicas de evacuación uterina sencillas, eficaces, seguras y de bajo costo. Es el caso del legrado uterino por aspiración que además de poderse realizar con anestesia local y a bajo costo, permite ser realizado en cualquier institución por no requerir instrumental sofisticado ni electricidad.

**4. Servicios de anticoncepción y de planificación familiar:** para ayudar a las mujeres a prevenir gestaciones no deseadas y/o espaciar sus embarazos.

**5. Servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud:** que preferiblemente se proporcionan en el mismo lugar o remitir a otros servicios accesibles dentro de la red de servicios.

Sin embargo la atención de enfermería solo se enfoca en la atención medica-clínica del aborto y servicios de planificación familiar, pero no abarca temas como la depresión después de un aborto, si se logra tan solo que el personal de Enfermería brinde una atención integral o abarque el tema desde una perspectiva más emocional; una vez que se logre visualizar esta situación, tendremos de frente un panorama muy distinto para las mujeres que se realizan un aborto en México, para especificar Morelia, Michoacán, pero es necesario que el personal de Enfermería logre ser una fuente de información de carácter integral en pacientes con situación de aborto.

## **2.6 Objetivos**

Lo que se pretende obtener a partir de una aportación.

### **2.6.1 General:**

Proporcionar información al personal de Enfermería información clara y concreta acerca la atención que necesita la mujer en situación de aborto, este haya sido voluntario o no, se pretende cambiar la atención de Enfermería abarcando el momento del diagnóstico hasta la resolución de la recuperación, también se pretende abarcar la intervención de Enfermería en el proceso de planificación familiar después de un aborto hasta la consecución de un nuevo embarazo después de un aborto.

### **2.6.2 Específicos:**

De manera particular y específica se pretende realizar.

- Lograr que el personal de Enfermería se enriquezca acerca de la atención del aborto de manera integral, para poder guiar u orientar de manera efectiva a las mujeres que están por realizar un aborto, durante el procedimiento y después del procedimiento de extracción del feto y así mejorar la salud de la mujer psíquica-física en proceso de aborto.
- Ofertar la información acerca de las técnicas correctas y adecuadas a realizar en el procedimiento durante el proceso del aborto a través de trípticos, murales, conferencias y talleres de retroalimentación con temática del aborto para lograr una atención integral en la mujer con situación de aborto.
- Proponer que el personal de Enfermería provea información acerca de la importancia del control de natalidad después del aborto y exponer métodos de planificación familiar más eficaces para ello lograr después.
- Dar a conocer como Enfermera información de cómo lograr un nuevo embarazo sano, como llevarlo al final sin complicaciones y si las hay a manejarlas y concluirlo con el nacimiento de un nuevo ser sano.

## **2.7 Método**

La investigación será aplicada en todo el personal del Hospital de Nuestra Señora de la Salud, para conocer y aplicar atención integral en la mujer en situación de aborto, así mismo para la oportuna identificación y prevención de complicaciones relacionadas con el aborto, incluyendo causas, signos y síntomas de dichas complicaciones y así mismo lograr brindar una atención integral por parte del personal de Enfermería a las mujeres en situación de aborto.

### **2.7.1 Cualitativo**

- Conocer los cuidados de Enfermería de forma integral. El personal de Enfermería deberá estar correcta y adecuadamente para actuar ante a mujer en situación de aborto.
- Reconocer posibles signos y síntomas de posibles complicaciones de la mujer en situación de aborto, así como manifestaciones clínicas y poder brindar un cuidado integral.

### **2.7.2 Cuantitativo**

- Conocer la prevalencia de dicha situación, mediante la investigación para saber si se puede reducir el número de complicaciones en mujeres en situación de aborto, a través de la observación y diagnóstico oportuno.
- Investigar cifras sobre el aborto en México y sus consecuencias en la mujer, el nivel de importancia de las principales consecuencias de la mujer en situación de aborto desde la perspectiva física, social, emocional y psicológica, para así mismo intentar demostrar la importancia de una atención integral ante la situación de aborto y así mismo el personal de Enfermería sepa identificar y tratar esta situación de manera oportuna y correcta.

### **2.7.3 Científico**

- 1) Basarnos en investigaciones, artículos científicos en los cuales se haya probado la importancia de una buena atención integral en la mujer en situación de aborto dentro de un campo clínico y demostrando la efectividad de una buena atención integral en la mujer que pasa por este fenómeno. Este

método se enfocará en brindar los recursos y la capacitación para el logro de una atención integral a la mujer en situación de aborto.

## **2.8 Variables**

**1°** A mayor educación por parte del personal de Enfermería sobre la atención integral entorno al aborto, mayor número de mujeres que reciben atención integral por la Enfermera en relación al proceso del aborto.

**2°** A mayor conocimiento sobre técnicas correctas y adecuadas a realizar en el procedimiento durante el proceso del aborto (antes, durante y después de este) a través de trípticos, murales, conferencias y talleres de retroalimentación con temática del aborto para lograr una atención integral en la mujer con situación de aborto, mayor número de Enfermeras otorgan atención integral durante el proceso del aborto.

**3°** A mayor impartición acerca de la importancia del control de natalidad después del aborto y al exponer métodos de planificación familiar más eficaces como personal de Enfermería, mayor número de mujeres logran una recuperación completa antes de un nuevo embarazo.

**4°** A mayor proporción de información impartida de cómo lograr un nuevo embarazo sano así de cómo llevarlo al final sin complicaciones y si las hay a manejarlas, mayor número de mujeres llevara a cabo un embarazo sano con conclusión de un nuevo ser.

**5°** A mayor número de Enfermeras capacitadas en la impartición de atención integral del aborto, mayor número de mujeres recibirán una atención bio-psico-social.

## 2.9 Encuesta y Resultados

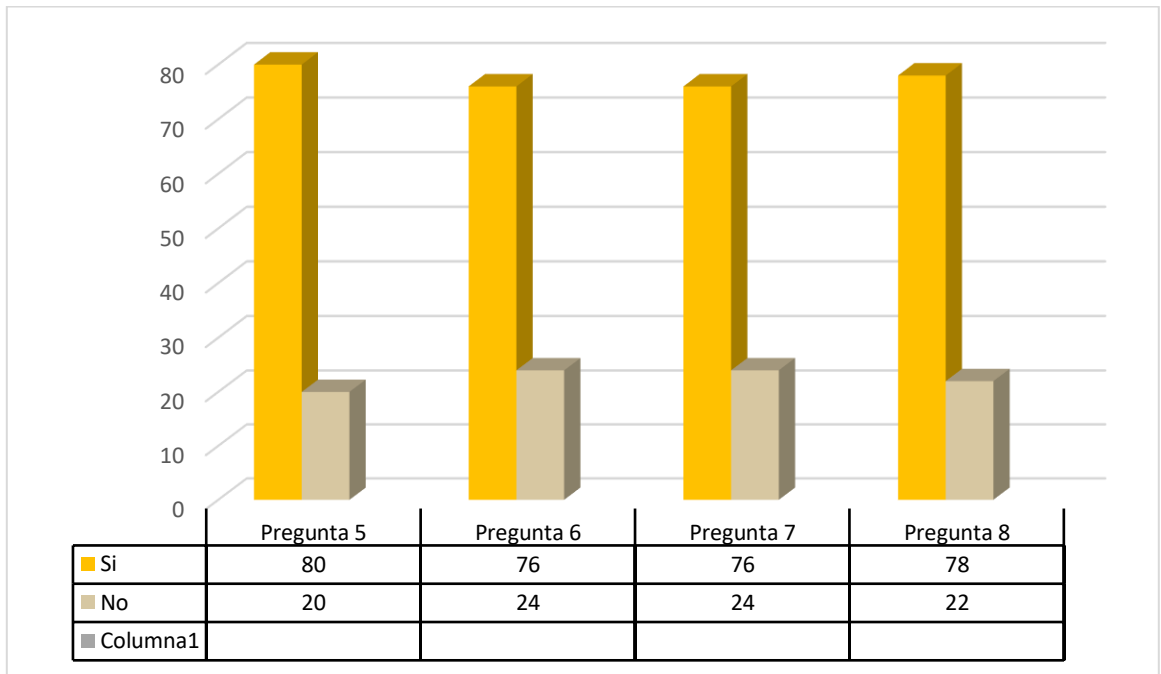
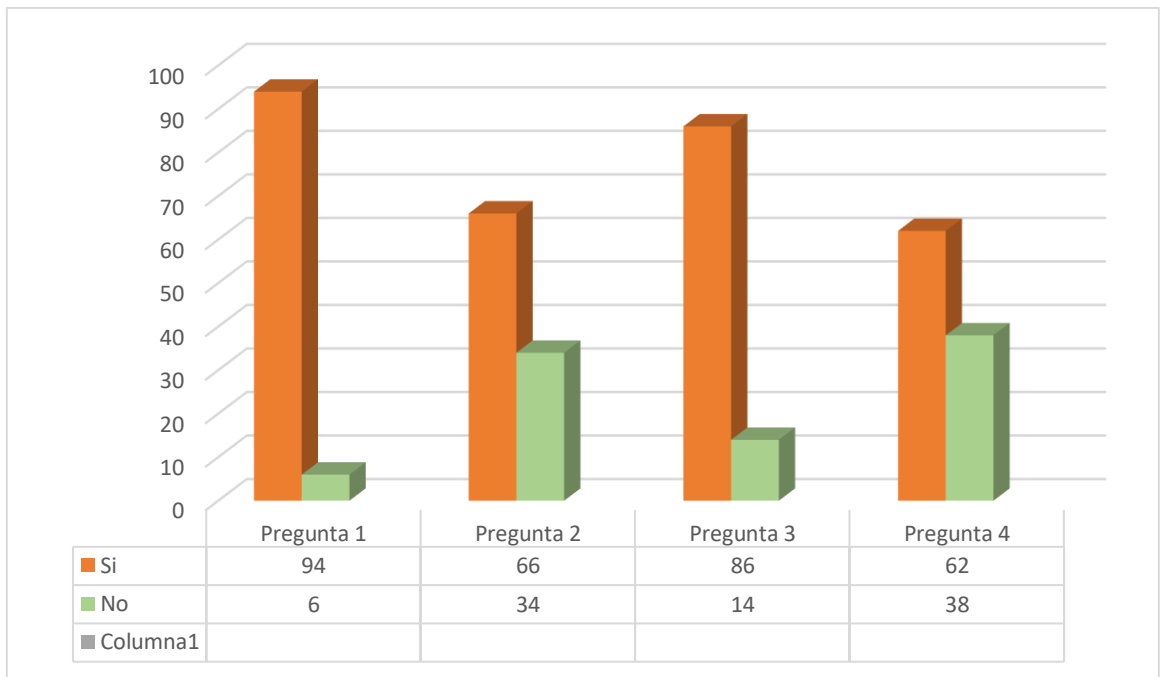
Dirigido al personal del área de la salud y público en general para determinar el grado de conocimiento que se tiene acerca del Aborto y sus problemáticas en la atención.

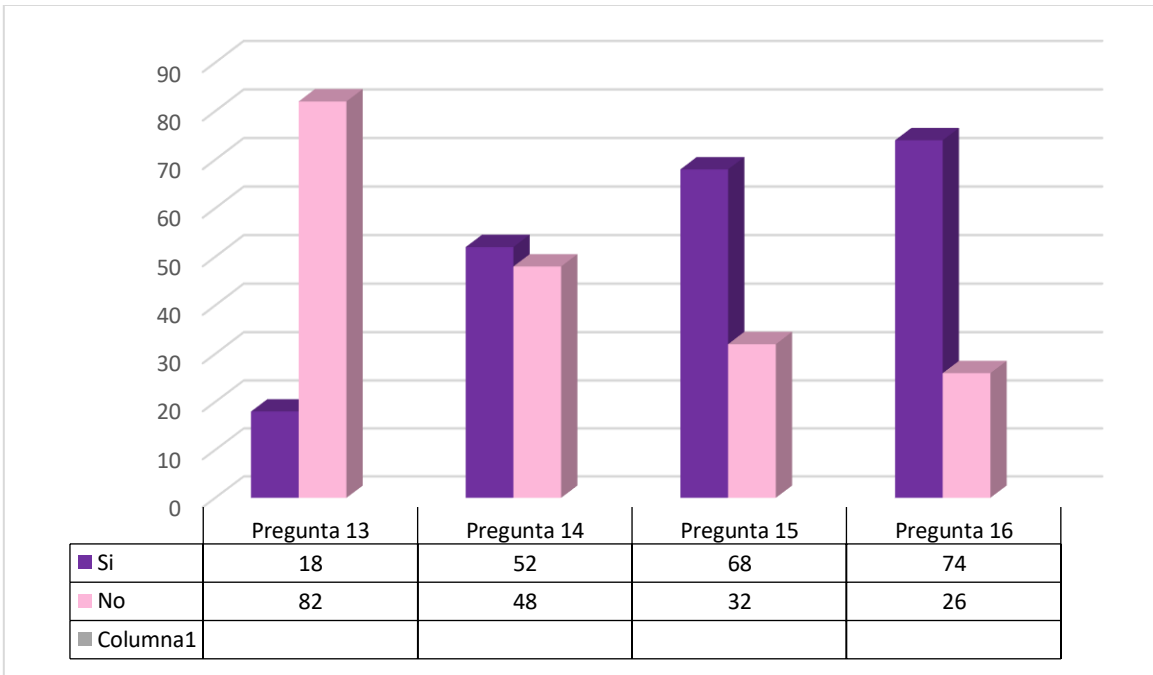
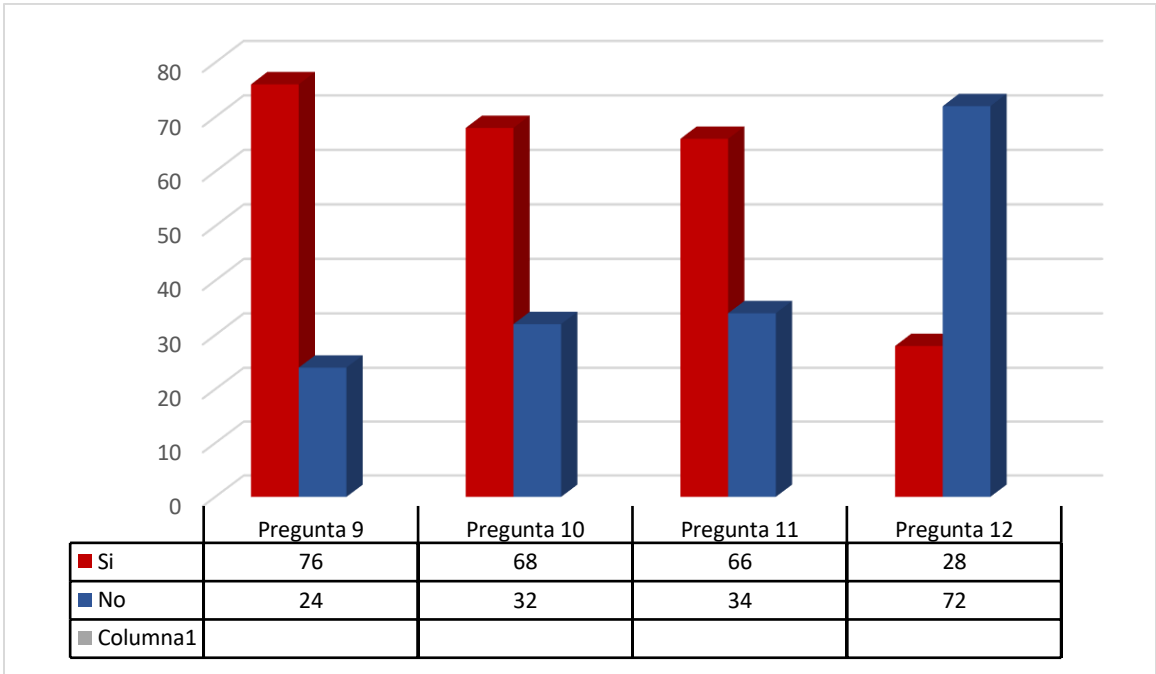
Pregunta	Si	No
1. ¿Comprende usted qué es el Aborto?	94 %	6%
2. ¿Conoce usted los signos y síntomas del Aborto?	66%	34%
3. ¿Sabe usted como se diagnóstica el Embarazo?	86%	14%
4. ¿Entiende usted como se diagnóstica un Aborto?	62%	38%
5. ¿Sabía usted qué el Aborto puede causar la muerte?	80%	20%
6. ¿Conoce usted sus derechos reproductivos?	76%	24%
7. ¿Sabe usted lo qué es un Aborto Legal?	76%	24%
8. ¿Usted sabe lo que es un Aborto Ilegal?	78%	22%
9. ¿Identifica hasta qué semana de gestación se considera Aborto?	76%	24%
10. ¿Percibe usted las clases de Aborto que existen?	68%	32%
11. ¿Nota usted qué consecuencias tiene el Aborto?	66%	34%
12. ¿Ha estado usted embarazada?	28%	72%
13. ¿Ha experimentado usted un Aborto?	18%	82%
14. ¿Es doloroso un Aborto?	52%	48%
15. ¿Considera usted que la práctica del Aborto está mal?	68%	32%
16. ¿Sabe usted la semana de gestación límite para llevar a cabo un Aborto?	74%	26%
17. ¿Cree usted que el Aborto es peligroso?	86%	14%
18. ¿Conoce métodos médicos para llevar a cabo un Aborto?	70%	30%
19. ¿Se da cuenta de los métodos quirúrgicos para llevar a cabo un Aborto?	78%	22%
20. ¿Ha usado píldoras abortivas?	34%	66%
21. ¿Entiende usted como se practica un Aborto?	72%	28%
22. ¿Comprende qué es un legrado?	76%	24%
23. ¿El Aborto es seguro?	26%	74%
24. ¿Considera usted que el Aborto es un delito?	66%	34%

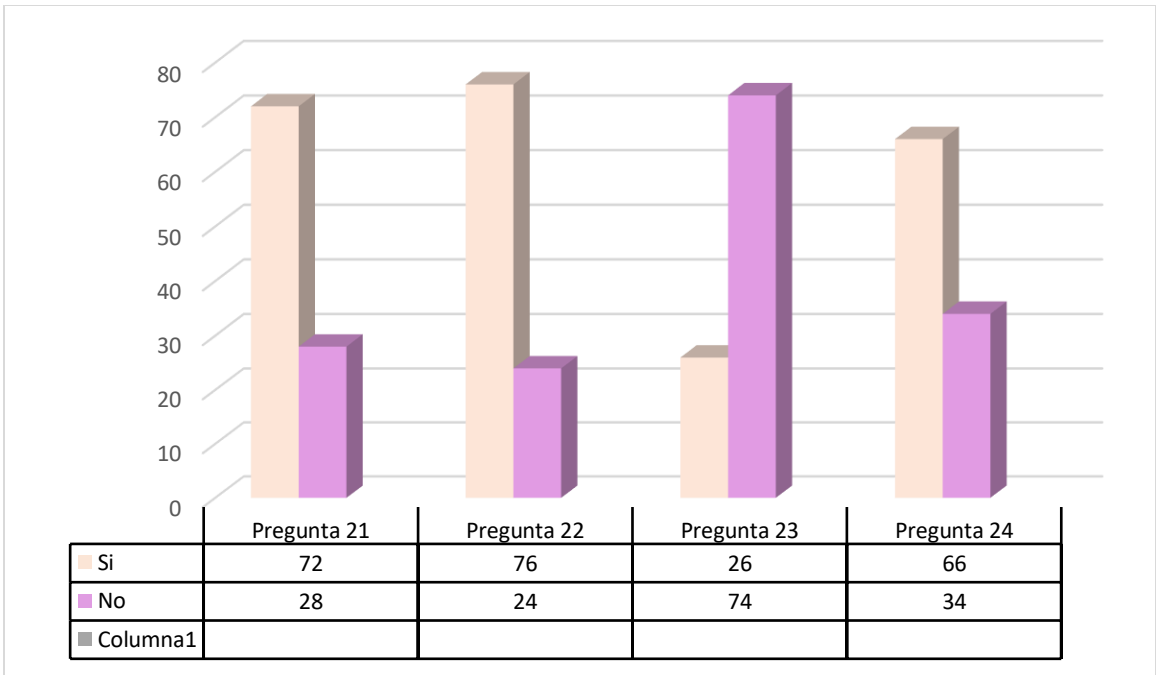
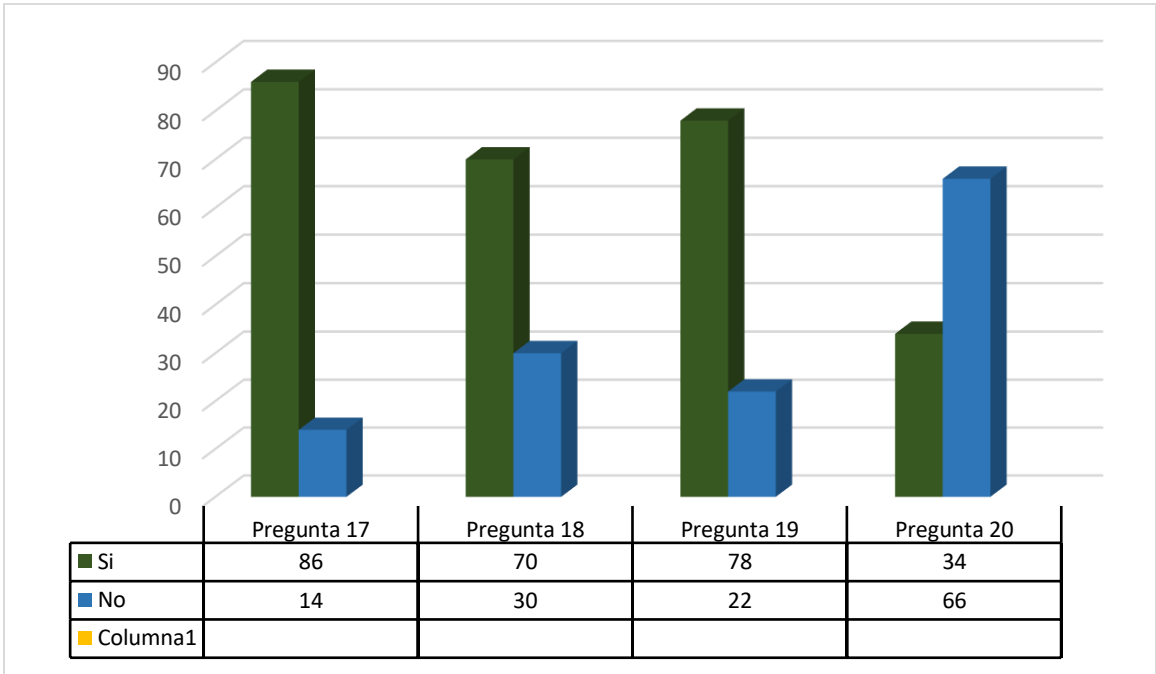
<b>25.</b> ¿El personal de Enfermería maneja adecuadamente un Aborto?	82%	18%
<b>26.</b> ¿Tiene consecuencias el Aborto en la salud de la Mujer?	84%	16%
<b>27.</b> ¿Conoce las consecuencias psicológicas el Aborto?	74%	26%
<b>28.</b> ¿Sabe si los antecedentes médicos pueden propiciar un Aborto?	72%	28%
<b>29.</b> ¿Comprende usted en qué consiste una exploración gineco-obstétrica?	78%	22%
<b>30.</b> ¿Entiende usted qué es una Amenaza de Aborto?	74%	26%
<b>31.</b> ¿Ha estado presente durante la anamnesis?	62%	38%
<b>32.</b> ¿Se percata usted de qué es un embarazo ectópico?	64%	36%
<b>33.</b> ¿Ha escuchado usted el termino Salpingectomía?	64%	36%
<b>34.</b> ¿Ha averiguado lo qué es un Aborto terapéutico?	50%	50%
<b>35.</b> ¿Le han enterado sobre qué es la Enfermedad Trofoblástica Gestacional?	52%	48%
<b>36.</b> ¿Conoce usted en qué consiste las causas maternas?	62%	38%
<b>37.</b> ¿Identifica las causas fetales?	58%	42%
<b>38.</b> ¿Sabe lo que es un shock?	64%	36%
<b>39.</b> ¿Comprende usted qué es el Aborto inducido?	60%	40%
<b>40.</b> ¿Identifica qué es el Aborto Espontaneo o Natural?	74%	26%
<b>41.</b> ¿Usted considera el Aborto una emergencia Obstétrica?	68%	32%
<b>42.</b> ¿Cree usted necesario hospitalizar a la mujer en el proceso del Aborto?	86%	14%
<b>43.</b> ¿Ha practicado una exploración vaginal?	44%	56%
<b>44.</b> ¿Identifica los métodos de planificación familiar para evitar un embarazo?	80%	20%
<b>45.</b> ¿Ha considerado usted Abortar?	40%	60%
<b>46.</b> ¿Sabe usted como se realiza un ultrasonido?	68%	32%
<b>47.</b> ¿Conoce qué son los exámenes de laboratorio?	72%	28%
<b>48.</b> ¿Identifica los estudios de gabinete?	62%	38%
<b>49.</b> ¿Sabía qué el Aborto puede desencadenar una hemorragia?	72%	28%
<b>50.</b> ¿Le han informado a usted si hay tratamiento para evitar el Aborto?	64%	36%

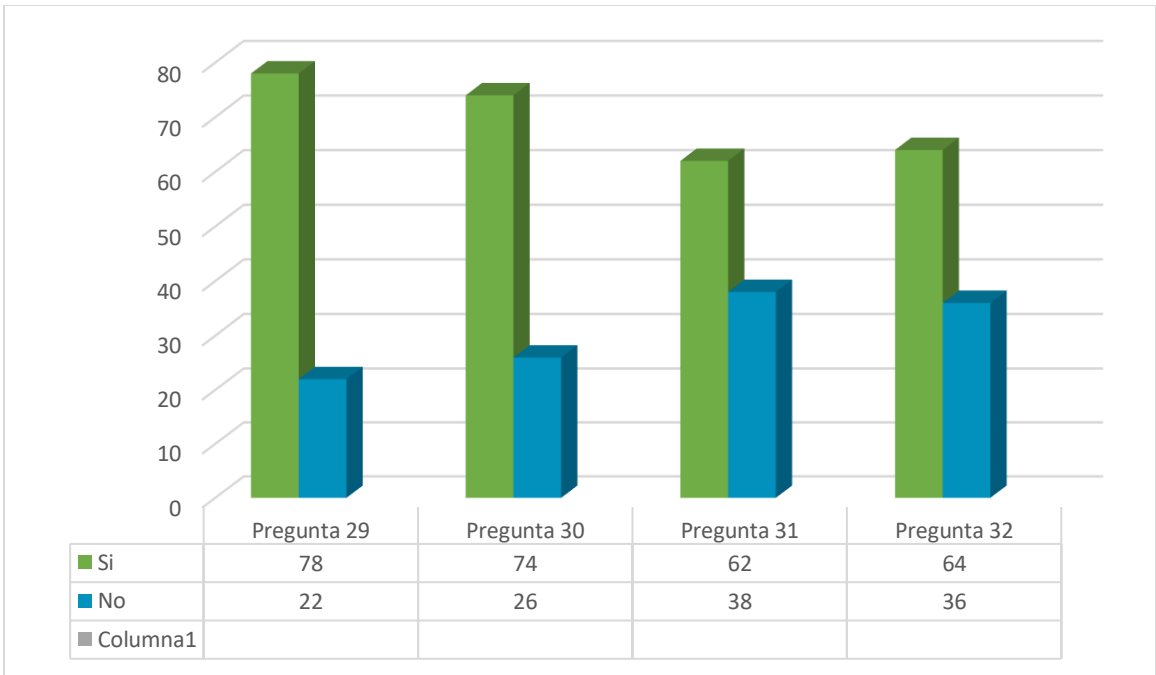
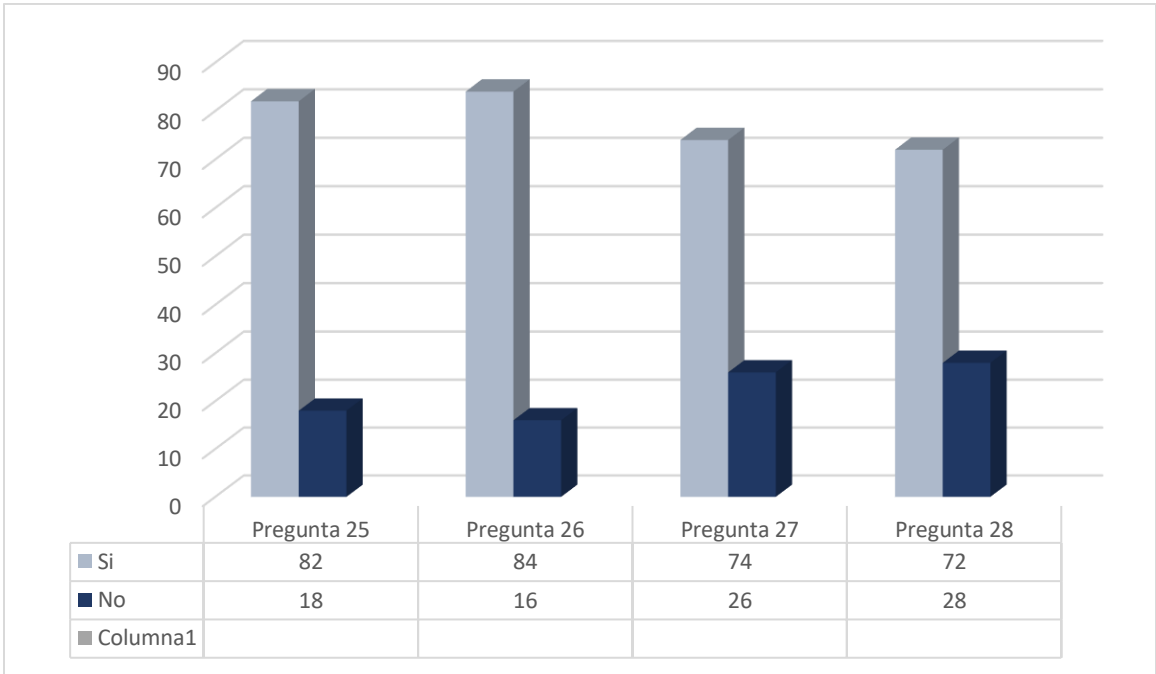


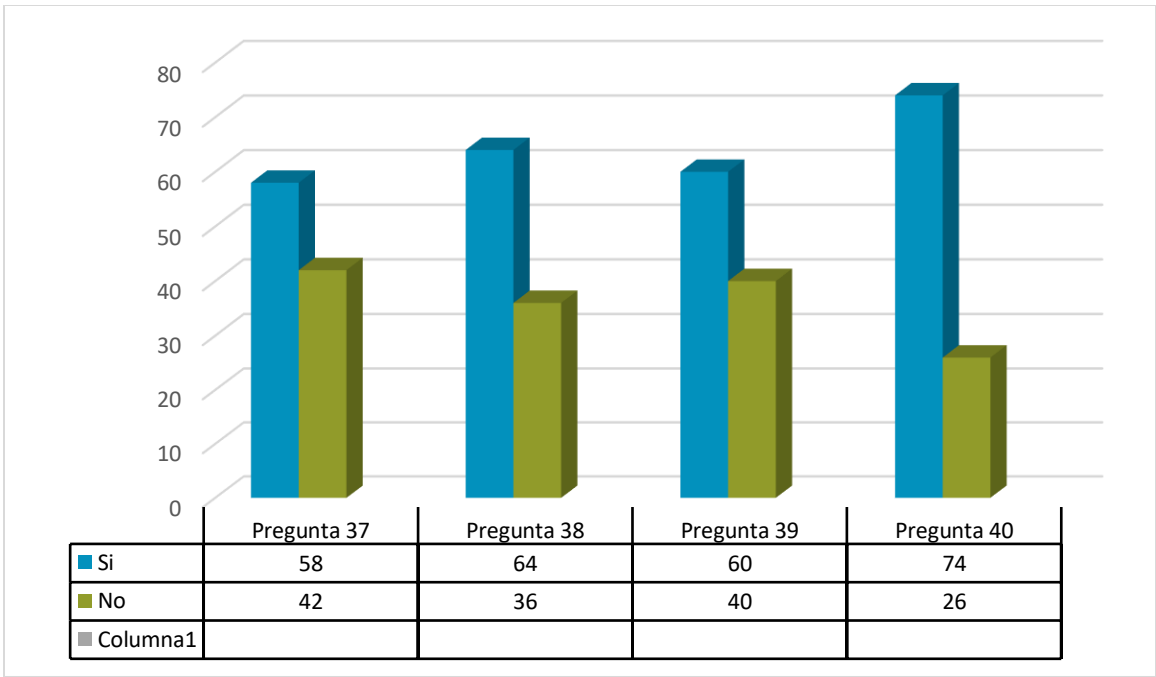
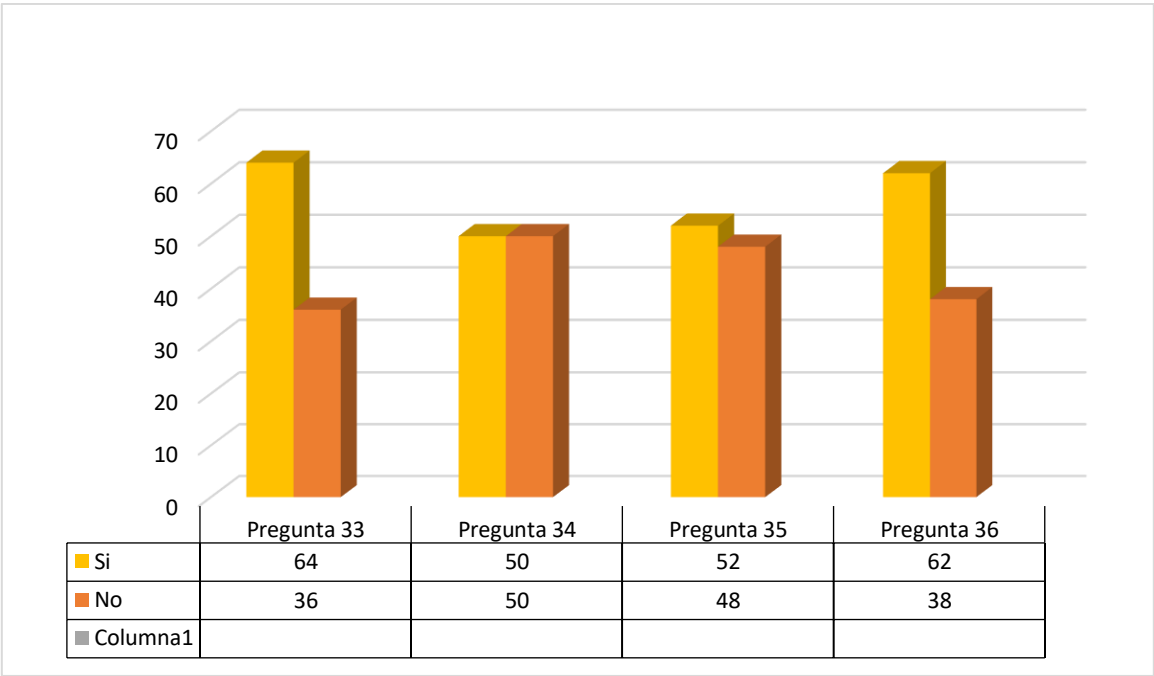
## 2.10 Graficado

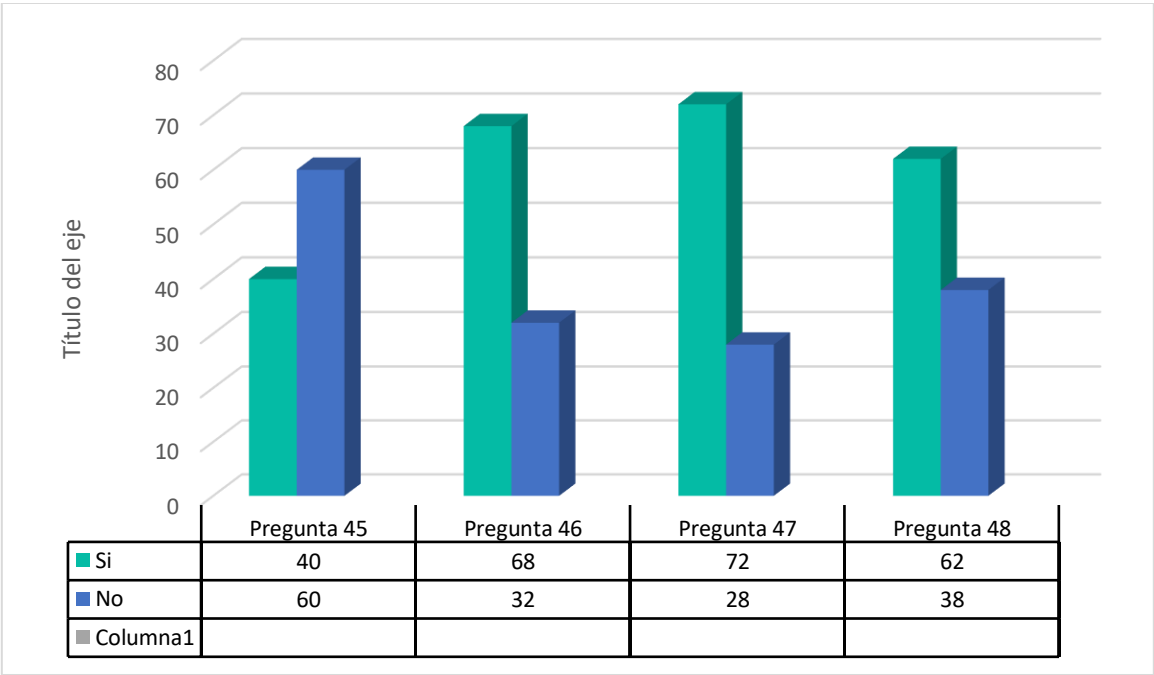
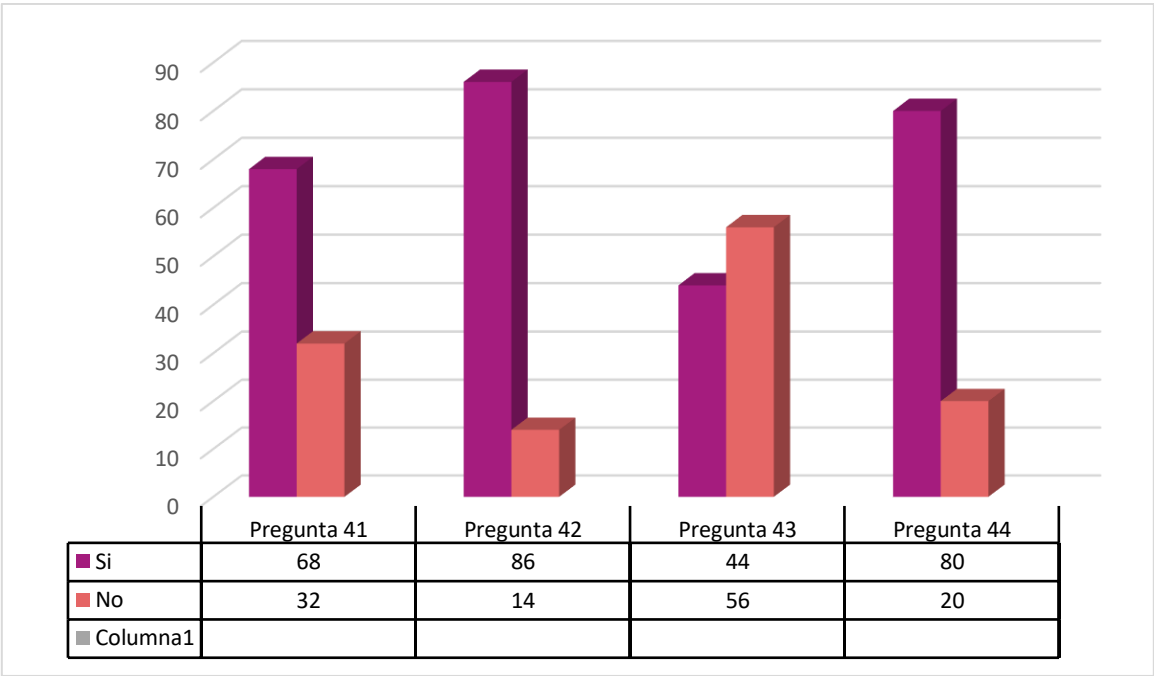


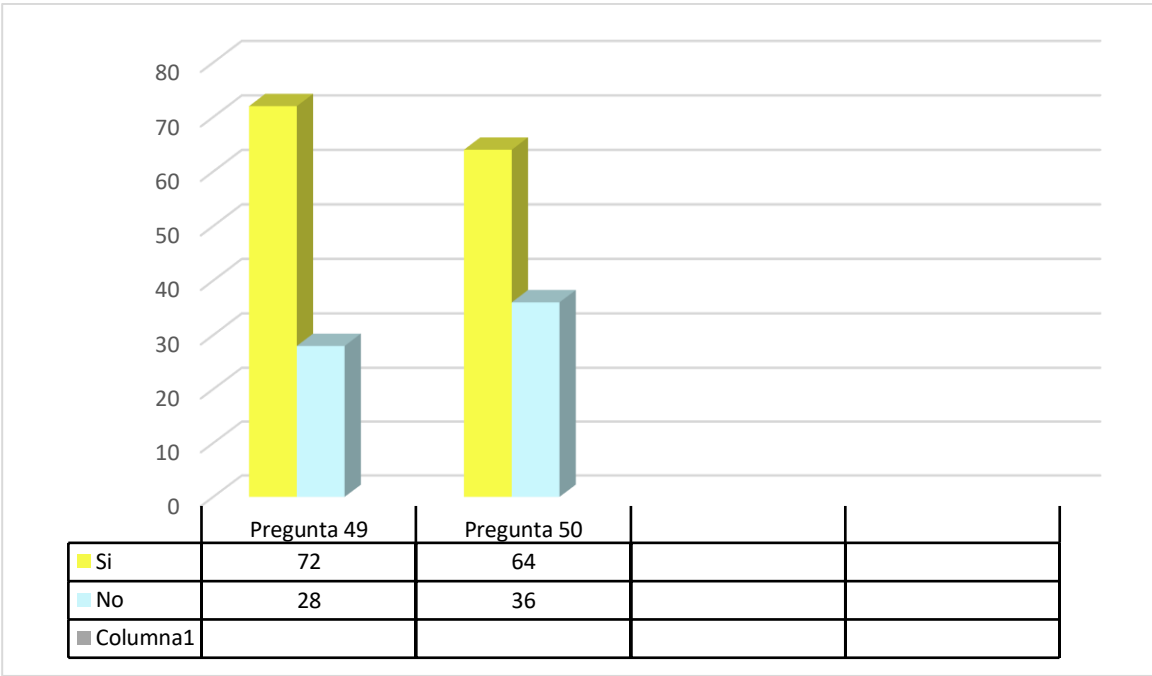












### **3. Generalidades**

Antes de profundizar en el tema que nos concierne es importante mencionar una conceptualización acerca de esta temática.

#### **3.1 Conceptos**

##### **Pre-aborto. -**

Situación que atraviesa la mujer embarazada que está próxima a realizarse un aborto ya sea voluntario o no.

##### **Aborto. -**

El aborto es la interrupción y finalización prematura del embarazo de forma natural o voluntaria, se realiza antes que el feto pueda sobrevivir fuera del útero.

##### **Post-aborto. -**

Periodo que atraviesa la mujer que acaba de realizarse un aborto ya sido voluntario o no.

##### **Embarazo. –**

Período pasajero de la mujer en edad fértil que inicia con la unión de un ovulo con un espermatozoide, para posteriormente implantarse en el útero y culmina con el nacimiento de un nuevo ser.

##### **Voluntario. -**

Que se hace con voluntad, que no se requirió fuerza.

##### **Involuntario. –**

Que se hace sin voluntad propia.

##### **Depresión. -**

Trastorno de salud mental que se caracteriza por depresión persistente o pérdida de interés en las actividades, lo que puede causar dificultades significativas en la vida cotidiana.

##### **Cuidado. –**

A la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer la persona por sí sola con respecto a sus necesidades básicas, incluye también la explicación para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos, la intención de mejorar la calidad de la vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.



El aborto puede ser clasificado desde diferentes puntos de vista o desde la disciplina de análisis o aplicación. Desde un punto de vista del proceso clínico anormal o patológico evoluciona desde los primeros síntomas y signos, por los cuales se sospecha que un embrión o feto podría ser expulsado desde el útero. Esta clasificación se usa más por el equipo de salud que atiende en las maternidades o servicios de ginecología donde ocurre estos eventos. Aquí hay una tercera definición funcional que se refiere al proceso de expulsión, ya sea del embrión o del feto.

### **3.2 Como proceso**

#### **Síntomas o Amenaza de aborto. –**

Corresponde a la primera etapa o primeros síntomas o signos de anormalidad de un embarazo. Por ejemplo, pérdida de sangre proveniente del interior del útero por desprendimiento del embrión recién implantado por desprendimiento de la placenta. Otro signo es el dolor abdominal tipo contracción uterina. En general en esta etapa el problema es reversible en la mayoría de los casos. Se trata con reposo y antiespasmódicos.

#### **Aborto en evolución. –**

Es una etapa más avanzada en la cual los síntomas son más intensos y hay modificaciones anatómicas del cuello del útero que pueden llevar a la salida del contenido uterino, embrión o feto y sus anexos. En general el pronóstico es malo para la reversibilidad del proceso.

#### **Aborto inevitable. -**

Es el proceso de expulsión del embrión o feto a través del cuello uterino y las acciones corresponden a la atención de la mujer para prevenir complicaciones como hemorragia o infecciones.

### **3.3 Como resultado de la expulsión del embrión o feto**

#### **Aborto completo. -**

Es la expulsión de la totalidad del embrión o feto y de los anexos que corresponden a las estructuras de apoyo como la placenta, membranas amnióticas y otras estructuras. La cavidad uterina queda sin ningún contenido.

#### **Aborto incompleto. -**

En esta condición queda al interior del útero algunas o partes de las estructuras embrionarias fetales o de los anexos. Es necesario vaciar estos contenidos para evitar el riesgo de hemorragias o infecciones y otras complicaciones a más largo plazo.

### **3.4 Según la presencia de Infección**

#### **Aborto séptico. -**

Es la existencia de infección ya sea antes, durante o después del proceso del aborto. En general los abortos clandestinos son sépticos.

#### **Aborto Aséptico. -**

Corresponde a la ausencia de infección. En general corresponde a los abortos espontáneos.

### **3.5 Según origen del proceso del aborto o de la muerte embrionaria o fetal**

#### **Espontáneo. –**

Es la ocurrencia espontánea del proceso de aborto o de la muerte del embrión o feto. No hay intervención de la embarazada o de terceros. Es un proceso que ocurre involuntariamente. Las causas pueden ser otras enfermedades o patologías genéticas incompatibles con la vida o accidentes como una caída o golpe accidental de la embarazada. En general un aborto espontáneo resulta en un proceso sin infección o aséptico.

#### **Inducido o Provocado o Voluntario. –**

Existen acciones de la embarazada o de terceros que interrumpen el desarrollo del embrión o feto o que estimulan el proceso de su expulsión del embrión o feto. En general este tipo de abortos tiene consecuencias de infección o procesos sépticos, cuando se efectúa en forma clandestina y sin los cuidados técnicos adecuados.

### **3.6 Según la Ley el aborto inducido o provocado o voluntario puede estar permitido o no y se clasifica en lo siguiente**

#### **Aborto Penalizado. -**

En esta figura legal el proceso de aborto voluntario o la interrupción de la vida embrionaria o fetal está prohibida y su ejecución constituye un delito penado por la sociedad a través de la ley y de los artículos y penalidades del código de Derecho Penal.

#### **Aborto Despenalizado. –**

En esta condición, la sociedad a través de la ley decide no penalizar la interrupción del embarazo o de la vida embrionaria o fetal. Desde un punto de vista de la filosofía del derecho el aborto, siempre es un hecho negativo y la sociedad decide si constituye causal de pena o no. En las legislaciones acerca del aborto despenalizado existe desde las más limitadas por problemas de salud de la madre en los cuales el no interrumpir el embarazo se pone en riesgo la vida de la madre o por inviabilidad fetal o corta viabilidad neonatal o después de producido el nacimiento, por daños genéticos o embriológicos o por causas sociales delictivas como la violación.

### **3.7 Por el tiempo de gestación**

#### **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.

### **3.8 Por tipo de procedimiento**

#### **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 él se le suministra a la gestante determinados medicamentos con tal de finalizar la gestación. Suele considerarse más seguro que el quirúrgico.

### **3.9 Características. -**

Millones de mujeres deciden abortar cada año en el mundo. Miles de mujeres están abortando o buscando un aborto ahora mismo.

México se encuentra en una encrucijada reaccionaria creada por la Iglesia con el respaldo y la alianza del Estado.

En México, existen tres principales causales que permiten la interrupción del embarazo: malformación genética, embarazo producto de violación y riesgo de vida para la madre al continuar el embarazo.

Las mujeres que viven en una situación de mayor marginación son quienes más lo padecen, porque si tienen un embarazo no deseado es difícil que puedan tener las posibilidades de trasladarse fuera de su entidad para poder hacerse un aborto de manera segura

Según una encuesta de ENDIREH (Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares) 2016, reporta que 9.4 millones de mujeres de 15 a 49 años dijo haber estado embarazada en los últimos 5 años; de estas, poco más de un millón dijo haber tenido al menos un aborto.

El 71% de las mujeres de entre 15 a 49 años reportó no haber tenido un embarazo en los últimos 5 años; el 25.5% dijo haber de tenido un embarazo, pero no un aborto, mientras que el 3% dijo haber estado embarazada y haber tenido al menos un aborto durante ese periodo.

- 1) El aborto es un procedimiento muy común.
- 2) En la gran mayoría de los casos, el aborto es un procedimiento extremadamente seguro que termina en la curación de la mujer.

3) El aborto no es un procedimiento que se practica solo a adolescentes ni solo a mujeres solteras, la edad promedio está siempre por encima de los 25 años.

4) Las mujeres que han muerto por un aborto en los últimos años son diferentes a las que parieron y las que reportan haber abortado sin morir: tienen una menor escolaridad, lo que nos podría hablar de sus menores ingresos.

El aborto por tanto parece ser un procedimiento médico que practican mujeres regularmente y que casi siempre termina en curación o mejoría; sin embargo, para algunas mujeres abortar es poner en peligro su vida.

### **3.10 Antecedentes Históricos**

El aborto es una práctica que se ha llevado a cabo durante muchos años. Se sabe que entre los asirios (personas del Asia antigua) las mujeres que abortaban y eran descubiertas eran empaladas, esto como una forma de castigo cruel. En el mundo antiguo griego y latino, ambas culturas patriarcales, el aborto era comúnmente practicado por los médicos, sobre todo en caso de embarazos extraconyugales.

En Grecia era empleado para regular el tamaño de la población y mantener estables las condiciones sociales y económicas. Platón recomendaba el aborto a las mujeres embarazadas mayores de 40 años o cuya pareja era mayor de 50 años. Aristóteles sostenía que el feto se convierte en 'humano' a los 40 días de su concepción si es masculino y a los 90 si es femenino y recomendaba el aborto para limitar el tamaño de la familia. La decisión era dejada a la madre, salvo de que se tratara de cuestiones de Estado.

En la antigua Roma el aborto estaba permitido, pues el derecho romano no consideraba al nasciturus como persona, aunque le reconocía derechos tales como el derecho a nacer (posponiendo, por ejemplo, las ejecuciones de mujeres embarazadas condenadas a muerte).

En las culturas matriarcales y en la céltica, donde la descendencia más importante era la materna, el aborto era dejado a discreción de la mujer. Generalmente no era practicado porque era considerado un insulto a las divinidades femeninas del renacimiento y de la fertilidad. Se suponía que rechazar una vida donada por la Diosa llevara mala suerte al clan, en cambio estaba permitido dejar morir a sus

propios hijos, sobre todo si nacían con alguna minoración física. Con la afirmación del cristianismo se restringieron las prácticas abortivas: al siglo II d.C. se remontan las primeras leyes estatales contra el aborto, con el exilio de las mujeres que abortaban y la condena o el destierro de las personas que lo practicaban.

Santo Tomás y San Agustín afirmaban que el embrión no tenía alma hasta que asumía forma humana. Sin embargo, más allá del problema de la animación del feto, la Iglesia Católica ha afirmado desde sus inicios (y hasta la fecha) que debe ser considerado como persona por lo cual tiene derecho a la vida. En la Edad Media, el derecho canónico establecía la distinción entre el corpus formatum (que podía recibir el alma, convirtiéndose en feto animado) y el corpus informatum (que no había llegado a ese estado). Retomando la definición de Aristóteles, el feto se volvía humano después de 40 días de la concepción, en los varones, y de 80 días, en las mujeres. Sin embargo, el aborto y el infanticidio eran medios comunes para limitar la población y así evitar la sobrepoblación mundial. A partir del siglo XVII muchos países del mundo promulgaron leyes que convertían el aborto en ilegal, por lo cual no se permite llevar a cabo dicho procedimiento. A principios del siglo XX se empezó a despenalizar el aborto en caso de peligro de la vida de la madre y para proteger su salud. Islandia fue el primer país occidental en legalizar el aborto terapéutico en ciertas circunstancias (1935). En los Cincuenta la mayoría de los países del ex bloque soviético legalizaron el aborto voluntario en el primer semestre de embarazo. Entre finales de los años sesenta y principios de los setenta, casi todos los países industrializados de Europa y Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) lograron despenalizarlo en el primer trimestre de embarazo y ampliar las circunstancias en que se permite practicarlo, gracias sobre todo a la revolución sexual y a las luchas feministas de esos años. Los países europeos más católicos (Italia, España, Portugal e Irlanda) fueron más recalcitrantes al legalizarlo, mientras que los países escandinavos y anglosajones fueron más sensibles hacia el derecho de las mujeres a decidir sobre si abortar o no. Durante el siglo XX la legislación ha liberalizado la interrupción de embarazos no deseados en diversas situaciones médicas, sociales o particulares. Los abortos por voluntad expresan de la madre fueron legalizados primero en la Rusia por

revolucionaria de 1920; posteriormente se permitieron en Japón y en algunos países de la Europa del Este después de la II Guerra Mundial. A finales de la década de 1960 la despenalización del aborto se extendió a muchos países.

Las razones de estos cambios legales fueron de tres tipos:

- 1) El infanticidio y la mortalidad materna asociada a la práctica de abortos ilegales.
- 2) La sobrepoblación mundial, la cual representa hoy en día una problemática.
- 3) El auge del movimiento feminista.

El aborto es tan antiguo como la humanidad misma y han existido distintas técnicas para la interrupción del embarazo desde épocas remotas, así tenemos instrumentos que dilataban el cuello del útero; infinidad de plantas utilizadas como brebajes y ungüentos abortivos. En un texto chino de medicina escrito tres mil años antes de Cristo, aparece la primera receta de un

abortivo oral. Aristóteles defendía el aborto para limitar los nacimientos en las familias muy numerosas o humildes.

Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna, demostraba conocer fórmulas abortivas, aunque llamaba la atención los riesgos para la salud que esto implicaba. Sorano de Efeso, que ejerció su profesión en el siglo 11 de nuestra era, descubrió tisana con efecto abortivo, como la ruda o hisopo.

Los aztecas utilizaban hierbas para facilitar la expulsión del feto tanto en el aborto, como en el parto. Entre ellas estaba el bleo, que tiene poder oxitónico.

En la época primitiva el aborto era legal, moral y religiosamente aceptado cuando era el padre que lo disponía. Por ejemplo, en el Código de Hamurabi (2,500 AC) El aborto se consideraba un delito contra los intereses del padre o del marido, también una lesión a la mujer.

La concepción que domina toda la antigüedad en los pueblos orientales, en Grecia y aún en Roma es "Pars Viscerum Matris", es decir que el feto es parte del cuerpo de la mujer, y como ella pertenecía al padre, esposo o estado, esto se extendía a su vientre.

En el antiguo Derecho Romano no hay disposiciones sobre el aborto; en la época del Imperio, con la corrupción de las costumbres y el libertinaje femenino, el aborto se extendió más y más. Según Ovidio las patricias abortaban a menudo, para

castigar al marido o para que la semejanza física con el amante de turno no revelara el adulterio.

Podemos decir que el aborto y la anticoncepción no significaban problemas morales en las sociedades antiguas. La única regulación que era muy estricta en esas sociedades, desde Mesopotamia hasta la Europa medieval, era el derecho de propiedad del hombre sobre el fruto del vientre de la madre.

En los primeros documentos cristianos, la discusión sobre el aborto se centraba en dos aspectos:

**1ro.** - Se consideraba pecaminoso el aborto cuando se utilizaba para ocultar el pecado sexual como la fornicación o el adulterio.

**2do.**- En qué momento ocurría la hominización o infusión del alma en el feto, predominando durante mucho tiempo la creencia que la hominización ocurría tardíamente, a los 40 días en el hombre y a los 80 días en la mujer, opinión vertida originalmente por Aristóteles y sustentada por San Agustín.

La ley sobre el aborto es un reflejo de las estructuras socioeconómicas de cada pueblo y cada época. Y es un reflejo de la situación social de la mujer, que a su vez depende de la estructura socioeconómica.

En las ciudades griegas el aborto era considerado una práctica normal de regulación del nacimiento. El aborto ha sido utilizado desde época muy antigua como un método de control natal. No planteaba problemas morales en las sociedades antiguas. Es a partir de los escritos de los primeros cristianos- que el aborto se convierte en un asunto de teología y moral. Durante los primeros seis siglos de la cristiandad los teólogos no lograron ponerse de acuerdo sobre este punto y en diferentes áreas geográficas regían diferentes opiniones. Mientras una minoría opinaba que la hominización ocurría en el momento de la fecundación, otros opinaban, que eran la mayoría, que no, sosteniendo el punto de vista de Aristóteles. Las contradicciones sobre el momento de la hominización no fueron resueltas sino a partir de los escritos de San Agustín, en que la teoría de la hominización. tardía predominó, siendo convertida en doctrina oficial de la Iglesia en el siglo XIX, quedando oficializada la opinión de San Agustín ha afirmado que el " el aborto es homicidio solo cuando el feto se ha formado". De hecho, a partir de esta época y



hasta el siglo XIX el criterio de permisibilidad de los abortos fueron los primeros movimientos fetales.

Tres siglos después en 1588, el Papa Sixto V, en un intento de frenar la prostitución en roma, declara el aborto y la anticoncepción pecados mortales, posibles de excomunión o muerte en la hoguera.

El próximo Papa, Gregorio XIV restableció el principio de la hominización tardía. En 1869, Pio. IX proclama nuevamente la hominización inmediata a la concepción, según la cual el alma humana está presente desde el mismo momento de la concepción.

Hacia 1980, el 20% de la población mundial habitaba en países donde la legislación sólo permitía el aborto en situaciones de riesgo para la vida de la madre. Otro 40% de la población mundial residía en países en los que el aborto estaba permitido en ciertos supuestos riesgo para la salud materna, situaciones de violación o incesto, presencia de alteraciones congénitas o genéticas en el feto o en situaciones sociales especiales (madres solteras o con bajos ingresos). Otro 40% de la población mundial residía en países donde el aborto estaba liberalizado con las únicas condicionantes de los plazos legales para su realización. El movimiento de despenalización para ciertos supuestos, ha seguido creciendo desde entonces en todo el mundo y ha sido defendido en las conferencias mundiales sobre la mujer, especialmente en la de Pekín de 1995, aunque todavía hay países que sobre todo por razones religiosas se ven presionados a mantener legislaciones restrictivas y condenatorias con respecto al aborto. La legislación en México respecto a la interrupción del embarazo contenida en el código penal no ha sido modificada desde hace más de 60 años. El aborto solo es legal en los siguientes casos:

### **Artículo 333**

No es punible el aborto causado sólo por imprudencia de la mujer embarazada, o cuando el embarazo sea resultado de una violación.

### **Artículo 334**

No se aplicará sanción: cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada o el producto corran peligro de muerte, a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuera posible y no sea peligrosa la demora.

En México la mayoría de los estados tienen una legislación en la cual se penaliza con cárcel de 1 a 3 años y este es catalogado como delito. Las leyes de aborto de la mayor parte del país datan de los años treinta del siglo XX, y sólo la mitad o una tercera parte han vuelto a revisarse desde entonces. Nuestras leyes se encuentran a la zaga de las del resto del mundo en esta materia. En muchos países está permitido abortar por razones socioeconómicas. Actualmente, 61% de la población mundial vive en países donde se permite el aborto por una amplia gama de razones, incluso por la sola voluntad de la mujer. En México, sólo el Distrito Federal permite el aborto voluntario tras una decisión histórica de la Asamblea Legislativa, el 24 de abril de 2007, constituyendo un avance muy importante en la región, ya que puso la ciudad de México en la vanguardia de los esfuerzos que el país en su conjunto debe realizar para reducir la morbilidad y mortalidad materna por causas evitables, como es el aborto inseguro. El complejo debate legal, ético y social sobre el aborto no puede prescindir de las evidencias médico-científicas generadas en el campo de la salud pública, a nivel nacional e internacional.

### **3.11 Opiniones socioculturales del Aborto**

Las sociedades antiguas, primitivas y preindustriales conocían el aborto. Fray Bartolomé de Las Casas describe como los indígenas que habitaban en nuestra isla a la llegada de los españoles, abrumados por el exceso de trabajo y maltrato de los conquistadores, se provocaban el aborto para que las descendencias no llegaran a sufrir las mismas desgracias.

Los criollos nacionalistas que en las primeras décadas del siglo pasado declararon su independencia, adoptaron el Código Napoleónico que sancionaba a la mujer que se provocaba un aborto.

La estricta prohibición del aborto en España, las pobres condiciones sociales, el

pronunciamiento de la Iglesia Católica, la elevada tasa de mortalidad, la escasez de mano de obra, los grandes territorios despoblados etc. hicieron que el código penal de los países recién independizados determinara que el aborto provocado era un crimen posible del servicio del aborto.

En las colonias norteamericanas en 1607y luego en 1828, el derecho permitía a las mujeres el aborto libremente. El aborto no se consideraba una ofensa siempre y cuando se practicara con el consentimiento de la mujer antes de que el feto se moviera.

En 1900 el aborto se declaró ilegal en todos los estados de la unión norteamericana, en gran parte de ellos la única razón para practicarlo era cuando peligraba la vida de la mujer embarazada.

Las diferencias en el desarrollo histórico, cultural e ideológico de los pueblos han producido legislaciones muy variadas.

En 1920 la antigua Unión Soviética se convierte en el primer país en legalizar el aborto, practicado en el hospital, a solicitud de la madre en el primer trimestre.

Desde que en 1948 Japón adoptó la ley de protección eugenésica, permitiendo la práctica del aborto por una amplia variedad de razones, la legislación sobre el aborto se ha estabilizada en la mayor parte del mundo.

La aceptación se llevó en Canadá el 28 de enero de 1988, ya que en 1973 había sido aprobado en Estados Unidos que durante el primer trimestre del embarazo la decisión de someterse al aborto pertenece solo a la mujer.

## **4. Etiología**

Antes de profundizar se expondrá de manera general este apartado, es importante mencionar que como etiología se entiende como las causas o lo que provoca una situación desde una perspectiva general.

### **4.1 Causas socio-políticas**

Son aquellas situaciones relacionadas con la sociedad, cultura, economía, políticas que afectan y tendrán repercusión el desarrollo normal de un embarazo.

- **Fallos en la prevención. -**

Generaciones completas de habitantes de este país han crecido sin ningún tipo de educación que les permita conocer y apropiarse de sus cuerpos, construir proyectos de vida, comprender la maternidad y la paternidad como una opción, no como un destino.

- **Fallos en la protección. -**

La decisión de rechazar o posponer la maternidad no puede ejecutarse sin un pleno acceso a anticonceptivos. En el sistema de salud pública, se ofrece la misma oferta de anticonceptivos a todas las mujeres, independientemente de su edad, estilo de vida o condiciones personales. La que quiera algo diferente, se ve obligada a pagar por ello, comprando anticonceptivos que tienen precio de artículos de lujo.

- **Fallos en la prevención de la violencia. -**

Las mujeres no se embarazan siempre porque quisieron el acto sexual. Más de 1500 mujeres son violadas en Costa Rica cada año, una cifra que no muestra a todas aquellas que no llegaron a denunciar. ¿Cuántos embarazos ocurren producto de la violencia dentro de las casas? ¿Cuántas víctimas son niñas o adolescentes?

- **Fallos en la atención. -**

Aún y cuando el aborto terapéutico está permitido en nuestro ordenamiento jurídico, no existe una guía o protocolo que indique en qué circunstancias debe aplicarse. Mientras algunas mujeres enfermas o con condiciones de riesgo topan con la buena suerte de ser atendidas de manera oportuna, otras se enfrentan al rechazo y deben

buscar fuera del sistema de salud la forma de preservar su vida, interrumpiendo el embarazo.

- **Fallos en la comprensión del concepto de salud. -**

Los casos en los cuales se diagnostica malformaciones del feto incompatibles con la vida trastocan las ilusiones y las expectativas de un embarazo que pudo ser deseado. Sin embargo, el sufrimiento y el dolor que provoca continuar con un embarazo que terminará en funeral no es contemplado como una afectación a la salud de las mujeres.

En resumen, fallos en el reconocimiento de la capacidad de las mujeres para decidir. En todas y en cada una de las situaciones arriba expuestas habrá mujeres que, de acuerdo con sus creencias, valores, redes de apoyo y condiciones de vida podrán decidir continuar con el embarazo, y habrá otras que con esos mismos criterios decidirán abortar.

Cuando miles de mujeres son obligadas a la clandestinidad, la sociedad es la que falla, y sin embargo son esas mismas mujeres las que pagan la cuenta: con sus vidas, con su integridad física, con su libertad.

#### **4.2 Causas Físico-Biológicas**

En este apartado se mencionarán las causas relacionadas con una situación biológica, un mal proveniente del cuerpo humano. Los abortos suelen ser causados por anomalías cromosómicas (gametopatía) o estructurales del feto, pero también existen otros motivos que ponen en riesgo la continuación de un embarazo.

- **Factores genéticos. -**

Como se comentaba anteriormente, la causa más frecuente de aborto, especialmente los abortos aislados, no recurrentes, es una anomalía cromosómica del óvulo o del espermatozoide, que impide que el óvulo fecundado se desarrolle. Este factor está también relacionado con la edad de la mujer, pues los óvulos, a medida que pasa el tiempo, tienen más probabilidades de contar con anomalías cromosómicas.

- **Factores hormonales. -**

En ocasiones los desequilibrios hormonales o los niveles bajos de ciertas hormonas entorpecen el proceso de gestación, pues no cumplen sus funciones. Por ejemplo, una cantidad insuficiente de progesterona dificultará la implantación del embrión en el endometrio, también niveles altos de algunas hormonas pueden poner en riesgo la ovulación.

- **Anomalías anatómicas. -**

Malformaciones uterinas, incompetencia cervical, cicatrices en el útero debidas a infecciones o intervenciones quirúrgicas anteriores, pueden ser causa de pérdida espontánea de embarazo.

Infecciones: Algunas infecciones que sobrevienen durante el embarazo, especialmente las de transmisión sexual o las infecciones víricas, así como la listeriosis, pueden arriesgar la gestación.

- **Desarreglos inmunológicos. -**

La reacción normal del organismo es rechazar cualquier cuerpo extraño, pero cuando se produce un embarazo, unos ajustes en el sistema inmunológico impiden que el embrión sea rechazado. Si bien, en ocasiones, debido a fallos inmunológicos, esto no se produce y el cuerpo de una mujer puede reaccionar atacando y destruyendo el embrión.

- **Malos hábitos. -**

Fumar, beber o consumir drogas multiplica las posibilidades de sufrir un aborto.

- **Fármacos. -**

Algunos medicamentos están contraindicados durante la gestación, pues pueden poner en riesgo el transcurso de la misma o amenazar la vida del feto.

- **Enfermedades o patologías crónicas. -**

Las mujeres que padecen algunas enfermedades de carácter crónico, como una diabetes, son más propensas a padecer abortos espontáneos.

A pesar de que la edad en la mujer, el tabaco o los embarazos múltiples aumentan la posibilidad de que sobrevenga un aborto espontáneo, hay que saber que este casi nunca está asociado a algo que se haya hecho (ejercicio, viajar, sexo, etc.).

- **Factores fetales o cromosómicos**

El principal hallazgo morfológico en abortos espontáneos tempranos es el desarrollo anormal del cigoto.

Aborto aneuploide se reporta aproximadamente una cuarta parte de las anormalidades cromosómicas; es error en la gametogénesis materna y un 5% de la paterna. Menos de 10% fue error en la fertilización y división cigótica.

- **Trisomía autosómica.** - Es la alteración más frecuente, y es resultado de la translocación aislada o inversión del brazo de un cromosoma, siendo más común en el 13, 16, 18, 21 y 22. La edad materna avanzada está asociada con el incremento de la incidencia de este defecto.
- **Monosomía X (45X).** - Anormalidad cromosómica más común compatible con la vida (síndrome de Turner). 70% termina en aborto y 30% llega a término.
- **Triploidía.** -Está asociado con degeneración hidrópica de la placenta. La mola hidatiforme incompleta puede tener un desarrollo fetal como una triploidía o trisomía del cromosoma 16. La triploidía puede ser causada por dispermia, falla en el resultado de la meiosis espermática dando un espermatozoide diploide, o falla en la meiosis del huevo en la cual el primero o el segundo cuerpo polar es retenido.
- **Tetraploidia.**
- **Monosomía autosómica.** - Es extremadamente rara e incompatible con la vida.
- **Polisomía sexual cromosómica 47XXY.** - Síndrome Klinefelter y 47XXX variedad super mujer. Aborto euploide. Los abortos cromosómicamente normales son generalmente tardíos.
- **La edad materna avanzada.** - Aumenta dramáticamente la incidencia de abortos euploides, que pueden ser causados por mutación aislada o factor poligénico, varios factores maternos y posiblemente por algunos paternos.

- **Factores maternos Infecciones.** -

Causadas por microorganismos: Tales como Toxoplasma gondii, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis y Ureaplasma urealyticum.

- **Enfermedades crónicas:** como es el caso de la tuberculosis, carcinomatosis, hipertensión arterial y autoinmunes.
- **Endocrinas:** hipotiroidismo, diabetes mellitus, deficiencia de progesterona, síndrome de ovario poliquístico.
- **Nutrición:** la desnutrición severa predispone al incremento de aborto espontáneo.
- **Factores ambientales:**
  - **El tabaquismo y el alcoholismo** se consideran embriotoxinas por lo que aumentan las tasas de aborto.
  - **Cafeína:** se ha encontrado que el consumo mayor de 4 tazas al día aumenta el riesgo de aborto y otras complicaciones en el embarazo. v Radiación: la dosis mínima letal en el día de implantación es aproximadamente 5 rad.
  - **Factores inmunológicos:** síndrome de anticuerpos antifosfolípidos, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.
  - **Alteraciones uterinas:** leiomiomas, sinequias.
  - **Alteraciones müllerianas en la formación o fusión.** Estas se producen de forma espontánea o inducida por exposición a dietilstilbestrol (DES). v Incompetencia cervical.
  - **Traumáticos:** de forma directa sobre el saco gestacional o la cavidad amniótica.
- **Factores paternos**

La translocación cromosómica en el espermatozoide puede permitir un cigoto con un aumento o disminución del material genético.

#### **4.3 Causas del aborto Inducido**

El principal problema del aborto es psicológico y es el miedo:

- **Miedo por falta de capacidades económicas para alimentar al hijo.**

Desafortunadamente esta sociedad de consumo y de falsos valores en que vivimos, ha desvalorizado al niño que debe venir a este mundo y con su racionalismo ha creado un falso temor.

- **Miedo a lo que digan sus padres o las demás personas.**



(Cuando la joven es embarazada durante el noviazgo). Realmente los conceptos y los razonamientos humanos, de padres o terceras personas ante las leyes de Dios, no deben impedir que venga una criatura a este mundo. La vida la da Dios y Dios está por encima de todo concepto.

- **Miedo a los 9 meses de embarazo y al dolor del parto.**

Realmente la misión más grande de toda mujer, es ser madre y traer hijos al mundo. Si los animales que son irracionales no se niegan este derecho. Por qué, la mujer va a tener miedo, si es una función natural que corresponde a su naturaleza femenina

- **Violación.**

La violación es un abuso horrible con efectos traumáticos para muchas de sus víctimas. Para una mujer que lleva en sus entrañas una criatura fruto de una violación no es ningún consuelo el saber que el embarazo raramente ocurre en estos casos. Sin embargo, aún en esta situación estamos hablando de un ser humano.

- **Anticonceptivos hormonales.**

La mujer que los utiliza ya sea en pastillas, inyecciones o implantes, ya se ha hecho psicológicamente el propósito de no tener un hijo y si queda embarazada se siente frustrada en sus propósitos y muchas veces recurre al aborto. Estos anticonceptivos son una de las principales causas del aborto actualmente.

## **5. Infraestructura funcional del Servicio de Ginecología y Obstetricia para la Atención del Aborto**

El Servicio de Ginecología y Obstetricia debe contar con la infraestructura necesaria para atender el Aborto de acuerdo a estándares recomendados, de acuerdo a la complejidad, capacidad resolutive y prestaciones determinadas.

### **5.1 Infraestructura General**

Es recomendable que: el área de espera proporcione comodidad y seguridad al paciente y su acompañante, el establecimiento cuente con ventilación e iluminación naturales o por medios artificiales y mecánicos y con los servicios sanitarios en la proporción que lo requiera la demanda de pacientes y acompañantes cumpliendo con el Reglamento de Construcción correspondiente. No debe haber elementos o mobiliario que puedan causar lesiones a los usuarios.

Los establecimientos deben ser diseñados y construidos con los elementos necesarios para lograr un ambiente confortable en los diferentes locales que los integran, de acuerdo a la función, al mobiliario, equipo y a las condiciones climáticas de la región, con materiales y distribución adecuados para adaptarse al medio ambiente. Deben contar con la señalización alfabética y analógica (iconos) que asegure que todas las personas comprenden el mensaje.

La dimensión de las ventanas debe permitir la iluminación y ventilación naturales, en el porcentaje que se señale en el reglamento de construcción local.

En caso de iluminación artificial, se debe tomar en cuenta lo que dispone el Programa Nacional de Ahorro de Energía, utilizar lámparas de bajo consumo energético, con apagadores independientes, instalar contactos especiales con cableado de calibre suficiente para el paso de corriente eléctrica, cuando se conecten calefactores ambientales o sistemas de enfriamiento o bien desde el diseño, contemplar enchufes especiales, que incluso puedan ser de 220 V.

Desde el punto de vista de riesgos sísmicos o climatológicos, el país ha sido dividido en cuatro zonas A, B, C, y D con tres tipos de suelo, por lo tanto, la estructura del inmueble debe adaptarse a esas indicaciones, siendo la de mayor riesgo la D.

De acuerdo a la zona y su clasificación desde el punto de vista de riesgos sísmicos o climatológicos, es conveniente que la estructura del inmueble ofrezca garantía de estabilidad; fijar los equipos, el mobiliario y aditamentos susceptibles de volcarse o caerse, siempre y cuando esto no dañe la integridad física de la estructura.

Los pisos, muros y plafones de la unidad deben ser de fácil limpieza, resistentes y llenar las necesidades de acuerdo a la función del local y las características del ambiente.

Los elementos no estructurales también deben tomar en consideración esta clasificación, así como el mobiliario y equipo que de preferencia deben fijarse a la estructura sin dañarla. Deben quedar claramente señalados los extintores y las rutas de evacuación con señales alfabéticas y analógicas. Todo establecimiento debe contar con la señalización adecuada a las unidades con sistema de colores y de iconos apropiados.

Para establecer la orientación y ubicación de los locales y sus acabados, es recomendable contar con información acerca de:

Las características de asoleamiento; se recomienda analizar sistemas de integración de energía solar con o complemento de algunas aplicaciones como el precalentamiento de agua.

- Las variaciones climáticas, estacionales y anuales, para determinar los criterios de techumbres, materiales de acabados y adecuación para la temperatura interior de los locales.
- Las características de los vientos dominantes, para el mejor aprovechamiento de las corrientes de aire y las medidas de protección, para el exagerado incremento de dichas corrientes.
- Los requerimientos específicos de cada área o local, para establecer las necesidades de iluminación y de ventilación.

- La magnitud de la precipitación pluvial para efecto de la construcción del desplante y en su caso de una techumbre que permita la recolección del agua.

Para definir el tipo y cantidad de equipo, debe considerarse su necesidad clínica mencionada en las actividades médicas, luego las condiciones de infraestructura del hospital, para correlacionar ambos factores, y su probable productividad de acuerdo al tiempo de utilización por estudio, el número de horas de trabajo del equipo y personal usuario, relacionando esto con la demanda del servicio.

Es prioritario considerar los aspectos de seguridad que especifican los manuales de operación y mantenimiento de los equipos y que ratifican los proveedores del equipo, tanto para el usuario como para los responsables de su operación. Se debe tomar en cuenta la vida media útil del equipo, a fin de prever su reposición sin afectar el servicio.

Los equipos que requieran comprobación de su funcionamiento (calibración), incluyendo la comprobación del margen de seguridad deberán pasar pruebas de inspección con instrumentos o aparatos de medición, en laboratorios autorizados como terceros, por la SSA o por SECOFI, lo cual debe quedar asentado en la bitácora correspondiente.

Todos los equipos para el sostenimiento de la vida del paciente deben ser verificados periódicamente, utilizando los mismos procedimientos de medición que se aplicaron al iniciar su funcionamiento, incluyendo la revisión de conectores, tuberías, enchufes y cableado correspondientes.

Se incluye la verificación de los conocimientos y capacidades de operación de los equipos tanto por el personal de planta como eventual, todo lo cual debe quedar debidamente registrado en las bitácoras correspondientes.

La selección del equipo debe ajustarse a los contenidos del Cuadro Básico y del Catálogo de Instrumental y Equipamiento, emitidos por el Consejo de Salubridad General.

El equipo debe estar en óptimo estado de funcionamiento y mantenimiento. Aquel que debido a su ubicación represente riesgo para el personal de salud, pacientes o visitantes debe quedar fijo a la infraestructura.

## **5.2 Área de Consulta Externa Gineco-obstetricia**

Debe contar con sanitario y con un área donde se puedan realizar las pruebas funcionales que requiere su especialidad.

Todos los consultorios deben tener un sistema de archivo de expedientes clínicos para el manejo diario, este archivo puede ser centralizado o descentralizado.

El espacio y mobiliario de la sala de espera debe ser proporcional al número de consultorios que se dispongan, con un mínimo de 6 lugares de espera por consultorio; así mismo deben considerarse las facilidades de sanitarios.

Debe contar con dos áreas: una, en la que se efectúa la entrevista con el paciente y acompañante y otra donde se realiza la exploración física.

Las áreas de interrogatorio y de exploración de un consultorio de medicina general o familiar pueden estar unidas o separadas; cualquiera que sea el caso, la superficie total de estas dos áreas deberá contener el mobiliario y equipamiento necesario, con los espacios necesarios para las actividades del personal y de los pacientes y acompañantes.

Para la exploración física se requiere que la infraestructura, el mobiliario y el equipamiento tengan la distribución que permita realizar las actividades y acciones médicas de una manera eficiente, asegurando los espacios necesarios para una circulación ágil y segura del personal médico.

Tener un lavabo en el área.

Si el consultorio no está ligado físicamente a una unidad hospitalaria, clínica o sanatorio, debe contar con un botiquín de urgencias. En el caso de consultorios que estén interrelacionados y pertenezcan a una misma unidad médica, será suficiente con la existencia de un botiquín de urgencias.

Contar con un sistema para guardar los expedientes clínicos cumpliendo con los requisitos que indica la Norma Oficial Mexicana Nom-168-Ssa1-1998, Del Expediente Clínico.

- *Sala de espera de consulta externa.* –

Sala de estar para usuarias y acompañantes que esperan la atención médica o de enfermería gineco-obstétrica. Área: Consultorios externos.

- *Sala de Orientación.* –

Sala para la realización de actividades de orientación sobre diversos temas de salud. Área: Sala de espera.

- *Consultorio.* –

Atención integral de usuarias. Área: Sala de espera, Sala de examen, Área de Maternidad.

- *Baño de uso común.* –

Aliviar las necesidades fisiológicas de las usuarias. Área: Sala de espera.

- *Sala de examen con vestidor y baño.* –

Sala para la realización del examen físico gineco-obstétrico, respetando el derecho a la privacidad e intimidad de las usuarias. Área: Consultorio

### **Mobiliario**

- Asiento para el médico
- Asiento para el médico en la exploración del paciente
- Asientos para el paciente y acompañante
- Banqueta de altura o similar
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y para Residuos Peligrosos
- Guarda de medicamentos, materiales o instrumental
- Mesa de exploración con aditamento para las piernas

- Mesa de exploración con pierneras
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable
- Mesa de trabajo para preparar laminillas.
- Mueble para escribir
- Sistema para guarda de expedientes clínicos

### **Equipo e instrumental**

- Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico
- Aparato para cauterizar o fulgurador
- Báscula con estadímetro
- Báscula pesa bebé
- Caja con tapa para soluciones desinfectantes
- Cinta métrica
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla)
- Esfigmomanómetro mercurial, aneroide o electrónico con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal
- Espejo Graves 1.9 x 7.5 cm
- Espejo Graves 3.2 x 10 cm
- Espejo Graves 3.5 x 11.5 cm
- Espejos vaginales (tres de cada tamaño)
- Estetoscopio Pinard
- Estuche de diagnóstico (oftalmoscopio opcional)
- Histerómetro
- Histerómetro Sims
- Lámpara con haz direccionable
- Lámpara de Baterías
- Mango para bisturí
- Martillo Percusor
- Pinza de anillos

- Pinza de Pozzi
- Pinza estándar, estriada, sin dientes
- Pinza para biopsia de cérvix uterino
- Pinza para biopsia de endometrio
- Pinza para sujetar cuello de matriz
- Pinza uterina
- Pinza, curva, con estrías transversales
- Pinza, longitud 24 cm
- Pinza, recta, fenestrada, estriada
- Pinza, tipo mosquito, curva
- Pinzas para sujetar cérvix uterino
- Porta aguja, recto, con ranura central, y estrías cruzadas
- Portacubetas rodable
- Recipiente hermético para soluciones desinfectantes
- Riñón de 250 ml
- Sistema de esterilización por calor seco o húmedo y para guarda de material estéril (para consultorios independientes)
- Termómetro clínico
- Tijera de Metzenbaum
- Tijera recta
- Torundero con tapa

### **5.3 Área de Urgencias**

La unidad de urgencias debe funcionar integrada a un establecimiento hospitalario las 24 horas, situada preferentemente en la planta baja, con fácil acceso vehicular y peatonal, con las adaptaciones especiales para personas con discapacidad.

Su localización debe permitir el ágil flujo de los usuarios hacia las áreas de los servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento y hospitalización.



Debe tener fácil acceso del exterior, tanto para usuarios ambulatorios como para los que acudan en camilla o silla de ruedas, con las dimensiones que consideren las áreas tributarias para el personal que opera esos instrumentos de transporte. Incluye estación de camillas y sillas de ruedas.

La estación de camillas y sillas de ruedas debe localizarse en el pasillo de acceso de ambulancias, vehículos y al módulo de control y recepción; su dimensión mínima será suficiente para albergar una camilla y una silla de ruedas.

Debe contar con módulo de control y recepción, cubículo de valoración, de observación, sala de curaciones, área de descontaminación, área de hidratación cuando se atiendan urgencias pediátricas, trabajo de enfermeras, sanitarios para el personal y sala de espera con sanitario público, como ya se estableció en otros numerales de esta norma, estas facilidades pueden ser compartidas.

El módulo de control y recepción debe contar con las facilidades necesarias que permitan atender de manera rápida al paciente.

El área modular o de cubículos con cama-camilla o camilla debe contar con elementos divisorios que aíslen y protejan el pudor de los pacientes. Cada cubículo de observación debe tener monitor de tres canales, fijo a la estructura, equipos de soporte de la vida que incluyen el carro rojo con desfibrilador y capacidad para suministrar oxígeno o tecnología sustitutiva, aire comprimido y sistema para realizar aspiración controlada con equipo fijo o portátil, así como el área tributaria que permita la atención del paciente.

El área de descontaminación, su dimensión mínima es para una camilla, su ubicación es contigua al espacio de acceso de camillas y contará con las instalaciones y material necesarios para el aseo de los pacientes.

La sala de espera independiente o como parte del conjunto de facilidades del establecimiento debe tener sanitario público y ubicarse contigua al módulo de control y recepción, su dimensión será de acuerdo a la demanda de servicios del establecimiento. El número de muebles sanitarios será suficiente, teniendo como

mínimo, un excusado para personas con discapacidad, de acuerdo a lo señalado en la norma correspondiente.

Debe contar con el servicio expedito del laboratorio de urgencias, las 24 horas de todos los días del año.

El listado de mobiliario y equipamiento con que debe contar se especifica más adelante.

- *Sala espera.* -

Ambiente para usuarios, familiares y acompañantes que requieren atención de emergencia. Área: Admisión, cubículos de observación.

- *Baños sin ducha.* -

para usuarios y acompañantes (mujeres y varones). Área: Servicio a usuarios y acompañantes Sala de espera.

- *Admisión.* -

Recepción de usuarios para atención de emergencias. Área: Cubículos de atención, sala de espera.

- *Triage (cubículo).* -

Clasificación inicial de usuarios para establecer la prioridad con la requieren ser atendidos los mismos. Área: Admisión, cubículo de atención, enfermería - curaciones, sala de yesos.

- *Cubículos de atención.* -

Atención médica inmediata de emergencia y de urgencia las 24 horas. Área: Sala de observación, Hospitalización temporal, quirófano, sala de espera.

- *Enfermería.* -

Apoyo asistencial a médicos de guardia a través de control del usuario y administración de medicamentos. Área: Sala de espera, Cubículos, sala de observación, sala de yesos.

- *Sala de procedimientos quirúrgicos menores.* -

Ambiente para atención de casos de fracturas óseas, aplicación de férulas, yesos y cirugía menor. Área: Cubículos de atención, hospitalización temporal, sala de espera.

- *Cubículo de observación (sala).* -

Internación de tránsito para evaluar evolución de usuarios de emergencias, seguimiento del curso del caso clínico de emergencia, antes de tomar una decisión clínica terapéutica, quirúrgica o de referencia a establecimiento de mayor complejidad. Área: Cubículo de atención, enfermería, sala de espera, hospitalización.

- *Baños sin ducha para usuarios (mujeres y varones).* -

Servicios a usuarios. Área: Cubículos de atención y sala de observación.

- *Baños sin ducha para personal.* -

De uso exclusivo del personal de emergencias. Área: Ambientes de emergencias.

- *Sala de descanso.* -

Ambiente destinado para que el personal médico y de enfermería descanse en los horarios de no afluencia de usuarios. Área: Cubículo de atención, enfermería, sala de espera, hospitalización temporal.

- *Oficina de coordinación (referencia y retorno).* -

Facilitar la referencia y retorno y la atención oportuna en los diferentes niveles de atención. Área: Cubículo de atención, enfermería, sala de espera, hospitalización.

- *Equipamiento del Servicio de Emergencias.* -

(Mobiliario, equipos, instrumental y herramientas) del Servicio de Emergencias

Cuando se menciona el equipamiento de hospitalización, se hace referencia a la gestión de tecnología biomédica, es decir, los criterios de incorporación, la

normalización, las pautas de uso racional, la accesibilidad, el abastecimiento, los sistemas de información, la auditoría continua y algunos otros aspectos que hacen a una mirada integral sobre el tema. Es necesario que la revisión de todos los procesos de gestión de tecnología biomédica, apunte a la desconcentración de recursos, jerarquizando la gestión local y a una distribución en base al análisis de situación (Planeamiento Hospitalario) y los criterios de equidad se debe definir el mobiliario y equipamiento necesario para lograr una adecuada prestación del servicio.

### **Insumos**

Se hace referencia a medicamentos, material quirúrgico de curaciones, material de escritorio del servicio de Emergencias.

Para la determinación de cantidades de los insumos se deberá tomar en consideración el nivel de producción del servicio específico descrito y la logística necesaria para disponer oportunamente de los mismos, siendo esta descripción referente y enunciativa y no limitativa, debiendo cada servicio prever sus insumos genéricos y comunes a otros servicios y específicos propios de cada servicio.

- Medicamentos: Antisépticos, Anestésicos de aplicación local, Medicamentos básicos, Caja roja 2 Antisépticos Anestésicos de aplicación local.
- Curaciones: Sabanillas, Toallitas húmedas, Antisépticos, Baja lenguas, Anestésicos de aplicación local, Gasas, algodón, vendas, cinta adhesiva, cinta métrica, termómetros, guantes, vaselina líquida, vaselina pasta, bolsas y/ o cajas para manejo de residuos hospitalarios, solución jabonosa, solución salina.
- Otros que se requiera según necesidad incluyendo los fungibles, insumos de aseo, limpieza y lubricación
- Escritorio: Formularios y Cuadernos de registro, Material de escritorio, Calendario

### **5.3.1 Consultorio De Valoración**

El cubículo de valoración debe estar ubicado inmediato a la sala de espera y al módulo de control y recepción, su dimensión será de acuerdo a las actividades a realizar, teniendo como mínimo, un área para entrevista y otra para exploración. El número de estos cubículos depende de la demanda, como mínimo debe existir uno por unidad de urgencias.

#### **Mobiliario**

- Asiento Giratorio
- Asiento para el Paciente
- Banqueta de Altura
- Bote Para Basura Tipo Municipal (Bolsa De Cualquier Color, Excepto Rojo O Amarillo)
- Bote Para RPBI (Bolsa Roja)
- Dispensador de Jabón Líquido
- Dispensador de Toallas Desechables
- Escritorio
- Lavabo
- Mesa de Exploración Universal

#### **Equipo**

- Báscula con Estadímetro, en su Caso Báscula Pesa Bebé
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Estetoscopio Pinard
- Estuche de Diagnóstico Completo
- Lámpara de Haz Dirigible
- Negatoscopio

### **5.3.2 Área De Observación**

El cubículo de observación de pacientes, debe localizarse contiguo al control de enfermeras y próximo a los consultorios del servicio.

- *Cubículos de Atención*

### **Mobiliario**

- Banqueta de Altura
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa De Cualquier Color, Excepto Rojo O Ama
- Bote para RPBI (Bolsa Roja)
- Cama Camilla
- Elemento Divisorio De Material Antibacteriano
- Porta Venoclisis Rodable

### **Equipo**

- Dosificador de Oxígeno con Humidificador

#### **5.3.3 Central De Enfermeras Servicio De Urgencias**

El área de trabajo de enfermeras, dispondrá de baño de artesa cuando se brinde atención de urgencias a menores de edad, así como refrigerador para la guarda de algunos insumos que requieren conservarse a baja temperatura.

### **Mobiliario**

- Asiento
- Baño De Artesa (En Caso De Atender Pacientes Pediátricos).
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa Cualquier Color, Excepto Rojo o Amarillo)
- Bote para RPBI (Bolsa Roja)
- Carro de Curación
- Despachador de Toallas Desechables
- Lavabo
- Mesa Alta con Tarja
- Mesa Mayo con Charola
- Mesa Pasteur
- Mostrador Escritorio

- Mueble Para Guarda de Equipo e Insumos
- Sistema Porta Expedientes
- Surtidor de Jabón

#### **5.3.4 Equipo de carro rojo**

- Caja de Doayan
- Caja para Desinfección De Instrumentos
- Carro Rojo Para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonatos, con el Siguiete Equipo Mínimo: Bolsa para Reanimación con Reservorio y Mascarilla para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonato
- Conexión para Oxígeno
- Desfibrilador Completo con Monitor, Cable para Paciente 3 Puntas y Electrodo para Monitoreo
- Equipo de Curaciones
- Esfigmomanómetro Aneroide (O su Equivalente Tecnológico), en su Caso con Brazalete Pediátrico
- Estetoscopio, en su Caso con Cápsula Tamaño Pediátrico
- Estuche de Diagnóstico Con Oftalmoscopio
- Focos para Laringoscopia (Dos Por Cada Mango)
- Guía De Cobre
- Hojas de Laringoscopia Curva en Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátrico
- Hojas de Laringoscopia Recta En Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátrico,
- Inastillable, Lavable, Dimensiones De 60 X 50 Cm  $\pm$  10%, Con Soporte
- Lactante o Neonato 00, 0, 1 y 2;
- Lactante o Neonato: 00, 0, 1 y 2;
- Lámpara de Haz Dirigible
- Lebrillos
- Mango De Laringoscopia Adulto, En Su Caso Tamaño Pediátrico
- Marcapasos Externo Transitorio

- Mascarilla Para Oxígeno Adulto, En Su Caso, Pediátrico, Lactantes O Neonatal
- Pinza de Traslado
- Porta Venoclisis Rodable
- Poste Porta Venoclisis, De Altura Ajustable
- Tabla para Compresiones Cardíacas Externas: de Material Ligero, de Alta Resistencia a Impactos,
- Tanque de Oxígeno Tamaño “E”, con Manómetro, Válvula Reguladora Y Soporte
- Termómetro
- Torundero

### **Equipo Básico**

- Collarines Cervicales Semirrígidos Tamaños Chico, Mediano Y Grande, Así Como Dispositivo Para Inmovilizar La Cabeza
- Electrocardiógrafo De Un Canal
- Incubadora de Traslado
- Incubadora Para Cuidados Generales
- Refrigerador

### **5.3.5 Área De Curaciones, Yesos o Materiales Sustitutivos**

La sala de curaciones y yesos debe tener un área con la dimensión necesaria para atender la demanda del servicio, con mesa de exploración ginecológica o mesa ortopédica multiposiciones, para realizar todo tipo de procedimientos, material de curación y equipo suficiente, y disponer de trampa para yeso en el sistema de drenaje, cuando así se requiera.

### **Mobiliario**

- Asiento Giratorio
- Banqueta de Altura
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa De Cualquier Color, Excepto Rojo O Amarillo)



- Bote para RPBI (Bolsa Roja)
- Carro para Curaciones
- Carro para Ropa Sucia
- Cubeta de Acero Inoxidable De 12 Litros. (Bolsa Amarilla)
- Dispensador de Jabón Líquido
- Mesa Alta con Tarja y Trampa para Yesos (Cuando Utilizan Vendas con Yeso)
- Mesa de Exploración Universal
- Mesa Pasteur
- Mesa Rígida
- Mueble para Guarda de Equipo e Insumos
- Riel Portavenoclisis

### **Equipo**

- Estuche de Disección
- Lámpara de Haz Dirigible
- Negatoscopio
- Sierra para Yesos, en su Defecto, Cizalla y Gubia

### **5.3.6 Área De Hidratación**

#### **Mobiliario**

- Asiento Acojinado
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa De Cualquier Color, Excepto Rojo O Amarillo)
- Dispensador de Toallas Desechables
- Mesa de Trabajo Con Tarja
- Mesa Tipo Karam con Colchoneta
- Mueble para Guarda de Equipo e Insumos

### **Equipo**

- Báscula Pesa Bebé

- Dosificador De Oxígeno con Humidificador
- Esfigmomanómetro con Manguito Pediátrico
- Estetoscopio

### **5.3.7 Sala De Choque**

El área o cuarto de choque debe estar ubicada contigua a observación, cercana al acceso de ambulancias y al consultorio de valoración, debe tener tomas fijas para suministrar oxígeno y sistema para realizar succión con equipo fijo o portátil, así como equipo de monitoreo y desfibrilador y carro rojo.

Los equipos se deben revisar y calibrar mensualmente, asimismo se debe comprobar que el personal que labora en el servicio, incluyendo el eventual, está capacitado para usar el equipo. Todo lo cual debe quedar anotado en la bitácora correspondiente.

#### **Mobiliario**

- Bote para RPBI (Bolsa Amarilla)
- Carro Camilla para Adultos (De Preferencia Radiotransparente)
- Elemento Divisorio de Material Antibacteriano
- Mesa Pasteur
- Repisa Para Monitor de Terapia Intensiva de Tres o Cuatro Canales
- Riel Portavenoclisis

#### **Equipo**

- Carro Rojo
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Estuche de Diagnóstico Completo
- Lámpara de Haz Dirigible
- Monitor de Signos Vitales: ECG, Presión Arterial Por Método No Invasivo, Temperatura Y Oxímetro.

### 5.3.8 Carro de paro

#### Equipo

- Ambúr de adulto y niños
- Brazaletes para ligar
- Catéter medicut
- Catéter para PVC Catéter para subclavia
- Jeringas descartables de 5cc y 10 cc,20cc
- Laringoscopio adultos y niños
- Sondas de Balón
- Sondas Foley
- Sondas naso-gástricas
- Sondas Nelaton
- Tabla para reanimación cardiopulmonar
- Tubos endotraqueales de adulto y niños

#### Cajón 1: de Medicamentos

Adrenalina 1 Mg. Sol Iny	Dobutamina 250 Mg Sol. Iny
Agua Inyectable 10 MI	Dopamina 200 Mg. Sol. Iny
Atropina 1 Mg. Sol. Iny	Etomidato Sol Iny. 20 Mgrs
Aminofilina 250 Mg. Sol. Iny	Furosemida Sol. Iny. 20 Mg
Amiodarona 150 Sol. Iny. Mg	Furosemida Sol. Iny. 40 Mg
Beclometasona En Spray	Flunitrazepam Sol. Iny
Bicarbonato De Sodio 0.75 Grs. Sol. Iny	Gluconato De Calcio 1 Gr. Sol. Iny
Bicarbonato De Sodio 8.9 M. E. Q Sol. Iny	Glucosa Al 50%
Carbón Activado	Heparina 1000 Ui
Diazepam 10 Mg. Sol. Iny	Heparina 5000 Ui
Dineilhidantoina (Dfh) 250 Mg. Sol. Iny	Hidroclorona 100 Mg. Sol. Iny
Digoxina 0.5 Mg. Sol. Iny	Hidroclorona 500 Mg. Sol Iny
	Isosorbide Tab. 5 Mgrs
	Isosorbide Tab. 10 Mgrs
	Metilprednisolona 100 Mg. Sol. Iny

Metilprednisolona 500 Mg. Sol. Iny  
Nitroglicerina Parches I18.7 Mg  
Nitroglicerina Perlas Mast. 0.8 Mg  
Salbutamol En Spray  
Sulfato De Magnesio I Gr. Sol. Iny

Verapamilo Sol. Iny.  
Verapamilo180 Mgr. Tab. Liberación  
Prol  
Xilocaína Al 1% Simple  
Xilocaína Al 2% Simple

## **Cajón 2: Material De Consumo.**

Agujas Hipodérmicas  
Catéter Largo 17 G  
Catéter Largo 18 G  
Catéter Largo 19 G  
Catéter Subclavio 3.5 Fr  
Catéter Subclavio 5 Fr  
Catéter Subclavio 17 G  
Catéter Subclavio 18 G  
Catéter Umbilical  
Catéter Umbilical  
Catéter Umbilical  
Cinta Umbilical  
Conector Delgado  
Conector Grueso  
Cubrebocas  
Destrostix Tubo  
Electrogel  
Electrodos  
Equipo Para Pvc  
Equipo Para Transfusión  
Equipo Para Venoclisis Micro gotero  
Equipo Para Venoclisis Normo gotero  
Guía De Cobre  
Jeringa Desechable De 1 Ml

Jeringa Desechable De 3 Ml  
Jeringa Desechable De 5 Ml  
Jeringa Desechable De 10 Ml  
Jeringa Desechable De 20 Ml  
Jeringa Desechable De 50 Ml  
Lancetas  
Llave De Tres Vías  
Marcapasos Externo  
Metriset  
Punzocat No. 16  
Punzocat No. 18  
Punzocat No. 20  
Punzocat No. 22  
Punzocat No. 24  
Sondas De Aspiración 18 Fr  
Sondas De Aspiración 12 Fr  
Sondas De Foley 12 Fr  
Sondas De Foley 14 Fr  
Sondas De Foley 16 Fr  
Sondas De Foley 18 Fr  
Sondas De Foley 20 Fr  
Sondas De Foley 22 Fr  
Sonda Para Alimentación 8 Fr  
Sonda Para Alimentación 5 Fr

Sonda Para Pleurostomía 8 Fr  
Sonda Para Pleurostomía 9 Fr

Sonda Para Pleurostomía 10  
Sonda Para Pleurostomía 16 Fr

### **Cajón 3: Cánulas y Laringoscopios**

Cánulas De Guedel 0, 1, 2, 3,4, 5 Y 6  
Fr

Cánulas Endotraqueales 2 Fr

Cánulas Endotraqueales 2.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 3 Fr

Cánulas Endotraqueales 3.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 4 Fr

Cánulas Endotraqueales 4.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 5 Fr

Cánulas Endotraqueales 5.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 5 Fr

Cánulas Endotraqueales 6.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 7 Fr

Cánulas Endotraqueales 7.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 8 Fr

Cánulas Endotraqueales 8.5 Fr

Cánulas Endotraqueales 9 Fr

Cánulas Endotraqueales 10 Fr

Guantes Desechables

Guía Metálica De Cobre

Hoja De Laringoscopio Curva # 00, 0,  
1, 2, 3, 4, 5

Hoja De Laringoscopio Recta #0, L, 2,  
3, 4, 5

Mango De Laringoscopio Adulto

Mango De Laringoscopio Pediatría

Micropore

Regla De Madera Para Pvc

Tela Adhesiva

Xilocaína Al 10% Spray

### **Cajón 4: Bolsas De Reanimación y Soluciones Endovenosas.**

Bolsa Para Reanimación Adulto

C/Reservorio Y Mascarilla

Bolsa Para Reanimación Pediátrica

C/Reservorio Y Mascarilla

Bolsa Para Reanimación Neonatal

C/Reservorio Y Mascarilla

Extensión Para Oxígeno

Catéter Para Oxígeno (Puntas Nasaes)

Mascarilla Para Oxígeno Adulto

Mascarilla Para Oxígeno Pediátrica

Agua Inyectable 500 Ml

Haemacel 500 MI  
Manitol 250 MI  
Solución Cloruro De Sodio 0.9% 1000MI  
Solución Cloruro De Sodio 0.9%500 MI  
Solución Cloruro De Sodio 0.9% Y Glucosada  
5% 1000 MI  
Solución Cloruro De Sodio 0.9% Y Glucosada  
5% 500 MI  
Solución Glucosada Al 5% 1000 MI  
Solución Glucosada Al 5% 500 MI  
Solución Glucosada Al 5% 250 MI  
Solución Hartmann 1000 MI  
Solución Hartmann 500 MI

#### **5.4 Área para estudios por Ultrasonografía**

En los establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios que cuenten con este servicio, el responsable debe cumplir con lo especificado en la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención médica, respecto a su capacitación en dicha tecnología.

El área debe tener las dimensiones adecuadas para la colocación del mobiliario y equipo, que faciliten el procedimiento y contar con sanitario.

#### **Mobiliario**

- Asiento
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo) gabinete universal

#### **Equipo**

- Equipo completo de ultrasonido con unidad de registro de imágenes.

## **5.5 Área de Laboratorio**

Ventilación suficiente natural o por medios mecánicos de acuerdo al tipo de pruebas que se ejecuten y con iluminación suficiente con control local de luz y de los enchufes que suministran la corriente eléctrica.

En caso de equipo automatizado, se debe adaptar el espacio a los requerimientos de luz, humedad y temperatura que indique la guía mecánica correspondiente.

Instalaciones apropiadas de agua potable para los tipos de aparatos, materiales y reactivos que se utilizan y sistema de drenaje con observancia.

Tuberías para agua, aire, gases y electricidad, ocultas o visibles, que coincide con acuerdos internacionales de seguridad.

Facilidades para lavado de manos y cara, en particular para los ojos, en situaciones de emergencia.

Laboratorio clínico: debe cumplir los requisitos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y respecto al manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos, en particular con el cumplimiento de los procesos de inactivación química o esterilización física.

Los laboratorios independientes, no ligados a un hospital deben contar con:

- Áreas de análisis (secciones técnicas).
- Esterilización y preparación de medios y reactivos.
- Guarda de sustancias, materiales y reactivos.
- Lavado y distribución de muestras.
- Oficina del responsable.
- Recepción y control.
- Sala de espera.
- Sanitario público y cuarto de aseo.
- Toma de muestras ginecológicas con sanitario anexo.
- Toma de muestras sanguíneas.

Las secciones de análisis que forman parte de los laboratorios clínicos son: hematología, química sanguínea, inmunología, microbiología y parasitología.

Cada una de las áreas del laboratorio clínico debe contar con el mobiliario, equipo y accesorios; dispositivos que pueden ser sustituidos, siempre y cuando tengan la misma función, mejoren la precisión, la confiabilidad y reproducibilidad sin aumentar los costos.

Laboratorio de urgencias: su infraestructura y equipo deben ser suficientes para que funcione las 24 horas del día, para atender los requerimientos de urgencias, tococirugía, cirugía, terapia intensiva y hospitalización, así como para la guarda y abasto de sangre al hospital.

Debe contar con equipamiento para biometría hemática, química sanguínea, gasometría, electrolitos, general de orina, pruebas de coagulación e inmunológicas.

Unidad de anatomía patológica, su infraestructura y equipamiento deben permitir realizar los estudios de órganos y tejidos.

De acuerdo a la magnitud del establecimiento, debe contar con facilidades para el movimiento de carroza fúnebre. Para hospitales con poca demanda es suficiente un área para identificación, trámites y entrega de cadáveres, complementándose con sala de espera de deudos y sanitario público. Estas facilidades en caso que el diseño arquitectónico y funcional lo permitan, pueden ser compartidas con otros servicios.

- **Toma De Muestras Sanguíneas**

#### **Mobiliario**

- Asiento giratorio.
- Asiento individual.
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).



- Mueble de diseño opcional para la obtención de muestras del paciente.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.
- Recipiente rígido para punzocortantes Repisa abatible con cojín silla cama.

### **Equipo**

- Lámpara de haz dirigible.
- Refrigerador.

- **Toma De Muestras Ginecológicas**

### **Mobiliario**

- Asiento giratorio Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo) Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa de exploración con pierneras y taloneras.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.

### **Equipo**

- Lámpara de haz dirigible

- **Sanitario Anexo A Toma De Muestras Ginecológicas**

### **Mobiliario**

- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo)
- Excusado
- Jabonera
- Lavabo
- Perchero para ropa
- Toallero

## **5.6 Área de Hospitalización**

Las dimensiones de los cuartos se determinan de acuerdo al número de camas, considerando los requerimientos de mobiliario, equipo, instalaciones y actividades médicas que deben realizarse alrededor de éstas.

Las camas deben ser tipo hospital, con posibilidad de adaptación a diferentes posiciones, así como facilidades de aislamiento con cortinas antibacterianas u otros dispositivos que mejoren las funciones.

De acuerdo al nivel resolutivo y lo establecido en las actividades médicas, uno o varios cuartos, deben tener sistemas fijos para proporcionar oxígeno o tecnología sustitutiva aprobada por las autoridades sanitarias correspondiente, sistema para proporcionar otro tipo de ventilación pulmonar asistida y para realizar aspiración, con sistemas fijos o equipos portátiles, así como lavabo para el personal de salud. El número de lámparas de cabecera y mesas puente debe ser igual al número de camas.

Los cuartos de hospitalización deben contar con lavabo. Disponer de un sanitario y una regadera por cada seis camas de hospitalización.

Cada cama debe contar con un sistema de llamado a la central de enfermeras, que puede ser bidireccional.

Los locales mínimos con los que debe contar este servicio son: cuartos o cubículos con camas de hospitalización, con posibilidad de adaptación a diversas posturas, aislamiento con cortina antibacteriana u otros dispositivos de aislamiento, central de enfermeras, sala de curaciones, sanitarios y baños para pacientes, sanitarios para personal, oficina de trabajo médico, cuarto séptico y cuarto de aseo.

La unidad del paciente es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza la paciente durante su estancia en el centro hospitalario. Por lo tanto, el número de unidades del paciente será igual al número de camas que tenga el hospital.

En las habitaciones con varias camas, cada unidad puede aislarse mediante biombos o cortinas para asegurar y respetar la intimidad de los pacientes. En las

habitaciones individuales, se considera «unidad del paciente» a todo el contenido y el espacio físico de la propia habitación.

Las habitaciones individuales deben preservarse para el aislamiento de los pacientes que presenten gravedad en su estado general, patologías infectocontagiosas, operados con riesgo de ser contagiados, inmunodeprimidos, pacientes con algún tipo de alteración psíquica, etc.

La patología y la edad del paciente son factores determinantes que hay que tener en cuenta en la organización y disposición de la unidad del paciente.

Las medidas de la habitación dependen del número de camas. Las dimensiones aproximadas son las siguientes:

- Habitaciones individuales (1 cama): las medidas deben ser de unos 10 m<sup>2</sup>.
- Habitaciones dobles (2 camas): las medidas deben ser de unos 14 m<sup>2</sup>.
- Habitaciones triples (3 camas): las medidas deben ser de unos 18-20 m<sup>2</sup>.

El número máximo de camas por habitación no debe ser superior a cuatro. La habitación debe disponer de espacio suficiente, de 1 a 1,20 metros, entre las camas y entre la cama y la pared; de tal forma que sea posible atender al paciente tanto desde los laterales como desde los pies de la cama, permitiendo, además, el paso de una camilla y el camillero.

Un aseo completo por habitación, con puerta de entrada de fácil acceso y adaptado para enfermos con algún tipo de discapacidad física, y que permita realizar el trabajo de atención al paciente de forma cómoda y segura.

La puerta amplia para permitir el paso de una cama con sistema de goteo.

El tamaño suficiente para que se pueda distribuir con comodidad y orden todo el mobiliario, y que permita realizar su limpieza fácilmente.

Las paredes pintadas de colores claros y sin brillo.

Las tomas de oxígeno y el sistema de vacío, que se disponen fijos en la pared y en la cabecera de la cama del paciente.

El sistema de comunicación interna, con el control de enfermería, mediante un equipo de intercomunicación de señales luminosas.

La luz natural y la ventilación adecuada que garanticen la renovación del aire.

La altura de 2,5 metros.

### **5.6.1 Mobiliario y materiales de la unidad del paciente**

- **Cama. -**

Sirve para acoger al paciente, por lo que debe estar en perfectas condiciones de conservación y mantenimiento, para que este se sienta más cómodo. Debe estar provista con toda la ropa que sea necesaria. Se coloca en la habitación de manera que tenga tres de sus lados libres, para facilitar el trabajo del personal sanitario (cambios posturales, aseo del paciente, aplicación de cuidados, etc.). Se dispone de forma que el cabecero esté en contacto con la pared, pero sin que se ubique debajo de la ventana, ni próxima a la puerta (para no impedir el acceso a la habitación o al aseo). Es importante que sean articuladas, con un plano regulable en altura y fácilmente manejables y desplazables, por lo que van provistas de ruedas.

**Los accesorios de la cama son:**

- Colchón cubierto con una funda de material elástico, transpirable al vapor, impermeable al agua, hipoalérgico e ignífugo.
- Almohada con funda.
- Barandillas laterales.
- Manivela para regular la altura y articular la cama.

**Otro tipo de mobiliario**

Además de la cama hospitalaria, la unidad del paciente debe contar con los elementos

- **Mesilla. -**

Se sitúa junto a la cama, de forma que sea accesible, para que el paciente pueda coger cualquier objeto o utensilio que necesite. En muchos centros sanitarios se utilizan modelos de mesillas extensibles y regulables en altura y posición, que a su vez pueden transformarse en mesa auxiliar para apoyar las bandejas de la comida y adaptarse al paciente para favorecer su comodidad

- **Mesa de cama. -**

Sirve para depositar sobre ella las bandejas de la comida. Por su especial diseño, permite regular su altura, adaptándola al paciente, de forma que pueda comer semiincorporado y con mayor comodidad.

- **Silla o sillón. -**

Se utilizan como lugar de descanso para los pacientes independientes y para la movilización de los dependientes. Suelen disponer de brazos y reposapiés, también pueden llevar un dispositivo regulable para la colocación de la bandeja de la comida. Se sitúan junto al paciente, al lado contrario de la mesilla y cerca de la cabecera de la cama, para que pueda sentarse fácilmente sin necesidad de desplazarse. Siempre que el espacio lo permita, se debe disponer de una silla o sillón para el acompañante, que tenga las mismas características.

Papelera o cubo. -

Suele colocarse dentro del aseo y se utiliza para recoger los desechos (basura, papeles, etc.) generados por el paciente (que no sean sanitarios ni biológicos). Lleva una bolsa de plástico en su interior para facilitar su recogida y limpieza.

#### **Otros accesorios**

- **Armario.** Se utiliza para guardar la ropa y las pertenencias del paciente, y una manta de repuesto por si el paciente la necesita. Suele incluir perchas.
- **Lámpara.** Generalmente está fijada a la pared para que no ocupe espacio. Se utiliza en exploraciones, para la lectura o como luz indirecta. No se utilizan lámparas en las mesillas, para evitar riesgos de accidentes.
- **Biombo.** Se emplea para separar una cama de otra, es decir, cada unidad del paciente, dentro de una misma habitación. Su objetivo es mantener y preservar la intimidad de los pacientes.

#### **Materiales y equipo de la unidad del paciente**

Además del mobiliario descrito, se debe proporcionar al paciente una serie de materiales o productos para la realización de las actividades diarias de higiene personal, alimentación y eliminación de excrementos, así como para facilitar la ejecución de los cuidados que necesite.

- **Material de uso habitual**

- Almohadillas: permiten que el paciente pueda adoptar distintas posiciones.
- Arco de cama: dispositivo para que la ropa de cama no esté en contacto directo con el paciente.

- Centinelas de la cama: son almohadillas de polietileno que se colocan a los lados de la cama para evitar lesiones o caídas del paciente.
- Crema hidratante.
- Depresores linguales para inspección bucofaríngea.
- Equipos o dispositivos para la movilización o desplazamiento del paciente: silla de ruedas; grúas de arrastre, de cama, de bipedestación; muletas o bastones; andadores.
- Esponjas de un solo uso.
- Guantes.
- Jabón líquido (gel).
- Otro vaso para la realización de la higiene bucal (en el cuarto de baño).
- Papel higiénico. Otros materiales (en función de la patología del paciente)
- Peine.
- Pijama o camisón y bata.
- Pupitre: es un respaldo regulable, formado por un arco metálico, que se utiliza para ayudar al paciente a adoptar la posición de Fowler.
- Recipientes adecuados para las recogidas de muestras.
- Ropa de cama (sábanas, almohadón, protector o empapador, manta y colcha). Material de higiene personal
- Termómetro.
- Toallas.
- Un paquete de pañuelos desechables o de gasas.
- Un vaso y una jarra.
- Una cuña o botella para la recogida de las heces y la orina (en pacientes encamados).
- Una palangana.

- **Ropa de cama**

Dentro de la ropa de cama podemos incluir:

- Cubrecolchón. Es una cubierta impermeable y ajustable en las cuatro esquinas, que se utiliza para proteger al colchón de la humedad y la suciedad procedentes de la eliminación de secreciones del paciente.

- Sábanas. Generalmente son de algodón o un material similar. Se utilizan cada vez más las de puntos ajustables. En servicios como urgencias, diálisis o consultas, suelen emplearse sábanas desechables. Son necesarias una sábana bajera y una encimera.
  - La sábana bajera se dobla a lo largo, y con el derecho hacia el interior.
  - La sábana encimera se dobla a lo ancho, y con el revés hacia el interior.
- Entremetida o Clínica. Es del mismo tejido que las sábanas. Se coloca en el centro de la cama, a la altura de la pelvis. Puede utilizarse también para desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, cuando este ha resbalado. Hoy día se utilizan cada vez más salvacamas desechables.
- Manta. Suele ser de color claro. Su tejido debe resistir los lavados frecuentes y tener poco peso. Debe abrigar sin pesar. Se dobla a lo ancho.
- Colcha o cubrecama. Es la pieza que cubre las sábanas y la manta. Debe ser resistente a los lavados y de colores claros. Generalmente es blanca. Se dobla a lo ancho, y con el lado derecho hacia el interior.
- Funda de almohada y almohadón. Son de algodón o de un material similar. La funda está directamente en contacto con la almohada y se cierra mediante una cremallera u otro sistema. El almohadón se coloca sobre la funda y ha de cambiarse siempre que sea necesario y al menos una vez al día.

### 5.6.2 Procedimientos de arreglo de la cama

Describimos los procedimientos apropiados para preparar una cama según diferentes situaciones:

- **Cama cerrada.** Es la cama del hospital que permanece vacía hasta la admisión de un nuevo paciente.
- **Cama abierta.** Es aquella que corresponde a un paciente ingresado que la ocupa, pero que puede levantarse.
- **Cama ocupada.** El paciente permanece en ella cuando se arregla.
- **Cama quirúrgica.** Es la que se prepara para recibir a un posoperado.

#### Cama cerrada

- **Objetivo:**

Realizar un arreglo correcto de una cama que debe recibir a un nuevo paciente.

- **Equipamiento necesario:**

- Cubrecolchón.
- Sábanas encimera y bajera.
- Entremetida o empapador de celulosa.
- Manta.
- Colcha.
- Funda de almohada.
- Almohadón.
- Carro de ropa limpia y sucia.
- Bolsa de plástico para la ropa sucia.
- Guantes desechables.
- Manivela de la cama.

- **Proceso operativo**

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
2. Colocar sobre una silla todo el material necesario en orden inverso a como se va a utilizar. Es decir, almohadón, funda de almohada, colcha, manta, sábana encimera, entremetida, empapador, sábana bajera y Cubrecolchón.
3. Frenar las ruedas de la cama y colocarla en posición horizontal.
4. Quitar la colcha y la manta. Si van a volver a utilizarse, doblarlas correctamente para hacer con ellas la cama.
5. Retirar la ropa sucia, pieza a pieza, sin agitarla, doblándola o enrollándola sobre sí misma, y depositarla en la bolsa de sucio.
6. Extender y fijar el Cubrecolchón.
7. Colocar la sábana bajera de forma que el derecho quede hacia arriba. Debe dejarse el largo adecuado para poder fijarla bajo el colchón, remeter primero la cabecera y luego los pies, haciendo las esquinas en mitra o inglete, y remeter por los laterales.
8. Situar la entremetida en el tercio medio de la cama, centrándola, y remetiéndola por los dos laterales del colchón. Si fuera preciso, se colocará el empapador sobre



la entremetida, de forma que quede completamente tapado por ella. Tanto la bajera como la entremetida y el empapador deben quedar perfectamente estirados y sin arrugas.

**9.** Colocar la sábana encimera centrada, dejando el revés de la sábana hacia arriba. Remeter la parte inferior bajo el colchón y dejar las esquinas, para hacerlas junto con la manta y la colcha (aunque también puede hacerse pieza a pieza). La sábana puede extenderse en sentido longitudinal o bien transversal (estirando desde la cabeza hacia los pies). Puede extenderse como la sábana inferior.

### **Cama abierta**

- **Objetivo:**

Realizar un correcto arreglo de una cama ya ocupada por un paciente que puede levantarse.

- **Equipamiento necesario:**

Los mismos que en la técnica descrita para la cama cerrada, pero en este caso deben añadirse el pijama o camisón y la bata para el paciente, y una o dos toallas para su higiene personal.

- **Proceso operativo:**

El procedimiento se realiza siguiendo los pasos descritos para la cama cerrada, pero deben tenerse en cuenta algunas diferencias:

**1.** Después de extender la sábana encimera, se aconseja dejar espacio para los pies del paciente. Uno de los medios para conseguirlo es hacer un pequeño pliegue o doblez en sentido transversal a la altura de los pies de la cama. Esto es una medida de comodidad al añadir espacio adicional para los pies.

**2.** Si el paciente volviera a ocupar la cama, se le abrirá, de forma que su acceso le resulte fácil. Existen varias formas de abrir la cama:

En pico. Se dobla el extremo superior de la sábana encimera, la manta y la colcha por el lado por donde va a acceder el paciente en sentido diagonal a la cama.

En abanico o fuelle. Se coge toda la ropa de cama superior (sábana encimera, manta y colcha) y se forman pequeños pliegues hasta llegar a los pies de la cama, de tal forma que el embozo quede accesible y mirando hacia la cabecera.

De arriba abajo. Se dobla toda la ropa de cama superior hasta los pies de esta (de tal forma que quede abierta) y, después, se vuelve el embozo hacia la cabecera.

### **Cama ocupada o con Paciente**

- **Objetivo:**

Realizar un correcto arreglo de una cama ya ocupada por un paciente que no puede levantarse.

- **Equipamiento necesario:**

Los mismos que para la cama cerrada, a los que se añaden un pijama o camisón, una o dos toallas para su aseo personal y una bata para cada TCAE (Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería). Si la habitación es compartida, se utilizará un biombo.

- **Proceso operativo:**

En general, el procedimiento se realiza siguiendo los mismos pasos descritos para la cama cerrada, pero deben tenerse en cuenta algunas diferencias:

1. Preparar el equipo necesario y, después de lavarse las manos, llevarlo a la habitación del paciente, dejándolo sobre una silla como se describió para la cama cerrada.
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes y la bata, si fuese preciso.
3. Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar, pidiendo su colaboración.
4. En caso de ser una habitación compartida, colocar un biombo para preservar la intimidad del paciente.
5. Retirar la colcha, aproximando los bordes superior e inferior, e introducirla en la bolsa de sucio. Hacer lo mismo con la manta. Si la colcha y la manta se van a reutilizar, doblarlas y colocarlas sobre una silla
6. Si la sábana encimera no está sucia, se afloja por los pies y se deja colocada sobre el paciente, para cubrirle mientras se arregle la cama. Se doblará hacia el paciente una parte de la sábana para que no estorbe mientras se realiza la técnica, asegurándose de que el paciente no queda destapado.

7. Retirar la almohada, dejándola apoyada sobre una silla o sillón, y quitar el almohadón. En determinadas situaciones, puede dejarse para que el paciente esté más cómodo.
8. Colocar al paciente en decúbito lateral, de forma que quede sujeto por uno de los TCAE y descanse en un lado de la cama.
9. El otro TCAE recogerá la entremetida, el hule o empapador y la sábana bajera desde el lado más lejano de la cama hacia el cuerpo del paciente.
10. Extender la sábana bajera. Sujetarla bajo el colchón en la cabeza y los pies, y hacer en ambas esquinas el doblez en mitra. Recoger el resto de sábana limpia, enrollándola hacia el paciente. Colocar la entremetida en el tercio medio de la cama, fijándola bajo el colchón. El resto se recoge próximo al cuerpo del paciente
11. Entre los dos TCAE, cambiar de posición al paciente, girándolo hacia el lado contrario, de forma que quede acostado en la otra orilla de la cama (ya limpia).
12. Una auxiliar sujeta al paciente, mientras el otro se cambia al otro lado y extiende bien las piezas de la cama (sábana bajera, hule y entremetida), estirándolas para evitar que se formen arrugas. Retirar la ropa sucia sin airearla e introducirla en la bolsa de sucio.
13. Fijar la ropa en las esquinas; para ello se hace la esquina de mitra en la cabecera y los pies con la sábana inferior.
14. Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza sobre la almohada en la que se ha puesto un almohadón limpio. Extender la sábana encimera limpia, al tiempo que se recoge la pieza que cubría al paciente.
15. Poner después la manta y la colcha, haciendo las esquinas en mitra.

### **Cama quirúrgica o de Anestesia**

- **Objetivo:**

Realizar un correcto arreglo de una cama que debe recibir a un paciente recién operado o anestesiado.

- **Equipamiento necesario:**

El mismo que para realizar la cama cerrada, incluyendo, además, un paño de campo o una entremetida para la cabecera de la cama y, si fuera necesario, un empapador.

- **Proceso operativo:**

1. Después de preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse los guantes, se coloca la ropa de cama inferior (sábana, empapador y entremetida), según la técnica descrita para el arreglo de la cama cerrada o de la cama abierta.
2. Extender la sábana encimera, la manta y la colcha (como se describe para la cama cerrada) sin remeter la ropa en los pies ni en los laterales de la cama.
3. Hacer el embozo de la cabecera y el de los pies, doblando la colcha sobre sí misma, luego la manta y, por último, la sábana encimera.
4. Retirar la almohada, con la funda y el almohadón cambiado, y colocarla sobre una silla (nunca sobre la cama).
5. Preparar el paquete quirúrgico con la ropa que cubrirá después al paciente (sábana encimera, manta, colcha). Existen distintas formas de prepararlo:
  - a) En general, consiste en doblar la ropa superior (en pliegues o en forma de abanico) desde el embozo hasta los pies del colchón o desde un lado hacia el lado contrario de la cama, dejando libre aquel por el que entrará el paciente. Puede dejarse así doblada sobre una orilla o sobre los pies de la cama.
  - b) También puede abrirse en triángulo o pico. Se cogen los extremos de cada embozo (cabeza y pies) y se pliegan sobre el centro de la cama, formando un triángulo. Se coge el pico del triángulo y se dobla hacia el lado abierto de la cama.
6. El paño de campo se extiende en la parte alta de la cama, donde el paciente colocará la cabeza. La almohada no se coloca para evitar la broncoaspiración en el caso de que vomite.
7. Cuando se pasa al paciente a la cama, se desdoblan la sábana encimera, la manta y la colcha. Se hace un doblez a la altura de los pies para dejar espacio y se remete debajo del colchón, haciendo las esquinas en mitra.
8. Además, se colocarán las rejas o barandillas de seguridad si el paciente lo requiere.

### **5.7 Área de Central de Enfermería**

La Central de enfermeras debe contar con carro de curaciones y aditamento para la distribución de medicamentos a los encamados.

Debe tener un local con cama y baño para pacientes que requieran aislamiento, que debe contar con lavabo y gancho para batas.

## **Mobiliario**

- Asiento
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa Cualquier Color, Excepto Rojo o Amarillo)
- Bote para RPBI (Bolsa Roja)
- Carro de Curación
- Despachador de Toallas Desechables
- Lavabo
- Mesa Alta con Tarja
- Mesa Mayo con Charola
- Mesa Pasteur
- Mostrador Escritorio
- Mueble Para Guarda de Equipo e Insumos
- Sistema Porta Expedientes
- Surtidor de Jabón

## **Equipo**

- Caja de Doayan
- Caja para Desinfección De Instrumentos
- Carro Rojo Para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonatos, con el Siguiete Equipo Mínimo: Bolsa para Reanimación con Reservorio y Mascarilla para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonato
- Conexión para Oxígeno
- Desfibrilador Completo con Monitor, Cable para Paciente 3 Puntas y Electrodo para Monitoreo
- Equipo de Curaciones
- Esfigmomanómetro Aneroide (O su Equivalente Tecnológico), en su Caso con Brazalete Pediátrico
- Estetoscopio, en su Caso con Cápsula Tamaño Pediátrico
- Estuche de Diagnóstico Con Oftalmoscopio

- Focos para Laringoscopia (Dos Por Cada Mango)
- Guía De Cobre
- Hojas de Laringoscopia Curva en Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátrico
- Hojas de Laringoscopia Recta En Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátrico,
- Inastillable, Lavable, Dimensiones De 60 X 50 Cm  $\pm$  10%, Con Soporte
- Lactante o Neonato 00, 0, 1 y 2;
- Lactante o Neonato: 00, 0, 1 y 2;
- Lámpara de Haz Dirigible
- Lebrillos
- Mango De Laringoscopia Adulto, En Su Caso Tamaño Pediátrico
- Marcapasos Externo Transitorio
- Mascarilla Para Oxígeno Adulto, En Su Caso, Pediátrico, Lactantes O Neonatal
- Pinza de Traslado
- Porta Venoclisis Rodable
- Poste Porta Venoclisis, De Altura Ajustable
- Tabla para Compresiones Cardíacas Externas: de Material Ligero, de Alta Resistencia a Impactos,
- Tanque de Oxígeno Tamaño “E”, con Manómetro, Válvula Reguladora Y Soporte
- Termómetro
- Torundero

### **5.8 Unidad de obstetricia o tocología**

La unidad tocología es el conjunto de áreas, espacios y locales donde se valora, prepara y vigila. Es un servicio de unidad hospitalaria utilizado para partos obstétricos cuidados y reanimación del neonato.

Esta unidad debe contar con las áreas mínimas siguientes: de valoración, preparación y labor, expulsión y recuperación, con las facilidades necesarias para la atención integral de la madre y del recién nacido.

El área de valoración se debe ubicar de manera independiente a la atención de urgencias, de preferencia con comunicación directa a la sala de labor. Su dimensión debe ser suficiente para contener una mesa de exploración ginecológica, una camilla y una mesa rodante alrededor de ella. Debe haber un baño anexo con regadera.

La sala o salas de labor deben localizarse contiguas a la sala de expulsión, cada sala podrá tener varios cubículos, separados por cortinas plegadizas u otros sistemas de separación, con las dimensiones para una cama camilla y su área tributaria correspondiente. El espacio deberá permitir la movilidad de la camilla para su traslado a la sala de expulsión.

El lavabo para médicos obstetras debe estar ubicado contiguo a la sala de expulsión.

La sala de expulsión debe tener lo indispensable para la atención del parto, (Se hace mención que esta será la sala que se usará para realizar Legrado Uterino Instrumentado o por Aspiración) debe incluir un área para la atención inmediata y reanimación del recién nacido, con los requerimientos básicos para la limpieza del producto, asepsia ocular, registro de somatometría e identificación.

La sala de recuperación obstétrica incluye área de trabajo de enfermeras y del anesthesiólogo, debe estar en forma modular (cubículos) para que proporcione aislamiento. Cada cubículo debe tener capacidad para una cama-camilla con su área tributaria correspondiente.

Debe disponer de lo necesario para suministrar oxígeno con instalaciones fijas o con la tecnología sustitutiva aprobada por las autoridades sanitarias correspondientes y realizar aspiración controlada, utilizando instalaciones fijas o equipos portátiles.

El área de valoración se debe ubicar de manera independiente a la atención de urgencias, de preferencia con comunicación directa a la sala de labor. Su dimensión debe ser suficiente para contener una mesa de exploración ginecológica, una camilla y una mesa rodante alrededor de ella. Debe haber un baño anexo con regadera.

### **5.8.1 Labor de Parto**

Es el espacio físico en donde se vigila la evolución de las pacientes embarazadas que se encuentran en trabajo de parto. (Usada como área de espera de realizar el Legrado).

La sala o salas de labor deben localizarse contiguas a la sala de expulsión, cada sala podrá tener varios cubículos, separados por cortinas plegadizas u otros sistemas de separación, con las dimensiones para una cama camilla y su área tributaria correspondiente. El espacio deberá permitir la movilidad de la camilla para su traslado a la sala de expulsión.

#### **Mobiliario**

- Banqueta de altura
- Cama-camilla para trabajo de parto
- Carpeta porta expedientes
- Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto
- Cubeta de 12 litros (bolsa amarilla)
- Portacubeta rodable
- Recipiente rígido para punzocortantes
- Riel portavenoclisis

#### **Equipo**

- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio biauricular
- Estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar, contar o graficar los ruidos cardíofetales y de la contracción uterina)



- Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio
- Lámpara de haz dirigitible

### **5.8.2 Sala de Expulsión**

Espacio destinado para que se produzca el nacimiento de los niños. (También usada para realizar el legrado).

La sala de expulsión debe tener lo indispensable para la atención del parto e incluir un área para la atención inmediata y reanimación del recién nacido, con los requerimientos básicos para la limpieza del producto, asepsia ocular, registro de somatometría e identificación.

Debe disponer de instalaciones fijas para suministrar oxígeno o con la tecnología sustitutiva aprobada por las autoridades sanitarias correspondientes y sistema de aspiración controlada por medio de instalaciones fijas o equipos portátiles, así como incubadoras, de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento.

#### **Mobiliario**

- Asiento giratorio
- Asiento giratorio con respaldo
- Banqueta de altura
- Bote para RPBI (bolsa amarilla)
- Recipiente cerrado para desinfección de instrumental usado
- Mesa de apoyo para atención del recién nacido
- Mesa Mayo
- Mesa para atención obstétrica
- Mesa Pasteur
- Recipiente rígido para punzocortantes
- Riel portavenoclisis

#### **Equipo**

- Aspirador portátil para succión regulable
- Báscula pesa bebés

- Equipo básico para anestesia
- Lámpara para emergencias portátil
- Lámpara de haz dirigitble
- Mesa carro anestesiólogo
- Reloj de pared eléctrico y de pilas
- Resucitador para recién nacidos, balón, válvula y mascarilla
- Portavenoclisis rodable
- Recipiente cerrado para desinfección de instrumental usado

### **5.8.3 Recuperación Post-Parto**

Unidad hospitalaria que proporciona monitorización continuada del paciente después de la anestesia. (Usada también como área de observación en la mujer que se acaba de practicar un Legrado).

La sala de recuperación obstétrica incluye área de trabajo de enfermeras y del anestesiólogo, debe estar en forma modular (cubículos) para que proporcione aislamiento.

Cada cubículo debe tener capacidad para una cama-camilla con su área tributaria correspondiente. Debe disponer de lo necesario para suministrar oxígeno con instalaciones fijas o con la tecnología sustitutiva aprobada por las autoridades sanitarias correspondientes y realizar aspiración controlada, utilizando instalaciones fijas o equipos portátiles.

### **Mobiliario**

- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo)
- Bote para RPBI (bolsa roja)
- Carro camilla para recuperación
- Cortina plegable antibacteriana
- Recipiente rígido para punzocortantes
- Riel portavenoclisis
- Sistema portaexpedientes

## **Equipo**

- Esfigmomanómetro (o su equivalente tecnológico para medición de presión arterial)
- Estetoscopio biauricular

### **5.8.4 Central de Enfermería de la unidad de recuperación**

Central de enfermeras recuperación post-parto (Usada también para el cuidado y observación de la mujer que acaba de cursar con un Legrado).

## **Mobiliario**

- Asiento
- Bote para Basura Tipo Municipal (Bolsa Cualquier Color, Excepto Rojo o Amarillo)
- Bote para RPBI (Bolsa Roja)
- Carro de Curación
- Despachador de Toallas Desechables
- Lavabo
- Mesa Alta con Tarja
- Mesa Mayo con Charola
- Mesa Pasteur
- Mostrador Escritorio
- Mueble Para Guarda de Equipo e Insumos
- Sistema Porta Expedientes
- Surtidor de Jabón

## **Equipo**

- Caja de Doayan
- Caja para Desinfección De Instrumentos
- Carro Rojo Para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonatos, con el Siguiete Equipo Mínimo: Bolsa para Reanimación con Reservorio y Mascarilla para Adulto, Pediátrico, Lactante o Neonato

- Conexión para Oxígeno
- Desfibrilador Completo con Monitor, Cable para Paciente 3 Puntas y Electrodo para Monitoreo
- Equipo de Curaciones
- Esfigmomanómetro Aneroide (O su Equivalente Tecnológico), en su Caso con Brazaletes Pediátricos
- Estetoscopio, en su Caso con Cápsula Tamaño Pediátrico
- Estuche de Diagnóstico Con Oftalmoscopio
- Focos para Laringoscopio (Dos Por Cada Mango)
- Guía De Cobre
- Hojas de Laringoscopio Curva en Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátricos
- Hojas de Laringoscopio Recta En Tamaños 3, 4 y 5 Para Adulto, En Caso De Pacientes Pediátricos,
- Inastillable, Lavable, Dimensiones De 60 X 50 Cm  $\pm$  10%, Con Soporte
- Lámpara de Haz Dirigible
- Lebrillos
- Mango De Laringoscopio Adulto, En Su Caso Tamaño Pediátrico
- Marcapasos Externo Transitorio
- Mascarilla Para Oxígeno Adulto, En Su Caso, Pediátrico,
- Poste Porta Venoclisis, De Altura Ajustable
- Pinza de Traslado
- Porta Venoclisis Rodable
- Tabla para Compresiones Cardíacas Externas: de Material Ligero, de Alta Resistencia a Impactos,
- Tanque de Oxígeno Tamaño "E", con Manómetro, Válvula Reguladora Y Soporte
- Termómetro
- Torundero

## **6. Aborto Quirúrgico y Aborto Médico**

### **Legrado Uterino Instrumentado y Aspiración Manual Endouterina**

En este apartado se mencionará el tratamiento que se tiene previsto corrija la salud biológica de la mujer que cursa con la pérdida gestacional se expondrá el proceso a seguir en el curso del aborto esto de acuerdo al tipo y etiología del mismo con curso de 12–14 Semanas.

#### **6.1 Legrado Uterino Instrumental. -**

El legrado o curetaje es la limpieza de la cavidad uterina, mediante la utilización de instrumentos que permiten eliminar la capa endometrial y/o los tejidos derivados del trofoblasto, cuando la paciente está o ha estado recientemente embarazada. Los instrumentos utilizados son las legras o curetas. El término cureta viene del francés curer que a su vez viene del latín curare y significa curar.

- **Nota histórica**

La utilización de elementos para examinar la vagina y manipular el útero data de épocas muy antiguas. Durante el Siglo I en las ruinas de Pompeya, pequeña ciudad de la provincial de Nápoles, destruida en el año 79 de nuestra era, por la erupción del volcán Vesuvio, se hallaron espéculos metálicos, de diseño no muy lejano al actual.

En 1723, René Croissant diseña una cucharilla para limpiar heridas de la piel mediante raspado. Recamier le daría nueva forma y diferente uso un siglo después. A inicios del siglo XIX el examen de los genitales aún era visto como algo inmoral. Los exámenes eran realizados con la paciente en la posición de pies. En 1828, Samuel Lair usa un estilete para explorar el fondo uterino. En 1846 el cirujano y ginecólogo francés Joseph Claude Anthélme Recamier del Hôtel Dieu de Paris, introduce la cureta con la forma con la cual se conoce actualmente, para el raspado de la cavidad uterina. C. Ruge y J. Veit en el año 1878 sugieren que el curetage puede ser utilizado con fines diagnósticos. En 1886 se introducen los dilatadores del cuello elaborados en metal. Durante el siglo XX, en el año 1924, Howard Atwood Kelly inicia la era de legrados en el consultorio, con sedación o sin ningún tipo de anestesia. Emil Novak diseña su cánula o cureta de pequeño calibre y punta aserrada para hacer biopsias en 19351. Ese mismo año, Novak diseña un sistema

de aspiración y legrado, mediante la utilización de un vacuum conectado a tubos aserrados (de mayor calibre a la cureta de Novak). De esta manera se inicia la modalidad de aspiración y legrado de la cavidad endometrial. En 1982, Cornier diseña una cureta flexible para conectar a un aspirador llamado vabra. Ya para el año 1986 se inicia la histeroscopia diagnóstica, con eventos aislados de biopsia o extirpación de masas polipoideas.

Tipos de Legrado Obstétrico y Ginecológico

Hay dos tipos de legrado, el obstétrico y el ginecológico.

### **6.1.1 Legrado Ginecológico. –**

Es el que se realiza a pacientes que no están embarazadas o no tienen patología relacionada directamente con la gestación.

- Diagnóstico de patología endometrial: Hiperplasia, cáncer.
- Diagnóstico del endometrio en la paciente post-menopáusica cuyo endometrio mide más de 4 mm
- Diagnóstico del sangrado genital post-menopáusico.
- Extracción de DIU retenido.
- Extracción de pólipos y otras masas endometriales.
- Hemorragia uterina anormal (HUA) o disfuncional (HUD).
- Para fechado endometrial (criterios de Noyes).

### **6.1.2 Legrado Obstétrico. -**

El que se realiza en la gestante o en la puérpera para suspender el embarazo temprano, para limpiar la cavidad después de un aborto incompleto o en los siguientes 42 días post-parto o post-cesárea, para limpiar la cavidad endometrial, es el que se denomina obstétrico.

- Aborto incompleto
- Aborto provocado
- Embarazo anembrionado
- Embarazo ectópico (El sangrado genital que acompaña al ectópico da el signo histológico de AriasStella en el material endometrial obtenido).
- Endometritis puerperal
- Mola hidatiforme

- Otras formas de enfermedad trofoblástica
- Retención de restos placentarios

- **Aspectos Legales**

Este procedimiento puede ser realizado por un médico gineco-obstetra, un médico general, un residente supervisado, un médico interno supervisado, y por un estudiante de pregrado supervisado. El médico que supervisa a un estudiante debe ser graduado, y debe tener la calidad de docente.

#### Consentimiento Informado Para El Legrado

Suele olvidarse la firma de un consentimiento informado para este procedimiento. Sin embargo, se hace muy notoria su ausencia cuando se presenta una complicación y la paciente o su familia o su abogado, alegan que no conocían los riesgos inherentes al legrado. Por esta razón el consentimiento informado debe contener la firma de la paciente, más información sobre la utilidad y los riesgos inherentes a este evento quirúrgico.

- **Lugar del Procedimiento**

Aunque parece muy fácil de hacer y exento de peligros, el legrado debe hacerse en un recinto habilitado para tal fin y reconocido por el correspondiente Servicio de Salud. Debe recordarse que es una cirugía, con riesgo de espasmo laríngeo, sangrado, perforación, etc. Estos riesgos se manejan mejor en un quirófano, con la ayuda de un anestesiólogo, de una enfermera, y demás personal capacitado.

- **Dilatación del Cuello Antes del Legrado o Durante el Mismo**

La dilatación del cuello puede ocurrir de manera espontánea como parte de los eventos que acompañan el aborto, o puede realizarse mediante maniobras bioquímicas o físicas.

- Prostaglandinas: La prostaglandina F2-alfa y Dinoprostone.
- Misoprostol (Cytotec® o Sulprostone®): es un antagonista H2 de histamina en la mucosa gástrica. Además, es un análogo sintético de la prostaglandina E-1 (por esto es un prostanóide). Dilata el cuello y aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas.
- Laminaria<sup>4</sup>: Las variedades de esta alga marina de mayor utilidad para dilatar el cuello son la Laminaria digitata y la Laminaria japónica.

Pertencen a la familia de las laminariáceas, que tienen la propiedad de absorber agua de manera relativamente rápida (4 a 8 horas, con una media de 4,6 horas), lo cual aumenta su volumen seis veces. Esta característica se aprovecha para dilatar el canal cervical de manera paulatina al aplicar los talos desecados para que absorban los líquidos del cuello y la vagina, aumenten el calibre del conducto cervical hasta 0,5 cm y permitan evacuar el contenido de la cavidad endometrial. El uso de la laminaria puede producir infección por arrastre de bacterias desde la vagina hasta la cavidad endometrial, por falta de esterilización de esta planta o por desplazamiento de la misma hasta la cavidad uterina.

- Esponja de polivinil acetal (Lamicel®): El lamicel es un polímero osmótico sintético, con forma de cilindro adaptable al canal cervical, impregnado con sulfato de magnesio (sal de Epson), que tiene propiedades higroscópicas similares a la laminaria, respecto a su capacidad de absorber agua del cuello para dilatarlo. El lamicel aumenta su volumen y dilata el canal cervical hasta 4cm en un lapso de 4 a 10 horas.
- Dilapan-S®: Es un bastoncillo de polímero hidrófilo, de origen sintético, utilizado para dilatar y madurar el cérvix.
- Tienda de hidrogel (A-rod®): Esta sustancia sintética, con forma tubular tiene las mismas características hidrofílicas de la Laminaria y del Lamicel. Absorbe la humedad del canal cervical, dilata el cérvix hasta 6 mm en 5 horas y permite la evacuación del contenido de la cavidad uterina<sup>6</sup>.
- Dilatadores de Hegar: Son elementos metálicos utilizados para forzar la apertura del canal cervical antes de introducir las curetas.
- **Maneras de Realizar el Legrado**
  - Con curetas o legras. Se da detalle de esta técnica posteriormente.
  - Ablación endometrial con asas de electrocirugía. Requiere la realización de histeroscopia y dilatación de la cavidad con un líquido que no conduzca la electricidad (por ej. sorbitol, glicina, manitol). El asa utiliza los mismos principios físicos del electrobisturí.
  - Ablación endometrial con roller ball.



- Ablación endometrial con therma choice: consiste en la colocación de un balón en la cavidad endometrial, que se hincha hasta ponerse en estrecho contacto con el endometrio. Luego se calienta hasta una temperatura que destruye el endometrio; se desinfla el balón y se retira de la cavidad.
- Ablación hidrotermal: Es una técnica en investigación, que consiste en la infusión de un líquido caliente en la cavidad endometrial, que hace un proceso similar a la cocción de la capa endometrial.
- La aspiración manual endouterina es una variante de este procedimiento que utiliza un instrumento de plástico o de metal que ejecuta aspiración y curetaje al mismo tiempo con una presión negativa realizada con jeringa de Karman.

- **Tipo de anestesia. -**

Anestesia de tipo general, regional o sedación que puede variar de superficial a profunda.

Con el paso de los años se han descrito y utilizado diferentes tipos de anestesia para la realización de los legrados obstétricos, tales como: anestesia local, bloqueo paracervical con premedicación analgésica, sedación consciente, anestesia general con y sin agentes inhalados, siendo la anestesia general endovenosa la más utilizada actualmente por los anesthesiólogos, dado que, la técnica inhalatoria general presenta inconvenientes en cuanto a costos, contaminación del área quirúrgica, aumento de sangrado transoperatorio y en todos los casos es necesario controlar la vía aérea y la ventilación del paciente con los riesgos que ello implica.

La técnica anestésica adecuada para este tipo de procedimientos, será entonces, aquella que proporcione las condiciones óptimas para el procedimiento tales como: inducción rápida sin cambios bruscos en los signos vitales, fácil administración, vida media corta, analgesia, control neurovegetativo, recuperación rápida, ausencia de efectos secundarios, además de satisfacción para el ginecólogo durante el procedimiento y para el paciente posterior al mismo.

- **Instrumentos. -**

- Espéculos de Guttman.
- Histerómetro.

- Legras romas y filosas del tipo Recaimen fenestradas.
- Pinzas de Pozzi.
- Pinzas de Winter o Forester.
- Tallos de Hegar.

- **Procedimiento. –**

Se hará mención del procedimiento de forma general:

- a) Dilatación:**

La paciente debe estar en posición ginecológica, se debe extraer el dispositivo de dilatación cervical si se ha utilizado previamente, se realiza asepsia de genitales externos y vagina, se realiza tacto para determinar la consistencia, el tamaño y la posición del útero; se colocan las valvas de Doyen o especulo de Guttman, para visualizar el útero, se realiza el pinzamiento del cuello cervical con las pinzas de Pozzi, con las cuales se tracciona y se estabiliza el útero; se realiza histerometría para determinar la dirección del canal cervical y el tamaño del útero; se realiza dilatación del cuello con los Tallos de Hegar utilizando el de menor calibre hasta alcanzar el grado de dilatación necesaria para poder utilizar las legras o las pinzas durante el procedimiento.

- b) Evacuación:**

Se introducen las pinzas de Winter o Forester, deben ser introducidas hasta el fondo del útero donde se abren y rotan dentro de la cavidad uterina para poder atrapar los restos más gruesos. Se completa la evacuación utilizando las legras (preferiblemente romas), estas se pasan sistemáticamente por las paredes uterinas hasta conseguir sensación de rascado “grito uterino”, justo cuando la sangre se vuelve roja, escasa y con burbujas. El procedimiento debe ser cuidadoso, se debe evitar ser enérgico y destruir la capa basal provocando sinequias uterinas (Síndrome de Asherman) dando como resultado esterilidad.

- **El Procedimiento Paso a Paso en el Legrado con Cureta**

El legrado uterino instrumentado se define como el raspado o la limpieza de la cavidad endometrial mediante un instrumento denominado legra o cureta. Se le considera cirugía menor y requiere la dilatación del orificio cervical interno del canal endocervical antes del curetaje o raspado de la cavidad endometrial. Por ser

un procedimiento ciego no hay una visión directa sobre el área que se está trabajando, debe realizarse dentro un hospital, lo que no excluye que pueda manejarse de forma ambulatoria.

Por ser un procedimiento quirúrgico, siempre debe haber una vena canalizada, apoyo anestésico sistémico, sedación o bloqueo peridural o bloqueo paracervical. El no utilizar ningún tipo de bloqueo del dolor generado por la dilatación cervical o el curetaje puede desencadenar un reflejo vagal y choque neurogénico, con efectos indeseables.

- **Descripción Específica de la Técnica**

A continuación, se hace mención del procedimiento de manera más específica:

1. La paciente se coloca en posición de litotomía dorsal (Ginecológica o de Sims).
2. Exploración Bimanual del Útero y Anexos antes de iniciar el procedimiento, determinando las características:
  - **Cérvix.** Su longitud y dilatación del orificio cervical interno.
  - **Útero.** Tamaño, forma, posición consistencia y si está ocupado
  - **Anexos.** Presencia o no de tumoraciones en los ligamentos suspensores del útero, salpinges, ovarios o de estructuras aledañas.
  - **Fondos de saco vaginales.** Si se palpa distensión que sugiera la presencia de líquido libre.
3. Exposición del Cérvix a través del canal endocervical con una valva vaginal sin peso o con peso (de Graves o de Moore Graves) adecuado al tamaño de la vagina.
4. Pinzamiento del Cérvix. Se deja el labio anterior del cérvix cuando el útero está en anteversión, utilizando o el labio posterior en retroversoflexión, utilizando una pinza o tenáculo de diente único (Pozzi o Jacobs) y en forma vertical al cuello uterino; esto permite el control sobre la movilidad del útero, dejándolo para proceder a la histerometría.
5. Histerometría Directa. La introducción del histerometro debe realizarse en forma sutil, siguiendo la dirección del útero hasta sentir el tope, que corresponde al fondo uterino y determinar su profundidad.
6. Dilatación. En caso de que el orificio cervical interno se encuentre cerrado y no permita el paso del histerometro, se realiza la dilatación con dilatadores o bujías

graduadas, de plástico o de metal, de punta roma, tipo Hegar, PraC o VacureCe, iniciando con el de menor calibre incrementándolo paulatinamente después de un tiempo de espera para que se efectúe la elongación del tejido, hasta permitir el paso adecuado del histerometro y las legras; en la paciente joven debe realizarse la menor dilatación para evitar lesión del orificio cervical interno (máximo Hegar 8) que deje como secuela la lesión Física del cérvix y su posterior incompetencia. Solo se dilatará hasta el orificio cervical interno para evitar perforación uterina y no se deberá introducir el dilatador más de la longitud previamente tomada con el histerometro. El grado de dilatación dependerá el propósito terapéutico del legrado, por ejemplo, en el caso de algún procedimiento diagnóstico, este será menor, siendo por el contrario mayor en el caso de que se efectúe un legrado por aborto.

**7. Curetaje.** Se iniciará el legrado, previo sondaje vesical, con la legra más grande sin resistencia; se sostiene la legra entre el dedo índice y el pulgar, iniciándose el procedimiento por la cara anterior del útero. Se introduce a través del orificio cervical de forma delicada y cuidadosa, hasta llegar al fondo uterino, recordando no pasar más allá de la medida hecha con el histerometro. El raspado o curetaje se realiza en sentido contrario a las manecillas del reloj con fuerza contra la pared uterina; por último, pasar la legra a nivel de los cuernos uterinos. Debe tenerse en cuenta que el tallado debe ser lo suficientemente enérgico para desprender el tejido deseado y lo bastante sensible como para no desprender la capa basal del endometrio. Los signos que indican que la cavidad endometrial ha quedado limpia son la sensación de una pared áspera, que produce un sonido característico denominado como “llanto del útero” y la presencia de un sangrado escaso, espumoso, de color rojo vivo.

**8.** Terminado el curetaje se verifica que no exista hemorragia persistente y se culmina con un aseo de la vagina y periné.

- **Legrado Difícil**

Aún para ginecólogos expertos, hay legrados muy difíciles, sin embargo, el médico general debe aprender a reconocerlos cuando la anatomía del cuello o del útero está alterada, cuando el útero está infectado y la paciente tiene alto riesgo de perforación, cuando el cuello no está preparado para un legrado. En todos los casos

anteriores debe pensarse en postergar el procedimiento o en remitir la paciente a un centro médico donde se disponga de los recursos humanos y técnicos adecuados para el caso.

- **Complicaciones Del Legrado**

Las complicaciones más probables son la perforación y la infección post-legrado. La perforación uterina puede ocurrir durante las maniobras abortivas o durante la realización del legrado. La lesión del útero puede estar acompañada de perforación del recto y por lo tanto de peritonitis.

La infección post-legrado o endometritis se asocia a la presencia de tejido placentario remanente o a la utilización de elementos no estériles durante el procedimiento.

- **Manejo las Complicaciones Recientes**

Las perforaciones pequeñas suelen cerrar espontáneamente. Utilice antibióticos, oxitocina y observe la evolución sin aplicar analgésicos. Si la paciente hace signos de peritonitis debe ser llevada a laparotomía para sutura del útero y evaluación de otras lesiones.

No debe ocultarse el problema ni hacerlo alarmante. Escribir las complicaciones en la historia clínica con lenguaje muy técnico (por si es leída por la paciente o sus familiares). Demostrar su interés por la mejoría de la paciente. Buscar asesoría de colegas de mayor experiencia. La amabilidad suele ser un antídoto contra las demandas.

Si la demanda es inminente no negociar personalmente con la paciente ni con la familia, hacerlo a través de un medio profesional.

- **Control postoperatorio**

- Administrar vacuna anti-D si la paciente fuese Rh negativo.
- Control postoperatorio a las 3 a 5 semanas de practicado el procedimiento.
- Evaluar constantemente presencia de hemorragias.
- Observar a la paciente durante 24 horas.
- Recogida del material evacuado para estudios histológicos.

- Seguridad y eficacia clínica Implica altas tasas de complicaciones como hemorragia, infección pélvica, lesión cervical y perforación uterina.

- **Aceptación**

El riesgo de complicación lo hace menos aceptado por las pacientes, además de necesitar altas dosis de analgésicos, pudiendo provocar estancias hospitalarias más largas.

- **Complicaciones Tardías del Legrado**

Son probables algunas complicaciones tardías como:

- Amenorrea por lesión de la capa basal del endometrio (Síndrome de Asherman).
- Dolor pélvico de origen psicógeno, asociado al legrado.
- Dolor pélvico por perforación pequeña inadvertida.
- Endometritis.
- Incompetencia ístmico-cervical y aborto habitual por dilatación forzada durante el legrado.
- Lesión del cuello por desgarro durante el legrado.
- Trastorno de la fertilidad por la misma causa anterior.

- **Manejo de las Complicaciones Tardías**

Remita la paciente a un centro de III nivel, con un buen resumen de historia clínica. Suele requerirse el apoyo de especialistas en endocrinología, laparoscopia, cirugía avanzada, imágenes diagnósticas complejas, etc.

## **6.2 Aspiración Manual Endouterina (AMEU):**

Es un procedimiento de evacuación uterina principalmente para el primer trimestre de gestación, la técnica de legrado por aspiración también conocida como aspiración manual endouterina fue utilizada por primera vez por Wu-Yuan-Tai y por Vojta y otros médicos en China y Europa Oriental: estos autores encontraron que es una técnica más segura y con menos complicaciones que la dilatación y curetaje. Es un procedimiento moderno con la gran ventaja de que puede ser ambulatorio, y de fácil aplicación. Los equipos de aspiración contienen jeringas con válvulas que ejercen presión negativa, así como un juego de cánulas Karman

de varios tamaños desde 4 hasta 12mm. La técnica es similar a la instrumentada, pero con la gran diferencia que usa anestesia local o regional, con o sin sedación.

Puede ser realizada por un ginecólogo, un médico general o por cualquier otro personal de salud que esté capacitado. Puede realizarse como un procedimiento ambulatorio disminuyendo la estancia hospitalaria.

Según la OMS la aspiración manual endouterina (AMEU) es el método de primera elección para el tratamiento de la atención post aborto; cabe mencionar que, aunque la OMS recomienda el AMEU en muchos establecimientos de salud aún se utiliza el LUI.

- **Indicación:**

Está indicado en gestaciones menores de 12 semanas de gestación.

Tipo de anestesia: Analgesia, sedación superficial o anestesia local.

- **Instrumentos:**

- Aspirador manual portátil.
- Cánulas Karmant de 4, 6, 7, 8, 9 y 12mm.

- **Procedimiento:**

- a) Dilatación cervical**

En los casos de aborto inevitable o de aborto incompleto, puede que el cuello uterino esté lo suficientemente abierto como para permitir la evacuación endouterina, sin la realización de una dilatación complementaria o mediante sólo una dilatación mínima.

- **Evacuación**

Para realizar el AMEU, se introduce una cánula de plástico, se dispone de diferentes tamaños evitando la necesidad de dilatación cervical en algunos casos, luego se conecta a un aspirador manual de plástico de 60 centímetros cúbicos (que tiene apariencia de jeringa grande) cargado con el vacío. El vacío se libera al oprimir los botones en el aspirador y la cánula se gira delicada y lentamente mientras que se desplaza hacia adelante y hacia atrás en el útero. El aspirador sirve como fuente

del vacío para aspirar los restos ovulares a través de la cánula hacia el interior del cilindro del aspirador con una presión de 26 pulgadas de mercurio, hasta que llega el 90 por ciento de su capacidad. No produce ruido, debido a que la acción se realiza más suavemente, la bolsa gestacional permanece intacta asegurando una completa evacuación uterina.

El procedimiento se inicia con la asepsia y antisepsia de la región vulvovaginal, colocando después el espejo de Graves, que permite identificar el cérvix; cabe mencionar que al igual que sucede en la técnica instrumentada, un paso fundamental para prevenir complicaciones en la palpación bimanual, porque de esta manera se puede determinar cuál es la situación y tamaño del útero.

Una vez localizado el cérvix se pinza el labio anterior con pinza de Pozzi o Allis, ejerciendo la tracción para corregir la situación uterina. Se aplica el bloqueo paracervical utilizando aguja parabloqueo calibre 22 o con un extensor de aguja; se aplica de 5 a 10 cc de lidocaína bajo el epitelio a una profundidad no mayor de 2 a 3mm, en los sitios de donde se encuentra la unión de los ligamentos Uterosacros con el cérvix, ósea alrededor de las 4 o 5 y de las 7 u 8 de la circunferencia del reloj; con esto observara un color blanquecino alrededor del tejido lo que nos habla de una buena aplicación.

Para terminar con el bloqueo paracervical es necesario permitir que pasen como mínimo de 2 a 4 minutos para el anestésico se difunda y el bloqueo tenga el máximo efecto. Se requiere de una buena dilatación cervical para un adecuado curetaje por aspiración, la cual se puede lograr con dilatadores de Hegar o de PraC o con dilatadores de teflón.

Una vez lograda la dilatación adecuada se introduce la cánula con suavidad en la cavidad uterina, aplicando movimientos de rotación con presión firme para facilitar su introducción, se empuja lentamente la cánula hacia al fondo hasta tocarlo, verificando con esto la profundidad del útero (se deben revisar los puntos visibles previamente señalados, recordando que el primer punto que aparece en la cánula, indica 6cm de profundidad). Una vez realizada la histerometría indirecta, se conecta la cánula a la jeringa de vacío y se inicia la evacuación. Es recomendable sostener la cánula con el dedo índice y pulgar, traccionando ligeramente la pinza de Pozzi.



Se evacua el contenido del útero con movimientos de rotación y al mismo tiempo hacia atrás, teniendo cuidado de no perder vacío. Una vez evacuado el contenido uterino, se retira la cánula verificando pérdidas transcervicales, así como del sitio de pinzamiento. Se debe tener siempre presente que la obtención de tejido graso o intestinal nos habla de perforación uterina, lo cual constituye una situación de urgencia ya que puede poner en peligro la vida de la paciente.

La indicación de que el procedimiento ha finalizado es la obtención de una espuma rosada en la cánula, cuando no se observa paso de tejido, al percibir aspereza en las paredes del útero, y dificultad para mover la cánula, cuando el vacío hace que se adhiera a las paredes uterinas.

- **Control postoperatorio**

- La recuperación de la paciente se hace en una camilla normal donde descansa hasta sentirse en condiciones de levantarse y caminar sin ayuda.
- Se da egreso entre 4 y 6 horas posteriores al procedimiento.

- **Seguridad y eficacia clínica**

En comparación con el LUI, la AMEU permite disminuir considerablemente los riesgos de infección, de lesión cervical y de perforación uterina; además, con la AMEU la necesidad de dilatar el cuello uterino es menor, el sangrado no es tan abundante, la estancia hospitalaria es más corta y la necesidad de administrar medicamentos anestésicos es menor.

- **Aceptación**

El AMEU es bien aceptado por las mujeres, ya que requiere niveles bajos de manejo del dolor, es por esto que el tratamiento de la atención post aborto puede proporcionarse en ámbitos de pacientes en consulta externa, y las mujeres suelen preferir esta opción a una larga estancia hospitalaria.

- **Efectos secundarios de los métodos de evacuación endouterina**

- Cólicos abdominales

- Náuseas leves a moderadas
- Vómito
- Dolor
- Sangrado similar al de una menstruación
- **Complicaciones de los procedimientos LUI Y AMEU:**
  - Evacuación incompleta.
  - Reacción vagal.
  - Lesión cervical o uterina, como perforación/laceración.
  - Infección pélvica.
  - Complicaciones de la anestesia.
  - Sepsis.
  - Hemorragia.
  - Hematómetra agudo.

Algunas de estas afecciones pueden llevar a infertilidad secundaria, graves lesiones y en algunos casos a la muerte. El riesgo de complicaciones graves es más elevado para los procedimientos de evacuación endouterina en el segundo trimestre que para aquellos que se practican en el primer trimestre. Debe tratarse de inmediato toda entidad que amenace la vida de la paciente, tales como shock, hemorragia, infección cervical o pélvica, sepsis, perforación y lesión abdominal, las cuales pueden presentarse en los casos de aborto incompleto o de aborto clandestino.

En un estudio más reciente, los profesionales de la salud declararon que las principales complicaciones como resultado de abortos realizados en condiciones de riesgo son la hemorragia, la perforación uterina, la infección, el aborto incompleto, la infertilidad, el daño de órganos adyacentes, dolor, anemia y muerte.

- **Manejo de Sangrado Durante los Procedimientos**

Durante los procedimientos de legrado, ya sea instrumentado o por aspiración, en ocasiones se presentan sangrados transcervicales abundantes que ameritan su manejo, en estos casos está indicado el uso de:

- **Oxitocina:**

La oxitocina se administra preferentemente por vía parenteral a dosis de 10U en 500cc de Glucosado al 5% a infusión rápida, continuando con un plan para 8 horas. En ocasiones amerita 5 a 10 UI más de Oxitocina aplicadas de forma intravenosa.

- **Ergotamina:**

Se emplea en el manejo de sangrado posparto y sangrado posterior a curetaje uterino. Una complicación que se puede presentar con su manejo, es una hipertensión grave por vasoconstricción difusa y brusca manifestándose como edema agudo de pulmón, hemorragia o edema cerebral, convulsiones generalizadas, desprendimiento de la retina, espasmo coronario con infarto de miocardio y paro cardiaco, contraindicando así su uso en la toxemia gravídica y en trastornos cardiovasculares.

- **Metilergonovina:**

Se administra preferentemente de forma intramuscular a dosis de 2mg, pudiéndose manejar con dosis cada 8 horas en caso de sangrado persistente.

- **Misoprostol:**

Tiene acción uterotónica, capacidad para madurar el cuello uterino, además de propiedades abortivas.

Debido a sus efectos uterotónicos, su uso se indica en la hemorragia posparto resistente a la oxitocina y Metilergonovina. La administración rectal de misoprostol para el manejo de hemorragias es a dosis de 200mcg. En hemorragias uterinas persistentes, el uso de 1000mcg vía rectal ha demostrado ser efectivo.

A su egreso se recomienda no utilizar tampones, duchas vaginales ni actividad sexual durante 10 a 14 días.

### **6.3 Aborto médico**

El aborto médico es un proceso de múltiples pasos que involucra dos medicamentos (mifepristona y misoprostol) y/o dosis múltiples de una medicación (misoprostol solo).

Las mujeres deben poder acceder, de ser necesario, a asesoramiento y atención de emergencia en caso de complicaciones.

Informar a la mujer que el misoprostol podría tener efectos teratogénicos si el aborto fracasa y la mujer decide seguir adelante con el embarazo. No es necesario insistir sobre la terminación de un embarazo expuesto a la medicación, los datos sobre teratogenicidad son limitados y no concluyentes.

Sin embargo, dado el potencial riesgo, en esta situación es importante hacer el seguimiento del embarazo.

Mifepristona y misoprostol no interrumpen un embarazo ectópico. La ausencia de sangrado es una posible indicación de que el embarazo pueda ser ectópico, pero también puede significar que un embarazo intrauterino no se abortó. Aun si el embarazo es ectópico, una mujer puede presentar algo de sangrado después de recibir mifepristona y misoprostol porque la decidua puede responder a las medicaciones.

Evaluar a la mujer para detectar embarazo ectópico si relata síntomas o signos de embarazo que sigue adelante después de un aborto médico.

- **Administración de la medicación para iniciar el aborto médico**

La mifepristona siempre se administra por vía oral.

El misoprostol puede administrarse por diferentes vías, incluyendo la vía oral, vaginal, vestibular y sublingual. Los efectos colaterales y las instrucciones de uso difieren (ver Características de las diferentes vías de administración del misoprostol).

Para el aborto médico no es necesario hacer profilaxis antibiótica

- **Consideraciones clínicas**

La administración del misoprostol tiene lugar en instalaciones sanitarias.

Las mujeres permanecen en la clínica hasta que se haya completado la expulsión del embarazo.

Si la edad gestacional es mayor a las 20 semanas, algunos prestadores de salud consideran la muerte fetal antes de realizar el procedimiento.

La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con la edad gestacional. Por lo tanto, la dosis de misoprostol disminuye al ir aumentando la edad gestacional.

### **Realización del procedimiento**

- **Ofrecer cuidados de soporte antes y durante la expulsión del embarazo**

Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a la información y servicios para ayudar a completar el procedimiento de manera exitosa, referirse a los efectos colaterales comunes y manejar las complicaciones que puedan surgir.

Analizar la magnitud de dolor y sangrado que acompaña el proceso del aborto. Explicar la posibilidad de sangrado profuso con coágulos, el pasaje de los productos de concepción, y que para algunas mujeres el dolor puede ser significativamente más intenso que los calambres menstruales normales.

Es esencial que la mujer sepa consultar si presenta:

- Sangrado prolongado o profuso (que empape más de dos paños higiénicos por hora durante dos horas consecutivas).
- Fiebre que dure más de 24 horas.
- Si presenta malestar general más de 24 horas después de la administración de misoprostol.

Uso de misoprostol en domicilio: algunas consideraciones

Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo usar los comprimidos de misoprostol antes de irse a su domicilio.

Asegurarse que la mujer comprenda cuándo y cómo administrarse la medicación para el dolor. Hay otras medidas para calmar el dolor que deben examinarse con cada mujer para que las pueda usar si así lo prefiere.

Asegurarse que la mujer comprenda cómo ponerse en contacto con un prestador de salud en caso de tener preguntas, inquietudes o complicaciones.

Uso de misoprostol en dependencias sanitarias: algunas consideraciones  
Asegurarse que la mujer tenga acceso a servicios higiénicos privados mientras que espera la expulsión del embarazo.

Características de las diferentes vías de administración del misoprostol

- **Vía de Administración e Instrucción de uso**

- **Oral. –**

Se tragan las pastillas, solo se recomienda hasta 7 semanas (49 días) y después de 12 semanas (84 días). Los efectos colaterales incluyen diarrea y náuseas, fiebre y escalofríos.

- **Vestibular. –**

Se colocan las pastillas entre la mejilla y las encías y se tragan después de 30 minutos.). Los efectos colaterales incluyen más fiebre y escalofríos que con la vía vaginal.

- **Sublingual. –**

Se colocan las pastillas bajo la lengua y se tragan después de 30 minutos. Los efectos colaterales incluyen más fiebre, escalofríos, diarrea y vómitos comparado con la vía vaginal Inicio más rápido de acción y niveles plasmáticos más elevados.

- **Vaginal. –**

Se colocan las pastillas en los fórnicos vaginales (las porciones más profundas de la vagina) y se le indica a la mujer que se acueste 30 minutos. Los fragmentos de las pastillas pueden ser visibles. Tiene menor tasa de efectos colaterales.

- **Efectos colaterales y complicaciones y su manejo**

### **Dolor**

Manejo:

- Comunicación respetuosa, sin juicios de valor Dar apoyo verbal y transmitir calma.

- Explicación minuciosa de qué esperar.
- La presencia de una persona de apoyo que se puede quedar acompañándola durante el proceso (solo si ella lo desea).
- Bolsa de agua caliente o almohadilla térmica AINEs, como el ibuprofeno.

## **Sangrado**

Manejo:

- Crear expectativas razonables sobre la cantidad y la duración del sangrado.
- Si existen evidencias de compromiso hemodinámico, iniciar líquidos IV.
- Aspiración por vacío por sangrado profuso.
- Transfusión sanguínea, de ser necesario (raro).

## **Fiebre (las dosis repetidas de misoprostol pueden provocar elevación de la temperatura)**

Manejo:

- Medicación antipirética, como paracetamol.
- Si la fiebre persiste durante más de 24 horas tras el misoprostol, se justifica evaluación adicional.

## **Náuseas y vómitos**

Manejo:

- Auto-limitados. Tranquilizar, dar antieméticos de desearse.

## **Diarrea**

Manejo:

- Auto-limitados. Tranquilizar, dar medicación antidiarreica, de desearse.
- Alentar la hidratación por vía oral.

## Infección pélvica

Manejo:

- Si se sospecha infección, realizar examen físico.
- Si se confirma infección, dar antibióticos y realizar evacuación uterina e internar en caso de ser necesario.

### 1) Hasta 9 Semanas (63 DÍAS)

Mifepristona y Misoprostol

- Mifepristona 200 mg Oral Única dosis
- Misoprostol 800 µg Vestibular, vaginal o sublingual Única dosis

Si no van más de 7 semanas (49 días)

- Misoprostol 400 µg Oral Única dosis Usar 24–48 horas después de recibir mifepristona

Misoprostol solo

- Misoprostol 400 µg Vaginal o sublingual Cada 3 horas hasta 5 dosis

### 2) 9–12 Semanas (63–84 Días)

- Misoprostol 800 µg, seguido de 400 µg Vaginal, luego vaginal o sublingual Cada 3 horas hasta la expulsión o hasta 5 dosis Iniciar 36–48 horas después de recibir mifepristona

### 3) 12 semanas (o >84 días) de embarazo

Consideraciones clínicas

La administración del misoprostol tiene lugar en instalaciones sanitarias.

Las mujeres permanecen en la clínica hasta que se haya completado la expulsión del embarazo.

Si la edad gestacional es mayor a las 20 semanas, algunos prestadores de salud consideran la muerte fetal antes de realizar el procedimiento.



La sensibilidad uterina a las prostaglandinas aumenta con la edad gestacional. Por lo tanto, la dosis de misoprostol disminuye al ir aumentando la edad gestacional.

### **Mifepristona y Misoprostol**

- Mifepristona 200 mg Oral Única dosis.
- Misoprostol 800 µg, luego 400 µg Vaginal, luego vaginal o sublingual.
- Misoprostol 400 µg, luego 400 µg Oral, luego vaginal o sublingual  
Cada 3 horas hasta 5 dosis Comenzar a usar 36–48 horas después de recibir mifepristona.

### **Misoprostol solo**

- Misoprostol 400 µg clínicos. Vaginal o sublingual Cada 3 horas hasta 5 dosis.
- **Cuidados de seguimiento**
  - Mifepristona y misoprostol.

Desde el punto de vista médico no es necesario hacer un control obligatorio de rutina. La mujer debería poder acudir a una visita de control si así lo desea. De agendarse una visita de control, debe realizarse entre los días 7 y 14.

- Misoprostol solo

Se recomienda hacer un seguimiento clínico para garantizar que se ha consumado el aborto. (Este esquema es menos efectivo que el esquema combinado).

- **Valoración para confirmar que se ha completado el aborto**

El uso de signos y síntomas clínicos con el examen bimanual, los niveles de gonadotropina coriónica humana (hCG) o la ecografía (de estar disponible) puede confirmar que se ha consumado el aborto.

Se necesitará seguir evaluando para confirmar que se ha consumado el aborto si:

Una mujer relata que presenta síntomas de embarazo y/o tiene solo un sangrado mínimo luego de recibir medicación abortiva tal como se le indicó:

- Se debe sospechar un embarazo en curso y los estudios adicionales podrían incluir el examen de pelvis, que demuestre un útero que sigue creciendo, o una ecografía, demostrando un embarazo que prosigue.
- Ofrecer una aspiración por vacío o repetir la administración de misoprostol para completar su aborto.

Una mujer relata calambres y sangrados prolongados o excesivos, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso:

- Considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejar correctamente.
- Ofrecer repetir el misoprostol o aspiración por vacío para consumar el aborto.

Una mujer relata que el sangrado es más ligero que lo esperado o inexistente, y no se sospecha un embarazo intrauterino en curso:

- Considerar un diagnóstico de embarazo ectópico y manejarlo correctamente.

- **Expulsión del feto y la placenta**

Si el feto /producto de la concepción (PdeC) no han sido eliminados a las 8 – 10 horas de recibir el misoprostol, realizar un examen vaginal, y retirar el PdeC si se encuentra presente en la vagina o el orificio cervical.

No se justifica hacer un raspado de útero de rutina.

El uso de métodos modernos de aborto médico (misoprostol con o sin mifepristona) arroja tasas bajas (<10%) de placenta retenida.

- **Recuperación y alta de la dependencia sanitaria**

- Asegurar a la mujer que el procedimiento se ha terminado y que ya no está embarazada.
- Ofrecerse a abordar cualquier necesidad emocional que la mujer pudiera presentar inmediatamente luego del aborto.

- Controlar para detectar complicaciones y brindar el tratamiento, de necesitarse.
- La mujer puede abandonar las instalaciones cuando esté estable y cumpla con los criterios de alta. Garantizar que la mujer tiene toda la información necesaria y/o las medicaciones antes de abandonar las instalaciones.
- Documentar todos los resultados del tratamiento, incluyendo los eventos adversos.

## **7. Formas Clínicas del Aborto**

Se refiere a los signos y síntomas clínicos que indiquen o confirmen la posibilidad de un aborto, así como el diagnóstico y manejo de cada uno, así como las menciones de las posibles complicaciones.

Previamente se indica que para el inicio de la atención de la mujer en situación de aborto previamente se debe llevar una buena anamnesis.

- **Antecedentes Médicos Relevantes**

Además de estimar la duración del embarazo, la anamnesis debe servir para identificar la existencia de contraindicaciones por las que no indicar algún método de aborto quirúrgico o médico y para identificar factores de riesgo de complicaciones.

- **Elementos Vinculados con los Antecedentes Médicos**

- Datos personales-

Nombre, edad e información de contacto, de ser posible.

Razón por la que buscar ayuda médica- Circunstancias del embarazo, incluyendo los síntomas de embarazo o posibles complicaciones, como sangrado vaginal.

- Antecedentes obstétricos-

Detalles de embarazos anteriores y sus resultados, incluyendo: embarazo ectópico, pérdidas de embarazo y abortos pasados, muertes fetales, nacidos vivos y modo de parto.

- Antecedentes ginecológicos-

Primera fecha de FUM y si la última menstruación fue normal.

Patrón de los ciclos menstruales.

Problemas ginecológicos, incluyendo cirugía ginecológica pasada, antecedentes de mutilación genital femenina, u otras anomalías físicas o patologías conocidas.

Antecedentes anticonceptivos: uso actual de anticonceptivos; métodos anticonceptivos usados en el pasado y experiencia (positiva o negativa) con estos métodos.

- Antecedentes sexuales-

Pareja o parejas actuales y si esas parejas pueden a su vez tener otras parejas.

Antecedentes de síntomas de alguna infección de transmisión sexual (ITS) inclusive virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).

- **Elementos Vinculados Con Los Antecedentes Médicos-Quirúrgicos**

- Antecedentes médicos y quirúrgicos –

Enfermedades crónicas, tales como hipertensión, convulsiones, trastornos de la coagulación, enfermedad hepática, cardiopatías, diabetes, anemia falciforme, asma, patología psiquiátrica importante.

Detalles de internaciones previas. Detalles de intervenciones quirúrgicas en el pasado.

- Medicamentos y alergias-

Medicaciones cotidianas.

Uso de medicaciones recientes o remedios de herboristería, incluyendo toda la medicación y los detalles de su uso (dosis, vía, oportunidad) si se intentó un aborto por cuenta propia. Alergia a medicamentos.

- Antecedentes sociales-

Estado civil o situación de pareja.

Entorno familiar.

Violencia o coerción por la pareja o miembros de la familia.

Otros aspectos sociales que podrían incidir en su atención.

Antecedentes y uso actual de alcohol y drogas ilegales.

Nota: En el ejercicio de su profesión, los profesionales de la salud pueden hallar mujeres con situaciones sociales complicadas.

El facilitar la derivación a servicios que respondan a las necesidades de la mujer es un aspecto importante de la atención de aborto de buena calidad; no obstante, ello, no se debe utilizar los antecedentes sociales (por ejemplo: estado civil) para crear más barreras a la atención.

## **7.1 Examen físico y Examen de Laboratorio y Gabinete**

### **Elementos Vinculados Al Examen Físico**

- **Valoración del estado general-**

- Aspecto general.

- Signos vitales.
- Signos de debilidad, letargia, anemia o desnutrición.
- Signos o marcas de violencia física.
- Signos o marcas de violencia física.

- **Examen abdominal-**

Palpar el útero, tomando nota del tamaño y de la presencia de dolor exquisito.

Tomar nota de la presencia de otras tumoraciones abdominales.

Tomar nota de la presencia de cicatrices abdominales de cirugías previas.

- **Examen de pelvis-**

1 examen bimanual y con espéculo

Explicar a la mujer lo que cabe esperar del examen de pelvis.

Examinar los genitales externos buscando anomalías o signos de enfermedad o infección. Examen con espéculo Inspeccionar el cuello y el canal del parto: buscar anomalías o cuerpos extraños; buscar signos de infección, como pus o flujo del orificio cervical; en caso de haber pus o flujo, tomar muestras para cultivo, de ser posible, y administrar antibióticos antes de aspirar; en este punto se puede realizar la citología cervical, de estar indicada y disponible.

- **Examen bimanual**

Estimar el tamaño, la posición y la movilidad del útero.

Valorar tumoraciones de anexos.

Valorar si hay dolor exquisito del útero a la palpación o al mover el cérvix, y/o dolor exquisito del espacio recto vaginal (fondo de saco) que pueda indicar infección.

Confirmar existencia de embarazo y duración de la gestación.

- **Laboratorios y otros estudios**

De estar disponibles, se pueden realizar los siguientes exámenes sobre la base de los factores de riesgo individuales, lo que se encuentre en el examen físico y los recursos con los que se cuente:

- Prueba de embarazo si el embarazo no está confirmado.
- Hemoglobina (Hb) o hematocrito si se sospecha anemia.
- Pruebas de Rhesus (Rh), donde se disponga de inmunoglobulina Rh para las mujeres Rh negativas.

- Pruebas de VIH /asesoramiento.
- Despietaje de ITS (habitualmente se realiza durante el examen de pelvis).
- Tamizaje de cáncer cervical (realizado durante el examen de pelvis).
- Otras pruebas de laboratorio según el examen médico (pruebas de funcionalidad renal o hepática, etc.).
- Diagnóstico ecográfico, de estar indicado, para confirmar las fechas de embarazo la ubicación del embarazo.

## **7.2 Amenaza de aborto**

Este es el más precoz de los distintos cuadros que puede presentar el aborto espontáneo.

Se caracteriza porque, en una mujer en edad fértil con signos presuntivos de embarazo, con amenorrea previa y un útero con caracteres gestacionales y de tamaño acordes con los correspondientes al tiempo de amenorrea, aparecen dolores hipogástricos de tipo cólico que coinciden con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma ni dilatación alguna del cuello uterino.

### **• Cuadro clínico:**

- Dolor de espalda, de intensidad leve a aguda (algo similar a los calambres menstruales).
- Secreción vaginal espesa, blanca y rosada.
- Contracciones que pueden ser muy dolorosas (en intervalos de 5-20 minutos).
- Pérdida de peso
- Sangrados de color marrón o rojo, acompañados de calambres (en este sentido, también hay que tener en cuenta que entre el 20% y el 30% de las embarazadas pueden tener sangrado sin problemas para el bebé).
- Pérdidas similares a la menstruación, con sangre muy oscura.
- Disminución repentina de los síntomas del embarazo
- Dolor abdominal, muy similar al que se produce durante la menstruación.

- Vomito
- Fiebre, desmayos y debilidad generalizada.

- **Diagnóstico:**

Dolor en hipogastrio irradiado a región sacra, de tipo cólico que se repite con intervalos de 10 a 30 minutos.

- Examen de beta GCH (cuantitativa) durante un período de días o semanas para confirmar si el embarazo continúa.
- Conteo sanguíneo completo (CSC) para determinar la cantidad de pérdida de sangre.
- GCH en suero para confirmar el embarazo.
- Conteo de glóbulos blancos con fórmula leucocitaria para descartar la infección.
- Ecografía la imagen ecográfica puede ser similar a la de un embarazo normal (embrión con actividad cardíaca y movimientos activos, visualización del saco vitelino). Es signo de buen pronóstico cuando, junto con las características mencionadas, se observa corion veloso que llega al cérvix, ya que esta circunstancia, generalmente de buena evolución, por sí misma explicaría la pérdida sanguínea. Por el contrario, sugiere un pronóstico reservado la ausencia de movimientos activos fetales (aun con actividad cardíaca conservada), un hematoma retroplacentario de tamaño mayor que un tercio de la placenta y el desprendimiento parcial del huevo, en el que se aprecia la existencia de pequeñas zonas de diferente ecogenicidad. Al comienzo ecorefringentes y posteriormente eonegativas (hematomas) retrocoriales que separan zonas del trofoblasto o aun de la placenta a nivel de la placa basal.

- **Manejo:**

- No hospitalizar.
- Tranquilizar y contener emocionalmente.
- Detectar eventos estresantes.
- Reposo en cama en decúbito lateral.



- Abstinencia sexual mientras persistan las molestias.
- En caso de dolor se debe preferir el uso de antiespasmódicos orales.

### **7.3 Aborto inevitable**

Es un término usado para un embarazo que termina en sí mismo, dentro de las primeras 20 semanas de gestación. Se lo define como aborto inevitable cuando comienza a producirse la dilatación del cuello uterino.

Esto ocurre cuando un embarazo se pierde poco después de la implantación, lo que resulta en sangrado que se produce alrededor del tiempo que espera su período. Puede que una mujer no se dé cuenta que ella concibió cuando experimenta un embarazo químico.

La mayoría de los abortos inminentes ocurren durante las primeras 13 semanas del embarazo.

- **Cuadro Clínico:**

Leve a severo dolor de espalda (a menudo peor que los cólicos menstruales normales).

- Pérdida de peso.
  - Moco blanco y rosa.
  - Las verdaderas contracciones (muy dolorosos sucediendo cada 5-20 minutos).
  - Sangrado marrón o rojo brillante con o sin calambres (20-30% de todos los embarazos puede experimentar algo de sangrado temprano en el embarazo, con alrededor de 50% de estos resultando en embarazos normales).
  - Tejido con material como coágulos que pasan por la vagina.
  - Disminución repentina en los signos de embarazo.
  - Sangrado vaginal o rotura de las membranas acompañado de dilatación del cuello uterino.
- **Los criterios de inevitabilidad son los siguientes:**
    - Cuello dilatado, mayor que lo esperable para la paridad de la paciente.
    - Huevo roto.

- Huevo infectado.
- Desprendimiento ovular.
- Metrorragia importante.

- **Diagnóstico:**

- Cuello dilatado:

Se puede comprobar por el tacto vaginal o en ocasiones mediante ecografía transvaginal. La visión con espéculo, no siendo un método muy efectivo, puede servir cuando la dilatación cervical es importante, sobre 2 cms.

- Huevo roto:

Información por anamnesis de la pérdida de líquido claro por genitales y/o visualización por especuloscopia. Confirmar por medio de ecografía la ausencia o disminución del líquido ovular.

- Huevo infectado:

Paciente generalmente con huevo roto que presenta fiebre no atribuible a otra causa. Puede haber antecedente de maniobras o coito dentro de las 48 a 72 hrs. previas. Al examen a veces se observa flujo vaginal a través del OCE, que puede tener mal olor o aspecto purulento.

- Amniocentesis:

Si se obtiene líquido, se observan bacterias al Gram, recuento de leucocitos > de 50 x mm<sup>3</sup>, y una glucosa menor de 30 mg %.

- Desprendimiento ovular:

Útero aumentado de consistencia, a veces aumentado de tamaño, muy doloroso a la palpación, con metrorragia importante o moderada, cuello acortado y sin dilatación. Todo ello se describe como “útero en trompo sin púa”.

- Metrorragia importante:

En este caso, el sangrado es descrito por la paciente como mayor que el de una menstruación normal, que puede incluso escurrir por las piernas, a veces con coágulos.

- **Manejo:**

- Hospitalización.
- Cuello dilatado:

Si tiene contracciones uterinas dolorosas, esperar trabajo de aborto espontáneo en las primeras 6 a 24 horas, y luego evaluar ecográficamente por si el embarazo sigue indemne o se visualizan restos ovulares.

Alta en caso de descartarse infección, comprobar embrión vivo y si el sangrado es escaso o nulo.

- Huevo roto:

Con embarazos < de 25 semanas y embrión vivo, hospitalizar durante 5 a 7 días para estudiar y descartar infección. Si hay sospecha de infección, aparece fiebre o signos evidentes de infección, solicitar Hemograma - VHS y PCR. De confirmarse, deben ser tratadas con antibióticos y hospitalizadas. Las pacientes deben ser instruidas previo al alta sobre la necesidad de consultar en urgencia si presentan fiebre, metrorragia, contracciones o expulsión de flujo amarillento con o sin mal olor.

Se deberán controlar en forma ambulatoria cada dos semanas hasta las 24 semanas, ductivas realizándose ecografía en cada control. Al cumplir las 25 semanas se deben controlar en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico o derivar a Embarazo Patológico. Huevo infectado: tratamiento antibiótico por 7 días.

- **Alternativas:**

- Metronidazol más Ceftriaxona (como primera línea): Metronidazol 500 mg c/6 hrs. vía oral por 7 días y Ceftriaxona 1 gr. iv. diario por 5 a 7 días.
- Clindamicina 600 mg c/6 u 8 hrs vía IV + Gentamicina 3 - 5 mg/Kg im en una dosis diaria. Este esquema se usa por tres días, después de lo cual se suspende la Gentamicina y se continúa sólo con Clindamicina hasta completar siete días.
- Amoxicilina-Acido Clavulánico (500 mg-125 mg) cada 8 horas vía oral.
- Ampicilina 500 mg a 1 gr. c/6 hrs. (oral o IV. respectivamente) por siete días + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis diaria durante 3 días.
- Eritromicina 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3-5 mg/Kg im en una dosis por siete días.

Importante: La Gentamicina se debe utilizar sólo im y en una dosis diaria para evitar daño al oído o renal.

Una vez obtenida la mejoría de la paciente, se puede dar de alta con controles semanales, tanto clínico como ecográfico.

En caso de trabajo de aborto: evolución espontánea; en caso de comprobarse óbito, hospitalizar y evacuar útero.

- Desprendimiento ovular:

Hospitalizar, realizar ecografía para evaluar vitalidad embrionaria o fetal y dejar en evolución espontánea. Administrar analgesia.

- Metrorragia importante:

Hospitalizar, realizar ecografía para completar diagnóstico y evaluar vitalidad fetal o embrionaria. Cuando el embarazo se ve viable, la gran causa es la placenta de inserción baja, la que se debe buscar dirigidamente en la ecografía. Dejar en evolución espontánea. Si la metrorragia cede, dar de alta con indicación de ecografía de control a la semana. Toda paciente de alta debe ser instruida cuidadosamente cuándo y por qué consultar en urgencia: contracciones uterinas dolorosas y frecuentes con o sin metrorragia, la que se considerará importante si es mayor que una menstruación.

#### **7.4 Aborto diferido**

Recibe este nombre un cuadro en el que, muerto el huevo en el útero, por diversas razones no es expulsado al exterior. A esta forma clínica se la designa también con el nombre de aborto retenido o huevo muerto y retenido, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni ha dilatado totalmente su cuello como para expulsar al verdadero "cuerpo extraño" que es el huevo muerto en su interior.

El aborto retenido no muestra ningún tipo de sintomatología. Por esta causa, este tipo de aborto solo se puede detectar a través de una ecografía, en la que no aparecería ningún latido del corazón.

Cuando se produce este tipo de aborto, hay riesgos de infección y de alteración grave de la coagulación (el tejido sin vida consume sustancias que están relacionadas con el control de la coagulación). Por estos motivos, es muy importante que, si se siente cualquier tipo de molestia durante el embarazo, se acuda al ginecólogo. Solamente el especialista podrá comprobar que todo avanza

correctamente, pues, si se diera el caso de aborto retenido, la única forma de diagnosticarlo es mediante la ecografía.

Si la muerte es muy reciente, se observa una imagen ecográfica similar a la de un embarazo normal, pero sin actividad cardíaca ni movimientos activos. Si la muerte es de más de 24 horas, se comienzan a observar alteraciones estructurales del embrión y del saco gestacional (lisis embrionaria, deformidad y achatamiento del saco gestacional, etc.).

La diferencia entre un huevo muerto y retenido con lisis embrionaria y un huevo de menos de 7 semanas, en que aún no es posible la visualización ecográfica del embrión con la técnica transabdominal, se establecerá con la repetición del examen. En caso de huevo muerto habrá regresión de las estructuras. En el huevo anembrionado se apreciará un aumento inusitado sólo del saco ovular.

- **Causas maternas**

**Generales:**

Son aquellas afecciones biológico-patológicas que afectan y son propias de la madre y que tienen cierta repercusión en la salud materno-fetal al punto de ser la causa de un aborto. Como las siguientes:

- Infecciones específicas (TORCH, clamidias, tifoidea, TBC, micoplasmas, etc.).
- Infecciones agudas.
- Alteraciones orgánicas: hepatopatías, nefropatías, HTA. cardiopatas.
- Trastornos endocrinos: diabetes mellitus, insuficiencia del cuerpo lúteo (deficiente producción de progesterona), alteraciones tiroideas, síndrome adrenogenital, etc.
- Enfermedades del tejido conectivo: LES.
- Trastornos carenciales (desnutrición, avitaminosis, etc.).
- Isoinmunización Rh.
- Factores psicosomáticos.

- **Procesos locales (alteraciones uterinas)**

Son aquellas alteraciones que forman parte de la fisiología de la mujer.

- Malformación congénita (útero unicorne, bicorne, etc.).
- Útero hipoplásico o displásico.
- Secuelas quirúrgicas locales o vecinas (bridas, adherencias).
- Sinequias endouterinas consecutivas a legrados muy profundos (síndrome de Asherman).
- Infecciones intrauterinas.
- Tumores (miomas, fibromas, pólipos, etc.).
- Insuficiencia del OCI, lesiones cervicales (desgarros).
- Deficiente preparación del endometrio y decidua debido a deficiencia de progesterona.
- Alteraciones de posición: antiguamente se consideraba al útero retroflexo como posible causa de abortos, lo que se ha descartado.

- **Agresiones extrínsecas**

Son aquellas agresiones externas que afectan la salud de la mujer llegando a afectar al feto de manera peligrosa causándole daños irreversibles incluso la muerte.

- Radiaciones ionizantes.
- Ingesta de medicamentos.
- Toxicomanías (alcohol, tabaco, drogas).
- Traumatismos directos (golpes) o indirectos (cirugía).

- **Diagnóstico:**

- Ecografía: en caso de huevo anembrionado, definido como un saco gestacional de más de 35 mm. de diámetro mayor en ecografía transabdominal, o de 18 mm en ecografía transvaginal, sin embrión en su interior, basta una ecografía para confirmar el diagnóstico. Si el saco es de menor tamaño, se necesitan dos ecografías separadas por dos semanas con las mismas características para confirmar el diagnóstico. De haber embrión presente se requiere de una medida de longitud cefalocaudal mayor de 5 mm. para certificar la ausencia de latidos cardíacos fetales.

- **Manejo:**
  - Hospitalizar para evacuar útero.
  - Colocar 100-200 ug de Misoprostol en el fondo de saco posterior o en el OCE, digitalmente o por visualización con espéculo.
  - Se deben vigilar contracciones uterinas, metrorragia y posible expulsión del embrión, feto o restos ovulares. Ocasionalmente, se puede producir dolor abdominal o fiebre escasa, que no son relevantes clínicamente. Si no hubo expulsión o inicio de trabajo de aborto, repetir a las cuatro horas, hasta cuatro veces. Si no hay éxito, se puede realizar un legrado a las seis horas de colocada la última dosis de Misoprostol. Si se expulsa el producto de la gestación y la paciente no sangra en forma significativa, se realiza ecografía transvaginal. Si el endometrio tiene un grosor menor de 15 mm., se considera aborto completo y se maneja como tal. Existe la alternativa, si la paciente lo permite, después de una buena consejería, dar de alta y dejar en evolución espontánea hasta 8 semanas, después de lo cual, no habiéndose producido el aborto, se debe practicar el vaciamiento uterino de la forma más expedita, según sean las condiciones cervicales.

### **7.5 Aborto en curso**

Es un término usado para un embarazo que termina en sí mismo, dentro de las primeras 20 semanas de gestación donde comienza a producirse la dilatación del cuello uterino acompañada de hidrorrea clara mezclada o alternando con emisión sanguínea genital, y la aparición de trozos parciales o de la totalidad del huevo expulsado hacia el exterior, que muchas veces no lo es en forma directa puesto que suele quedar retenido en la vagina o parte de él en la misma y el resto en el cuello dilatado o en la zona inferior de la cavidad uterina. De lo dicho se deducen las dos modalidades que adopta en general el aborto a esta altura de su evolución, y que constituyen otras formas clínicas que han de tenerse en cuenta.

- **Diagnóstico:**
  - Clínico.
  - Presencia de contracciones uterinas dolorosas.

- Tacto vaginal y especuloscopía.
- **Manejo y acogida de la usuaria:**
  - Hospitalizar y esperar evolución espontánea.
  - Contención emocional y apoyo por equipo de salud capacitado.
  - Mantener informada a la usuaria y familia.
  - Disponibilidad del obstetra para responder preguntas y dudas.
  - En caso de dolor, administrar Metadona 2-3 mg., de una solución de 10 mg en 10 ml de agua destilada por vía IV.

Una vez expulsado el producto, evaluar cuantía de la metrorragia para indicar legrado inmediato o diferido.

Si quedan restos ovulares, asociado a metrorragia importante, con cuello dilatado, tratar de extraerlos, traccionando suavemente con pinzas Foester.

Si la metrorragia no es importante, la paciente deberá ser evaluada al día siguiente clínica y ecográficamente, por la posibilidad que sea un aborto completo, con lo cual se omitiría el legrado.

### **7.6 Aborto incompleto**

Los restos ovulares no han podido ser eliminados por completo de la cavidad uterina, la que aún permanece parcialmente ocupada, el útero entonces se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente, el cuello permanece dilatado en sus dos orificios, y la hemorragia es profusa y persistente.

- **Diagnóstico:**
  - Clínico: Presencia de contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó material compatible con restos, y al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño acorde al embarazo o un poco menor, pero nunca normal, cuello dilatado y metrorragia de regular a gran cuantía.
  - Ecografía: Puede demostrar material abundante en cavidad, ecogénico, amorfo, heterogéneo con un diámetro AP de la cavidad de 15 o más mm.
- **Manejo:**
  - Hospitalización



- Legrado y alta al día siguiente.

### **7.7 Aborto completo**

En este caso el huevo es expulsado espontánea y completamente del útero. Luego de una acmé dolorosa y hemorrágica, todo entra en regresión: desaparecen los cólicos uterinos expulsivos, cesa por entero o casi por entero la hemorragia, y el útero recupera el tamaño y consistencia previos al embarazo, cerrándose de nuevo el orificio interno del cuello uterino, que vuelve a presentar su forma normal.

- **Diagnóstico:**

- Clínico: Presencia de contracciones uterinas, se ha evidenciado o relata que expulsó abundante material compatible con restos, embrión o feto, y que al examen ginecológico se encuentra un útero de tamaño normal o menor para la gestación, cuello cerrado o levemente dilatado, y metrorragia escasa o nula.
- Generalmente, existe el relato de la paciente que dice haber experimentado disminución del dolor y la metrorragia después de la expulsión de los tejidos ovulares.
- Ecografía: Demuestra material homogéneo o discretamente heterogéneo, pero que en general no supera los 15 mm. de diámetro anteroposterior. Recordar que el cuello uterino, en caso de aborto completo se cierra casi completamente a las 72 hrs de producido el aborto.

- **Manejo:**

- Alta sin legrado.
- Educar acerca de posible causa de consulta por eventual metrorragia en su domicilio.
- Abstinencia sexual por dos semanas.
- Anticonceptivos.
- Control en su policlínico.

### **7.8 Aborto infectado**

Es un aborto acompañado de infección del material fetal, placentario y del endometrio.

Cuando el cuadro del aborto incompleto no es solucionado correctamente, son factibles las infecciones ascendentes desde la porción séptica del tracto genital (exocérvix, vagina y vulva). También pueden arrastrarse gérmenes patógenos hacia la cavidad uterina por la realización de maniobras quirúrgicas no asépticas destinadas a completar la evacuación del huevo. Se producen así endocervicitis, endometritis y miometritis agudas, que a su vez pueden originar por vía hematógica cuadros sépticos generales y por vía linfática parametritis agudas bilaterales, que pueden llegar hasta la supuración (flemón del ligamento ancho) y el compromiso del peritoneo pelviano en el cuadro reactivo agudo (pelviperitonitis posaborto, supurada o no, que puede dar origen a un absceso del fondo de saco de Douglas).

Menos frecuentemente, las endometriitis pueden extenderse por vía canalicular y generar una salpingitis aguda o un piosálpinx. En estos casos, al cuadro descrito en los puntos anteriores se agrega la reagudización del dolor, que toma ahora forma más sorda y permanente: fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez, taquicardia, escalofríos). Puede haber a veces, además, hemorragia genital o flujo purulento fétido. El útero se palpa algo agrandado, blanduzco y doloroso a la compresión. La exageración del cuadro doloroso parauterino, con desplazamiento fluctuante de un lado y desplazamiento del útero hacia el opuesto, mayor repercusión tóxica general mantenimiento del cuadro febril, es característica del flemón del ligamento ancho posaborto, cuando la infección llega al peritoneo pelviano, aparecen todos los signos y síntomas locales del peritonismo.

Cualquiera de las categorías o etapas de aborto ya mencionadas que presenten fiebre sobre 38 °C en dos tomas separadas por 6 hrs. A esto se puede agregar, en algunos casos, contracciones uterinas, flujo purulento con o sin mal olor saliendo por el OCE, con o sin signos de compromiso peritoneal, miometrial o anexial. El antecedente de maniobras declaradas no es un requisito indispensable para considerar el aborto como séptico. Todo aborto febril con DIU se debe considerar como aborto séptico con maniobras.

- **Diagnóstico:**

- Fundamentalmente clínico. Todo aborto con fiebre se debe considerar provocado hasta que no se demuestre lo contrario.

- Es importante distinguir dos tipos:
  - De bajo riesgo: gestaciones de 8 semanas o menos, que tengan fiebre por menos de 24 hrs., y que no presenten signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.
  - De alto riesgo: gestaciones > de 8 semanas, o que tengan cualquiera de los siguientes elementos:
    - Fiebre por más de 24 hrs.
    - Signos de compromiso miometrial, anexial o peritoneal.
    - Flujo purulento por OCE con o sin mal olor.

- **Manejo:**

**Bajo riesgo:**

- Hospitalizar.
- Hematocrito y recuento de blancos.
- Régimen hídrico por 6 h. l
- Antibióticos:
  - Primera línea Metronidazol más Ceftriaxona
  - Clindamicina 20 mg/Kg en tres o cuatro dosis oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
  - Metronidazol 500 mg c/6 hrs. oral + Gentamicina 3 mg/Kg IM en una dosis diaria. Duración: 3 a 5 días.
  - Ceftriaxona 1 g/día en una dosis IV o IM. Duración: 3 a 5 días.
  - Ciprofloxacino 500 mg c/12 h oral más Metronidazol 500 mg c/6 horas por vía oral. Duración: 3 a 5 días.
- Hoja de shock horaria (pulso, presión arterial, frecuencia respiratoria y diuresis por 2 a 6 horas), dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual, se dejan controles más espaciados, o se inicia tratamiento como si fuera aborto séptico de alto riesgo.

**Alto riesgo:**

- Hospitalizar.
- Hematocrito, recuento de blancos, bilirrubina, orina completa. Pruebas de coagulación. Solicitar hemograma, en caso de no poder realizarse al ingreso.

- Régimen cero por 6 h.
- Antibióticos:

Primera línea:

-Clindamicina 20-40 mg/Kg en tres o cuatro dosis IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día de tratamiento se pueden bajar las dosis de Clindamicina, dejando un esquema oral. Duración: 5 a 7 días.

-Metronidazol 500 mg c/6 h IV + Gentamicina 3-5 mg/Kg IM en una dosis diaria. Al tercer día se puede cambiar a Metronidazol oral 500 mg cada 6 horas y suspender la Gentamicina. Duración total: 5 a 7 días.

-Ceftriaxona 1 g /día IV + Metronidazol 500 mg c/6 h IV durante 24 a 48 h, después de las cuales se puede cambiar el Metronidazol a oral en la misma dosis. Duración total: 5 a 7 días.

-Hoja de shock horaria por seis horas, dentro de las cuales debe ser reevaluada por médico para decidir si se continúa igual o se dejan controles más espaciados.

### **7.9 Consecuencias**

Para tener un amplio panorama del tema se mencionarán las principales las consecuencias de un aborto.

#### **Consecuencias dependiendo de la legalidad**

En primer lugar, hay que tener presente que las consecuencias del aborto dependerán, en parte al menos, del procedimiento que se siga para llevarlo a cabo.

- **Aborto legal**

Por regla general, suele tener una menor repercusión psicológica en la mujer. Esto se debe a que, además de todos los problemas y presiones que siente, no se añade el de estar haciendo algo ilegal dando la espalda a la ley.

La madre tiene libertad y siente una mayor aceptación (al menos por los sistemas burocráticos y legales) para abortar, reduciendo así las consecuencias y secuelas del mismo. Por otro lado, el aborto legal suele estar ligado a intervenciones médicas con mayor preparación y medios. Por lo que reduce también las consecuencias negativas físicas para la madre.

- **Aborto ilegal**

Contrariamente al punto anterior, como cabría esperar, el aborto ilegal suele suponer una mayor carga psicológica para la mujer y dificultades médicas.

Lo primero se debe al no reconocimiento legal, que actúa como otro elemento que dificulta a la madre sentirse comprendida y apoyada en el proceso. Lo segundo, como decíamos, suele acarrear consecuencias del aborto de índole médico. Si no se encuentra un médico que actúe de forma ilegal, cabe la posibilidad de que lo haga de forma “casera”, y estos métodos suelen ser muy invasivos para la mujer.

### **Consecuencias dependiendo del embarazo**

Sin duda, para poder predecir (en la medida de lo posible) las consecuencias del aborto, entender qué tipo de embarazo es, será fundamental.

- **Embarazo deseado**

Si se baraja la opción de abortar con un embarazo deseado significa que hay una situación dramática. La causa más frecuente de aborto en embarazos deseados suele ser un problema con el feto o bebé que implique serios riesgos para la madre.

En estos casos, el dolor psicológico suele estar asegurado ya que la madre (y el padre, en caso de que lo haya) suelen pasar un difícil duelo teniendo que renunciar (o con suerte, posponer) a la idea de incorporar un nuevo y querido miembro a la familia.

- **Embarazo no deseado**

Aunque casi siempre que hay un embarazo no deseado pasa por la cabeza la posibilidad de abortar (aunque sea fugazmente), no todo el mundo lo acaba llevando a cabo por el miedo a las consecuencias del aborto (justificadas, por supuesto).

Cuando hay un embarazo no deseado, se tome la decisión que se tome, habrá consecuencias negativas y positivas para la madre y el resto de personas cercanas a la madre.

## **Consecuencias dependiendo del tipo de aborto**

Por último, en este listado de matices y tipos de abortos (listado necesario para contextualizar las consecuencias del aborto generales), añadimos una variable más a las consecuencias del aborto.

En ambos casos puede suponer graves consecuencias para la mujer, tanto a nivel físico como orgánico, si no se practica (o supervisa) de forma adecuada.

- **Aborto espontáneo/natural**

Dejando de lado la cuestionable propuesta de llamar a un tipo de aborto como “natural”, tenemos al tipo de aborto más frecuente en el mundo. Este sucede cuando, de manera repentina, el embarazo se interrumpe, sin que este fuese el propósito de la embarazada.

Suele suceder en las primeras 12 semanas del embarazo y casi siempre antes de las 26 semanas. Las causas más frecuentes son las alteraciones cromosómicas o las cualidades anatómicas de feto.

- **Aborto inducido**

Cuando se practica de manera legal, igual que el aborto espontáneo, suele practicarse antes de la semana 12 de gestación. En la mayoría de países del mundo (por no decir todos), se practica, ya sea de forma legal o ilegal.

También puede practicarse en algunos países siempre que la madre no desee tener el bebé. En otros se debe argumentar y demostrar los motivos (por ejemplo, incapacidad económica de los progenitores).

En otros muchos países el aborto inducido sólo está permitido en casos muy concretos que, de no llevarse a cabo, supondría graves consecuencias para la madre.

## **Consecuencias del aborto para la mujer**

Ahora sí, enumeramos las principales consecuencias del aborto que puede sufrir una mujer.

Como se ha comentado, dependerá de los factores que acabamos de ver en el apartado anterior y de otras muchas más variables como el país donde se practique, la red de apoyo que tenga la mujer, su edad, su poder adquisitivo, sus creencias, sus rasgos fisiológicos, la cultura del lugar donde se encuentra, los servicios sanitarios de los que disponga, etc.

- **Culpa (remordimiento)**

Sin duda, la consecuencia del aborto número uno es la culpa. Muchas mujeres, a pesar de haber tomado la decisión de forma segura, viven un sentimiento de culpa que las acompañará durante más o menos tiempo.

Esta suele alimentarse con fuerza de las ideas y la imaginación sobre qué habría sucedido si hubiese tenido al bebé.

A nadie le gusta pensar que ha decidido quitar la vida (o no dársela) a otro ser humano. Dicho sentimiento puede aparecer incluso cuando el aborto ha sido espontáneo o decidido por los médicos.

- **Castigo social**

El factor geográfico y la cultura serán dos de las grandes variables que determinarán cuáles serán las consecuencias del aborto para una mujer.

Nos guste o no, somos fruto de la educación y el contexto en el que hemos crecido. Dicho contexto nos sigue presionando para tomar una serie de decisiones aun cuando estamos en contra de determinadas ideas.

Si se toma la decisión de abortar en un lugar donde está socialmente no aceptado (incluso aunque sí lo esté legalmente), el “castigo” por parte de las personas que conozcan lo sucedido no tardará en aparecer. Este será más doloroso para la mujer y tendrá consecuencias más graves cuanto más cercanas sean las personas de la mujer que ha abortado.

- **Arrepentimiento**

Este es probablemente una de las peores consecuencias del aborto que se pueden sentir. Ligada muchas veces al castigo social, que puede potenciarlo, el arrepentimiento va más allá de la culpa.

Mientras que en el sentimiento de culpa (o mejor dicho, en los remordimientos) la persona se siente mal y responsable por lo que ha hecho, en el arrepentimiento se suma el deseo (fantasioso) de cambiar la elección.

Muchas veces, se ocurre cuando la mujer ha decidido abortar por no encontrarse preparada (personal o económicamente) y tiempo después ya lo está. En ese momento, puede hacerse preguntas como ¿por qué ahora sí y en el pasado no? ¿soy una persona egoísta?

- **Problemas médicos**

Especialmente cuando los abortos son clandestinos o llevados a cabo por médicos no cualificados, las consecuencias físicas son aquellas que más hacen peligrar la vida de la madre.

Estos problemas potenciales varían sobre todo dependiendo de la técnica utilizada para el aborto. Las principales son: succión, dilatación, inyección salina, químico y por nacimiento parcial.

Además de los riesgos de la intervención, las mujeres que han realizado un aborto (o más) tienen más riesgos de cáncer de mama, cervical, de ovario y de hígado.

- **Problemas psicológicos**

Las consecuencias psicológicas, aunque ya hemos hablado de dos importantes relacionados estrechamente con el acto de abortar (sobre todo si es de forma inducida por motivos personales), son las consecuencias del aborto más importantes.

- Ansiedad
- Depresión



- Baja autoestima
- Conducta autodestructiva
- Ira/irritabilidad
- Retraimiento
- Insomnio y/o pesadillas
- Pérdida de peso y de apetito
- Cansancio
- Ideación suicida
- Síndrome postaborto

Incluye una cantidad diversa de problemas psicológicos como los ya descritos. La diferencia de esta consecuencia del aborto es que agrupa una cantidad elevada de dichos síntomas.

- **Ruptura de pareja**

Según varias investigaciones, se ha visto que después de un aborto, más de la mitad de las parejas acaban separándose o divorciándose (exactamente en torno al 60 o 70%).

El fuerte impacto que vive cada uno junto con la posibilidad de que haya sido una decisión no consensuada del todo, puede hacer que el manejo de la relación sea insostenible después de este acontecimiento.

## **8. Intervenciones de Enfermería en el proceso Diagnóstico, Terapéutica y Resolución en la Atención de la Mujer que cursa con el proceso Aborto**

### **Conceptualización:**

- **Enfermería. -**

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

- **Intervenciones de Enfermería. –**

Las Intervenciones Enfermeras es “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente”. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

- **Clasificación:**

- **Intervenciones Independientes. –**

Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

- **Intervenciones Dependientes. -**

A las actividades que realiza el personal de enfermería por prescripción de otro profesional de la salud en el tratamiento de los pacientes, de acuerdo al ámbito de competencia; como la administración de medicamentos, cambios de posición, fisioterapia pulmonar, movilización continua, cuidados a herida quirúrgica, entre otros.

- **Intervenciones Interdependientes. –**

Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud.

- **Tipos:**

- a) **Intervención de Enfermería directa. –**

Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

- b) **Intervención de Enfermería indirecta. –**

Es un tratamiento realizado sin el paciente, pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

- **Vínculo y comunicación**

El trato que el personal del establecimiento de salud brinda a cada persona, desde el momento en que llega hasta que es dada de alta, influye en su percepción sobre la atención que recibe y por ende en su recuperación y en el autocuidado posterior. Por eso, las/los profesionales de la salud deben tener en cuenta que ciertas actitudes mejoran las condiciones de la atención. Por ejemplo: El trato humanizado, de respeto y apoyo por la situación personal de cada mujer. Una actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios.

El uso de un lenguaje claro y comprensible, adaptado a cada persona.

La construcción de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las usuarias y usuarios. El respeto del derecho a la confidencialidad de la situación y el tratamiento.

Brindar información a las mujeres sobre su condición de salud, el retorno de su fertilidad y el autocuidado.

Respetar su derecho a tomar decisiones sobre su salud y fertilidad. Mantener una escucha atenta sobre las necesidades, puntos de vista, dudas y preguntas de las mujeres.

- **Consideraciones especiales para el equipo de Enfermería**

La atención de mujeres que cursan un aborto implica para los equipos de salud la responsabilidad de ofrecer una atención de calidad, que garantice el respeto de los derechos humanos de estas mujeres. Sin embargo, la atención de las mujeres en esta situación suele poner en juego tensiones y conflictos que involucran al conjunto del equipo de salud tanto a nivel personal como institucional.

Esto influye negativamente en el acceso a la atención, la calidad de la misma y la salud actual y futura de las mujeres. La reflexión y el debate en equipo pueden contribuir a ver y analizar estas tensiones y conflictos. Esto puede permitir, por un lado, generar un espacio para consensuar procedimientos y mecanismos que garanticen el pleno ejercicio de los derechos tanto de las usuarias como de los y las profesionales de salud. También, puede facilitar repensar percepciones, prácticas y actitudes de las/los integrantes del equipo de salud en la atención de mujeres que cursan un aborto.

Las situaciones particulares de la vida personal de cada mujer no deben convertirse en el fundamento de un trato diferencial. Esto genera desigualdad, discriminación y sufrimiento. Por este motivo, es tan importante reflexionar y debatir sobre valores y actitudes que en forma involuntaria pueden resultar en barreras u obstáculos para una atención de calidad.

El principal desafío reside en construir un vínculo con las usuarias, en un ámbito de contención física y emocional, de respeto y que garantice la confidencialidad. Algunas herramientas para avanzar en ese camino:

- Más allá de que se puedan compartir o no las elecciones reproductivas de cada mujer, es importante tener en cuenta que las decisiones se

toman en contextos complejos, que involucran muchos factores, que muy probablemente el equipo de salud desconozca al momento de la atención. Una escucha abierta, que respete los sentimientos y las decisiones que adopta cada mujer, mejora el vínculo y permite una mejor atención.

- La intervención del equipo de enfermería puede ser un momento clave en la vida de cada mujer. Esa intervención es más efectiva cuando se logra generar un vínculo en el cual lo que se conversa no sea vivido como un reto, una sanción o una amenaza. Una actitud desprejuiciada, paciente y respetuosa es determinante para que la mujer pueda tomar decisiones y adoptar prácticas de cuidado de su salud. Las acciones de las/los integrantes del equipo siempre deben tender al cuidado de la salud física y emocional de las mujeres que cursan un aborto.

- **15 correctos para la administración de medicamento**

1. Higiene de las manos antes de cualquier procedimiento (sobre todo antes de la preparación y administración de fármacos)
2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente.
3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco.
4. Medicamento correcto
5. Dosis correcta

La enfermera (o) que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc.

Rectificación del medicamento mediante los siguientes pasos

La tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, en el Kardex de fármacos (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado).

Rectificar la fecha de caducidad.

Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos.

Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad. Rectificar nombre genérico (composición química) y comercial del medicamento.

6. Vía de administración correcta

Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local).

7. Hora correcta

Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima.

8. Paciente correcto

Verificar el nombre en el brazalete, Núm. De registro, Núm. de cama, prescripción en el expediente clínico y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).

Productos Seleccionados para el Procedimiento.

9. Técnica de administración correcta.

10. Velocidad de infusión correcta.

11. Verificar la fecha de caducidad.

Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco.

12. Preparare y administre usted mismo el medicamento.

13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos.

14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales.

Nota: Las ordenes siempre deben estar por escrito con la firma del médico tratante antes de administrar cualquier fármaco, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará en la hoja de enfermería y se deberá conseguir la firma del médico tratante lo antes posible.

15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra.

## 8.1 Área de Urgencias

Se refiere al primer contacto de la mujer con sintomatología del Proceso de Aborto.

- **Funciones de Enfermería General**

- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
- Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación de cuidados de Enfermería.
- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de urgencias y emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.
- Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada basados en los diagnósticos enfermeros formuladas, y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad
- Evaluar, y modificar si hay pertinencia, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos.
- Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud

que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.

- Someter a triage los pacientes para la Recepción, Acogida y Clasificación a las que se prestan cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud, y en el ámbito de la atención urgente extrahospitalaria cuando no proceda, o esté superado, el triage, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes.
- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables.
- Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con Urgencias y Emergencias.
- Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros.



- **Funciones de Enfermería en el área de triaje**

Se hace una referencia al momento de clasificar a una paciente con proceso de Aborto.

Por lo tanto, las funciones de la enfermería en el proceso del triaje se pueden resumir de esta forma:

- Recibir a los pacientes y a sus acompañantes en un ambiente seguro, íntimo, privado y con la máxima confidencialidad.
- Realizar una rápida evaluación clínica, recogiendo los datos expresados por el paciente para objetivar al máximo el motivo clínico de consulta.
- Dar la información registrada al equipo multidisciplinar encargado del proceso diagnóstico y terapéutico en el área asignada.
- Reevaluar periódicamente a los pacientes del área de espera.

Existen diferentes situaciones que pueden presentar las mujeres que consultan:

- Amenaza de aborto de un embarazo deseado o no.
- Aborto espontáneo, teniendo o no conocimiento de que estaba embarazada.
- Aborto inducido o provocado.
- Complicaciones debidas a una interrupción legal del embarazo (ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, prestada anteriormente en el servicio al que consulta o en otro establecimiento de salud).
- Complicaciones producto de un aborto inseguro (autoinducido o inducido por una persona no calificada y/o en un ambiente inseguro).

Es importante destacar que el reconocimiento de estas situaciones no debe modificar la conducta de las/los profesionales de la salud, quienes deberán valorar los procedimientos terapéuticos teniendo en cuenta la condición clínica de la mujer, el examen físico y los estudios diagnósticos que se realicen.

En muchas oportunidades las/los profesionales de la salud insisten en saber la causa del aborto; es decir, si fue provocado, si hubo maniobras u otras

circunstancias relacionadas. Se suele justificar su insistencia en la creencia errónea de que es necesario saber qué “se hizo” la mujer para establecer el adecuado tratamiento. Es posible que algunas/os profesionales de la salud se sientan molestos o frustrados al percibir que se les está “ocultando información”.

Una vez efectuado el proceso de admisión en recepción, cada paciente será llamada para entrar en la sala del triaje. En este momento, el enfermero se presentará con la paciente, le identificará y finalmente le explicará el proceso al que va a ser sometido, dándole información básica, tanto a él como a sus acompañantes, sobre el funcionamiento y las normas del servicio de urgencias.

- **En la sala de triaje:**

### ***1ª Fase: Interrogatorio***

La recepción es el momento en el cual se establece la relación sanitario paciente. Identificación, valoración primaria y medidas asistenciales de emergencia. Valoración primaria:

- Declaración del problema

Entrevista, en la que preguntaremos específicamente: ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? ¿a qué lo molesta? ¿ha tenido antes episodios similares? Es importante tener claro que debe ser una entrevista breve, obteniendo los datos concretos y necesarios para poder hacer una valoración del nivel de gravedad y de la prioridad de asistencia, el interrogatorio exhaustivo para el diagnóstico médico lo realizará posteriormente el facultativo que atienda al paciente.

- Reconocimiento inmediato de signos vitales
- Proporciona la información a la paciente acerca de la intervención que le vas a realizar.
- Toma el termómetro sujetándolo del cuerpo y posicionando el bulbo hacia arriba.

Nota: No olvides tomar una torunda con alcohol y limpiar el termómetro.

- Verifica que la columna de mercurio se encuentra por debajo de los 36°.
- Confirma que la paciente no haya practicado ejercicio en los últimos 30 minutos.
- Coloca a la paciente en posición decúbito supino o sedente.
- Coloca el bulbo del termómetro en la axila del paciente por 5 minutos
- Mientras tanto, toma el brazo del paciente para valorar el pulso, si es el pulso radial la palma de la mano debe estar hacia arriba.
- Coloca las puntas de tu dedo índice y medio sobre la arteria radial y comprímela para percibir la pulsación (valora su frecuencia, ritmo y volumen durante 1 minuto).
- Realiza el conteo de la frecuencia respiratoria durante 1 minuto. Nota: Es mejor no avisarle al paciente para no alterar su respiración, observa la profundidad, ritmo y características de la respiración.
- Retira el termómetro, colócalo a la altura de tus ojos y gíralo hasta que la columna de mercurio sea perfectamente visible, has la lectura de la temperatura.
- Sacuda el termómetro para hacer descender la columna de mercurio y realiza la asepsia del mismo.
- Para tomar la tensión arterial coloca el brazalete alrededor del brazo de la paciente, 2.5 centímetros arriba de la articulación del codo, localiza el pulso braquial.
- Introduce las olivas del estetoscopio en tus conductos auditivos externos.
- Coloca el diafragma del estetoscopio sobre el pulso braquial y sujétalo entre el pulgar y el índice.
- Nota: Procura que no quede por debajo del brazalete, pero sí que toque la piel.
- Sostén la perilla de caucho con la mano contraria y cierra la válvula del tornillo.
- Bombea aire hasta que ya no escuches ningún ruido.

- Afloja cuidadosamente el tornillo de la perilla y deja que el aire escape lentamente. Escucha con atención el primer latido (Sístole) claro y rítmico.
- Continúa aflojando el tornillo de la perilla lentamente, manteniendo la vista fija en la aguja del manómetro cuando deje de escucharse el latido la cifra le indicara la presión diastólica.
- Abre completamente la válvula dejando escapar todo el aire del brazalete y retira el material dejando cómodo al paciente.
- Anota todos los signos vitales en el registro de enfermería.
- Valoración riesgo vital.
- Actuación inmediata.

### **2ª Fase: Acogida**

La acogida se realiza una vez descartada la emergencia, seguida de una valoración secundaria, sistemática, realización de pruebas diagnósticas, medidas asistenciales de urgencias y una relación terapéutica que determina la toma de decisiones en cuanto a la asistencia del paciente en relación a su estado de salud. Valoración secundaria:

- Valoración de la paciente por sistemas.
- Análisis e interpretación de datos obtenidos.
- Toma de decisiones clínicas.
- Actuación in situ.
- Traslado a otro nivel asistencial o a área asistencial concreta.
- Valoración de nivel de gravedad y nivel de prioridad.
- Inspección, en la que buscaremos signos de gravedad, se realizará observando signos que puedan desvelar un problema de salud grave relacionado con el motivo de consulta.
- Aspecto general: impresión de gravedad.
- Piel y mucosas:
  - Color: palidez, cianosis.
  - Temperatura.

- Sudoración
  - Neurológico:
- Nivel de conciencia (somnolencia, confusión.)
- Respuesta al dolor
- Tamaño y respuesta pupilar
- Motricidad
  - Circulación:
    - Pulso: amplitud, intensidad, palpable en zonas distales en traumatismos.
  - Relleno capilar
  - Frecuencia cardiaca
  - Tensión Arterial
    - Respiración:
      - Permeabilidad de vías aéreas
      - Patrón respiratorio (respiración superficial y rápida.)
      - Existencia de trabajo respiratorio
      - Fatiga

### **3ª Fase: Clasificación**

La clasificación es el momento en el que siguiendo criterios homogéneos se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una actuación concreta. El método de intervención más eficaz para la satisfacción de los propósitos de la asistencia sanitaria a través de la práctica enfermera, de manera que pueda ser aplicada en cualquier ámbito de urgencias y emergencias por un profesional de enfermería capacitado para dicho fin (recogida de datos/juicio clínico/acción/evaluación).

Evaluación clínica

Con respecto a su situación clínica, pueden presentar:

- Sangrado vaginal leve a moderado.
- Sangrado vaginal abundante/hemorragia.
- Sepsis/infección.

- Lesión intraabdominal.
- Cólicos o dolor en la parte inferior del abdomen.

Las tres últimas manifestaciones clínicas indican la presencia de complicaciones debidas al aborto. La evaluación de las mujeres que presentan signos de un posible aborto o sus complicaciones comienza por valorar si tiene signos clínicos de condiciones previas al shock (síndrome de respuesta inflamatoria sistémica [SRIS], sepsis grave) o de shock. Dicha evaluación es urgente y radica en examinar rápidamente su pulso, presión arterial, palidez, extremidades, respiración, estado mental.

Esta instancia constituye una parte esencial para llegar a un diagnóstico y formular un plan de tratamiento. Debe incluir: Motivo de consulta y antecedentes. Fecha de la última menstruación (FUM), si tiene conocimiento de si está embarazada, si eliminó o expulsó restos ovulares, duración y cantidad del sangrado, duración y gravedad de los cólicos, si tuvo fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos, dolor abdominal, dolor en el hombro. Por otra parte, puede ser de utilidad preguntar si se autoadministró o le colocaron objetos en la vagina o en el cuello uterino, o misoprostol. Es importante tener en cuenta que la mujer tiene el derecho a elegir si responder o no estas preguntas.

En este momento se determina el nivel de prioridad de la atención:

- **I Rojo:** Urgencia vital. -Se adjudica a los pacientes que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo inmediato
- **II Naranja:** Emergencia. - Pacientes en situación de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital inmediato y cuya intervención depende radicalmente del tiempo, son situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica o dolor intenso. Tiempo de atención de enfermería inmediato y Tiempo de atención del facultativo en 15 minutos.
- **III Amarilla:** Urgencia. - Lo constituyen las situaciones urgentes, de riesgo potencial, que generalmente requieren múltiples exploraciones diagnósticas

y/o terapéuticas en pacientes con estabilidad fisiológica (constantes vitales normales). Tiempo de atención de enfermería en 30 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 30 minutos.

- **IV Verde:** Urgencia menor. -Son situaciones menos urgentes, potencialmente serias y de una complejidad urgencia significativa. Suelen necesitar una exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 60 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 60 minutos
- **V Azul:** Situaciones no urgentes. -Son situaciones no urgentes que generalmente no requieren ninguna exploración diagnóstica y/o terapéutica. Tiempo de atención de enfermería en 120 minutos y Tiempo de atención del facultativo en 120 minutos.

El triaje valora síntomas y signos, no hace diagnósticos médicos. La disponibilidad de un sistema de triaje estructurado es un indicador de calidad de riesgo eficiencia.

Cuando desde la planta nos comuniquen la cama a la que va a ir el paciente: \* Avisar a admisión de urgencias facilitándoles: el nombre del paciente, habitación que se le ha asignado, nombre del médico que solicita el ingreso y especialidad en la que ingresa (gineco-obstetricia) para que el administrativo realice el preingreso y notifique al celador para que suba a por la cama correspondiente.

## **8.2 Ingreso**

El procedimiento de ingreso de la paciente es el conjunto de actividades en el que confluyen diferentes departamentos del hospital para registrar sus datos de identificación, asignarle la unidad de atención (cama) que le corresponda, instalarlo y dar inicio a los servicios de atención para promover, proteger o restaurar su salud.

- **Políticas de operación, normas y lineamientos**

Se menciona los lineamientos a seguir para realizar un buen procedimiento.

- Atención al Usuario deberá notificar al personal médico tratante y de enfermería del ingreso del paciente.
- Atención al Usuario se coordinará con enfermería para la asignación de cama al Paciente de acuerdo a su problema de salud, edad y sexo.

- El paciente que ingrese a hospitalización deberá ser entregado por personal de Atención al Usuario en el caso de Admisión Hospitalaria o por Enfermería en el caso de admisión continua o de urgencias junto con el expediente clínico único y completo, estudios de laboratorio, gabinetes, identificación impresa y brazaletes en muñeca de un brazo al personal de enfermería.
- Todo paciente hospitalizado debe tener un médico tratante y Personal de enfermería asignado.
- Todo paciente que ingrese a hospitalización deberá de contar con un cuidador primario, preferentemente que sea un familiar directo.
- Todo personal de salud que tenga contacto con el paciente, deberá dirigirse a él por su nombre.
- Todo paciente será trasladado por el servicio de camillería.

- **Equipo**

Se hace mención del material que se requiere para una buena atención hospitalaria.

- Unidad del paciente amueblada y equipada según lo establecido en el hospital. La limpieza y funcionalidad deben ser óptimas.
- Carpeta y papelería para integrar el expediente clínico.
- Equipo para somatometría.
- Equipo para la exploración física.
- Ropa hospitalaria.

- **Procedimiento**

Se menciona los pasos a seguir en cuanto al Ingreso de un paciente al área de hospitalización.

- El paciente debe presentarse en el Departamento de Admisión con la orden de hospitalización emitida por el médico. En algunas instituciones la paciente también lleva consigo las prescripciones médicas básicas para iniciar su tratamiento en cuanto se internen.



- El personal de admisión realiza el trámite administrativo de ingreso (el establecido en la institución) y la traslada al servicio que le corresponda.
- Cuando el ingreso es de urgencia, generalmente es el familiar quien asiste al Departamento de Admisión. En estos casos es importante que la enfermera (o) de urgencias notifique a Admisión y a Hospitalización sobre el ingreso y las condiciones del paciente.
- La enfermera (o) de hospitalización recibe a la paciente y la instala en su unidad. Es de suma importancia que en ese momento, en forma muy amable se verifiquen los datos de identificación del paciente y que la enfermera (o) que la recibió se presente proporcionándole su nombre y el horario en que la atenderá, asimismo, deberá informarles, incluyendo a los familiares, acerca de las normas y servicios que le ofrece el hospital y de las rutinas del servicio, como: Horarios de comida y de visita, así como el sistema para llamar al personal de enfermería, etc.
- Se le proporciona el camisón del hospital y si es necesario, se le ayuda a la paciente a colocárselo. Es importante entregar al familiar las pertenencias de la paciente, que de acuerdo a las normas del hospital no pueda conservar consigo y en caso de que haya valores de por medio como joyas, dinero u otros, es conveniente obtener firma de recibido, para evitar posibles conflictos.
- Colocar el brazalete de identificación del paciente. Este punto cobra mayor importancia cuando se trata de pacientes niños, ancianos o con confusión mental.
- Se integra el expediente clínico incluyendo la carpeta de enfermería con hoja de registros clínicos con datos del paciente e indicaciones médicas
- Registra ingreso en hoja de movimiento diario de paciente y bitácora de ingresos. (Hoja de movimiento diario de pacientes. Bitácora de ingresos y egresos de paciente).

- Realiza valoración cefalo caudal, toma signos vitales, identifica necesidades y elabora en la hoja de registros clínicos diagnósticos de enfermería. (Hoja de registros clínicos de Enfermería).
- Se participa con el médico en la exploración física de la paciente.
- Se transcriben las prescripciones médicas al Kardex de cuidado de enfermería (opcional, según normas del hospital).
- En caso de contar con un modelo de atención de enfermería, al ingreso del paciente se debe hacer la evaluación clínica inicial, enfocada a identificar los diagnósticos de enfermería para establecer el plan de cuidados.
- Se debe informar y orientar a la paciente y al familiar, con relación a los horarios en que se le administrarán los medicamentos, los estudios, procedimientos, la dieta y en general, sobre los cuidados de enfermería que recibirá. En este punto es importante no tocar los aspectos que legalmente le compete informar al médico, como son: El diagnóstico y el plan de tratamiento médico o quirúrgico detallado, el pronóstico y los riesgos del tratamiento.

- **Integración del Expediente Clínico**

El expediente clínico es un documento legal y confidencial, en el que se integran los datos necesarios para formular los diagnósticos, establecer el tratamiento médico y planificar los cuidados de enfermería. El buen manejo de la información incluido en el expediente le aporta protección legal al paciente, a los profesionales de la salud participantes en la atención y a la institución. Es útil también para apoyar los programas de enseñanza, así como estudios clínicos y estadísticos.

Conforme a lo estipulado en la legislación (NOM– 168-SSA1-1998), del expediente clínico), el expediente clínico es propiedad del hospital y/o del prestador de servicios de la salud y únicamente puede ser proporcionado a las autoridades judiciales, a los de procuración de justicia y a las autoridades sanitarias. Por lo tanto, deben conservarse por un período mínimo de 5 años, contando a partir de la fecha de la

última cita médica. Atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la prestación de servicios de salud, el hospital es responsable de:

- Resguardar la información.
- Pérdida parcial o total, así como de su deterioro.
- Asegurar la veracidad y la confidencialidad de la información.

- **Concepto**

El expediente clínico, es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

- **Equipo**

- Carpeta metálica.
- Formatos utilizados por la institución.
- Tabla con clip (opcional).

- **Integración del Expediente en Consulta Externa**

- Historia clínica.
- Notas de evolución.
- Notas de interconsultas.
- Notas de referencia o traslado.

- **Integración del Expediente en Urgencias**

- Hoja médica con fecha, hora en que se otorga el servicio, motivo de consulta, resumen de historia clínica, diagnósticos, tratamiento, pronóstico y nota de evolución.
- Hoja de enfermería que incluya: Fecha y hora, signos vitales, estudios de laboratorio y gabinete, procedimientos realizados, catéteres y canalizaciones instaladas, medicamentos y terapia IV administrada, ingreso, egresos, observaciones y notas de evolución.

- Resultados de los estudios de laboratorio y gabinete.
- Otros documentos pertinentes como el reporte de los paramédicos, en los casos en que el paciente llega en ambulancia. Integración del Expediente en Hospitalización
- Hoja frontal de la institución.
- Historia clínica completa.
- Prescripciones médicas rotuladas con fecha y hora de la prescripción.
- Formatos de registros clínicos de enfermería (que incluyan los datos de la hoja de enfermería de urgencias)
- Notas médicas de evolución, por lo menos una en el día.
- Notas de interconsultas.
- Resultados de estudios de laboratorio y gabinete.
- En casos de intervenciones quirúrgicas: Estudios preoperatorios, valoraciones pre-operatorias (cirujano, anestesiólogo, cardiólogo, etc.), nota médica del trans-operatorio, hoja de control de anestesia, registros de enfermería del trans-operatorio, hoja de registros de enfermería en el área de recuperación, notas médicas de recuperación, alta de recuperación (transferencia a piso) firmada por el médico anestesiólogo o cirujano y el envío de piezas quirúrgicas al departamento de patología para su estudio.
- Nota de egreso firmada por el médico responsable del paciente, donde se concluyan los diagnósticos finales, el estado clínico actual del paciente y las recomendaciones para la vigilancia ambulatoria al egreso del paciente; el expediente debe ser entregado al departamento de archivo clínico.

- **Medidas de Seguridad**

Las notas médicas y de enfermería deberán contener:

- Nombre completo del paciente, edad, sexo y, en su caso, número de cama o expediente.
- Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.
- Las notas en el expediente deberán expresarse en el lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.
- El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993. Para disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

- **Cartas de Consentimiento Bajo Información**

Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren anestesia general.
- Salpingoclasia y vasectomía.
- Trasplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- De necropsia hospitalaria.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.
- Hoja de egreso voluntario.

### **8.3 Preparación para pasar a la paciente a la unidad de Tococirugía**

- **Periodo Perioperatorio. –**

Comprende el periodo previo a la intervención. La paciente debe prepararse física y psicológicamente para la intervención quirúrgica que va a llevarse a cabo.

- **Preparación Física:**
  1. **Colocación de una Vía Intravenosa Periférica**
- **Definición:**

Inserción de un catéter en una vía venosa periférica con el objetivo de mantener un acceso directo al torrente sanguíneo.

- **Material:**
  - Guantes desechables.
  - Gasas estériles/desinfectante tópico (povidona iodada, clorhexidina).
  - Compresor o Torniquete.
  - Catéter intravenoso de tamaño adecuado número 20, 18.
  - Llave de tres pasos con alargadera.
  - Equipo de infusión intravenosa.
  - Jeringas para la extracción sanguínea si va a realizarse.
  - Apósito transparente para oclusión de la zona de punción.
- **Procedimiento:**
  - Explicar el procedimiento al paciente.
  - Colocar al paciente en decúbito supino con los brazos extendidos sobre el cuerpo, y la cabeza ligeramente elevada sino existe contraindicación.
  - Preparar el dispositivo de infusión intravenosa purgando el sistema, y dejando la conexión accesible a donde va a realizarse la punción.
  - Colocar el compresor en la zona proximal al lugar de punción elegido, de manera que pueda aflojarse con facilidad y con una sola mano.
  - Desinfección de la piel con desinfectante tópico (povidona iodada, clorhexidina).
  - Si no se localizan los trayectos venosos, se pedirá al paciente que abra y cierre el puño varias veces, o se golpeará suavemente la piel del paciente sobre los trayectos venosos para favorecer su distensión.
  - Localizar la zona de punción:

- Las zonas de punción suelen ser las venas del antebrazo (basílica, venas medias, cefálica), y/o venas del dorso de la mano.
  - El calibre del catéter dependerá del grosor de la vena y del estado del paciente.
  - La canalización se realizará de distal a proximal en una misma extremidad, y en caso de canalización sucesiva, esta se realizará por encima de la zona ya puncionada.
  - Se han de evitar las zonas de flexión para el mejor mantenimiento de las vías venosas.
  - La canalización se realizará preferentemente en la mano no dominante.
- En la canalización venosa de corta duración (hasta 7 días) suelen emplearse los dispositivos de canalización de plástico sobre aguja. También pueden emplearse los dispositivos de mariposa, pero su duración es menor (1 día).
  - Una vez localizado el trayecto venoso, se introduce el catéter mientras estiramos la piel adyacente con el pulgar de la mano contraria, de esta manera evitamos la movilización del trayecto venoso durante la punción.
  - El ángulo de inserción es de unos 30°.
  - Se ha de introducir el trayecto del catéter hasta que se observe la presencia de sangre en el reservorio o en la tubuladura del dispositivo de mariposa.
  - Retirar el fiador metálico del catéter mientras continuamos el avance del último hasta que toda su longitud (excepto la zona de conexión), quede alojada en el trayecto venoso.
  - Si va a procederse a la extracción de muestras sanguíneas se realizará mediante conexión directa de la jeringa, y antes de retirar el compresor. La extracción de muestras sanguíneas requiere la colocación de un catéter de calibre grueso (superior a 18) y una vena

de grosor importante. De esta manera se evita la hemolisis como consecuencia de la excesiva presión ejercida durante la extracción.

- Retirada del compresor y conexión del catéter al dispositivo de infusión intravenosa comprobando la permeabilidad del mismo.
- Fijar el catéter mediante apósito adhesivo transparente para facilitar la visualización de la zona de punción.

- **Cuidados de Enfermería**

- Valorar la permeabilidad del acceso.
- Envío de las muestras sanguíneas a laboratorio.
- Valorar la aparición de posibles complicaciones:
  - Flebitis.
  - Obstrucción de la vía.
  - Extravasación de líquidos a tejidos adyacentes.
  - Signos y síntomas de infección sistémica como consecuencia de la diseminación de microorganismos desde la zona de punción.
  - Signos y síntomas de embolismo como consecuencia de la liberación de un trombo ocasionado por la inserción del catéter.
- Vigilancia del lugar de punción para determinar la necesidad de retirada del catéter.
- Registro de la actividad, anotando: la fecha, localización y calibre del catéter.

## **2. Tricotomía**

- **Definición:**

Es el proceso que se ejecuta en la zona en la que se llevará a cabo la incisión, que consiste en retirar el vello de dicho lugar en el caso de Aborto esto será en el área genital.

- **Material:**

- Rastrillo estéril.
- Jabón antiséptico.



- Gasas.
- Agua.
- **Medidas de seguridad y control:**
  - Fomentar la privacidad del paciente en todo momento.
  - Prevenir cortaduras fomentando el correcto manejo del objeto con el que se realiza el procedimiento.
  - Actuar con precisión para evitar la raspadura de la dermis.
- **Procedimiento:**
  - Informar a la paciente el procedimiento. Proceder al lavado de manos. (Esto para evitar infecciones).
  - Llevar el material correspondiente al cuarto de la paciente. (Para evitar contratiempo).
  - Descubrir la región. (Esto para facilitar el procedimiento).
  - Acudir a la colocación de guantes. (Esto para evitar el riesgo de sufrir una infección).
  - Se repara el rastrillo, previamente humedecida la zona se comienza a afeitar de la parte superior a la inferior o en sentido de los vellos. (Permite el desarrollo de la técnica en un orden preciso).
  - Se estira la piel apoyándose en una gasa. (Esto para evitar rasgaduras innecesarias y facilitar el procedimiento).
  - Al finalizar el procedimiento de afeitado se enjuaga la parte rasurada y se seca con las gasas que se han llevado al lugar. (Fomenta la vasodilatación y brinda alivio, además de la remoción del resto de los vellos).
  - Anotar el procedimiento en la hoja de enfermería. (Para llevar un registro concreto de lo que se le ha realizado al paciente).

### **3. Vendaje de Miembros Inferiores**

- **Definición:**

Es el arte de envolver un miembro o región del cuerpo con vendas algodón, vendas elásticas, vendas cohesivas, vendas adhesivas extensibles y vendas inextensibles con el fin favorecer el retorno venoso.

- **Material:**

- Vendas de distintos materiales y tamaños (algodón, elásticas, gasa...).
- Apósito o esparadrapo.
- Tijeras.
- Guantes no estériles.
- Si fuese necesario: material de curas, rasuradoras, pomadas, etc.

- **Procedimiento:**

- Se coloca a la paciente en una superficie cómoda, asegurando también la comodidad del profesional.
- Se le informa al paciente de los objetivos que se pretenden alcanzar con este tipo de vendaje.
- Hacer un lavado de manos rutinario.
- En primer lugar, se realiza con el material protector una vuelta de anclaje cubriendo todos los dedos y evitar así dejar zonas descubiertas en la cara plantar.
- A continuación, se lleva a cabo, con el material protector, un trayecto ascendente con técnica circular ejerciendo la mínima presión necesaria para que la venda no se caiga. Importante: la lengüeta de la venda ha de estar colocada hacia arriba.
- Es importante que el talón quede totalmente cubierto. Por ello, se realizará un semi-plegue para que el material no quede holgado.
- Se concluye este primer trayecto ascendente cuando el material se encuentra dos traveses de dedo por debajo de la meseta tibial.
- A continuación, ayudamos a la paciente a flexionar la rodilla para comprobar que el material no está en contacto con el hueco poplíteo.
- Seguidamente, se retira el material protector que se encuentra cubriendo los dedos y se destapan. Se han de contar para asegurar que todos quedan al descubierto.

- A continuación, se realiza un trayecto ascendente con técnica circular con venda de gasa. Empezando también con una vuelta de anclaje.
- Para conseguir la compresión deseada, es recomendable realizar en total 5 trayectos con la venda: 3 ascendentes y 2 descendentes, finalizando siempre el vendaje en ascendente para facilitar el retorno venoso.
- Para evitar que le material quede holgado, se han de realizar tantos semi-plegues como sean necesarios.
- Para realizar un semi-plegue se ha de introducir el segundo dedo hasta la mitad de la venda, a continuación, se pinza con el primero y el tercero y se extrae el segundo dedo. Finalmente, sujetar el pliegue con el talón de la mano y realizar la vuelta siguiente.
- Tras haber realizado los 5 trayectos, se han de doblar los extremos de la venda formando un triángulo.
- Y, a continuación, se colocan 3 tiras de fijación sobre el triángulo anterior: una en el medio, otra en la izquierda y otra en la derecha.
- A continuación, se coloca una tira activa desde la cara plantar hasta la parte posterior de la pierna colocando el pie en 90° y en eversión.
- Para finalizar el vendaje, se colocan 2 tiras formando un aspa sobre la cara anterior de la pierna.
- Finalmente, se colocan dos tiras de fijación: una en la parte distal y otra en la parte proximal.
- El profesional palpará el vendaje para comprobar si la compresión es la adecuada.

- **Preparativos finales**

El día de la intervención terminaremos su preparación:

- Higiene completa: Si la paciente es autosuficiente le pediremos que se duche, sino lo fuera le realizaremos un aseo general en cama, en ambos casos debe acudir a la sala de toco cirugía sin ropa interior.

- Medición de constantes vitales: Las tomaremos y las registraremos en la gráfica de enfermería.
- Retirada de joyas, prótesis dentales, lentillas, etc., que daremos en custodia a un familiar.
- Colocación de enemas: para la limpieza intestinal si es necesario. La realizarán la enfermera y el TCAE conjuntamente en la planta de hospitalización.
- Ayuno: como mínimo es necesario estar seis horas sin ingerir ningún tipo de alimento sólido o líquido, incluyendo agua. Así se previene la aspiración del contenido del estómago hacia los pulmones.
- Higiene de la paciente: se realiza en las dos horas previas al procedimiento en la unidad de hospitalización. También se efectúa una aseptización del área donde va a realizarse la intervención, tipo clorhexidina. Existen protocolos que dependen del hospital y de la unidad en la que el paciente está ingresado. Como norma general, la preparación cutánea (incluye higiene de la piel y retirada del vello) se lleva a cabo en la unidad de hospitalización y la asepsia específica tiene lugar en quirófano. Es aconsejable no rasurar ni depilar con excesiva antelación, ya que se producen erosiones que favorecen la multiplicación de los gérmenes contaminantes. Si es preciso rasurar, debe realizarse en los momentos previos al acto quirúrgico. Existen diversos antisépticos para la preparación de la piel, pero los más utilizados son la clorhexidina y los yoduros. El objetivo de preparar la piel del paciente es la eliminación de la suciedad, materia orgánica, flora transitoria y residente de la piel.
- **Preparación emocional:**
  - Comentar la experiencia emocional con la paciente.
  - Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo.
  - Abrazar o tocar a la paciente para proporcionarle apoyo.
  - Animar a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Permanecer con la paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- **Facilitar el duelo:**
  - Identificar la pérdida.
  - Fomentar la expresión de sentimientos a cerca de la pérdida.
  - Escuchar las expresiones de duelo.
  - Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.
- **Asesoramiento:**
  - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
  - Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.
  - Disponer la intimidad para asegurar la confidencialidad.
  - Proporcionar información objetiva según sea necesario si procede.
- **Disminución de la ansiedad:**
  - Utilizar un enfoque sereno de seguridad.
  - Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento.
  - Proporcionar información objetiva, respecto al diagnóstico, tratamiento y promover la seguridad y reducir el miedo.
  - Cuidados por el cese del embarazo:
  - Preparar física y psicológicamente a la paciente para el procedimiento de aborto.
  - Explicar las sensaciones que podría experimentar la paciente.
  - Instruir acerca de los signos de los que hay que informar (aumento de hemorragia, aumento de los dolores abdominales y eliminación de coágulos y tejidos).
  - Proporcionar analgésicos o antieméticos prescritos.
  - Guardar todos los tejidos eliminados.

- Cuando el celador acuda a buscar al paciente para llevarlo a la sala de toco cirugía, éste debe ir acompañado de un familiar y con su historia clínica completa.

#### **8.4 Preparación e intervenciones en el Periodo intraoperatorio**

Este periodo comprende el tiempo que dura la intervención quirúrgica, desde que el paciente entra en el antequirófano hasta que es trasladado a la unidad de destino postquirúrgica.

El equipo de enfermería, incluido el personal auxiliar, se encargan de asistir al equipo quirúrgico. Los cuidados en este periodo son los siguientes:

Apoyar psicológicamente al paciente: la ansiedad es uno de los problemas más importantes del paciente quirúrgico, por ello es muy importante paliar lo máximo posible esta inquietud. Para ello se informa al paciente del plan de cuidados, se informa a la familia del tiempo estimado de la intervención, dónde deben esperar y la unidad de destino postquirúrgica.

Protección de las pertenencias del paciente: si el paciente está consciente y no tiene familiares, se le garantiza el control de sus pertenencias.

- **Intervenciones de Enfermería:**

#### **Son las actividades que realizara la Enfermera en el periodo**

- Identificar a la usuaria antes de entrar a la sala de expulsión.
- Verificar permeabilidad de venoclisis.
- Orientar a la usuaria sobre el procedimiento a realizar.
- Cumplir indicaciones médicas y dar continuidad a las mismas.
- Monitorizar signos vitales en el transoperatorio.
- Vigilar condición y estado de la usuaria durante el procedimiento.
- Verificar que transfusiones sanguíneas y líquidos endovenosos indicados pasen en forma correcta, reportando reacciones adversas.

- Colocar muestra en frasco respectivo, identificarla correctamente y enviarla a anatomía patológica. Trasladar en carro camilla al servicio, posterior a dos horas.
- Registrar intervenciones de enfermería

## **Intervenciones de la Enfermera Circulante**

### **1. Previa el procedimiento: controla que el quirófano y su equipamiento estén limpios.**

- Verificar el plan del procedimiento y el tipo de intervenciones.
- Verificar que la sala de expulsión esté preparada, que este limpia y preparada con todo el equipo necesario y el correcto funcionamiento de los aparatos a utilizar, tales como por ejemplo la mesa para atención obstétrica piñeras, lámparas.
- Reunir los elementos necesarios en la intervención tales como antisépticos, gasas, compresas, material, equipo e instrumental quirúrgico completo y estéril.
- Recibir a la paciente, comprobar su identificación y reunir la documentación y estudios requeridos.
- Se encargará del correcto traslado del paciente a la mesa para atención obstétrica.
- Instaurara una vía endovenosa, con la fluidoterapia al caso de que haya subido de urgencia y no esté preparada y la premedicación prescrita por el médico tratante.
- Coloca una sábana limpia y una banda o tira para fijar los brazos de la paciente, sobre la mesa para la atención obstétrica
- Coloca la mesa de operaciones debajo de la lámpara cialítica o sistema de iluminación central; enciende la lámpara para verificar su correcto funcionamiento.
- Revisar y alista el equipo eléctrico que se va a usar.
- Conectar y revisar el sistema de aspiración para verificar que el sistema de vacío funciona correctamente.

- Cubrir todas las cubetas o lebrillos para desechos con bolsas de plástico, con el borde doblado hacia fuera.
- Colocar el paquete de ropa estéril sobre la mesa de instrumentos.
- Selecciona los guantes según el número que usa cada miembro del personal médico.
- Alista todos los elementos para la mesa para la atención obstétrica y almohadones, almohadillas y piñeras para colocar al paciente en posición litotomía o ginecológica.
- Controla la integridad del paquete de ropa y verifica los controles de esterilización (cinta testigo), sean corrector.
- Maneja materiales respetando la técnica aséptica al momento de abrirlos y alcanzar su contenido al médico u otro cualquier miembro del equipo.
- Abre el paquete de ropa sin contaminar su contenido.
- Anuda las tiras de la bata del médico obstetra.
- Saluda e identificar al paciente cuando ingresa a la sala de expulsión.
- Cubre el cabello de la paciente con un gorro para evitar la diseminación de microorganismos, protegerlo contra la suciedad e impedir la producción de chispas estáticas cerca del aparato de anestesia.
- Coloca correas de seguridad sobre las piernas y asegurar los brazos de la paciente.
- Protege la intimidad de la paciente con una sábana o cubre paciente.
- Coloca el brazo del paciente donde se instalará una venoclisis, solo en el caso de que no esté permeable o no la tenga colocada.

## **2. Previa la inducción anestésica:**

- Permanece en la sala de expulsión y cerca de la paciente para ayudar al anestesiólogo si ocurre alguna contingencia.
- Permanece en silencio considerando que la paciente esta anestesiada.

## **3. Posterior a la inducción anestésica:**



- Ayuda a colocar al paciente en posición litotomía o ginecológica cuando el anestesista le indique que la profundidad anestésica alcanzada permite movilizarlo o tocarlo.
- Verificar condiciones de seguridad.
- Exponer el área indicada para la preparación de la piel, llevando hacia abajo la sábana que cubre a la paciente y la bata hacia arriba, para dejar una zona libre alrededor del sitio del procedimiento.
- Colocar los pies sobre los soportes para piernas y colocar piñonera.
- Dirigir la luz de la lámpara cialítica hacia el área a realizar el procedimiento.
- Verter solución antiséptica en un recipiente estéril para iniciar la antisepsia del área genital a cargo del cirujano principal o del primer ayudante del procedimiento.

**4. Actividades luego del lavado quirúrgico del cirujano y ayudantes:**

- Ayuda a colocarse la bata y anuda la misma.
- Observa la colocación de campos quirúrgicos.
- Permanece cerca de la cabecera de la mesa para la atención obstétrica para ayudar al anesthesiologo a fijar sábanas sobre el marco de anestesia y alrededor del nivel de la venoclisis.
- Coloca tarimas para miembros del equipo que necesiten o un taburete si el cirujano prefiere operar sentado.
- Conecta el equipo de aspiración si es necesario.
- Conecta el cable del electrodo quirúrgico o de cualquier equipo eléctrico que se requiera.
- Coloca los pedales necesarios para el cirujano y/o ayudantes, indicándoles donde ubicó los aparatos.

**5. Durante el procedimiento:**

- Permanecer atenta a las necesidades del equipo (ajustar la lámpara cialítica o auxiliar, secar el sudor de la frente del cirujano, proporcionar al médico material necesario (gasas, compresas, apósitos, suturas,

solución fisiológica caliente, etc.). Debe permanecer en la sala el mayor tiempo posible y comunicar al médico si requiere salir.

- Conservar gasas contaminadas recogidas, separarlas por tamaños y contarlas. Se usan pinzas o manos con guantes para manipular y contar las gasas contaminadas.
- Asistir al equipo en la vigilancia de pérdida de sangre.
- Obtener sangre o hemoderivados si se requiere desde la refrigeradora o bien del banco de sangre (solo si fuera necesario y esta indicado). - Conocer en todo momento el estado de la paciente, informando a la jefatura de enfermería cualquier cambio notorio en el estado del paciente y si se requiere de un procedimiento no anticipado, a efectos de reordenar la programación quirúrgica si fuere necesario.
- Prepara y etiqueta las piezas anatómicas obtenidas para remitirlas al laboratorio correspondiente si hubiera necesidad (generalmente no es necesario). La información básica incluye nombre del paciente, servicio, sala, número de cama, examen solicitado, fecha, nombre del cirujano, diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, procedimiento quirúrgico y tejido a examinar incluido su origen. Las piezas quirúrgicas se manipulan al mínimo con guantes; si emplea instrumentos debe tener el máximo cuidado para no dañar o romper el tejido.
- Completa la historia clínica del paciente, ingresando registros permanentes de la unidad toco de cirugía, requisiciones para exámenes de laboratorio y de artículos que deba cubrir la paciente si lo amerita.

#### **6. Actividades al momento del cierre o síntesis de la herida quirúrgica:**

- Recuento de gasas, apósitos, compresas, agujas e instrumentos junto al médico.
- Informa al cirujano si el recuento es correcto.
- Recoger gasas sucias y las coloca en una bolsa en el lebrillo.

- Limpieza del área quirúrgica y preparación de la misma, sin pérdida de tiempo.
- Verifica faltantes.

### **7. Posterior al procedimiento:**

Es el periodo posterior a la intervención. En esta fase se produce la recuperación postanestésica del paciente, se mantienen sus funciones vitales y se previenen complicaciones postoperatorias. Los cuidados durante este periodo son:

- Apoyar psicológicamente al paciente.
- Prevención de la infección de la herida quirúrgica.
- Desanuda las tiras de batas, para que el cirujano y ayudantes se las quiten sin contaminarse.
- Se quitan los campos de la paciente y se coloca toalla a la paciente para cubrir sangrado transvaginal.
- Limpia a la paciente de sangre y otros orgánicos mediante agua y jabón.
- Retira mecanismos de sujeción de la paciente a la mesa de atención obstétrica en brazos y piernas.
- Cambia la bata y sábanas de la paciente, por lencería limpia.
- Ayuda al personal auxiliar para una movilización segura de la paciente a sala de recuperación. Se necesita cuatro personas para mover a la paciente desde la mesa de atención obstétrica a la camilla.
- Coloca a la paciente en posición cómoda con el objeto de conservar la respiración y circulación adecuadas. Posiciona los barandales en la camilla antes de trasladar a la paciente fuera del quirófano.
- Coloca equipos de venoclisis y frasco de suero en la porta sueros.
- Remite al paciente junto con la historia clínica, verificando que consten las indicaciones del médico, advirtiéndole necesidades asistenciales, reposición adicional de sangre, estudios diagnósticos, etc.

El Legrado es un procedimiento de lo más habitual y sencillo, que muchas veces no requerirá de enfermera instrumentista, pero sí que es importante la buena

preparación y la asistencia de los facultativos tanto a nivel anestésico como quirúrgico.

### **8.5 Hospitalización**

Este será el periodo que comprenderá la entrega de la paciente que acaba de cursar un Aborto en el área de tococirugía y regresa a su unidad a la espera de recuperarse, para posteriormente ser dada de alta por el médico tratante.

#### **1. Intervenciones de Enfermería en la paciente que acaba de cursar con un Aborto.**

- Tomar signos vitales y reportar variaciones.
- Observar constantemente en busca de complicaciones como: sangramiento transvaginal abundante, características de secreciones vaginales (color, olor y cantidad), presencia de fiebre.
- Vigilar micción espontánea.
- Dar apoyo emocional y espiritual a usuaria y familia.
- Mantener individualidad y privacidad.
- Estimular la de ambulación temprana Cumplir indicaciones médicas.
- Satisfacer necesidades de alimentación, eliminación, higiene y comodidad.
- Tomar exámenes de laboratorio de control.
- Solicitar transfusión sanguínea, según indicación médica Controlar signos de alarma durante la transfusión sanguínea, si está indicada.
- Llevar balance hídrico, según indicación médica.
- Permitir que la usuaria exprese sus emociones y escucharla.
- Ofrecer terapias de apoyo.
- Isoinmunización de paciente según resultado de tipo sanguíneo.
- Registrar intervenciones de enfermería.
- Permitir visitas según condición de usuaria.

#### **2. Consideraciones generales a tener en cuenta al momento de la Alta**

- Recomendar a la mujer que no tenga relaciones sexuales hasta que cese el sangrado post aborto.

- Reafirmar que para evitar un embarazo no deseado necesita empezar a usar un método anticonceptivo casi de inmediato.
- Informar sobre los métodos que pueden utilizarse de manera segura en el post aborto por lo menos dos meses.
- Entregar anticoncepción de emergencia, de considerarse oportuno.
- Disponer que haya existencia de insumos anticonceptivos.
- Importancia del apoyo psicológico profesional.
- Cambios físicos y fisiológicos presentados en el organismo.
- No duchas vaginales, no nadar ni usar tampones.
- Asistir a controles subsecuentes.
- Continuar tratamiento médico en casa.
- Orientar sobre posibles signos de alarma:
  - Fiebre mayor de 38. 5° C.
  - Dolor o calambres abdominales.
  - Hemorragia transvaginal profusa, roja o brillante.
  - secreción transvaginal fétida.
- Consultar si no hay periodo menstrual después de las seis semanas de aborto, si no está planificando.
- Participar en grupos de apoyo religiosos.
- Acudir al establecimiento de salud más cercano al observar cambios de ánimo o depresión. - Orientar sobre evitar embarazo en los primeros seis meses, posterior al aborto. Elaborar registros de enfermería sobre información impartida.
- Documentar la participación de usuaria.
- Previo al alta verificar resultados de exámenes. Coordinar la próxima cita para control correspondiente y/o respuesta de anatomía patológica. Entregar recetas, tarjeta de cita y hoja de referencia. Orientación sobre cuidados post legrado. Registrar intervenciones de enfermería.
- Acudir al establecimiento de salud más cercano al observar cambios de ánimo o depresión.

## **8.6 Atención Integral Post Aborto**

En esta etapa se hace una serie de propuestas que puede brindar la enfermera ya sea a la paciente que acaba de cursar con un aborto tanto como a su pareja o si se da el caso a los familiares, dichas propuestas tienen la intención de brindar información oportuna para el manejo adecuado de la situación y así ayudar al reintegro de la mujer a su vida normal. Entre estas propuestas esta la siguiente información:

### **1. Se debe dar tiempo para llorar la pérdida.**

Es importante explicarle a la mujer que el aborto es una experiencia sumamente emocional. Es normal que se tenga una sensación de pérdida y se debe dar tiempo para llorar la pérdida del bebé.

- Las emociones que se experimenten después de un aborto son normales y pueden ser bastante intensas. Muchas mujeres sienten tristeza o ira. Algunas se culpan injustamente o culpan a aquellos que las rodean. Da tiempo para experimentar las emociones, aunque sean negativas. Escribir los pensamientos en un diario por algunas semanas después del aborto puede ser una buena manera de procesar los sentimientos.
- Es importante recordar que las hormonas también juegan un papel. La respuesta hormonal que se tiene al embarazo y al aborto aumenta la intensidad de las emociones. No es poco común llorar por largos periodos de tiempo después de un aborto. También es normal tener problemas para comer o dormir después de perder a un bebé.
- Aunque puede ser difícil lidiar con las emociones, se debe experimentar por completo. Se debe recordar que estas sensaciones son temporales y, con el paso del tiempo todo mejorara.

### **2. Buscar apoyo de los demás.**

Es muy importante mencionarle a la mujer que debe tener un sistema de apoyo sólido después de un aborto. Que debe buscar guía, comodidad y consejos de aquellos que

la rodean, en especial de personas que hayan pasado por una experiencia terrible parecida.

- Las enfermeras ven muchos abortos en los hospitales. Conversar con la enfermera que te trató y ver si conoce a algún grupo de apoyo en el área. Puede ser difícil hacer que los demás comprendan un aborto. A muchas mujeres les parece útil hablar con personas que han pasado por la misma experiencia.
- Explicar a los seres queridos el sentir y las necesidades. Algunas personas necesitan mucho apoyo después de un aborto, mientras que otras pueden querer espacio. No existe una manera equivocada de sentirse después de un aborto.
- Existen muchas fuentes en línea que abordan el aborto y algunas incluyen foros en los que puedes compartir tus pensamientos con los demás. Búscalas después de sufrir tu aborto.

### **3. Prepararse para los comentarios equivocados.**

Es importante mencionar a la paciente que es muy posible que haya personas hablaran de lo incorrecto después de un aborto y debe estar preparada para enfrentarlo. La mayoría de las veces, no quieren ser crueles, pero pueden estar confundidas sobre qué decir. Es posible que solo quieran ayudar, pero pueden terminar diciendo lo incorrecto.

- Muchas personas dirán algo tratando de ayudarte para ayudar a mejorar mejor. Pueden decir algo como “Al menos no tenías tantos meses” o “Puedes intentarlo de nuevo”. Es mejor que lo sepa y esté preparada.
- Se debe tratar de lidiar con esos comentarios sin molestarse. Simplemente decir algo como “Sé que quieres ayudarme y lo valoro, pero ese tipo de comentarios no me ayudan ahora”. La gran mayoría de las personas no tienen la intención de ofender y sinceramente quieren saber si dicen algo que moleste.

### **4. Si es necesario, buscar terapia.**

Toma tiempo recuperarse de un aborto. Sin embargo, si ha pasado más de unos meses y todavía existe un sentimiento mal, es posible que necesite ayuda de un psiquiatra. Un aborto puede ser traumático. La ayuda de un terapeuta o consejero profesional puede ayudar a controlar el dolor y la pena.

- Se puede encontrar un terapeuta al llamando a la compañía de seguros y preguntar qué doctores en tu área están cubiertos por el seguro. También se puede solicitar al doctor general una referencia de obstetricia o ginecología.
- Si el costo es un problema, muchos terapeutas y psiquiatras ofrecen escalas graduales. Asimismo, en la mayoría de las grandes ciudades existen clínicas de bajo costo que ofrecen un asesoramiento gratuito o con descuento.

Es importante tomar en cuenta que la vivencia que tiene la madre respecto a la pérdida de un embarazo o un hijo no es la misma que tiene el hombre, por eso es importante tomar en cuenta la siguiente información para brindar un mejor:

## **5. Como lo vive la madre**

En el caso de la mujer, el dolor se ve multiplicado. No sólo por las secuelas físicas, sino también por el tradicional sentimiento de culpa que las acompaña en su vida sentimental y reproductiva.

Es el primer aprendizaje para una futura madre. Se ha cuidado como es debido, ha seguido las indicaciones de su médico obstetra, no ha corrido riesgos innecesarios y sufre un aborto. ¿Por qué culparse? Solo servirá para aumentar la angustia y para dificultar una futura nueva gestación.

Se recomienda hablar de pérdida de un embarazo y no de pérdida de un hijo para minimizar el dolor. Y es verdad que cuando hablamos de abortos tempranos, la mayoría de las mujeres sienten la pérdida de una posibilidad de ser madres, y no tanto la pérdida de un bebé.

## **6. Las fases del duelo**



El duelo es un proceso puede ayudar a poner en orden los sentimientos. No hay dos procesos de duelo iguales, pero sí existen unas fases por las que casi todas las personas pasan. No necesariamente se dan por orden, en ocasiones se superponen o se vuelve atrás:

- **Negación-Incredulidad.** Es posible que un golpe de esta magnitud provoque una cierta sensación de distancia con lo sucedido, como si no nos hubiera pasado a nosotros. Comparándolo con una herida física, es como estar «en caliente», nos parece que para lo fuerte que ha sido el golpe, el dolor es soportable.
- **Dolor.** Después de los primeros instantes de estupor, llega el verdadero golpe. No todo el mundo lo vive con lágrimas, cada persona manifiesta el dolor de forma diferente:
  - Es posible que nos encontremos irritables, que alternemos fases de tranquilidad con otras de depresión. Puede que tengamos grandes despistes o que nos invadan sentimientos de culpa.
  - En las personas que niegan el dolor, que intentan no pasar por esta etapa del duelo, es frecuente encontrar síntomas somáticos como resfriados recurrentes, eccemas, trastornos digestivos, etc.
- **Aceptación.** La herida cicatriza. El recuerdo del bebé que ya no nacerá siempre va a estar ahí, pero ya no será una pesada losa sino una compañía para la vida. Cuando asumimos que jamás seremos los mismos, que ese bebé existió y nos cambió para siempre, el duelo habrá finalizado.

Se debe evitar frases del tipo «ya se te pasará con el tiempo» o «puedes tener más hijos». Puede que con el tiempo el dolor se atenúe, pero ellos no lo van a olvidar, no es algo que pasará sino algo con lo que aprenderán a vivir.

Si no se sabe qué decir, es mucho mejor optar por el silencio que por este tipo de frases hechas. No hay ningún problema en reconocerlo. Un simple «aquí estoy para lo que necesites» o «siento mucho tu pérdida» es más que suficiente.

Lo mejor es preguntar qué necesita, a veces más que palabras precisan que alguien le brinde apoyo con lo accesorio para que pueda centrarse en sus sentimientos. Algunas propuestas:

- Ofrecer ayuda para recoger las cosas del bebé, cuando el aborto ha sido en fases avanzadas.
- Si la pareja tiene más hijos, llevarles una tarde al parque o de excursión. Un poco de tiempo a solas les vendrá muy bien.
- Hacer la compra, llevarles una pizza o un guiso, cualquier detalle que les quite trabajo.
- Avisar de lo sucedido a todos los conocidos de la pareja, para evitar situaciones embarazosas.

## **7. Cómo vive proceso el hombre**

Cada miembro de la pareja vive el aborto de manera diferente. La mujer puede pensar que su pareja no parece muy afectada por lo sucedido, pero no es así:

- Culturalmente los hombres tienen otra forma de encarar sus emociones.
- Ellos tienden a racionalizar lo que ha pasado, a informarse de por qué pudo pasar.
- Su vinculación con el futuro bebé era mucho más indirecta que la de la madre, él apenas había visto alguna ecografía y unos kilitos de más.
- Muchos hombres ven a su mujer hundida y sufren pensando que quizá no se recupere jamás. Por eso sienten que deben mantener el tipo para sostener emocionalmente a su pareja.

## **8. Recomendaciones para la acogida, detección y derivación por problemas psicosociales, biológicos**

El enfoque biopsicosocial ha sido operacionalizado en el método clínico centrado en la paciente, a través de los siguientes componentes:

- Explorar tanto los síntomas y signos del problema, como la vivencia que la mujer tiene de su situación.
- Considerar a la paciente como una persona única, con sus emociones, su historia personal y su entorno sociocultural, también único.
- Deliberar con la persona y su familia cuando corresponda, tanto la explicación como el manejo del problema, incorporando sus opiniones, temores y expectativas.
- Incorporar la promoción de la salud, introduciendo la educación en el ámbito sanitario, el auto cuidado y la prevención como una preocupación por la persona y una forma explícita de mejorar la participación de la persona en el cuidado de su salud.
- Reforzar la relación clínica de la persona con el equipo de salud, retroalimentándose mutuamente.
- Usar de manera eficaz y eficiente el tiempo y los recursos.

### **8.6.1 Propuestas**

Lo que se pretende aportar para intentar mejorar la situación del aborto.

- **Con la mujer que ha presentado un Aborto**
  - Realizar evaluación de aspectos psicosociales y orientar.
  - Verificar resultado de VDRL o RPR.
  - Entregar orientación en autocuidado.
  - Realizar consejería en regulación de fecundidad.
  - Prescribir método anticonceptivo hormonal, condón o inyectable, según decisión de la mujer.
  - Indicar reposo médico, si es necesario.
  - Orientar para cumplimiento de indicaciones médicas.
  - Informar para la conducta a seguir frente a eventuales complicaciones: signos de infección, hemorragia.

- Entrega de carné, receta e interconsulta, según corresponda.

- **Buen Control de la Anticoncepción**

El buen uso de un método anticonceptivo reducirá en gran medida la incidencia de embarazos no deseados y como consecuencia también los abortos inducidos, así como las consecuencias de este.

- **Apoyo a la mujer víctima de violación**

Las mujeres violadas están en una situación especial se le debe brindar un cuidado y apoyo especial que incluya un equipo interdisciplinario que trabaje en el acompañamiento y seguimiento personalizado de cada mujer, en el ámbito de la salud física, psicológica, psiquiátrica y legal.

- **Anticoncepción después de un aborto**

La entrega de información, consejería y la adhesión a control de regulación de fecundidad, es fundamental para una mujer que ha sufrido una pérdida reproductiva y no desea una nueva gestación. Es importante que sea informada que la ovulación puede reiniciarse dos semanas después de la pérdida reproductiva, poniéndola en riesgo de un nuevo embarazo, a menos que utilice un método anticonceptivo efectivo y reciba información suficiente, comprensible y apropiada para que decida el método anticonceptivo que desea utilizar, conociendo su uso correcto, su efectividad y sus posibles efectos adversos.

- **Detección de Condiciones Psicosociales de Riesgo**

Existen condiciones psicosociales que se asocian a un alto riesgo para la recurrencia de la pérdida reproductiva y/o presentar problemas de salud mental inmediatos o tardíos.

Las mujeres que tienen estas condiciones deben ser identificadas para recibir apoyo, orientación y derivación antes de su egreso.

Los factores de riesgo psicosocial más frecuentes en nuestra población, y que, en la mayoría de los casos, pueden ser obtenidos de la ficha clínica, son los siguientes:

- Adolescente
- Escolaridad de 8º básico o menos

- Antecedentes de enfermedad de algún trastorno mental: depresión, ansiedad, esquizofrenia, retardo mental y síntomas como la ideación suicida.
- Responder afirmativamente si se le pregunta si ha vivido o vive en un medio con violencia o abuso sexual
- Antecedentes de uso o abuso de alcohol, drogas ilícitas o medicamentos no recetados.
- Antecedentes de tres o más pérdidas reproductivas previas:

Cuando una mujer presenta antecedente de tres o más pérdidas reproductivas, es necesario indagar si está intentando tener un hijo y presenta problemas biológicos para llevar a término una gestación, o si se trata de un indicador de que no controla suficientemente su vida sexual.

Si la pérdida reproductiva ha sido vivida como un duelo y la mujer desea tener otra gestación, debe ser referida a una consulta de infertilidad. En este caso, es necesario considerar que un nuevo intento requiere enfrentar positivamente el proceso de duelo, lo que, en algunos casos, puede tardar varios meses, incluso hasta un año. Si se trata de una dificultad para el control de la actividad sexual, es necesario una referencia, en lo posible personalizada, a consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en Atención Primaria de Salud (APS).

- Falta de control de gestación de 15 semanas o más:

Si no ha existido ingreso a control de gestación, es importante preguntar si se trata de una gestación no planificada, rechazada o producto de abuso sexual, y seguir la conducta recomendada. Siempre referir a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y a Control de Regulación de Fecundidad en APS.

- Falta de apoyo familiar o social:

En el caso en que la mujer que ha experimentado una pérdida reproductiva carezca de apoyo de una pareja, familia, amigas u otras personas, es importante preguntar por síntomas depresivos y seguir la conducta recomendada. En algunos casos, según los antecedentes, es necesaria una derivación a servicio social del hospital o de APS según corresponda.

- Manifestación de rechazo al recién nacido o la intención de darlo en adopción:

- **Embarazos con malformaciones congénitas**

Siempre que una mujer manifieste rechazo al recién nacido, incluyendo la negación del embarazo (desconocimiento del embarazo, ocultamiento a familiares, etc.), es necesaria una entrevista con psicóloga/o y asistente social, si presenta algún problema social (abuso sexual, falta de acceso a regulación de fertilidad, etc.), de salud mental o para determinar la mejor forma de apoyarla. En ningún caso se la debe persuadir o presionar a hacerse cargo del recién nacido.

- Hallazgo de seropositividad
- Nacimiento prematuro

- **Conducta a seguir cuando se detecta Riesgo Psicosocial**

La conducta a seguir, según corresponda, es la siguiente:

- En caso de adolescentes, es importante preguntar si cuenta con apoyo de su pareja o de su familia de origen. De no ser así, es necesario el contacto con algún adulto responsable, que la adolescente sugiera, para asegurar la concurrencia a una consejería en reproducción y adherencia a la regulación de fertilidad en APS. Siempre es fundamental considerar la posibilidad de abuso sexual y, en caso de duda, referir a servicio social y psicólogo.
- En mujeres con escolaridad de 8º básico o menos, debe haber un mayor esfuerzo por entregar información y responder a las preguntas de forma tal que estas puedan ser comprendidas. Una manera simple de asegurarse de que el mensaje que se quiere transmitir fue recibido y comprendido por la paciente, es pedirle que lo repita con sus propias palabras.
- Antecedentes de enfermedad mental: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia, retardo mental o ideación suicida.

- **Aspectos emocionales del duelo**

El duelo, como proceso psicológico desencadenado por la muerte del hijo/a en período perinatal suele ser subestimado en su magnitud y en sus secuelas. Los

abortos espontáneos de embarazos deseados y los fracasos de fertilización asistida, con frecuencia son vividos -por la mujer o por ambos padres- con tanto dolor como la muerte fetal y neonatal. La pérdida del bebé imaginario y de la ilusión de la maternidad/paternidad, cuando son vividas en silencio, no elaboradas y aceptadas, pueden persistir como un trauma escondido.

La evolución del duelo depende de la calidad del proceso de vinculación materno-fetal previa, de las prácticas asistenciales y de la relación con los/as profesionales que atienden a la mujer. Puede afectar la siguiente gestación y la relación con los hijos que nazcan posteriormente.

- **Complicaciones en la siguiente gestación**

La gestación que sigue a una muerte perinatal no elaborada es de alto riesgo obstétrico y psicológico. El miedo y los síntomas de ansiedad que afectan a la mujer, especialmente en fechas próximas al aniversario, favorecen los trastornos psicofisiológicos, aumentan la probabilidad de aborto y/o de parto prematuro, es decir, de una nueva pérdida reproductiva. Los síntomas de ansiedad y los problemas asociados, son más persistentes y severos cuando el nuevo embarazo ocurre muy poco tiempo después de la pérdida.

- **Complicaciones en la relación con los/las hijos/as que nacen después**

Además de la ansiedad prenatal, existe riesgo de que se desarrolle un trastorno de la vinculación por inhibición del apego. Un duelo no resuelto es factor predictor de apego desorganizado en los hijos posteriores. El miedo a perder otro hijo puede inhibir el proceso de vinculación con el nuevo bebé, ya sea porque el duelo está aún en curso o porque no ha sido suficientemente elaborado y aceptado. Los indicadores más frecuentes de este temor a una nueva pérdida son la ausencia de bebé imaginario, una atención ansiosa a los movimientos fetales, la falta de preparativos para recibir al bebé, las crisis ductivas de pánico y las consultas reiteradas a los especialistas en búsqueda de seguridad. En algunas mujeres predomina la inhibición del duelo aún en curso, el que queda en suspenso y la imagen del bebé del embarazo actual reemplaza a la imagen del bebé muerto. El o la niña de reemplazo, particularmente si es del mismo sexo, tiene mayor riesgo de sufrir maltrato y/o trastornos de identidad.

- **Prevención del duelo complicado**

La atención de la madre, padre y familia puede facilitar o entorpecer la elaboración del duelo por una muerte perinatal. En lo inmediato, es necesario acoger la expresión emocional, pena y llanto, los padres requieren que se les escuche atentamente.

Se facilita la elaboración normal del duelo cuando se propone el contacto visual y táctil con el bebé muerto, se incentivan los ritos funerarios, se permite guardar recuerdos tangibles del bebé: ecografías, brazalete de identificación, los que son muy apreciados posteriormente por la madre o ambos padres.

No se recomiendan los ansiolíticos, salvo si hay síntomas severos. Es recomendable bloquear la secreción láctea precozmente. Es recomendable sugerir la postergación de un nuevo embarazo, hasta la elaboración adecuada del duelo, lo que dura alrededor de un año. Es prudente planificar el nuevo embarazo evitando “superponer” las fechas de los dos embarazos, para prevenir las reacciones “aniversarios”. El apoyo a la mujer mientras dura el duelo perinatal y el período de latencia hasta que las complicaciones puedan hacerse evidentes, requiere de un equipo multidisciplinario, con la participación de obstetras, neonatólogo, matronas/es, genetistas y psiquiatras.

- **Pérdida reproductiva sin complicaciones significativas**

No se debe retrasar el inicio del uso del método anticonceptivo, la mayoría de los cuales se puede administrar en forma inmediata, en el propio servicio de gineco obstetricia, con indicación de control en el centro de salud en el que está inscrita. Se recomienda contar con stock de anticonceptivos en los servicios de ginecología para ser indicados en el momento del alta, con el consentimiento de la mujer.

Después de un aborto pueden utilizarse todos los métodos anticonceptivos, incluyendo dispositivos intrauterinos y anticonceptivos hormonales, considerando el estado de salud de cada mujer y las limitaciones asociadas con cada método. Sin embargo, existe mayor riesgo de expulsión del dispositivo intrauterino si éste se inserta inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre, y algunos métodos naturales de planificación familiar sólo deben iniciarse después de tres ciclos posteriores al aborto.



Debe prestarse especial atención a los casos en los que la mujer solicita esterilización; es necesario realizar consejería, para evitar que esta decisión sea influenciada por los sentimientos asociados al aborto, lo que podría generar un futuro arrepentimiento. Sin embargo, si se cumplen los criterios vigentes para el procedimiento, no corresponde a los profesionales que la atienden negar su acceso a éste.

Después de un aborto, las mujeres pueden estar en una situación de mayor vulnerabilidad desde el punto de vista psicológico, social y legal. Como en toda consejería en salud sexual y reproductiva, el trato debe ser respetuoso, asegurando la confidencialidad esencial en la relación entre los profesionales y las personas atendidas. La entrevista debe ser siempre en un ambiente privado que permita abordar todos los aspectos relevantes de la situación de la mujer, y analizar con ella la forma de prevención de riesgos en el futuro, sin enjuiciarla. Independientemente del método anticonceptivo elegido, los profesionales deberán analizar con todas las mujeres la prevención de ITS, incluyendo el VIH, y la importancia de la utilización de preservativo.

- **Pérdida reproductiva con complicaciones**

Cuando la mujer ha presentado infección, lesiones, hemorragia o una gestación de segundo trimestre, es necesario considerar:

- **Infección:**

Si se presume o confirma una infección después de la pérdida reproductiva, o se encuentran signos de maniobras practicadas en condiciones de riesgo, se debe posponer la inserción de un DIU y la esterilización hasta que la infección haya desaparecido. Si el DIU o la esterilización es el método deseado, se deberá proveer de un método transitorio y citar a una consulta de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarlas. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

- **Lesiones:**

Cuando se ha diagnosticado una lesión del tracto genital (perforación uterina, lesión grave vaginal o cervical o quemaduras por productos químicos), se debe posponer la esterilización femenina o la inserción de un DIU hasta que las lesiones hayan

sanado. Si es necesario practicar una cirugía para reparar la lesión y no existe riesgo, la esterilización puede realizarse simultáneamente. Si es necesario posponer el procedimiento, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento, para decidir sobre el momento más adecuado para efectuar la esterilización o inserción del DIU. Las lesiones que afectan la vagina o el cuello uterino, pueden dificultar el uso de los métodos de barrera femeninos y del DIU. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

- **Hemorragia:**

Cuando existió hemorragia y/o anemia severa, ésta debe ser controlada antes de considerar el uso de algunos métodos anticonceptivos. La esterilización femenina se debe posponer debido al riesgo de que se produzca una mayor pérdida de sangre. Si éste es el método deseado, se debe proveer de un método transitorio y fijar un control de seguimiento para decidir sobre el momento más adecuado para efectuarla. La inserción de un DIU con cobre se debe evaluar de acuerdo a la severidad de la anemia y/o hemorragia, y posponerse hasta que la condición sea estable, entregando otro método para ser usado en el intervalo. Cualquier otro método anticonceptivo se puede iniciar en forma inmediata.

- **Principios guían la conducta de la enfermera**

Los prestadores deben ser conscientes de la legislación local y las exigencias en cuanto a la notificación.

Dentro del marco de la legislación nacional, todas las normativas, normas y la práctica clínica relacionadas con el aborto deberían promover y proteger:

- La salud de las mujeres y las adolescentes y sus derechos humanos;  
La toma de decisiones informada y voluntaria;
- La autonomía en la toma de decisiones;
- La no discriminación;
- La confidencialidad y privacidad.

Algunos ejemplos prácticos de la forma en que los prestadores pueden aplicar estos principios:

- Tratar a todas las mujeres por igual independientemente de su edad, etnia, estado socioeconómico o civil, etc., con presteza y de forma oportuna.
- Asegurar que se atienda el aborto de forma tal que se respete a todas las mujeres como tomadoras de decisiones.
- Brindar información completa, exacta y fácil de comprender.
- Respetar la dignidad de la mujer, garantizando su privacidad y confidencialidad.
- Ser sensible a las necesidades y perspectivas de la mujer.
- Proteger la información médica contra las revelaciones no autorizadas.
- Ser conscientes de las situaciones en las que las mujeres puedan sentir coerción para hacerse un aborto contra su voluntad (por ejemplo: según su estado sanitario, como si viven con VIH).
- Cuando se trabaje con adolescentes, alentar el involucramiento de los padres a través de apoyo, información y educación. No insistir sobre la autorización de los padres, a no ser que así lo exija la ley.

### **Como brindar Información, consejería y toma de decisiones**

- **Brindar información**

La información es un componente necesario de cualquier cuidado médico y siempre se le debe brindar a la mujer que considera hacerse un aborto.

Como mínimo debe incluir,

- Los métodos abortivos y las opciones de manejo del dolor de entre los cuales la mujer puede elegir.
- Qué se hará antes, durante y después del procedimiento, incluyendo cualquier examen que se pueda realizar.
- Qué es probable que pueda sentir o experimentar, por ejemplo: dolor y san grado) y cuánto tiempo es probable que lleve el proceso.
- Cómo reconocer posibles complicaciones, y cómo y dónde consultar, de ser necesario.

- Cuando podrá reintegrarse a sus actividades normales incluyendo las relaciones sexuales.
- Cuidados de seguimiento, incluyendo la prevención de embarazos no deseados en el futuro;
- Los requisitos jurídicos o de notificación que sean necesarios.

La mayoría de las mujeres que se hace un aborto seguro no padece ningún efecto a largo plazo (por ejemplo: resultados adversos en embarazos ulteriores, consecuencias psicológicas negativas, cáncer de mama) sobre su salud general o reproductiva como consecuencia del aborto.

- **Ofrecer consejería**

La consejería es un proceso dirigido e interactivo a través del cual la mujer recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación de una persona capacitada en un entorno propicio para compartir maneras de pensar, sensaciones y percepciones. Al brindar asesoramiento, recuerde: Comunicar la información en lenguaje sencillo; Mantener la privacidad; Apoyar y asegurar una respuesta adecuada a las preguntas y necesidades de la mujer; Evitar imponerle a los valores y creencias personales a la mujer.

## 9. Conclusión

De acuerdo a la información recopilada en los diferentes documentos revisados, y a través de esta investigación, se concluye que las ideas, conocimientos y posicionamientos de las enfermeras y demás personas ante el Aborto se conforma por un conocimiento básico e incompleto del tema la mayoría de los conocimientos e ideas nacen de las creencias o filosofía personal, la legislación vigente, la formación que reciba cada individuo, la construcción social del aborto y el motivo del aborto.

El posicionamiento de la enfermera puede llegar a afectar el cuidado de la mujer, de forma que se observa mayor tendencia a la integralidad y humanización del cuidado cuando la enfermera respeta y entiende la decisión de la mujer, sin establecer juicios de valor.

Así mismo de acuerdo a los resultado obtenidos por las encuestas realizadas tanto al personal de enfermería, como a un grupo de pacientes del área de consulta de ginecología, sin tomar en cuenta ni edad, ni motivo de la consulta se les realizo la encuesta, según los resultados obtenidos se obtiene que la mayoría de las encuestadas conoce lo que es un aborto, sus causas, signos, síntomas y forma de diagnóstico, lo cual hasta cierto punto se considera adecuado ya que al menos la información básica permite tener una perspectiva de entendimiento de la situación bastante amplia.

Aún con los conocimientos básicos del Aborto este se sigue caracterizado por ser un tema polémico y un problema de salud pública cuya morbi-mortalidad debe ser considerada, siendo que la ilegalidad no impide la aparición de nuevos casos.

La práctica de salud basada en el modelo biológico viene demostrando insuficiencia para atender a las necesidades presentadas por las mujeres, siendo importante trabajar comprendiéndolas en su integralidad, en sus especificidades y respetando su autonomía.

La finalidad es proporcionar una asistencia de calidad a estas mujeres, concientizándolas, informándoles y ayudándolas en esta situación que no tiene retorno, pero brindándoles nuevas herramientas a considerar para su cuidado futuro

y así mismo ayudándolas al retorno de su vida diaria esto en el aspecto integral, lo cual quiere decir tanto en el área física, biológica, social, mental y psicológicamente. Es entonces que como parte del área profesional de salud se debe reflexionar en su quehacer, involucrándose íntegramente. Salvaguardar las necesidades físicas las cuales deben ser atendidas, ya estas son muy importantes.

Pero también debe implicar comprender al aborto, en todos sus aspectos tanto dentro de una situación existencial, desvinculado de su carácter de ilegalidad o crimen. Ninguna situación es por si sola aislada.

Comprendiendo entonces que todo individuo vive en un entorno, tiene hábitos, valores, condiciones socioeconómicas, modos de ser que interfieren en su vida y en su existir.

Es fundamental entonces que como personal de salud debe existir una reflexión que busque transformar los modelos asistenciales actuales, que exista una modificación de las propias mujeres en busca de una mayor autonomía, conociendo su propio cuerpo, desarrollando su sentido de poder, de prevención y de búsqueda de sus derechos como usuarias de los servicios de salud.

Los profesionales de salud en particular los de enfermería, deben estar conscientes de su rol en el control social y la garantía de los derechos de sus usuarios, independientemente de la situación a presentarse, pues son los sujetos que la ejecutan, dando sentido, cuerpo y calidad a las políticas de salud.

Es necesario que ellos comprendan que el acceso universal a la salud y el respeto a las singularidades de cada individuo, sin cualquier tipo de discriminación, son derechos constitucionales.

Para lograr una atención integral del Aborto es necesario entonces que el personal de salud en especial área de Enfermería debe comprender el lugar que ocupa dentro del sistema de salud sin olvidar los Principios Fundamentales de Enfermería ya que estos son los que guían sus actividades e intervenciones en la salud del individuo.

La revisión acerca del cuidado de enfermería, nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar a la paciente y centrar su

función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.

Para comprender y sensibilizarse ante la importancia del cuidado de enfermería, es necesario identificar el origen y conceptualización del cuidado.

Por lo anterior se considera, que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario y por lo tanto su objeto de estudio.

El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intención, en un compromiso y en un juicio consciente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente. El cuidado humano, como un ideal moral, trasciende el acto y va más allá de la acción de la enfermera(o) y produce actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la vida humana.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente.

Los cuidados de enfermería a las pacientes en situación de aborto deben ir más allá de los procedimientos y técnicas interventivas en función de restablecer la salud.

El cuidado debe constituirse en el desarrollo de actitudes y en un espacio de encuentro intersubjetivo 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 más simétrica entre ambos.

El aborto constituye un evento de salud devastador 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.

Se puede agregar a lo anterior, que el cuidado profesional de enfermería conlleva a una serie de repercusiones positivas tanto para los pacientes, como para los mismos profesionales de enfermería, así como para las instituciones donde se presta el servicio, de aquí la gran importancia de brindar un cuidado profesionalizado de enfermería.

También es necesario mencionar que el área de la salud constantemente está cambiando y actualizándose, por lo cual es necesario que el personal de médico y enfermero estén en constante capacitación sobre las formas de actuar, diagnosticar y tratar.

Siempre tratando de buscar siempre seguir y mejorar las guías de práctica clínica que fomenten y brinden una atención integral del usuario, con esto lo que se busca es brindar una atención integral de calidad que mejore los estándares de atención y servicio que se brindan en el área hospitalaria y así mismo la mejora de la salud reproductiva de la mujer.

De esta aportación, surge la necesidad de redimensionar el cuidado de enfermería desde la perspectiva del rol, que el desarrollo de la profesión demanda ante las crecientes necesidades de salud, la reorganización de los servicios y los avances científicos y tecnológicos que imponen a enfermería un nuevo estilo de práctica. Para concluir, es necesario resaltar que la importancia del cuidado de enfermería recae en el mejor modo de servir a los intereses de las instituciones donde se prestan los servicios profesionales de enfermería y de las personas que la integran mediante la adopción de un enfoque global y ético para superar las expectativas y la normatividad en su conjunto.

Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia, la cual siempre debe de estar en constante crecimiento porque es un área que constantemente se está actualizando y requiere que su personal al mismo tiempo se esté actualizando y en busca de contaste mejora no solo en la práctica clínica, sino también en las áreas de crecimiento personal, lo cual incluye no solo el conocimiento teórico si no también práctico que valore todas las áreas que conforman el ser humano integralmente, esto quiere decir que debemos tomar en cuenta todas las esferas del ser humano.



## 10. Bibliografía

### 10.1 Básica:

- GONDIM MARIUTTI, M. (2018). Las asociaciones del aborto con depresión, autoestima y resiliencia Teses.usp.br. [Acceso 20 Sep. 2019].
- Anon, (2015). Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas. [Acceso 23 octubre 2019].
- Anon, (2012). Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento del aborto espontaneo y manejo inicial del aborto recurrente. [Acceso 23 octubre 2019].
- Camacho, R. (2013). Causas Y Frecuencia De Aborto Y Amenaza De Parto Pre terminó En Pacientes Atendidas En El Hospital Cantonal De Yantzaza De La Provincia De Zamora Chinchipe En El Periodo 2005- 2007 Dspace.unl.edu.ec. [Acceso 23 oct. 2019].
- Rodríguez Donato, A. (2012). Guía de atención del aborto Saludcapital.gov.co. Disponible en: [Acceso 10 noviembre 2019].
- Archivo PDF (2018). "EXAMEN FÍSICO". [Acceso 10 noviembre. 2018].
- Archivo PDF (2018). NORMA Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada. Disponible en: [Acceso 10 nov. 2019].
- Es.slideshare.net. 2020. Importancia De La Aplicación Del Proceso Enfermero En La Práctica Dia. [Acceso 23 octubre 2019].
- Repositorio.uam.es. (2013). ROL DE LA ENFERMERA EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. [Acceso 22 febrero 2020].
- Báez-Hernández, F., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L. and Medina-López, O., 2020. El Significado De Cuidado En La Práctica Profesional De Enfermería. Aquichan.unisabana.edu.co. [Acceso 23 octubre 2019].

- Scielo. 2009. Análisis De Los Cuidados De Enfermería Ante Las Respuestas Humanas En El Aborto Espontáneo. [Acceso 23 enero 2020].
- Nhs.uk. 2008. Aborto. [Acceso 23 octubre 2019].
- BASSI, C., 2009. Recuperarse Después De Sufrir Un Aborto. [online] Consumer.es. [Acceso 23 octubre 2019].
- sal.gob.ar. 2015. Guía Para La Atención Integral De Mujeres Que Cursan Un Aborto. [Acceso 23 febrero 2020].
- Hgucr.es. 2012. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DEL PACIENTE CON ABORTO DIFERIDO Y LEGRADO. [Acceso 23 febrero 2020].
- Sspa.juntadeandalucia.es. 2011. CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE PERDIDA REPRODUCTIVA EN EL PRIMER TRIMESTRE. [Acceso 23 febrero 2020].
- Sexo, H., realidades, A., aborto, C. and aborto, C., 2013. Clasificación Del Aborto - Programa De Educación Sexual. [Acceso 23 febrero 2020]
- Revista-portalesmedicos.com. 2018. Cuidados De Enfermería En El Aborto Con Legrado. [Acceso enero 2020].
- aborto, A., 2018. Amenaza De Aborto: Medlineplus Enciclopedia Médica. [online] Medlineplus.gov. [Acceso enero 2020].
- Plannedparenthood.org. 2020. ¿Qué Es Un Aborto? | Conoce Más Datos Sobre El Aborto. [Acceso enero 2020].
- Cursos de Enfermería Acreditados AulaDAE. 2017. Curso De Urgencias Vitales CFC | Enfermería En Urgencias. [Acceso enero 2020].
- Candel Parra E. El paciente quirúrgico. Intraoperatorio. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Colección Enfermería S21. 2ª ed. Vol. 1. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009. p. 210-222. u [Acceso enero 2020].
- García A, Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Enfermería de quirófano. Serie Cuidados Avanzados. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. [Acceso marzo 2020].
- Manuel Antonio Fuentes Pérez, C., 2015. Enfermería En Los Quirófanos. [online] Donacion.organos.ua.es. [Acceso enero 2020].

- Auladae.com. 2010. Enfermería En Los Quirófanos. [Acceso marzo 2020].
- CLAP-SMR (2012). Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas. AA.: R. Fescina, B. De Mucio, E. I. Ortiz y D. Jarquin. Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva. [Acceso marzo 2020].
- CLAP-OPS-OMS (2005). Salud sexual y reproductiva. Infecciones obstétricas graves. Centro Latinoamericano de Perinatología - Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. [Acceso marzo 2020].
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia - Maternidad Sardá (2012). Manual breve para la práctica clínica en emergencia obstétrica. AA.: I. Asprea, I. Di Marco, D. Lipchak y J. L. Golubicki. Ministerio de Salud de la Nación- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. [Acceso marzo 2020].
- Gynuity Health Projects. Disponible en Gynuity (2009). Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos. Guía introductoria. Gynuity Health Projects. [Acceso marzo 2020].
- PAS (2003). La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. A.: María de Bruyn. IPAS. [Acceso marzo 2020].
- IPAS (2004). La atención post aborto centrada en la mujer. Manual de referencia. AA.: J. Herrick, K. Turner, T. McInerney y L. Castleman. IPAS. [Acceso marzo 2020].
- PAS (2003). La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. A.: María de Bruyn. IPAS. [Acceso marzo 2020].

## 10.2 Complementaria:

- Asociación Americana del Embarazo. (2012). Miscarriage: Signos, Síntomas, Tratamiento and Prevención. (Acceso 20 oct. 2019).
- Asociación Americana del Embarazo. (2010). Pasos de Cuidado Después de un Aborto. [Acceso 20 oct. 2019].
- Blog de BabyCenter. (2015). 10 señales de una amenaza de aborto. [Acceso 20 oct. 2019].
- Medlineplus.gov. (2014). Amenaza de aborto: MedlinePlus enciclopedia médica. [Acceso 20 oct. 2018].
- Manual MSD versión para profesionales. (2015). Aborto espontáneo - Ginecología y obstetricia - Manual MSD versión para profesionales. [Acceso 23 oct. 2019].
- Pelegrino de la Vega, D. (2016). Aspectos bioéticos relacionados con el aborto. [Acceso 23 oct. 2019].
- EROSKI CONSUMER. (2017). Recuperarse después de sufrir un aborto [Pág. 1 de 2] | EROSKI CONSUMER. Disponible en: [Acceso 23 oct. 2019].
- Mayo Clinic. (2018). Embarazo después de un aborto espontáneo: volver a intentarlo. [Acceso 20 oct. 2019].
- Apps.who.int. (2018). Manual de práctica clínica para un Aborto Seguro. [Acceso 23 nov. 2018].
- Consejería de Salud (2016). Manual de cuidados de Enfermería [Pág. 1 de 2] | [Acceso enero 2020].
- Archivo de Salud (2013). Manejo del Aborto. [Acceso enero 2020].
- Archivo PDF (2014). ACTIVIDADES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN URGENCIAS. [Acceso enero 2020].
- Archivo PDF (2015). Técnicas del TCAE en el quirófano. [Acceso febrero 2020].
- Archivo PDF (2012). Guías de atención de enfermería en ginecoobstetricia y perinatología. [Acceso febrero 2020].

- Archivo PDF (2010). Procedimiento para la clasificación de pacientes (triage) en el Servicio de Admisión Continua o Urgencias en Unidades Médicas de tercer nivel. [Acceso marzo 2020].
- Archivo PDF (2017). La unidad del paciente. Cama hospitalaria | Disponible en: [Acceso marzo 2020].
- Norma Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel (2019). Características Básicas de los Recursos Humanos, Equipos, Instrumental, Insumos y Medicamentos de los Servicios Asistenciales de Hospitalización. Acceso marzo 2020].
- Archivo PDF (2015). Guía para la atención integral de mujeres que cursan un aborto. [Acceso marzo 2020].
- Archivo PDF (2017) Cuidados de enfermería al paciente en Urgencias. [Acceso abril 2020].
- Nanda, K. y otros (2012). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage (Review). The Cochrane Library. OMS (1995). Complicaciones del aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Organización Mundial de la Salud. [Acceso enero 2020].
- OMS (2002). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. Organización Mundial de la Salud. [Acceso enero 2020].
- OMS (2003). Abortos sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. [Acceso marzo 2020].
- OMS (2005). Medicamentos esenciales, 14<sup>o</sup> ed. Organización Mundial de la Salud. [Acceso marzo 2020].
- ONU (2000). Objetivos de Desarrollo del Milenio y más allá de 2015. Organización de las Naciones Unidas. [Acceso marzo 2020].
- PNSSyPR (2010). Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación. [Acceso marzo 2020].

- Murphy N, Reed S. Maternal resuscitation and trauma. In: Damos JR, Eisinger SH, Leawood KS, (Eds). Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) Provi. [Acceso marzo 2020].
- FIGO (2012). Misoprostol. Dosis recomendada. Londres: International Federation of Gynecology and Obstetrics. [Acceso marzo 2020].
- FLASOG (2013). Uso del misoprostol en obstetricia y ginecología. Federación Latinoamericana de Obstetricia y Ginecología. [Acceso marzo 2020].
- Gynuity (2009). Uso del misoprostol para el tratamiento del aborto incompleto. Guía introductoria. [Acceso marzo 2020].

### 10.3 Electrónica:

- <http://americanpregnancy.org/es/pregnancy-complications/miscarriage/> [
- <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-14012011091939/publico/MarianaGondimMariutti.pdf>
- <http://www.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
- [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088\\_GP\\_C\\_Abortoespyrecurrente/ABORTO\\_EVR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/088_GP_C_Abortoespyrecurrente/ABORTO_EVR_CENETEC.pdf)
- <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/4275/1/CALLE%20TANIA%20-%20CAMACHO%20ROSA.pdf>
- <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCION%20DEL%20ABORTO.pdf>
- <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%2011.%20%20ATENCION%20DEL%20ABORTO.pdf>
- <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/197ssa10.html>
- <http://americanpregnancy.org/es/unplanned-pregnancy/abortion-follow-up-care/>
- [https://espanol.babycenter.com/blog/vida\\_y\\_hogar/10-senales-de-una-amenaza-de-aborto/](https://espanol.babycenter.com/blog/vida_y_hogar/10-senales-de-una-amenaza-de-aborto/)
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000907.htm>
- <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-del-embarazo/aborto-espont%C3%A1neo>
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192006000300008&script=sci_arttext&tlng=en)
- [http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas\\_de\\_salud/2009/12/10/189801.php](http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2009/12/10/189801.php)
- [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf;jsessionid=8057EB0E6972C0A0EC9C6188A78DCE86?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=8057EB0E6972C0A0EC9C6188A78DCE86?sequence=1)
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/pregnancy-after-miscarriage/art-20044134>

- : <http://www.epes.es/wp-content/uploads/manual-cuidados-enfermeria.pdf>
- [https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud\\_2016\\_presentaciones/presentacion20052016/MANEJO-DE-ABORTO.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion20052016/MANEJO-DE-ABORTO.pdf)
- <https://urgenciasaneloy.files.wordpress.com/2013/03/actividades-para-el-personal-de-enfermeria-en-urgencias.pdf>
- [https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiroyano\\_auxiliares.pdf](https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiroyano_auxiliares.pdf)
- [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias\\_de\\_atencion\\_de\\_enfermeria\\_en\\_ginecoobstetricia\\_y\\_perinatologia\\_marzo2019.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_de_atencion_de_enfermeria_en_ginecoobstetricia_y_perinatologia_marzo2019.pdf)
- <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Procedimiento/2430-003-039.pdf>
- <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448177002.pdf>
- [https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss\\_redes\\_n2\\_cap\\_7.pdf](https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGSS/ursc/redes/dgss_redes_n2_cap_7.pdf)
- <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
- [https://salud.asepeyo.es/wpcontent/uploads/2009/06/241\\_Cuidados\\_enfermeria\\_paciente\\_Urgencias.pdf](https://salud.asepeyo.es/wpcontent/uploads/2009/06/241_Cuidados_enfermeria_paciente_Urgencias.pdf)
- <https://es.slideshare.net/agustingarcia79230305/importancia-de-la-aplicacin-del-proceso-enfermero-en-la-prctica-diaria-del-cuidado-63230205>
- [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684690/botija\\_aguilera\\_evatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684690/botija_aguilera_evatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- [https://www.nhs.uk/translationspanish/documents/abortion\\_spanish\\_final.pdf](https://www.nhs.uk/translationspanish/documents/abortion_spanish_final.pdf)
- <https://www.consumer.es/salud/problemas-de-salud/recuperarse-despues-de-sufrir-un-aborto.html>
- [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2009000300019](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000300019)



- <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000695cnt-0000000587cnt-Guia-para-la-atencion-integral-de-mujeres-que-cursan-un-aborto.pdf>
- <http://www.hgucr.es/wp-content/uploads/2011/05/plan-de-cuidados-paciente-aborto-diferido-y-legrado.pdf>
- <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/tcg/documentos/Protocolos/Diagn%C3%B3stico%20del%20Aborto%202013%20ppt.pdf>
- <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/aborto-mitos-y-realidades/clasificacion-del-aborto>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-el-aborto-con-legrado/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000907.htm>
- <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/aborto/pensando-tener-un-aborto/que-necesito-saber-sobre-el-aborto>
- <https://www.auladae.com/cursos-enfermeria-cfc/actuacion-y-cuidados-de-enfermeria-en-urgencias-vitales/>
- <http://donacion.organos.ua.es/enfermeria/quiropano.asp>
- [https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiropano\\_auxiliares.pdf](https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/quiropano_auxiliares.pdf)
- [http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAPTript04Infecc.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAPTript04Infecc.pdf)
- <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000237cnt-g07.manual-breve-emergencia-obstetrica.pdf>
- [http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VioPregAborSpan2.ashx?utm\\_source=resource&utm\\_medium=meta&utm\\_campaign=VioPregAborSpan2](http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VioPregAborSpan2.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=VioPregAborSpan2)
- <http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/PACREFS04.ashx>
- [http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VioPregAborSpan2.ashx?utm\\_source=resource&utm\\_medium=meta&utm\\_campaign=VioPregAborSpan2](http://www.ipas.org/~media/Files/Ipas%20Publications/VioPregAborSpan2.ashx?utm_source=resource&utm_medium=meta&utm_campaign=VioPregAborSpan2)
- [http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9243544691\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9243544691_spa.pdf)

- [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_RHR\\_00.7\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf)
- [http://www.who.int/medicines/publications/EML14\\_SP.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf)
- <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>
- <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf>
- [http://www.femecog.org.mx/docs/uso\\_misoprostol.pdf](http://www.femecog.org.mx/docs/uso_misoprostol.pdf)
- [http://gynuity.org/downloads/clinguide\\_maguide2ndedition\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/clinguide_maguide2ndedition_sp.pdf)
- [http://gynuity.org/downloads/clinguide\\_pacguide\\_sp.pdf](http://gynuity.org/downloads/clinguide_pacguide_sp.pdf)

## **11. Glosario:**

### **A.**

**Alopecia:** Es la enfermedad por la cual se produce una pérdida anormal o rarefacción del cabello.

**Alumbramiento:** Expulsión de la placenta y las membranas adjuntas en la tercera etapa del parto, después de la expulsión del feto.

**Anamnesis:** Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

**Anestesia General:** Es el uso de medicamentos para dormir completamente al paciente durante una operación.

**Anestesia local:** Administración de medicamentos para detener temporalmente la sensibilidad en una zona del cuerpo en particular.

**Anomalías:** Irregularidad embriológica en formación de un órgano.

**Anticoncepción:** Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo.

**Aparato:** órganos diferentes coordinados para realizar una única función: aparato circulatorio, aparato respiratorio.

**Apósito:** material terapéutico que se aplica sobre una lesión.

### **B.**

**Bradycardia:** Descenso de la frecuencia de contracción cardíaca a 60 latidos por minuto.

### **C.**

**Causa:** Es la "relación que se establece entre causa y efecto. Se puede hablar de esa relación entre acontecimientos, procesos, regularidad de los fenómenos y la producción de algo".

**Control Prenatal:** Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación.

**Cordón (umbilical):** Estructura tubular que conecta tejidos materno y fetal.

**Cuello uterino:** El extremo inferior y estrecho del útero.

**Curetaje (Raspado):** Raspado de una lesión con una cureta (instrumento quirúrgico) o bisturí.

## **D.**

**Dermatitis:** Inflamación de la piel.

**Desfibrilador:** Es un aparato electrónico portátil (producto sanitario) que diagnostica y trata la parada cardiorrespiratoria cuando es debida a la fibrilación ventricular (en que el corazón tiene actividad eléctrica, pero sin efectividad mecánica).

**Diabetes:** la diabetes puede ser causada por muy poca producción de insulina.

**Diagnóstico:** el arte de distinguir una enfermedad de otra o de determinar la naturaleza de la enfermedad. Lo habitual es que se lo lleve a cabo mediante la confección de una historia clínica del paciente y de su examen físico.

**Dilatación:** Aumento de un cuerpo en su volumen, éste se hace más grande (más largo o ancho, o ambas cosas), significa que el cuello uterino inicia la primera fase del trabajo de parto.

**Dispositivo intrauterino (DIU):** Dispositivo insertado por un médico en el útero para prevenir el embarazo. Hay dos tipos de DIU que se usan en los Estados Unidos. Un tipo libera una hormona y debe reemplazarse cada año. El otro tipo no es medicado y puede dejarse colocado durante un período de hasta 6 años.

**Doppler:** El ultrasonido Doppler, una aplicación especial, mide la dirección y velocidad de las células sanguíneas. Las imágenes por ultrasonido Doppler pueden ayudar al médico a detectar y evaluar obstrucciones en el flujo sanguíneo, estrechamiento de los vasos sanguíneos, tumores o malformaciones congénitas.

## **E.**

**Ecografía (ultrasonido):** Procedimiento de imagen en el que se producen ecos a partir de ondas de sonido que pasan a través de tejidos y forman imágenes de estructuras internas del cuerpo.

**Embarazo:** proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del producto de la concepción en el endometrio y termina con el nacimiento.

**Embrión:** Es la etapa inicial del desarrollo de un ser vivo mientras se encuentra en el huevo o en el útero de la hembra. En el caso específico del ser humano, el término se aplica hasta el final de la octava semana desde la concepción.

**Endometrial:** Es la mucosa que recubre el interior del útero.

**Enfermera(o):** A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución perteneciente al Sistema Educativo Nacional y se le ha expedido cédula de ejercicio con efectos de patente por la autoridad educativa competente, para ejercer profesionalmente la enfermería.

**Enfermería:** A la ciencia y arte humanístico dedicada al mantenimiento y promoción del bienestar de la salud de las personas, ha desarrollado una visión integral de la persona, familia y comunidad y una serie de conocimientos, principios, fundamentos, habilidades y actitudes que le han permitido promover, prevenir, fomentar, educar e investigar acerca del cuidado de la salud a través de intervenciones dependientes, independientes o interdependientes.

**Equipo:** El equipo es todo objeto susceptible de desgaste o aquellos artículos que no necesitan ser reemplazados frecuentemente como: muebles, aparatos, jeringas, instrumentos, termómetros entre otros.

**Espéculo:** Instrumento de metal o plástico que el médico inserta en la vagina para ayudar a examinar la vagina y el cuello uterino.

**Espermatozoide:** Célula reproductora masculina de los animales, destinada a la fecundación del óvulo; mide de diez a sesenta micras de longitud y está compuesta de una cabeza que contiene el material cromosómico y de una cola o flagelo que actúa como propulsor.

**Etiología:** causa de la enfermedad.

**Expulsión:** Es la parte culminante del parto. Has superado la fase de dilatación y el orificio uterino ya está abierto. Ahora empieza para ti y para tu bebé la fase más emocionante porque él también hará todo lo posible para salir. Milímetro a milímetro se acerca el bebé al final del canal de parto y pronto se verá su cabeza.

**Extra ováricas:** Espacio fuera del ovario.

## **F.**

**Factor:** Elemento, circunstancia, influencia, que contribuye a producir un resultado.

**Fecundación:** Es el proceso por el cual dos gametos (masculino y femenino) se fusionan durante la reproducción sexual para crear un nuevo individuo con un genoma derivado de ambos progenitores.

**Feto:** Es un vertebrado vivíparo en desarrollo, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento, convirtiéndose en un neonato.

**Fondo de Douglas:** bolsa recto uterina es una estructura anatómica que consiste en una membrana que recubre la cavidad abdominal entre el recto y el útero en las mujeres.

## **G.**

**Ginecología:** Significa literalmente ciencia de la mujer y en medicina hace referencia a la especialidad médica y quirúrgica que estudia el sistema reproductor femenino (útero, vagina y ovarios).

**Glóbulos Blancos:** Células forman parte del sistema de defensas, en la hematología se reportan los neutrófilos, linfocitos, basófilos y eosinófilos.

**Glucemia:** concentración de glucosa en la sangre.

**Glucosuria:** presencia de glucosa en la orina.

## **H.**

**HCG:** Es una hormona glicoproteica producida durante el embarazo por el embrión en desarrollo después de la fecundación y posteriormente por el sincitiotrofoblasto (parte de la placenta).

**Hematuria:** es la emisión conjunta de sangre y orina durante la micción. La mezcla de ambas se realiza por encima del esfínter uretral.

**Hemoglobina:** Es una proteína que tiene como función transportar el oxígeno que está en los pulmones hasta los distintos tejidos del organismo, así como llevar de vuelta el dióxido de carbono producido en las células hasta los pulmones para que sea eliminado por la respiración.

**Hemograma:** análisis morfológico y numérico de los elementos formes de la sangre.

**Hemorragia:** sangrado o salida de sangre de alguna cavidad o vaso sanguíneo.

**Hipertensión:** Presión excesivamente alta de la sangre sobre la pared de las arterias.

**Hipotensión:** Presión excesivamente baja de la sangre sobre la pared de las arterias.

**Hipovolemia:** Disminución del volumen total de sangre que circula por el cuerpo.

**Hipoxia:** es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo.

**Histerectomía:** Operación para extraer el útero. A veces, el cuello uterino o los ovarios, y las trompas de Falopio también se extraen.

**Hormona:** Sustancia química producida por el cuerpo que regula ciertas funciones corporales. Las hormonas sintéticas (manufacturadas por el hombre) se usan en las píldoras de control de la natalidad y en medicamentos para tratar ciertos problemas de salud.

**Hospitalización:** Ingreso de una persona enferma o herida en un hospital para su examen, diagnóstico, tratamiento y curación por parte del personal médico. También se le llama así al período de tiempo que una persona enferma o herida pasa en un hospital hasta obtener el alta médica.

## **I.**

**Implantación:** Proceso de penetración del huevo en el endometrio.

**Incidencia:** La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado.

**Indicación:** Describe una razón válida para emplear una prueba diagnóstica, un procedimiento médico, un determinado medicamento, o técnica quirúrgica.

**Instrumental:** Es el conjunto de elementos utilizados en los procedimientos quirúrgicos.

**Interconsulta:** Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

## **L.**

**Laparoscopia:** Exploración o examen de la cavidad abdominal mediante la introducción de un laparoscopio a través de una pequeña incisión.

**Laparotomía:** Intervención quirúrgica que consiste en abrir las paredes abdominales.

**Legrado:** Procedimiento quirúrgico que consiste en dilatar (abrir) el cuello uterino y raspar el recubrimiento uterino (endometrio).

**Leucopenia:** Disminución del número de leucocitos en la sangre.

**Lipotimia:** Pérdida repentina y pasajera del conocimiento que se produce por falta de riego sanguíneo en el cerebro.

**Listeriosis:** una infección debida a la bacteria *Listeria monocytogenes*.

## **M.**

**Malformación congénita:** Anomalía, con la cual nace el feto. Producida por configuración irregular de los tejidos u órganos.

**Material:** Es todo artículo que se utiliza en las curaciones e intervenciones quirúrgicas y no requiere inventario como gasas, apósitos, aplicadores, vendas, drenes, guantes.

**Menstruación (regla o período):** El desprendimiento del recubrimiento del útero que ocurre cada mes cuando la mujer no queda embarazada.

**Microcoágulos:** Masas semisólidas de sangre pequeñas.

**Monitoreo Fetal:** Prueba que, generalmente, suele realizarse en las últimas semanas del embarazo y también durante el parto para controlar la actividad uterina y el bienestar fetal intrauterino.

**Mortalidad:** Número total de muertes producidas por una enfermedad dada en una población durante un espacio de tiempo dado, generalmente de un año.

**Mucositis:** Inflamación en el interior de la boca y la garganta que puede generar úlceras y llagas dolorosas en la boca.

## **N.**

**Náuseas:** Las náuseas son un deseo fuerte y desagradable de vomitar.

**Neumonitis:** Inflamación pulmonar limitada al intersticio, como sucede en la neumonía viral, la de etiología desconocida y la neumonía por irradiación, incluyendo la fibrótica.

## **O.**



**Observación:** El médico ve a la paciente regularmente para seguir la evolución de la enfermedad, hablar acerca de los cambios y cerciorarse de que se están calmando los síntomas.

**Obstetricia:** Rama de la medicina que se encarga del estudio de la mujer embarazada, parto y puerperio.

**Omalgia:** Dolor o reumatismo del hombro.

**Órgano:** diferentes tejidos celulares asociados en una estructura orgánica que realiza una función específica: corazón, estómago, huesos.

**Ovarios:** Órganos pequeños que producen hormonas (por ejemplo, estrógeno) y óvulos. Están situados uno a cada lado del útero.

**Ovulo:** Célula reproductora femenina que se forma en el ovario de las hembras de los mamíferos y que una vez fecundada por el espermatozoide da origen al embrión.

**Oxitocina:** Hormona que provoca contracciones uterinas.

## **P.**

**Patología:** Especialidad que trata acerca de la naturaleza y causa de la enfermedad tal como se expresa por los cambios en la estructura celular o tejido y la función causada por el proceso de la enfermedad.

**Placenta:** Órgano que desarrollan durante la gestación las hembras de los mamíferos, exceptuados los monotremas y marsupiales, que consiste en una masa esponjosa, adherida al útero, y a través de la cual se establece el intercambio de oxígeno y sustancias nutritivas entre la madre y el embrión.

**Plaquetas:** Célula de la sangre de los vertebrados, pequeña y sin núcleo, que tiene forma de disco ovalado o redondo e interviene en la coagulación de la sangre.

**Pleuritis:** Inflamación de los tejidos que recubren los pulmones y la cavidad torácica.

**Prevención:** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa.

**Progesterona:** Hormona que prepara el revestimiento del útero (endometrio) para que reciba el óvulo fecundado. La progesterona sintética puede usarse para tratar el sangrado menstrual muy abundante y otras enfermedades.

**Pronóstico de un enfermo:** juicio que se forma el médico sobre el futuro de la enfermedad que sufre un paciente.

**Psicosocial:** El prefijo “bio” alude a la vida; “psico” se vincula a la psicología (la actividad de la mente o las cuestiones del alma); “social”, por último, es aquello vinculado a la sociedad (la comunidad de individuos que comparten una cultura y que interactúan entre sí).

**Psiquiatría:** La psiquiatría o siquiatría es la rama de la medicina dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos de la mente y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia.

## **R.**

**Radiografía:** placa fotográfica revelada que muestra imágenes del cuerpo humano empleando rayos X para su obtención.

**Resonancia nuclear magnética:** Técnica de imagen que permite ver los tejidos blandos del cuerpo.

## **S.**

**Saco amniótico:** Bolsa llena de líquido amniótico y a la vez envuelve al embrión y feto.

**Saco vitelino.** Es un anexo membranoso del desarrollo de vertebrados. Se cree que inicialmente sirve de reservorio de alimentos, sobre todo en aves. En el humano puede ser inductor de formación de tubo digestivo.

**Salpingostomía:** Apertura lineal quirúrgica de la trompa con un embarazo ectópico, llevada a cabo para preservar la trompa e intentar mantener su función.

**Salpingues:** Trompas de Falopio parte del aparato reproductor femenino.

**Segmentos:** Porciones, partes.

**Shock:** Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente. La falta de flujo de sangre significa que las células y órganos no reciben suficiente oxígeno y nutrientes para funcionar apropiadamente. Muchos órganos pueden dañarse como resultado de esto.

**Sistema:** conjunto de órganos del mismo tipo que realizan una determinada función: sistema nervioso, sistema muscular.

## **T.**

**Taquicardia:** Velocidad excesiva del ritmo de los latidos del corazón.

**Terapia:** Rama de la medicina enfocada a enseñar a tratar diversas enfermedades y a afrontar el tratamiento en sí mismo.

**Tratamiento:** Una serie de medios que posibilitan la curación o el alivio de las enfermedades o los síntomas que una dolencia provoca.

**Triage:** Neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad: el grado de urgencia. Entendemos por triaje el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros.

**Trofoblasto:** Capa celular que rodea a los blastómeros y que tiene como función la nutrición del embrión.

**Trombocitopenia:** Situación de disminución de la cantidad de plaquetas circulantes en el torrente sanguíneo por debajo de los niveles normales.

**Trompas de Falopio:** Trompas que se encuentran en ambos lados del útero y que movilizan a los óvulos desde el ovario hasta el útero.

## **U.**

**Ultrasonografía:** Procedimiento que emplea ondas sonoras de alta frecuencia para ver el interior del cuerpo, colocando un transductor o sonda sobre la piel con un gel de contacto que genera los ecos.

**Útero:** También denominado matriz, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino de la mayoría de los mamíferos.

## **V.**

**Vagina:** Apertura en forma de tubo que se extiende desde el útero hasta la parte externa del cuerpo.

**VDRL:** Es una prueba serológica utilizada en medicina para realizar el tamizaje o cribado de sífilis, debido a su elevada sensibilidad, mientras que otras pruebas, más específicas, se usan para el diagnóstico de esta enfermedad.